

# Consecuencias del envejecimiento en la sociedad española actual

MARÍA TERESA BAZO\*

## 1. INTRODUCCIÓN

Nunca en la historia de la humanidad había sucedido que las personas pudieran vivir tantos años como en la actualidad. El descenso de la mortalidad ha sido el fenómeno demográfico más importante del siglo XX. El envejecimiento de la población se produce por la conjunción de tres factores demográficos: el descenso de las tasas de mortalidad, sobre todo la mortalidad infantil, lo que conlleva el aumento de la esperanza de vida; el descenso de las tasas de natalidad; y los cambios migratorios. De los tres, el que aparece más determinante en el fenómeno del envejecimiento poblacional es el descenso de la natalidad, pues hace aumentar la proporción de personas de edad sobre el conjunto de la población. Pero el envejecimiento de la población es un fenómeno que trasciende el ámbito demográfico, especialmente en el mundo económicamente desarrollado, ya que tanto el descenso de la mortalidad como el de la natalidad son consecuencias de una serie de cambios económicos, sociales y culturales. Podría concluirse que sólo al extenderse los beneficios de los logros económicos a la inmensa mayoría de la población, ha podido surgir el fenómeno –inédito hasta fechas recientes– del envejecimiento poblacional. Significa, entre otras cosas, que es resultado del éxito de la humanidad por conseguir –si no el elixir de la eterna juventud– la prolongación de la vida, que para una buena proporción de las personas puede ser en un buen estado relativo de salud, y en unas con-

diciones económicas dignas, siempre que la sociedad se implique en lograr la calidad de vida para toda la población, a lo largo de todo el ciclo vital. De ahí la importancia de las legislaciones en materia laboral, de salud, económica, de bienestar social, y del máximo interés por el mantenimiento de los derechos ciudadanos de todas las personas a lo largo de sus vidas; también, la importancia de la responsabilidad individual en cuanto a las conductas que conllevan estilos de vida beneficiosos para la salud, provisión económica para el futuro, y mantenimiento del capital social que significan las relaciones familiares y sociales, entre otras cuestiones.

A pesar de la visibilidad social cada vez mayor de las personas ancianas en el mundo, y especialmente en las sociedades más ricas que son las más envejecidas, la vejez todavía es temida y odiada, y suele producirse una invisibilidad manifiesta en los medios de comunicación, que dan la impresión de que en el mundo sólo existen personas jóvenes (y guapas, y sanas, y ricas, debería añadirse). En las sociedades contemporáneas donde predomina un tipo de cultura que idolatra los valores que se asocian a la juventud, las personas ancianas gozan de menor prestigio. Existen numerosos prejuicios contra la ancianidad y las personas ancianas, que pueden englobarse en el término "edadismo", traducido del inglés *ageism*. Hace referencia a la prevención contra las personas ancianas, que suelen ser vistas negativamente. Ciertos estereotipos asocian las personas ancianas con la falta de capacidades intelectuales, o las consideran anticuadas. Sin embargo, existen muchas formas de vivir la vejez, dependiendo, en buena medida, de los estilos de vida seguidos en etapas anteriores.

\* Catedrática de Sociología de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU).

El concepto de estilo de vida lleva a considerar a las personas ancianas como un grupo heterogéneo. En su conjunto, la situación de la ancianidad puede verse siguiendo el esquema de análisis de Max Weber, quien distinguió tres esferas de influencia: clase, estatus y poder. En general, la clase se refiere a la situación económica de las personas en su comunidad. Puede también considerarse el control por parte de las personas de los recursos valiosos. Por ejemplo, en ciertas sociedades, si el conocimiento acerca de ciertos bienes y rituales tradicionales es valorado socialmente, puede facilitar el acceso a la propiedad de riquezas.

Suele definirse el estatus como la posición que se ocupa en un grupo, y que conlleva derechos y deberes. Puede ser adscrito (por nacimiento) o adquirido. El estatus de anciano/a resulta permanente: tal posición sólo se abandona con la muerte. La categorización por edad tiene sus limitaciones, ya que, en lugar de sugerir personas, sugiere caricaturas y estereotipos. De este modo, las personas son etiquetadas por sus percepciones. Otro significado de estatus se refiere a la posición que se ocupa en una jerarquía en la que la posición confiere más o menos valor, honor o prestigio, según se ocupe una u otra posición. En según que tipos de sociedades ser anciano/a supone ocupar una posición más o menos valiosa. Ambos conceptos –estatus y poder– se encuentran interrelacionados. Una diferencia significativa entre el paso a la vejez y el paso a la adolescencia o edad adulta, es que se pierden los roles autorrealizadores de los estatus anteriores, mientras que los que corresponden al nuevo estatus comportan poco prestigio.

Históricamente se observan cambios en la estructura y la organización sociales que han conducido a transformar el poder y el estatus de las personas de edad, es decir, su control de los recursos, así como su prestigio. En las sociedades agrícolas, con el surgimiento de las creencias y rituales religiosos, los ancianos ostentaban una influencia mayor que en las sociedades anteriores. Por el contrario, la industrialización, con los correlatos de la exigencia de una productividad alta, la jubilación y la movilidad geográfica, implica una relación más problemática con la fuerza de trabajo y con los parientes próximos. La jubilación lleva consigo una reducción de los ingresos, lo que facilita el descenso del estatus y prestigio social. Suele considerarse que un modo de corregir esa situación consiste en ejercer poder político, una influencia en la esfera política como grupo que es el de las

personas ancianas progresivamente más numeroso y compuesto por personas más preparadas. La evolución de los valores sociales, así como de la situación económica y demográfica condicionará el estatus y el poder de los ancianos en el futuro.

Antes de proseguir, no quisiera dejar de lado –dado el etnocentrismo que suele caracterizar los análisis que realizamos en los países más desarrollados económicamente– que el envejecimiento también se está produciendo en países con un desarrollo mucho menor, e incluso con niveles de pobreza altos. El fenómeno de la migración –cuya influencia positiva en el saldo de la Seguridad Social es, al menos a corto plazo, patente– no tiene apenas relevancia en el "rejuvenecimiento" de nuestras sociedades. Para que así fuera, tendría que aumentar de forma notable –dependiendo de cada país– el volumen de mujeres inmigrantes, y seguir éstas manteniendo unas tasas de natalidad altas. Sin embargo, esas cifras no se dan, en tanto que los inmigrantes tienden a adoptar las pautas de natalidad del país de acogida. En cambio, la emigración sí influye considerablemente en el envejecimiento de los países con bajo desarrollo económico. Las personas jóvenes emigran de las zonas rurales a los centros urbanos y al extranjero, dejando a las personas ancianas y las de mediana edad, que envejecerán sin el abrigo de la familia joven ante la vejez y sin apoyos formales por parte de la Administración pública, pues no existen. Muchos países en África, Asia y Latinoamérica no disponen de sistemas de pensiones ni de servicios sociales de ningún tipo, ni siquiera de un sistema universal de salud, o quizá disponen de algo parecido a esto último, pero deben pagar sus medicinas a precios que muchas veces no se controlan por el estado y que pueden variar de una farmacia a otra. En esos países el envejecimiento se ha producido porque la mortalidad infantil ha descendido no de forma paulatina, como en los países desarrollados, y como consecuencia de una serie de cambios en las condiciones económicas de las clases trabajadoras, de la mejora de las condiciones higiénicas y, más tarde, de la implantación de un sistema nacional de salud, además de la existencia de antibióticos y vacunas. En los países pobres el sistema de vacunación está evitando que mueran los niños y niñas de enfermedades infectocontagiosas. Al reducir la mortalidad en la infancia, el conjunto de la población vive lógicamente más años, pero, al no variar apenas el resto de condiciones de vida, los niños y jóvenes pueden crecer desnutridos, permanecer en el analfabetismo y ser explotados de diversas formas. Así pues, el envejecimiento en

los países menos desarrollados conlleva la necesidad de aumentar los recursos para la copiosa infancia y tratar de atender a las personas ancianas, cuyo número se incrementa progresivamente.

## 2. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS Y SOCIALES

En las sociedades del consumo y del bienestar, más que hablar de problemas, debemos hablar de desafíos, y nuestros retos son otros. El cuadro 1 recoge la esperanza de vida al nacer y a los 60 años de varones y mujeres en la Europa de los quince. Como puede observarse, las mujeres españolas tienen al nacer la mayor esperanza de vida de todas las demás europeas de la Unión, seguidas por las francesas. Es un hecho de gran relevancia, teniendo en cuenta que el desarrollo económico en España, así como el incremento de los niveles educativos de las mujeres (y de los varones) y la

implantación y extensión de un sistema nacional de salud, han sucedido de forma más tardía en relación a la mayor parte de los otros países. Sin embargo, si analizamos la esperanza de vida a los 60 años entre francesas y españolas, éstas quedan siete décimas por debajo de aquéllas, aunque unas y otras por encima de sus coetáneas de todos los demás países.

Según Naciones Unidas, en 2050 España será el país más viejo del mundo con una media de edad de 55 años. Le seguirán muy de cerca otros países europeos, como Italia, Eslovenia y Austria (54 años de media). Se estima que, en ese año, tanto en España como en Italia habrá cuatro personas mayores de 60 años por cada niño/a. Asimismo, habrá 10 países en los que más del 10% de la población tendrá más de 80 años. En la actualidad, el país más viejo es Japón con 41 años de media, siendo la edad media mundial de 26 años.

Debe tenerse en cuenta que no se trata sólo de vivir más años, sino de cómo se viven. Ir enve-

CUADRO 1

### ESPERANZA DE VIDA A DIFERENTES EDADES EN LA EUROPA DE LOS QUINCE

País	Al nacer <sup>(1)</sup>			A los 60 años <sup>(2)</sup>		
	Varones	Mujeres	Diferencia	Varones	Mujeres	Diferencia
UE-15	74,9	81,2	6,3	19,4	23,8	4,4
Alemania	74,7	80,7	6,0	19,0	23,3	4,3
Austria	75,1	81,0	5,9	19,3	23,6	4,3
Bélgica	74,4	80,8	6,4	19,0	23,6	4,6
Dinamarca	74,2	79,0	4,8	18,4	21,9	3,5
<b>España</b>	<b>75,3</b>	<b>82,5</b>	<b>7,2</b>	<b>19,8</b>	<b>24,5</b>	<b>4,7</b>
Finlandia	73,8	81,0	7,2	18,6	23,4	4,8
Francia	74,9	82,4	7,5	20,0	25,2	5,2
Grecia	75,5	80,6	5,1	20,2	23,1	2,9
Irlanda	73,9	79,1	5,2	17,9	21,8	3,9
Italia	75,6	82,3	6,7	19,9	24,2	4,3
Luxemburgo	74,7	81,2	6,5	18,7	23,4	4,7
Países bajos	75,3	80,5	5,1	18,9	23,4	4,5
Portugal	72,0	79,1	7,1	18,0	22,2	4,2
Reino Unido	75,0	79,8	4,8	18,9	22,6	3,7
Suecia	77,1	81,9	4,8	20,2	24,2	4,0

<sup>(1)</sup> Datos de 1990.

<sup>(2)</sup> Datos de 1998 (Italia, 1997)

Fuente: Eurostat, 2001.

Reproducida en: <http://www.imsersormayores.csic.es/index.html>

## CUADRO 2

## FORMAS DE CONVIVENCIA DE LAS PERSONAS DE 65 Y MÁS AÑOS EN ESPAÑA, POR GÉNERO

Modo de convivencia	Varones		Mujeres	
	Total	80 y más	Total	80 y más
<b>1- En su propia casa</b>	88%	63%	75%	44%
1.2-A solas	7	10	18	19
1.3- Sólo con la pareja o también con hijos/as	76	45	46	13
1.4-Sólo con la pareja	43	34	29	9
<b>2- En su propia casa, sin pareja, con hijos/as u otros familiares</b>	5	7	11	13
<b>3- En otra casa con hijos u otros familiares</b>	12	37	25	55
<b>Total (n)</b>	<b>2.662</b>	<b>392</b>	<b>3.253</b>	<b>704</b>

Fuente: <http://www.imsersomayores.csic.es/>  
y elaboración propia.

jección significa ir acumulando circunstancias que inciden en la aparición de enfermedades crónicas y, por tanto, de dificultades para realizar ciertas actividades autónomamente. En la actualidad, un desafío que se presenta en nuestras sociedades es cómo hacer frente al volumen de cuidados que se necesitarán en un inmediato y más lejano futuro. Incluso aunque las tasas de discapacidad y de enfermedades crónicas se mantuviesen o incluso disminuyesen, el volumen previsto de personas muy ancianas implica un incremento de la dependencia y, por tanto, de la necesidad de cuidados. En el caso de España, y según el Libro Blanco de la Dependencia<sup>1</sup>, las proyecciones sobre población apuntan a que las personas de 65 y más años pasarán de representar en 1991 el 14% del total de la población española a casi el 22% en 2026. Pero las personas de 80 y más años pasarán de representar en ese mismo periodo del 3% a casi el 7%. La proporción de estas últimas con relación a todo el grupo de 65 y más años pasará de ser casi el 22% al 31%. Es decir, en unos veinte años, de todas las personas de cualquier edad algo más de una quinta parte tendrá 65 o más años, y la tercera parte de estas últimas tendrá 80 o más años.

Una característica esencial de la ancianidad, sobre todo, en los países desarrollados, es la feminización. En España, por cada 100 mujeres de 65 y más años hay 70 varones del mismo grupo de

edad. Esa razón desciende a 45 varones por 100 mujeres entre las personas de 85 y más años. La mayor longevidad de las mujeres ancianas se traduce en que son más pobres que los varones ancianos, viven a solas en mayor número y proporción que ellos, y padecen más discapacidad. Ocurre que las enfermedades de los varones les conducen a morir más temprano que a las mujeres, pero las de las mujeres les llevan a vivir más años en discapacidad (Herzog, Holden, y Seltzer 1989). De ahí que, al analizar la vejez, resulte fundamental integrar el análisis del género.

Los porcentajes de institucionalización de ancianos en las distintas comunidades autónomas de España son muy bajos; no suelen superar el 5%. Como puede observarse en el cuadro 2, las personas mayores no institucionalizadas viven en su propio hogar de forma mayoritaria; el grueso de ellas, en compañía de su pareja, con o sin hijos. Los porcentajes descienden obviamente entre las personas más ancianas, pero los varones octogenarios o de más edad viven a solas con la pareja en el 34% de los casos, y las mujeres en el 9%. Las cifras ascienden hasta el 45% y el 13%, respectivamente, cuando se añaden los ancianos que viven con su pareja y algún hijo.

Un aspecto fundamental de cara a las políticas públicas que abordan estas cuestiones es la tendencia cada vez mayor de las personas mayores a vivir a solas. Según el *Censo de Población* de 2001,

<sup>1</sup> Descargable en: <http://www.imsersomayores.csic.es/>.

entre las personas de 65 y más años, la proporción de las que viven solas alcanza el 20%, casi cuatro puntos más que en el de 1991. No obstante esta tendencia al alza, España registra los porcentajes más bajos de personas mayores que viven solas dentro de la Unión Europea, siendo sobre todo en los países nórdicos donde los valores duplican el español.

El número de varones mayores que viven solos según el Censo de 2001 es de cerca de 316.000, y el de mujeres de algo más de un millón. Teniendo en cuenta dos subgrupos de edad, las personas de 65 a 74 años y las de 75 y más, entre los varones las proporciones son similares en ambos grupos (51% y 49% respectivamente). Sin embargo, entre las mujeres incluidas en el subgrupo más joven, la proporción es del 40% en relación al 60% de las de más edad.

En el cuadro 3 también se observa que, entre los mayores que viven a solas, las proporciones más altas corresponden a las personas viudas. La inmensa mayoría de las mujeres mayores que no conviven con otras personas son viudas; entre los varones, algo más de la mitad reúne esta condición de viudedad, en tanto que los varones solteros representan casi una tercera parte de todos los varones que viven solos. La viudedad, pues, constituye la primera causa de la situación residencial de las personas que viven solas, y la soltería, la segunda, sobre todo, entre los varones. Por subgrupos de edad, la proporción de personas solteras más jóvenes que viven solas es más alta que la de los mayores. Sin embargo, entre las más ancianas, la abrumadora mayoría son viudas. Tanto en el caso de las solteras como de los solteros alcanzar una edad más

alta favorece el traslado a una residencia. Sin embargo, entre las personas viudas, el hecho de tener algún hijo o hija, quizá viviendo relativamente cerca, y el hecho de ser mujeres en su mayoría, por tanto, en general con más habilidades para llevar una casa, propician que vivan solas, incluso a edades ya elevadas. Casi 650.000 personas de 75 y más años son viudas y viven solas. A los servicios sociales y las familias les corresponde prestar apoyo a estas personas en riesgo de dependencia para que puedan permanecer en su hogar, si así lo desean.

Obviamente, que una persona viva a solas no implica necesariamente que se sienta sola, aunque quienes no conviven con otras personas tienden a experimentar la soledad en mayor medida. Además, la soledad no es sólo patrimonio de las personas ancianas, que suelen sentirse menos solas de lo que habitualmente tiende a pensarse, sino que también la experimentan otros grupos de edad en diferentes grados de intensidad. En el estudio nº 2.442 del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), realizado en enero de 2002, aparecían diversas proporciones de personas entre 18 y más años que experimentaban soledad. Como puede apreciarse en el cuadro 4, en el total de la población española adulta, y en todos los grupos de edad, las personas que dicen sentirse solas con frecuencia representan una pequeña proporción, aunque es algo más alta entre las más ancianas, con el 12%. En el extremo opuesto, al menos el 30% de las más ancianas y el 31% de las más jóvenes, y hasta el 41% de las de 45 a 54 años, manifiestan no experimentar nunca soledad. Las personas que manifiestan que "nunca" o "raras veces" experimentan soledad superan ampliamente a quienes

CUADRO 3

PERSONAS MAYORES VIVIENDO SOLAS EN ESPAÑA, SEGÚN GÉNERO Y EDAD POR ESTADO CIVIL

Estado civil	Género		Edad	
	Varones	Mujeres	65-74 años	75 años y más
Solteros/as	29%	15%	25%	13%
Casados/as	9	2	4	2
Viudos/as	55	81	64	83
Divorciados/as	8	2	6	1
<b>Total (n)</b>	<b>315.466</b>	<b>1.043.471</b>	<b>576.228</b>	<b>782.709</b>
(%)	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia a partir del Censo de Población, 2001.

CUADRO 4

## FRECUENCIA DE SENTIMIENTOS DE SOLEDAD EN ESPAÑA POR GRUPOS DE EDAD (%)

Frecuencia	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65 y más*	Total
Con frecuencia	2	4	5	5	8	12	6
Algunas veces	31	27	27	22	26	27	27
Raras veces	36	37	33	32	30	30	33
Nunca	31	32	35	41	36	30	34
No contesta	—	—	—	—	—	1	—
<b>Total (n)</b>	<b>326</b>	<b>512</b>	<b>499</b>	<b>375</b>	<b>308</b>	<b>522</b>	<b>2.493</b>

Pregunta: "¿Se siente Vd. solo alguna vez?"

\* No suma 100% porque el 1% de los entrevistados no contestó esta pregunta.

Fuente: CIS, Estudio 2.442, enero 2002 y elaboración propia.

afirman que la sienten "con frecuencia" o "algunas veces". Existen unas diferencias mínimas entre subgrupos, y las personas de 65 y más años se sienten ligeramente más solas que las otras. Así pues, la soledad puede ser experimentada a cualquier edad, tendiendo a aumentar en la ancianidad, pero en España la mayoría de las personas, incluyendo a las ancianas, no experimenta la soledad, al menos en su grado más alto.

pueden esperar vivir libres de discapacidad un mayor número de ellos que las mujeres. Sobre todo entre las mujeres, todavía no puede decirse que vivir más años suponga vivir mejor, especialmente en la gran ancianidad. De ahí la importancia de la prevención desde el punto de vista social e individual.

En realidad, nadie sabe qué ocurrirá en el futuro respecto a las posibles variaciones de los modelos de morbilidad y, por tanto, de los modelos de salud/enfermedad en la vejez. Las teorías que especulan al respecto señalan tres modelos distintos, como expone Garber (1989: 257-259). Por un lado, algunos autores (como Fries y Fuchs) mantienen que, puesto que las mejoras terapéuticas han acompañado a las mejoras en la esperanza de vida, el promedio en morbilidad de las personas ancianas descenderá previsiblemente y la discapacidad se concentrará poco antes de la muerte. Por otro lado, se ha argumentado (por ejemplo, Verbrugge) que las personas que antes morían ahora sobreviven enfermas y discapacitadas. Por lo que la dependencia puede aumentar con el tiempo. Finalmente, otros autores (entre ellos, Poterba y Summers) apuntan a un mantenimiento de la situación actual, debido a que el incremento de la vulnerabilidad en los ancianos será compensado con las mejoras en la morbilidad debido a la medicina y otros avances.

En el cuadro 5 se muestran las cifras de residentes en España que experimentaban en 1999 alguna discapacidad conducente a necesitar de otras personas. El número de personas de 6 a

### 3. CUIDADOS DE SALUD

Dada la importancia de vivir en las mejores condiciones posibles, y pensando en la puesta en marcha de políticas públicas adecuadas, cada vez más se distingue entre la esperanza de vida en salud y la esperanza de vida en general. La primera tiene en cuenta la combinación entre mortalidad, y morbilidad y factores de calidad de vida (Puga 2001: 14-19). Se ha observado que la esperanza de vida en salud no se ha incrementado al mismo ritmo que la duración total de la vida. En el caso de España, su puesto en la lista de países con mayor esperanza de vida en salud desciende hasta el quinto lugar, por debajo de Japón, Australia, Francia y Suecia. En efecto, la esperanza de vida libre de discapacidad a los 65 años se reduce en relación a la esperanza de vida, y las mujeres de esa edad pueden esperar vivir algo más de quince años libres de alguna discapacidad grave, y unos nueve libres de discapacidad. Los varones, que viven de promedio menos años que las mujeres

64 años con alguna discapacidad para las actividades de la vida diaria es ligeramente inferior al número correspondiente de personas de 65 a 79 años, mientras que el número de personas de 80 y más años supone el 70% de las de 65 a 79 años. Ello indica con claridad la mayor necesidad de cuidados no simplemente en la vejez, sino en la gran ancianidad, que representa, además, el grupo de edad que crece a mayor ritmo. La discapacidad de las personas ancianas supervivientes del futuro depende, en buena medida, de las mejoras en los cuidados médicos. Evidentemente, si existe una prevención y tratamientos efectivos para los problemas de salud de los futuros ancianos, pueden estar menos discapacitados que los actuales.

Por género existen diferencias en salud. Las mujeres viven más en nuestras sociedades, pero tienden a estar más discapacitadas que los varones. Según el Libro Blanco de la Dependencia, por cada mil varones de 75 a 79 años, 125 presentan discapacidad para efectuar alguna de las actividades de la vida diaria. Entre las mujeres la correspondiente proporción asciende a 189 por mil. Por cada mil varones de 95 a 99 años, 548 padecen discapacidad; y por cada mil mujeres de la misma edad, 706.

La perspectiva de género es, por tanto, imprescindible al analizar el envejecimiento. Sin embargo, en el pensamiento gerontológico en general, y sociológico en particular, todavía no se han integrado suficientemente el análisis del envejecimiento y el género (Ginn y Arber 1995). Edad

y género representan aspectos fundamentales en la organización social. En la actualidad podría afirmarse que los recursos materiales, de salud, y de cuidados de las personas ancianas se estructuran según el género y la edad, aunque también según la clase social y el grupo étnico. Del mismo modo, la desigualdad por género en la vejez tiene que ver con la desigualdad en el mercado laboral, debido a la tradicional división del trabajo según los roles masculino y femenino. De nuevo vuelve a ponerse de manifiesto la necesidad de políticas preventivas a lo largo de todo el ciclo vital en los diversos ámbitos.

A pesar de los cambios que se están produciendo en los modelos tradicionales de cuidados, se considera que todavía las familias siguen manteniendo unos valores y normas favorables al cuidado por parte de los familiares de las personas ancianas, si bien contando con el estado. Las familias pueden elegir distintas estrategias para hacer frente a las situaciones con que se encuentran, basadas en los valores y preferencias familiares, así como en los recursos de que dispongan (Bazo y Domínguez-Alcón 1996). Por su parte, las sociedades pueden adoptar políticas de bienestar diversas para hacer frente a las necesidades de cuidado de las personas ancianas y sus familias. La participación del estado y la familia en el cuidado puede ser percibida de forma distinta en cada país, y de modo diverso según de qué actividades de apoyo se trate. Cada sociedad puede tener sus expectativas respecto al equilibrio entre ambas instituciones, según las estructuras de apoyo, tradiciones y valores culturales. El envejecimiento de la pobla-

CUADRO 5

EDAD Y DISCAPACIDAD POR GRADO DE SEVERIDAD EN ESPAÑA

	6 a 64 años	65 a 79 años	80 y más años	Total mayores de 6 años
Discapacidad moderada	287.610	279.230	126.977	693.817
Discapacidad severa	258.241	307.792	165.672	731.705
Discapacidad total	261.547	257.455	296.489	815.491
No consta	13.127	17.942	13.257	44.326
<b>Total</b>	<b>820.525</b>	<b>862.420</b>	<b>602.395</b>	<b>2.285.340</b>

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999, Resultados detallados*, Madrid, 2002.

Nota: Las actividades de la vida diaria consideradas son: realizar cambios de posiciones del cuerpo; levantarse, acostarse, desplazarse dentro del hogar; deambular sin medio de transporte; asearse; controlar las necesidades; vestirse; comer y beber; cuidarse de las compras, de las comidas, de la limpieza y planchado de la ropa, de la limpieza y mantenimiento de la casa y del bienestar de los miembros de la familia.

Reproducida en: <http://www.imsersomayores.csic.es/index.html>

ción, el aumento de la longevidad y los cambios en las sociedades contemporáneas que parecen conducir a un incremento del individualismo, pueden someter a tensiones la cuestión del equilibrio preferido entre familia y estado. La tendencia en las últimas décadas es a presionar cada vez más a las familias en detrimento de la responsabilidad de los gobiernos. Resulta, pues, interesante en la presente coyuntura conocer cómo se desarrolla la solidaridad intergeneracional y, en concreto, bajo qué condiciones dicha solidaridad puede ser fortalecida o debilitada.

La investigación realizada sobre el cuidado familiar de las personas ancianas frágiles ha obviado durante tiempo el estudio de las expectativas y preferencias de las propias personas ancianas. La familia es una fuente importante de ayuda y apoyo para las personas ancianas, pero las expectativas de padres e hijos pueden no coincidir. En Europa se observa una falta de datos sobre preferencias para el cuidado. En general, se considera que, mientras en los países del sur de Europa las personas ancianas parecen preferir el cuidado familiar, en el norte es más probable que se prefieran los servicios formales (OECD 1992).

La investigación en preferencias por el cuidado ha tratado a menudo de determinar las actitudes de las personas ancianas hacia el cuidado institucional, como opuesto al cuidado en casa, y ha encontrado, sobre todo, visiones negativas sobre aquél (Finch 1989, Walker y Warren 1993). Diversas investigaciones han mostrado que, por lo general, las personas mayores desean vivir con sus familias, pero en lo que se entiende una "intimidad a distancia" (Jamieson 1990, Finch 1989). Cuando los servicios son ampliamente accesibles, tienden a verse como un derecho (Daatland 1990). Por el contrario, cuando existe una carencia de éstos, tienden a percibirse como algo graciable y pueden conllevar un estigma para las personas que los reciben (Bazo 1993). Lo que las personas ancianas quieren y esperan en el futuro en términos de cuidado familiar puede ser muy diferente de lo que esperan en la actualidad. Incluso donde las tradiciones familiares son fuertes, como en España, las expectativas pueden continuar cambiando. El surgimiento de los valores feministas y otros cambios culturales, como la ideología individualista, además de los económicos y sociales que están variando la posición de las mujeres en las sociedades contemporáneas, pueden conducir a que éstas se alejen más de los modelos tradicionales y sean más exigentes en las demandas de alternativas de cuidado.

#### 4. LAS PERSONAS MAYORES COMO CAPITAL SOCIAL

En la actualidad hablar de vejez es hablar de potencialidad. Envejecer bien es un concepto que comienza a adquirir gran importancia, una vez que se han erradicado los estereotipos negativos con que se abordaron los primeros estudios gerontológicos, y se extiende un nuevo optimismo basado en la percepción de las personas ancianas como portadoras de un potencial y de capacidades no suficientemente aprovechadas. Se entiende igualmente que es posible modificar ciertos aspectos negativos que todavía concurren en la vejez. La vejez, como otras etapas de la vida, es además de una cuestión biológica y psicológica, una construcción social. Cada vez más se extiende la idea del surgimiento de una "nueva vejez" (Bazo 1992).

Efectivamente, en la vejez existe también un potencial de capacidades y habilidades. En gerontología se reconoce la plasticidad en el comportamiento de las personas ancianas. Los nuevos aprendizajes y el ejercicio permiten compensar ciertas pérdidas en algunas funciones (Lehr 1991). Todo ello no significa negar la existencia de unos límites a la capacidad de adaptación de las personas. Pero tales pérdidas no tienen, en general, por qué afectar a las personas ancianas en su vida diaria, toda vez que la mayor parte de ellas están libres de obligaciones familiares y sociales que implican cumplir horarios u otros deberes. Por otro lado, la tecnología y ciertos aspectos prácticos aprendidos pueden contrarrestar el deterioro biológico en los mecanismos cognitivos.

Algunos gerontólogos consideran que el uso de estrategias de selección, optimización y compensación ayuda a las personas a construir su propia vejez con éxito (Baltes y Baltes 1993: 27). La idea de selección se refiere al establecimiento de unas prioridades en función del conocimiento, de las actividades y de las motivaciones anteriores. Optimización tiene que ver con las costumbres de las personas para fortalecer su capacidad de compromiso con las actividades seleccionadas. Compensación alude al uso de mecanismos psicológicos y técnicos que compensen las pérdidas. Se entiende desde esa perspectiva que, si bien es cierto que el envejecimiento limita las posibilidades de las personas, también lo es que la tarea de las personas a la hora de buscar la adaptación a los cambios consiste en seleccionar y concentrar-



se en esas áreas que son de prioridad máxima y que implican la convergencia de las demandas del entorno y las motivaciones, las habilidades y la capacidad biológica propias. Tales condiciones conducirán, mediante la mejora del envejecimiento, a completar la evolución cultural. Tendrán pues un impacto social positivo. Desde la sociología, el envejecimiento satisfactorio puede ser entendido como un concepto que va más allá de la caracterización de la persona únicamente como un ente psicológico o biológico, o que pone el énfasis en la colectividad social. Implica una relación transaccional entre la persona que cambia en una sociedad que, a su vez, se encuentra en cambio constante.

La mayoría de las personas ancianas han aprendido a ajustarse con mayor o menor éxito a los cambios que han ido experimentando a lo largo de sus vidas. Además, en la vejez las personas tienden a seguir con las actividades y formas de comportamiento —estilos de vida— que habían desarrollado en etapas anteriores. Las estrategias que, según Baltes y Baltes, utilizan las personas para conseguir un envejecimiento satisfactorio (selección, optimización y compensación) son aplicables a la hora de explicar la continuidad externa en las actividades durante la vejez. Así, las personas mayores seleccionan las actividades prioritarias teniendo en cuenta las constricciones físicas y ambientales, optimizando los resultados mediante la concentración de todos los recursos en la realización de unas actividades específicas, utilizando para eso los instrumentos de compensación necesarios. Éstos pueden ser diversos: desde el uso de técnicas nemotécnicas para mejorar la memoria, hasta cualquier tipo de prótesis o útil que facilite la competencia funcional.

Las personas ancianas muestran interés en seguir siendo útiles y gustan de sentirse responsables de sus vidas (Barenys 1996, Bazo 1996). Tienen a pensarse que las personas mayores sólo son receptoras (de cuidados, apoyo material y económico). Sin embargo, también realizan aportaciones diversas. Siguen, sobre todo, prestando apoyo y ayuda a sus familiares, y también realizan actividades sociales de carácter altruista dentro de asociaciones de voluntariado (Bazo 2001). En diversas investigaciones se han puesto de manifiesto los intercambios que tienen lugar entre las generaciones, y también cómo, a pesar de las transformaciones experimentadas en las sociedades contemporáneas, la solidaridad familiar intergeneracional parece ser fuerte y sostenida, tanto entre las personas mayores como entre las jóvenes (Bengtson y Roberts 1991; Walker 1993; Silverstein *et al.* 1998, Bazo 2002).

En definitiva, cuando se analiza a las personas jubiladas, se observa su potencial cada vez mayor (Bazo 2001). Es mayor no sólo por razones demográficas, sino también porque pasan a la jubilación todavía jóvenes y poseen más conocimientos y habilidades que sus predecesoras. Eso puede hacer que cada vez más deseen realizar diversas actividades, encontrar un lugar para sí mismas, definiciones nuevas e identidades satisfactorias.

En un mundo que envejece rápidamente suele plantearse si la creatividad y otros aspectos que favorecen la innovación y el desarrollo experimentarán una disminución, e incluso también la demanda de algunas mercancías. Lo cierto es que las personas de edad se están convirtiendo en un sector cada vez más codiciado en el mercado de bienes y servicios —como los turísticos, entre muchos otros— y que la creatividad tiene más que ver con la educación, los aprendizajes y los estilos de vida que con la edad, como han demostrado tantos y diversos creadores y artistas que han producido sus mejores obras no sólo en la madurez, sino claramente en la vejez. La educación, la prevención en salud, las políticas en general que promuevan la igualdad entre géneros, las normativas laborales, el mantenimiento de un sistema de salud y de servicios sociales a la altura de lo que es esperable y exigible en las sociedades prósperas, todo ello es fundamental para lograr que la gran mayoría viva mejor, ahora que vive más. Tras conseguir, gracias a las mejoras económicas y sociales, vivir más y en mejores condiciones de salud y económicas que las personas en el pasado, queda otra meta por lograr: que las personas de las diversas generaciones vayan transitando en su ciclo vital en las mejores condiciones posibles de salud, económicas y sociales, para desembocar en una vejez en la que la discapacidad quede notablemente reducida. Todo ello ahorrará costes —la gran preocupación de los gobiernos actuales—, pero, sobre todo, sufrimiento, generando bienestar a toda la sociedad. Es responsabilidad de las instituciones y de las personas.

## BIBLIOGRAFÍA

BALTES, P. B. y M. M. BALTES (eds.) (1993), *Successful Aging*. Cambridge: University Press.

BARENYS, M. P. (1996), "Los ancianos como actores sociales", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 73, 225-238.

BAZO, M. T. (1992), *La ancianidad del futuro*. Barcelona: SG Editores.

– (1993), "Mujer, ancianidad, y sociedad" *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, 28 (1), 17-22.

– (1996), "Aportaciones de las personas mayores a la sociedad: Análisis sociológico", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 73, 209-222.

– (2001), *La institución de la jubilación: De la sociedad industrial a la postmodernidad*. Colección Edad y Sociedad. Valencia: Nau Llibres.

– (2002), "Intercambios familiares entre las generaciones y ambivalencia: Una perspectiva internacional comparada", *Revista Española de Sociología*, 2, 117-127.

BAZO M. T. y C. DOMÍNGUEZ-ALCÓN (1996), "Los cuidados familiares de salud en las personas ancianas, y las políticas sociales", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 73, 43-56.

BENGTSON, V. L. y R. ROBERTS (1991), "Intergenerational solidarity in aging families: An example of formal theory construction", *Journal of Marriage and the Family*, 53, 856-870.

DAATLAND, S.O. (1990), "Ageing, families and welfare systems", *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34, 16-20.

FINCH, J. (1989), *Family obligations and social change*. Cambridge: Polity Press.

Garber, A. M. (1989), "Long-term care, wealth, and health of the disabled elderly", en: D. A. WISE (ed.), *The Economics of Aging*. Chicago: The National Bureau of Economic Research.

GINN, J. y S. ARBER (1995), "Only connect: Gender relations and ageing", en: S. ARBER y J.

GINN (eds.), *Connecting Gender & Aging: A sociological Approach*. Buckingham: Open University Press.

HERZOG, A. R; K. C. HOLDEN y M. M. SELTZER (eds.) (1989), *Health & Economic Status of Older Women*. Amityville, Nueva York: Baywood Publishing Company.

JAMIESON, A. (1990), "Informal care in Europe" en: A. JAMIESON y R. ILLSLEY (eds.), *Contrasting European policies for the care of older people*. Avebury: Aldershot.

LEHR, U. (1991), "Aging in Europe: New directions". Ponencia presentada en el II Congreso de Gerontología (Madrid).

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (1992), *Urban policies for ageing populations*. Paris: OECD.

PUGA, MARÍA DOLORES (2001), *Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España: Una previsión a 2010*. Madrid: Fundación Pfizer.

SILVERSTEIN, M.; V. BURHOLT; G. C. WENGER y V. L. BENGTSON (1998), "Parent-child relations among very old parents in Wales and the United States: A test of modernization theory", *Journal of Aging Studies*, 12 (4), 387-409.

WALKER A. (1993), "Intergenerational relations and welfare restructuring: The social construction of an intergenerational problem", en: V. L. BENGTSON y W. A. ACHENBAUM (eds.) *The changing contract across generations*. Nueva York: Aldine de Gruyter.

WALKER A. y L. WARREN (1993), "The care of frail older people in Britain: Current policies and future prospects", en: L. KATZ OLSON (ed.), *The Graying of the World: Who will Care for the Frail Elderly?* Nueva York: The Haworth Press.