

COBERTURA DE NECESIDADES DE LA ANCIANIDAD DESDE LA FAMILIA Y LOS SERVICIOS SOCIALES

Gerardo Hernández Rodríguez
Universidad de La Coruña

Son ya clásicas las opciones planteadas, en su labor, a los servicios sociales, en tanto en cuanto instrumentos de las políticas de bienestar social. A grandes rasgos, por un lado aquellas que plantean la intervención de estos servicios sólo cuando las estructuras normales de mercado, de oferta o la familia desaparecen o no funcionan y, por otro, las que propugnan un sistema de carácter universal al que tengan acceso todos los ciudadanos.

En nuestra sociedad actual, el sector de la población que ha experimentado un mayor incremento es el de las personas mayores, el de la ancianidad y este aumento de la población anciana, los sistemas actuales de producción, los modelos familiares vigentes, las características y dimensiones de las viviendas, los servicios sociales y los planteamientos económicos requeridos por la nueva configuración demográfica se traducen y manifiestan en importantes consecuencias sociales, sanitarias, económicas, geográficas y políticas que preocupan a los gobiernos en el presente y significan un desafío particular para los del futuro, en orden a la protección social de la ancianidad y al beneficio, por parte de ésta, de los derechos humanos en toda su amplitud, para un número cada vez mayor de personas con edades superiores a los sesenta y cinco años que, habiendo superado su etapa de actividad laboral, demandarán una integración plena, más servicios asistenciales y el respeto y disfrute de sus derechos. En definitiva, un amplio horizonte para la intervención socioeducativa y socioasistencial.

En relación con esta preocupación, en abril del año 2002, se celebró en España la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Entre las finalidades de este encuentro cabe destacar la realización de un examen general de los resultados de la I Asamblea que tuvo lugar en Viena en 1982 y aprobar un plan de acción revisado y una estrategia a largo plazo sobre el envejecimiento, en el contexto de una

sociedad para todas las edades. Y en este foro se ha prestado especial atención, entre otras cosas, a aspectos como las características del proceso de envejecimiento y el desarrollo, las nuevas pautas para la jubilación, la asociación entre el sector público y el privado y el aumento de la solidaridad intergeneracional.

En este ámbito es necesario no caer en el error, por una parte, de creer que todas las personas mayores son pobres o están enfermas y, por otra, no incurrir en triunfalismos que nos hagan perder la perspectiva real de la ancianidad, es decir, que el hecho de alcanzar altas cotas en la esperanza de vida no significa que todas las personas mayores gocen plenamente de buena salud dado que hay muchas, las que no se ven porque se encuentran institucionalizadas o no salen de sus hogares, que sufren de altos grados de dependencia y no se parecen en nada a las que figuran en las portadas de ciertas publicaciones o en determinados anuncios. Es decir, en la población anciana se constata una evidente heterogeneidad. Pero, hechas estas salvedades, nosotros vamos a fijar nuestra atención en este trabajo en la población mayor y en algunos de aquellos aspectos sociales que, de alguna manera, inciden en dos vertientes de su bienestar: la familia y los servicios sociales, tratando así de que nuestra sociedad tenga conciencia de ello y puedan ser arbitradas las medidas oportunas para paliar los efectos no queridos y, en su caso, evitarlos o erradicarlos.

Porque, pese a la existencia de los servicios sociales y al incremento de sus recursos, la realidad es que en nuestra sociedad la familia, en el ámbito de la ancianidad como en tantos otros lo es todo. Todo se espera del Estado, pero gran parte de las necesidades se resuelven en las familias. La familia, y en el tema que nos ocupa, los ancianos concretamente, en lo afectivo y en lo efectivo, es el colchón amortiguador de no pocos problemas sociales.

El peso de la población anciana

Las pautas demográficas actuales en todos los países desarrollados tienden a y se consolidan en el envejecimiento de la población. El envejecimiento demográfico se debe, por una parte, a la caída de la natalidad que reduce la base de la pirámide de edades y hace que disminuya la población joven y, por otra, al aumento de la parte correspondiente a las personas mayores debido a un alargamiento de la vida, es decir, a la acción combinada de ambos fenómenos de forma simultánea; en este caso, crece el vértice de la pirámide.

Ambos factores suponen un incremento en el nivel y calidad de vida. El incremento en la esperanza de vida es debido, sobre todo, a las mejoras en los ámbitos sanitario, alimenticio e higiénico.

En el caso de España, como en el de otros países de su área, la estructura por edades de la población ha cambiado a lo largo del siglo. Progresivamente ha disminuido el tamaño de las nuevas generaciones con el consiguiente estrechamien-

to de la base de la pirámide poblacional. Paralelamente ha aumentado el peso de la población de sesenta y cinco y más años. Este grupo no ha dejado de aumentar en términos absolutos durante todo el siglo XX, recientemente concluido, y lo ha hecho, además, a un ritmo muy superior que el resto de la población. Desde 1.900 la población de todas las edades apenas se ha duplicado, mientras la de sesenta y cinco y más se ha multiplicado por siete veces y media. Y es de esperar que esta tendencia se acentúe aún más, a no ser que ocurran catástrofes inesperadas que modifiquen dramáticamente la tendencia de la mortalidad.

Al comenzar el siglo XX, en España los ancianos representaban un 5,2% del total de la población. Y así, un rasgo sobresaliente en los últimos años ha sido el considerable envejecimiento de la población española. Los mayores de sesenta y cinco años representaban en el año 2005 casi el 17,0% de la población total (Tablas nº I y II). Un millón ciento treinta y seis mil más que diez años antes.

El índice de envejecimiento aún es sumamente significativo. Si en 1981 había más de dos menores de catorce años por cada persona mayor de sesenta y cinco (44%), en sólo veinte años, y pese a una ligera recuperación de la natalidad, al comenzar el presente siglo había más ancianos que niños, en concreto, en el 2001 había ciento veinte mayores de sesenta y cinco años por cada 100 menores de catorce y en el año 2005, era de ciento diecisiete esa relación.

Esta situación, como señala Mayor Zaragoza¹ “tiene lugar en medio de un deterioro biológico que, desde todos los puntos de vista, presenta un costo considerable (en términos de tiempo de los allegados o personal sanitario especializado, atención terapéutica y clínica, etc.). Sabiendo que es un “proceso sin retorno”.

Tabla nº I. *Población Anciana en España. Año 2005*

Edad	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
65-69	1.874.237	876.918	997.319
70-74	1.979.735	894.842	1.084.893
75-79	1.575.076	663.303	911.773
80-84	1.087.466	411.735	675.731
85 y más	815.753	244.189	571.564
Total 65-85 y más	7.332.267	3.090.987	4.241.280
Total población	44.108.530	21.780.869	22.327.661

Fuente: INE. Revisión de Padrón Municipal 2005.

1. Mayor Zaragoza, E: Prólogo en: Hernández Rodríguez, G. y Millán Calenti, J.C. (2000) *Ancianidad, familia y enfermedad de Alzheimer*. A Coruña, Universidade da Coruña, pág. 14.

Tabla n° II. *Población Anciana en España. Año 2005 (%)*

Edad	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
65-69	25,6	28,3	23,5
70-74	27,0	28,9	25,6
75-79	21,5	21,5	21,5
80-84	14,8	13,3	15,9
85 y más	11,1	8,0	13,5
Total	100,0	42,2	57,8
% s/total población	16,6	14,2	19,0

Fuente: INE. Revisión de Padrón Municipal 2005.

En cuanto a la esperanza de vida, ésta va en aumento. En España es de 80,50 (77,20 para los hombres y 83,80 para las mujeres), según los datos del Instituto Nacional de Estadística, que quedan reflejados en la Tabla n° III.

En cuanto a la estructura por sexo, en el caso de España, a partir de los cincuenta años, comienza a ser más numeroso el grupo femenino y las diferencias se van agrandando paulatinamente, a medida que la edad aumenta. Así, en el intervalo de sesenta y cinco a sesenta y nueve años, por cada cien mujeres, solamente hay ochenta y siete hombres, situación que se agrava al pasar el umbral de la denominada cuarta edad, en donde el número de hombres es la mitad que el de las mujeres a los ochenta años.

Tabla n° III. *España. Esperanza de Vida por Sexos (1900-2002)*

Años	Total	Hombres	Mujeres
1900	34,76	33,85	35,70
1910	41,73	40,92	42,56
1920	41,15	40,26	42,05
1930	49,97	48,38	51,60
1940	50,10	47,12	53,24
1950	62,10	59,81	64,32
1960	69,65	67,32	71,90
1970	72,36	69,57	75,06

Años	Total	Hombres	Mujeres
1975	73,34	70,40	76,19
1980	75,62	72,52	78,61
1985	76,52	73,27	79,69
1990	76,94	73,40	80,49
1996	78,31	74,74	81,88
1998	78,80	75,25	82,16
2002	79,40	75,70	83,10
2004	80,50	77,20	83,80

Fuente: Eurostat e INE, Indicadores Demográficos Básicos. Madrid 2006.

El papel de la familia

El entorno familiar desempeña un papel sumamente importante en el proceso de envejecimiento, en relación con el cometido que el anciano tiene asignado o se espera de él.

La atención familiar al anciano hunde sus raíces más profundas, como pone de manifiesto Gerardo Pastor Ramos², en factores sociales, psicológicos y culturales. La idea de que los hijos deben cuidar y atender a sus padres, además de remontarse a las antiguas costumbres veterotestamentarias de los judíos, al pensamiento político grecorromano y de haber sido fomentada por el cristianismo, ha pasado a formar parte de la conciencia colectiva de Occidente. De ahí se deriva la existencia de no pocos sentimientos de culpa en los hijos si incumplen los dictados de su conciencia o del sistema de valores sociales correspondiente, en el caso de desentendimiento total de los ancianos.

Mientras los ancianos pueden valerse por sí mismos en el desarrollo de sus actividades, la atención de las familias es algo que apenas se plantea, que no constituye ningún problema. Las dificultades en la convivencia y en las posibilidades de atención aparecen cuando los ancianos empiezan a acusar deterioro físico y/o mental, decrepitud o achacosismo. Y si los apoyos públicos no existen o son insuficientes, la situación se agrava.

A finales del año 1998 manifestó José Borrell, candidato del Partido Socialista Obrero Español a la presidencia del Gobierno, “Hay que potenciar la familia; no nos podemos imaginar hasta qué punto es importante en la sociedad

2. Pastor Ramos, G.: (1988) *Sociología de la familia*. Salamanca, Ed. Sígueme.

actual. (...) En España, la solidaridad reposa increíblemente en la familia. Es la institución más solidaria que existe por encima de los esquemas de protección social, y no está recibiendo las ayudas con las que cuenta en otros países (...) Menos mal que existe la familia, si no, el gasto social con respecto al Producto Interior Bruto se habría disparado. ¿Cuántos ancianos habrían quedado abandonados?”³.

Dice la Recomendación nº 25 del Plan de Acción Internacional de la I Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el envejecimiento, celebrada en Viena en 1982: “La familia es la unidad básica reconocida por la sociedad, y se deberán desplegar todos los esfuerzos necesarios para apoyarla, protegerla y fortalecerla de acuerdo con el sistema de valores culturales de cada sociedad y atendiendo a las necesidades de sus miembros de edad avanzada. Los Gobiernos deberán promover las políticas sociales que alienten el mantenimiento de la solidaridad familiar entre generaciones, resaltando el apoyo de toda la comunidad a las necesidades de los que prestan cuidados a los ancianos y la aportación de las organizaciones no gubernamentales en el fortalecimiento de la familia como unidad”.

En la Recomendación nº 29 se propone: “Debe alentarse a los hijos a que mantengan a los padres. Los gobiernos y los órganos no gubernamentales, por su parte, establecerán servicios sociales que apoyen a toda la familia cuando existan personas de edad en el hogar, aplicando medidas especiales a las familias de bajos ingresos”.

Estas son las recomendaciones, las concepciones teóricas que darán lugar a las normas escritas que podrán regular formalmente las relaciones y la convivencia en el seno de las familias con personas mayores y arbitrar o, en su caso, mejorar los recursos necesarios en el ámbito de los servicios sociales.

Las necesidades en las personas mayores

Entendemos que cualquier planificación social tiene como finalidad la eficacia y una buena administración de los recursos disponibles. Es por esto, por lo que estudiar al colectivo de los mayores para conocer sus necesidades a través de nuestra observación y de sus demandas, nos puede permitir adecuar el enfoque de los proyectos y los programas previstos para la ancianidad.

Y todo ello en la confianza de que los datos derivados de este tipo de investigación puedan servir a los planificadores sociales para diseñar una serie de actuaciones que redunden en un mayor bienestar de nuestros mayores; pues tal

3. Ver: Diario El Mundo, pág. nº 12. Madrid, 6 Noviembre 1998.

y como nos dice Simone de Beauvoir “la forma en que una sociedad se comporta con sus viejos, descubre, sin equívocos la verdad –a menudo cuidadosamente enmascarada– de sus principios y sus fines”⁴.

Abordar el estudio de las necesidades y demandas de la ancianidad supone comprobar, de una manera muy clara, como no todas las personas mayores de sesenta y cinco años son iguales, y observar cómo dentro de ellas existen diferentes formas y modelos de vivir esta etapa de la vida. Consideramos que la variable *clase social*, relacionada con el nivel de ingresos y el nivel educativo, es un elemento diferenciador importante a la hora de detectar distintos estilos de vida entre los integrantes del colectivo estudiado.

En consecuencia, en este tipo de investigaciones han de estudiarse y analizar las variables demográficas, las condiciones socioeconómicas como condicionantes del estilo de vida, la salud y sus espacios, jubilación, soledad y desintegración, la esfera ético-moral, la religión, las actitudes y el comportamiento político, el tiempo de ocio, las percepciones de los espacios urbanos en los barrios y la ciudad y las demandas de los mayores.

Así, pues, los objetivos a largo plazo, que debe plantearse una política integral de ancianidad pueden recogerse en torno a tres puntos: la emancipación e independencia de los ancianos, en el sentido de reforzar su autonomía personal, su capacidad de iniciativa, su poder de autocontrol y una más plena capacidad de movimientos. En segundo lugar, facilitar lo más posible la plena inserción integrada del anciano en su medio comunicativo más inmediato (redes de vecindad, solidaridad, amistad y parentesco), pero no para reforzar su dependencia sino para suscitar la capacidad emancipadora, que conduzca al anciano a su realización personal. En tercer lugar, personalizar la prestación de los servicios en la mayor medida posible, para evitar que los ancianos puedan sentirse como clientes de unos grandes almacenes, donde multitud de especialistas anónimos atienden impersonalmente y de forma parcial aspectos puntuales y concretos.

No todas, naturalmente, porque –insistimos en ello– no podemos caer en el error de afirmar que todas las personas mayores son pobres o están enfermas, pero sí un número importante –y ahí es dónde está la exigencia de la atención sociosanitaria– de personas mayores viven situaciones de carencia que les crean necesidades que se traducen en demandas. Conocer cuales son las necesidades sociales y reconocer las demandas ciudadanas constituye uno de los primeros pasos para disponer una intervención sociosanitaria sobre el colectivo de los ancianos.

4. Beauvoir, S. de: (1970) *La vejez*. Buenos Aires, Editorial Sudamericana.

En general, tenemos que decir que para los ancianos aparece un cierto techo ante la formulación de la demanda. Esta va a estar limitada a un contexto, a una realidad concreta; y no van a pedir más de lo que ven que se puede pedir o lo que creen que se puede conceder, porque forman parte de unas cohortes que lo pasaron muy mal porque les tocó vivir tiempos difíciles. Las personas mayores con mayor nivel social y cultural son las que tienen más conocimientos de sus derechos y son las que plantean más demandas, de mayor cualificación y, llegado el caso, son las que saben ser más críticas.

Además, debemos tener en cuenta que los mayores propugnan valores basados en la proximidad, en la cercanía, como son el amor, el respeto, la solidaridad o la amistad. Mientras que para ellos la distancia, la soledad, la lejanía y la segregación son valores negativos, lo cual queda patente a la hora de establecer las demandas de equipamientos y servicios.

La amenaza y los riesgos del aislamiento y la soledad

Una variable importante a tratar, en relación con la situación de las personas mayores y la solución a sus necesidades, es la soledad. El aislamiento es una grave amenaza que pesa sobre el anciano; frecuentemente en torno al anciano gravita el aislamiento físico el aislamiento espiritual, el aislamiento familiar, el aislamiento social.

Hay ancianos que están expuestos a la experiencia de la soledad como consecuencia de la pérdida del cónyuge, los amigos y compañeros y a la, quizá más abrumadora, soledad en compañía, al aislamiento en medio de la multitud, de los grupos o de la misma familia. Lo cierto es que impresionan algunos datos que reflejan esta situación. Un dato significativo es que desde 1970 el número de mayores que viven solos ha aumentado en un 21,5%. Esta soledad debida muchas veces a la pérdida de relaciones interpersonales, y a la falta de una red social adecuada, provoca en los ancianos depresión y problemas en su salud tanto mental como física, ansiedad, etc. Pero aún existe una consecuencia de la soledad más importante por su carácter irreversible que es el suicidio, el cual aumenta progresivamente entre los ancianos.

La soledad es uno de los mayores enemigos del ser humano y puede ser la causa de trastornos psíquicos y multitud de enfermedades. Sentirse solo debilita, deprime y entristece; hay que evitar que las personas mayores se sientan solas. El principal problema no es tanto el hecho de vivir solo sino de sentirse solo o aislado.

Esta es una cuestión que preocupa particularmente en estos momentos a los responsables del área de ancianidad en los Servicios Sociales, especial-

mente en las grandes ciudades. En el año 2001 fueron hallados muertos solos en sus domicilios en Madrid setenta y nueve ancianos, frente a setenta y dos en el año 2002, en agosto del año 2003 ya se había alcanzado en esta misma ciudad la cifra de sesenta fallecidos solos en sus viviendas y para el primer trimestre del 2006, según la Dirección General de Mayores, habían fallecido en soledad diecinueve ancianos, mientras que para el PSOE esta cifra se elevaba a treinta y tres, dato que era matizado pues según la antedicha Dirección General, pese a que habían muerto en soledad, muchos de los fallecidos no vivían solos ni se encontraban socialmente aislados. En Galicia, desde donde se elabora este trabajo, se recuerda el caso del anciano al que descubrieron en su casa después de llevar dos años muerto. Nadie le echaba en falta porque sus recibos eran cargados en su cuenta en la que se disponía de fondos suficientes. Y más recientemente, en el presente año, en el mes de julio en La Coruña un sexagenario falleció por causas naturales, pero hasta dos semanas después, y a causa del mal olor percibido por los vecinos, nadie le echó de menos; y en enero una anciana de setenta años fue encontrada muerta, también después de dos semanas. Es lamentable y preocupante el aislamiento y la incomunicación en la que pueden llegar a vivir algunos ancianos para llegar a este triste final, pero también es cierto que hay personas mayores que prefieren este riesgo antes que sacrificar su independencia. Por eso es importante que, desde los Servicios Sociales se lleve un control de las personas en esta situación y se realicen verificaciones de su situación tan periódicas como el caso lo requiera.

Más del 25% de los mayores de noventa años, unos 60.000, viven solos. Entre quienes están incluidos en el intervalo de ochenta y cinco a ochenta y nueve años esta cifra se eleva a 140.000 (29,7%) y a 250.000 (28,5%) aquellos cuyas edades oscilan entre los ochenta y los ochenta y cuatro años de edad.

Una importante diferencia entre los hombres y las mujeres que han rebasado los sesenta y cinco años de edad, según los datos del Censo del 2001, es el tamaño del hogar en el que viven o el número de personas que configuran dicho hogar. Un total de 1.043.471 mujeres viven solas, es decir, en hogares unipersonales (76,8%) y solamente 315.466 (23,2%) hombres comparten una situación semejante. Dicho de otra manera, un 19,6% de los ancianos viven solos, mientras que un 2,2% habita en viviendas colectivas (residencias y similares). El resto tiene su domicilio en viviendas familiares, conviviendo un 37,8% con otras personas de su edad y un 40,4% con al menos una persona de generaciones posteriores a la suya (Tabla nº IV). Con respecto a la situación reflejada en los resultados de censos anteriores, crece el número de personas de edad avanzada que viven solas.

Tabla nº IV. *Porcentaje de personas de 65 o más años, según forma de convivencia (España. Censo 2001)*

Edades	Viviendas Colectivas	Viviendas Familiares			Total (nº)
		Viviendo solas	Con otras personas todas coetáneas	Con al menos una persona de generaciones siguientes	
65 a 69	0,8	12,4	40,1	46,7	2.090.809
70 a 74	1,2	17,4	43,6	37,8	1.847.316
75 a 79	2,0	23,4	40,6	34,0	1.441.362
80 a 84	3,7	28,5	31,6	36,3	876.532
85 a 89	6,4	29,7	20,8	43,1	479.610
90 o más	9,5	25,8	10,6	54,2	228.638
Total (nº)	153.056	1.368.297	2.630.050	2.812.864	6.964.267
%	2,2	19,6	37,8	40,4	100

Fuente: I.N.E. Estructura de los hogares y problemas de la vivienda. Censos de Población y Viviendas 2001. Madrid 2004.

Se puede observar una notable diferencia, dependiendo de que se trate de núcleos urbanos o rurales y, particularmente si se trata de comunidades en los que estén más o menos acendrados los valores familiares tradicionales, pues en éstos, el porcentaje de personas mayores que viven solas es menor que en el conjunto de España y en las grandes ciudades, así como el de aquellos que lo hacen en viviendas colectivas. Hemos de entender que en este hecho influyen las citadas tradiciones familiares y que, principalmente en el medio rural existe un número importante de hogares en los que conviven varios núcleos o familias con miembros de diferentes generaciones. Es, en este sentido, también destacable que el mayor porcentaje corresponde a los mayores que siguen viviendo en su propia vivienda, aunque lo hagan acompañados de su cónyuge y/o descendientes, en lugar de ser ellos los que viven en los hogares de sus hijos. El número de hombres supera al de mujeres en este modelo de convivencia.

También, en general, es más elevado el porcentaje de las mujeres que, en estas edades, viven solas, en relación con los hombres de semejante situación, pues ellas les superan a ellos viviendo sin ninguna compañía. Las mujeres en

estas edades sobrellevan mejor esta situación. Y, así mismo, es interesante dejar constancia de las altas tasas de soledad que afectan a las personas de las edades más avanzadas, los de 80 y más años, entre el 23,5 y el 21,4%.

Desde los presupuestos culturales de nuestra sociedad, parece que no se necesita a los ancianos, que casi estamos convencidos de que nuestra sociedad funcionaría mejor si no losuviésemos, porque frecuentemente se considera a este colectivo como un problema, en vez de valorar positivamente que un número cada vez mayor de personas alcancen edades avanzadas. Si a un individuo se le etiqueta como alguien que no ofrece nada, cualquier pretensión que éste tenga con respecto a los demás será vista inmediatamente como dependencia.

El alojamiento en residencias e instituciones, en virtud de su disminución funcional, no es generalmente para los ancianos una solución idónea. Sus preferencias se orientan hacia la convivencia con personas de otras edades. De otro modo ese alojamiento se convierte, desde su perspectiva, en reclusión y el contacto y la convivencia permanente y exclusiva con personas más ancianas, más envejecidas, más enfermas, más incapacitadas o más decrepitas acentúa y agrava en ellos la noción de su propio envejecimiento y declive vital que les conduce al ensimismamiento psicopatológico, a la introversión y a la contemplación permanente de su próximo fin, sin que perciban una perspectiva vital distinta. Hay, sin embargo, casos en los que la entrada en una residencia redundan no sólo en bien del anciano, sino también del resto de la familia.

La soledad podríamos decir que es una separación de los demás, una separación en la participación, en las actividades sociales de hablar, compartir, alimentarse, jugar y demás. Tiene la potencialidad para albergar una amplia gama de pensamientos y sentimientos. También podemos definir la soledad como la insatisfacción subjetiva con las relaciones interpersonales. La soledad ocurre cuando las relaciones no cubren las necesidades sociales, fracasan para cumplir deseos personales o disminuyen las gratificaciones sociales.

Una de las causas más importantes de la soledad es el hecho de llegar a la jubilación ya que supone un cambio drástico en la vida de la persona mayor, y mucho más cuando ésta no tiene actividades de ocio. Teniendo en cuenta que la entrada en la vida laboral cada vez se retarda más, y que la jubilación se anticipa, el problema se hace más acuciante y la soledad aumenta progresivamente en el anciano.

Por otro lado, como disminuye la tasa de natalidad, cada anciano tiene menos descendientes capaces de cuidarle. Además las familias prefieren mantenerse en contacto pero no vivir necesariamente en la misma casa, lo que hace que el número de ancianos viviendo solos sea mayor, partiendo esta iniciativa, muchas veces, de los propios mayores.

Otra causa de la soledad es, según Kalish, que “los mitos difícilmente mueren”⁵ y los propios ancianos se resisten a vivir en compañía, debido quizás al temor por la pérdida de autonomía individual y de su identidad, como consecuencia de la multiplicación de las instituciones destinadas a tratar la problemática asistencial-social y sanitaria de esta población. El control y la responsabilidad son muy importantes para el anciano e influyen en el bienestar físico y psicológico. La soledad se ve como una condición relativa a la salud y al número de enfermedades crónicas en el anciano.

También es una consecuencia de vivir solo el incremento del gasto sanitario, aunque la influencia sobre este gasto no es desmesurada, la soledad de tipo negativo, considerada como factor de riesgo o como causa de enfermedad y que experimenta un pequeño grupo de ancianos, es la que influye sobre los gastos sanitarios en residencias, gastos en atención primaria y sobre los gastos farmacéuticos de los ancianos; pero si bien es cierto todo esto, también lo es que existen pocos servicios destinados específicamente a los efectos oportunos. La última consecuencia, y no por ello menos importante, con gran impacto social debido a lo que implica, y a la que ya nos hemos referido con anterioridad, es el suicidio.

En la ancianidad, de la salud física o de la salud social va a depender la salud mental, y es a través de este camino por el que se puede llegar a la decisión final del suicidio como manifestación de conducta desviada y sociopatológica.

Sin duda, los suicidios y lesiones autoinflingidas del anciano son llevadas a cabo en circunstancias especiales de su vida, alteración de su salud psicofísica y las de su entorno familiar y social, que en simples causas o concausas determinan las diversas clases de lesiones que ponen fin a su existencia.

Las víctimas de suicidios consumados y tentativas de suicidio en España, entre los años 1976 y 2004, en edades de sesenta y más años fueron en total 23.379, el 39% del total de todas las edades siendo, de ellos, el 72% hombres y el 28% mujeres. Al analizar estos datos se comprueba que, de los hombres, el mayor porcentaje (54,4%) corresponde a los casados, mientras que en las mujeres es al estado de viudedad al que corresponde el porcentaje más elevado (42,1%).

Por lo que se refiere a los procedimientos empleados para poner fin a sus vidas o tratar de hacerlo, figura en primer lugar el ahorcamiento (asfixia o suspensión), con un 46,3% de los casos, siguiéndole la precipitación desde un lugar elevado (22,4%) y por sumersión (ahogamiento) con un 10,6%. Cabe también prestar una cierta atención al hecho diferenciador de procedimientos “masculinos” y “femeninos”.

5. Kalish, R.: (1999) *La vejez. Perspectivas sobre el desarrollo humano*. Madrid, Ed. Pirámide, S.A.

El arma de fuego es empleada mayoritariamente por los hombres (98,4%), así como el ahorcamiento (80,9%), la precipitación al paso de vehículos (76,5%) y el envenenamiento que se empleó en el 50,1% de los casos. Hasta el año 1999 las mujeres ancianas empleaban este procedimiento más que los hombres. Y del total de éstas, el 33,2% se precipitó desde una altura. Estos comportamientos han sido una constante a lo largo del tiempo, como lo ponen de manifiesto los estudios referidos a finales del siglo XIX y principios del XX, realizados por Constantino Bernaldo de Quirós y Mariano Ruiz Funes⁶.

Respecto del total, las personas mayores eligen, preferentemente, procedimientos definitivos, como el ahorcamiento o precipitación desde una altura, métodos que no permiten dudar de su intencionalidad.

A nuestro juicio, de los tres grupos que establece Durkheim⁷ para la tipología de los suicidios –egoísta, altruista y anómico–, el correspondiente al suicidio en la ancianidad encajaría perfectamente en el tercero de los señalados, pues el anciano suicida llega a su determinación como consecuencia de la *anomia* en que se encuentra, de la desorganización vital que percibe dentro de su estructura social.

Por cuanto respecta a las motivaciones que pudieran impulsar a los ancianos al suicidio, creemos que entre las razones o causas principales que les inducen a tal decisión cabría destacar la enfermedad, la debilidad física, el aislamiento, la soledad, como aparentes desencadenantes de otras tales como el rechazo de los familiares, la sensación de estorbo, la inutilidad o la sensación de falta de cariño, muy acusada entre las personas ancianas, en virtud de su hipersensibilidad y de su tendencia a estar más pendientes de las formas que del fondo, en contraste con la actitud más superficial de las formas pero que no tiene por qué implicar, forzosamente, menos profundidad de sentimientos en el fondo, de los más jóvenes arrastrados por su acelerado ritmo de vida, y no tan pendientes de los detalles.

Pero para no quedarnos en las hipótesis ni en las conjeturas, examinemos las causas conocidas de los suicidios y las tentativas en los mayores en los años 1976 a 2004. En el 17,1% y el 17,4% de los suicidios masculinos en personas mayores de sesenta años, las causas fueron los padecimientos físicos y los estados psicopatológicos, en tanto que éstas fueron las causas para el 12,4% y el 30,45%, respectivamente, de las mujeres de esa misma edad.

En las edades de la ancianidad, el desequilibrio emocional, las tensiones psicológicas o el abatimiento ante la enfermedad están más acentuados en el hombre que en la mujer, la cual, además, posee una capacidad biológica superior,

6. Ver en Ruiz Funes, M. (1928) "Etiología del Suicidio en España", en Durkheim, E.: *El suicidio* Madrid, Ed., págs. XXXIV y XXXV.

7. Durkheim, E. (1928): *El suicidio* Madrid, Ed. Reus.

como lo prueba el hecho de la hipermortalidad masculina pues, pese a que nacen más niños que niñas, mueren, desde las edades más tempranas, más hombres que mujeres. Para hacer tal aseveración nos basamos en el hecho de que, en los suicidios y tentativas por estados psicopatológicos, un 58,1% son hombres, así como el 76,5% de los que lo han hecho por padecimientos físicos. En cualquier caso, también hay que señalar que la mayor proporción de los suicidios y tentativas en las mujeres mayores, con causa conocida, responde a la rúbrica de estados psicopatológicos.

Lo cierto es que la enfermedad o la falta de salud física o psíquica llevan a la autodestrucción a un 78,0% del total de los ancianos que, con causa conocida, se plantean este final. Por ello consideramos oportuno hacer una reflexión sobre la interrelación de la salud física y la mental, toda vez que parece evidente que en unos casos es directamente la falta de salud física la que lleva a tan considerable número de suicidios y, por otra parte, cabe colegir que, en otro porcentaje también considerable, pueden ser precisamente las enfermedades físicas las que provoquen las perturbaciones mentales o los estados psicopatológicos que impulsen a otras personas a este fin.

Los Servicios Sociales para la ancianidad

Los Servicios Sociales se han constituido, sobre todo en las últimas décadas, como uno de los sistemas fundamentales de la sociedad del bienestar. Este hecho debe ser considerado como un motivo de satisfacción social dado que los valores que los Servicios Sociales tratan de impulsar, tales como solidaridad, tolerancia, igualdad de oportunidades, no discriminación de las personas en razón de raza, sexo, edad, ideología política o religiosa, nivel económico, etc., contribuyen a que la sociedad en la que vivimos camine hacia cotas más altas de justicia y libertad.

Desde la perspectiva de una sociedad europea avanzada, como la española, cabe preguntarse cuáles son hoy, y cuáles serán en un futuro próximo, las necesidades básicas que nuestra sociedad exige sean atendidas y cuáles de ellas tienen un claro reflejo, como derecho, en el marco constitucional o en los convenios internacionales suscritos por España.

Las transformaciones sociales, como acertadamente destaca José Luis Veira, “están afectando a las instituciones sociales en muy variados aspectos, tales como la necesidad de incorporar nuevas tecnologías o adquirir nuevos conocimientos para enfrentarse con éxito a entornos de complejidad creciente. Pero también, y fundamentalmente, en sus valores. Las instituciones sociales encarnan los valores sociales transmitidos del pasado, pero también fijan las orienta-

ciones de valor futuras, en grado diverso, dependiendo del contexto social y de su naturaleza más o menos inmovilista”⁸.

Garrido Medina nos recuerda que “durante los últimos años la capacidad de independencia familiar de los ancianos ha mejorado sensiblemente en paralelo a un notable deterioro de la de los jóvenes. El proceso por el que se ha llegado a la situación actual es el de la asunción por el Estado de la responsabilidad subsidiaria de asistencia al dependiente cuando la familia no era capaz de cubrir esas necesidades. Pero lo que comienza como un proceso basado en la subsidiariedad se va convirtiendo, por la aceptación social y por su eficacia concreta, en un mecanismo de sustitución”⁹.

Para tratar de paliar todas estas carencias o limitaciones se ha concebido la *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*, conocida como Ley de Dependencia, en la cual se establecen los siguientes grados, teniendo presente que, para el Diccionario de la Real Academia Española, dependencia es, entre otras acepciones, la “situación de la persona que no puede valerse por sí misma”:

- I. Dependencia moderada: Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día
- II. Dependencia severa: Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere la presencia permanente de un cuidador.
- III. Gran dependencia: Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía mental o física, necesita la presencia indispensable y continúa de otra persona.

Cada uno de estos grados de dependencia se clasificará en dos niveles, en función de la autonomía de la persona y de la intensidad del cuidado requerido, para lo que se determinarán los baremos correspondientes.

Y precisamente debido a cuanto antecede, es por lo que desde los servicios sociales se implementan para las personas mayores recursos como los que se detallan a continuación.

8. Veira Veira, J.L.: (1997) *Los valores sociales: entre el cambio y la continuidad*. Lección inaugural en la solemne apertura del Curso 1997/98. A Coruña, Ed. Universidade da Coruña, pág. 7.

9. Garrido Medina L: (1993). *Estrategias Familiares*. Madrid, Alianza Editorial, pág. 166.

Residencias de válidos

Son centros en los que se ofrece al anciano que puede valerse por sí mismo una atención permanente y una asistencia integral mediante los servicios de alojamiento y manutención, atención médico-geriátrica, rehabilitación menor, terapia ocupacional, podología y otros servicios de carácter cultural y recreativo.

Residencias de asistidos

Son centros en los que se ofrece al anciano que en su vida diaria necesita de la ayuda de terceras personas, una atención permanente y una asistencia integral mediante los servicios de alojamiento y manutención, atención médico-geriátrica, rehabilitación menor, terapia ocupacional, podología y otros servicios de carácter cultural y recreativo.

Residencias mixtas

Son centros en los que se ofrece a los mayores, tanto a los que pueden valerse por sí mismos como a los que en su vida diaria necesita de la ayuda de terceras personas, una atención permanente y una asistencia integral mediante los servicios de alojamiento y manutención, atención médico-geriátrica, rehabilitación menor, terapia ocupacional, podología y otros servicios de carácter cultural y recreativo.

Viviendas tuteladas

Apartamentos: Viviendas de tamaño reducido con características arquitectónicas adecuadas a la ancianidad, destinadas a solucionar problemas de alojamiento de personas que pueden vivir de forma independiente. Pueden estar dotados de servicios comunitarios. Estas viviendas individuales o familiares, sustitutorias de alojamiento propio, permiten, por las estructuras arquitectónicas y de equipamiento, una forma de vida autónoma.

Viviendas comunitarias: Pequeñas unidades de residencia, ubicadas en edificios de viviendas normalizadas y destinadas a un grupo de personas mayores de la zona que posean un buen nivel de autovalimiento que compartan la vivienda y participen en las tareas cotidianas comunes de la vivienda. En ellas se facilita la convivencia de los residentes y, generalmente, existen servicios comunes.

Unidades de estancia diurna

Son centros donde se ofrece una asistencia a las personas mayores afectadas por algún tipo de discapacidad física, psíquica o social durante un determinado número de horas al día para favorecer su permanencia en el entorno socio-fami-

liar habitual, ofreciendo servicios de asistencia, atención geriátrica, terapia ocupacional y otros servicios de carácter cultural y recreativo.

Centros de Día

Son centros de promoción del bienestar de las personas mayores, ubicados en los barrios y tendentes al fomento de la convivencia, la integración, la participación, la solidaridad y la relación con el medio social de los ancianos, ofreciendo los servicios de asistencia, atención geriátrica, terapia ocupacional y otros servicios de carácter cultural y recreativo.

Para ilustrar el contenido de este epígrafe, vamos a considerar en la Tabla nº V el número de usuarios de Servicios Sociales y el índice de cobertura de los mismos para las personas mayores, en el año 2004:

Tabla nº V. España. Usuarios de Servicios Sociales e Índice de Cobertura para Personas Mayores (Año 2004)

Servicio de Atención Domiciliaria		Teleasistencia		Centros Día		Servicios Residenciales		Total	
228.812	3,14	148.905	2,05	33.709	0,46	275.049	3,78	686.475	9,43

Fuente: Mº de Trabajo y Asuntos Sociales-IMSERSO: Libro Blanco de Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España. 2006.

Queremos también hacer una reflexión en relación con el contenido del artículo nº 50 de la Constitución española de 1978, que dice: “Los poderes públicos garantizarán mediante pensiones adecuadas, y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica de los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán a sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio”. Así, pues, en este punto, cabría decir que una política integral llevada a cabo tanto por las Administraciones Central y Autonómica como por la Administración Local, no puede aplicarse con uniformidad homogénea, debido a la heterogeneidad con que aparecen segmentados los ancianos. Habrá que tener en cuenta criterios de segregación interna de los mayores que exigen diversificar las políticas sociales.

La dinámica social –que va desvinculando al anciano de su familia– y una política funcionalista, hicieron que se fomentara la creación de los llamados Centros de Mayores u Hogares de Jubilados. Y estos lugares se han convertido en el espacio exterior del anciano, en su centro de contacto. Por eso nosotros pro-

pondríamos que estos centros pudieran actuar como canalizadores de las expectativas de los ancianos, despertar aficiones, fomentar iniciativas. Pensamos también que sería positivo que estos centros fuesen equipamientos abiertos (como sucede en algunos casos), donde pudieran establecerse relaciones de cooperación y amistad entre diferentes colectivos.

Para paliar situaciones como las aquí expuestas y evitar sus efectos negativos es preciso conocer y remediar las necesidades de los ancianos y que se presenten desde dos perspectivas distintas, en dos planos diferentes: el individual y el social. Las necesidades personales o individuales se refieren básicamente al cuidado de la salud, incluida la nutrición, la vivienda y, por supuesto, los recursos o ingresos económicos, entre otras. Las necesidades sociales relacionadas con los ancianos se refieren, ante todo, a la integración social y a la independencia económica que, evidentemente se hallan estrechamente interrelacionadas con las necesidades individuales y unas y otras deben ser contempladas conjuntamente desde cualquier política orientada a la ancianidad.

En cualquier caso, al poner fin a estas conclusiones no vamos a caer en la tentación de dar “recetas” infalibles que aborden la problemática de los ancianos. Pensamos que no es mediante “recetas”, mejor o peor hechas en la “botica” de unos profesionales, como se debe abordar este complejo tema. Además, hemos de pensar que son los agentes sociales y los propios mayores, los que tienen que estimular un proceso que conduzca a unas iniciativas que logren mejorar su bienestar, aplicando la frase de que “no hay que hacer cosas para los ancianos, sino cosas con los ancianos”. Queremos llevar a la reflexión, la consideración de los estilos de vida y las demandas de nuestros mayores, y hacer posible un diálogo -entre los ancianos, las autoridades y todos los agentes sociales-, que obtenga como fruto el encontrar nuevas perspectivas de enfoque sobre la ancianidad, que permitan diseñar alternativas nuevas dentro de la planificación social en la que cuenten la familia y los servicios sociales.

Bibliografía

- GARRIDO MEDINA, L. (1993): *Estrategias Familiares*. Madrid: Alianza Editorial.
- HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, G. y MILLÁN CALENTI, J.C. (2000): *Ancianidad, Familia y Enfermedad de Alzheimer*. A Coruña: Universidade da Coruña.
- HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, G. (2006): “La problemática social y familiar de la enfermedad de Alzheimer. Los cuidados con nombre de mujer”, en MARTÍNEZ PULLEIRO, M.C. y CAMPOS PÉREZ, X. (coord.): *Alzheimer: Un reto de presente y futuro*. A Coruña: AFACO, Universidade da Coruña, UIMP y Ayuntamiento de La Coruña, págs. 15-28.
- IZQUIERDO ESCRIBANO, A. (dir.) (2006): *Los Mayores en a Coruña 2006*. A Coruña: Ayuntamiento de La Coruña.

- KALISH, R. (1999): *La vejez. Perspectivas sobre el desarrollo humano*. Madrid: Pirámide.
- LÓPEZ JIMÉNEZ, J.J. (1992): "La jubilación: Opción o imposición social", en *REIS* nº 60, Madrid, Octubre-Diciembre, págs. 91-126.
- MILLÁN CALENTI, J.C. (comp.) (2006): *Principios de Geriátrica y Gerontología*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España, S.A.U.
- MORAGAS MORAGAS, R. (1989): *Gerontología Social*. Barcelona: Herder.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (1999): *La protección social de la dependencia*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- VEIRA VEIRA, J.L. (1997): *Los valores sociales: entre el cambio y la continuidad*. Lección inaugural en la solemne apertura del Curso 1997/98. A Coruña: Universidade da Coruña.