

Julia Gallo Estrada  
Jesús Molina Mula

Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universitat de les Illes Balears.

**Correspondencia:**

Dra. Julia Gallo Estrada  
Departament d'Infermeria i Fisioteràpia  
Edf. Guillem Cifre de Colonya  
Universitat de les Illes Balears  
Ctra. Valldemossa, km 7,5  
07122 Palma de Mallorca  
E-mail: j.gallo@uib.es

## Factores que inciden en la soledad residencial de las personas mayores que viven solas

### *Factors affecting lonesomeness of older people living alone*

#### RESUMEN

El aumento de la esperanza de vida, los cambios sociales y los cambios en la estructura familiar hacen que cada vez sean más y durante más tiempo las personas mayores que prefieren vivir solas, incluso cuando necesitan cuidados. Este trabajo tiene como objetivo describir el problema de la soledad residencial de las personas mayores profundizando en los factores que pueden influir en esta circunstancia.

Se ha realizado una estrategia de búsqueda bibliográfica a partir de los conceptos nucleares: «personas mayores de 75 años que viven solas», «persona mayor frágil», «soporte social y entorno», «nivel de instrucción» y «familia».

La información recopilada de las aportaciones científicas realizadas en este campo pone de manifiesto la necesidad de considerar prioritario conocer la opinión de las personas mayores y sus familias sobre los factores que modifican la permanencia en el domicilio.

**PALABRAS CLAVE:** anciano frágil, servicios de salud para ancianos, vivienda, soledad, aislamiento social, familia, factores socioeconómicos.

#### ABSTRACT

Increased life expectancy, social changes and changes in family structure make increasingly more and longer, elderly prefer to live alone even when they need care. This paper aims to describe the problem of loneliness of the elderly residential delving into the factors that may influence this circumstance.

There has been a search strategy based on the core concepts: «Elderly people over 75 years living alone», «Elderly Person fragile social support and environment», «level of education» and «family».

The information gathered from the scientific contributions made in this field highlights the need to give priority to the views of older people and their families about the factors that modify the stay at home.

**KEYWORDS:** Frail elderly, health services for the aged, housing, loneliness, social insulation, family, socioeconomic factors.

## ■ INTRODUCCIÓN

Los datos sobre preferencia residencial constatan el incremento de las personas mayores que viven solas. El informe anual del IMSERSO 2009 pone de manifiesto que la proporción de mayores que viven solos en Europa varía desde el 50% de Dinamarca hasta valores inferiores al 20% en España, Portugal o Grecia<sup>1</sup>, datos que siguen la tendencia que apuntaba del estudio europeo en el que explican los elevados porcentajes de soledad residencial<sup>2</sup>.

Diversos estudios confirman que, tras perder a la pareja, la permanencia en el hogar propio es la opción cada vez más preferida por las personas mayores en España, tanto en el ámbito rural como en el urbano, y esta preferencia se mantiene por encima de los 80 años<sup>1</sup>.

Respecto a sus aptitudes, cabe destacar que vivir solo puede no llevar implícito ser autónomo; la discapacidad está presente en muchos de los hogares unipersonales de personas mayores<sup>3</sup>.

Aunque parece evidente la importancia de disponer de medios económicos suficientes para financiar la soledad residencial, los datos ponen de manifiesto que la pobreza entre las personas mayores que viven solas en España, como en el resto de Europa, es más elevada que entre los que viven en hogares de más personas. En España casi la mitad de estos mayores tienen rentas inferiores al umbral de pobreza; sin embargo, no es tan determinante vivir solo como ser mujer mayor que vive sola<sup>1</sup>.

Sobre el modo de hacer frente de las personas mayores a la elección de estilo residencial, repercute de manera determinante en los factores culturales. Así, mientras que los países con niveles más altos de desarrollo económico y social presentan tasas más bajas de residencia en común con los hijos, en los países con bajos niveles de desarrollo, una posición socioeconómica elevada se asocia a menudo con niveles más altos de residencia en común con los hijos<sup>4</sup>.

Por sexos, también se observan diferencias entre las personas mayores que viven solas. En España son más frecuentes los hogares unifamiliares

femeninos. En esa etapa, las mujeres tienen una probabilidad 2,4 veces superior de encabezar un hogar unipersonal que los hombres debido a su mayor supervivencia y a la costumbre de formar pareja con hombres mayores que ellas<sup>1</sup>.

Entre los factores que se asocian al envejecimiento al referirnos a ancianos solos cabe tratar de manera intensa la mayor fragilidad, la presencia de menos redes sociales y el menor poder adquisitivo. La vejez es la etapa en la que la proporción de personas con incapacidad funcional que incide sobre la vida cotidiana es mayor, pero cabe destacar que aun con incapacidad importante se puede conservar el sentimiento de calidad de vida. De hecho, esa calidad de vida depende de la experiencia, de los recursos personales y del entorno, probablemente, en igual o mayor medida que de esas limitaciones si no son importantes<sup>5</sup>.

Las personas mayores sostienen que en la actualidad las relaciones de los hijos con sus padres mayores están con frecuencia guiadas, más que por el cariño, por los intereses económicos. Esta situación se debe en parte a algunos rasgos propios de la sociedad actual que favorece ese distanciamiento<sup>6</sup>.

La posición desde la cual cada persona valora su situación de soledad residencial interviene en la formulación de estrategias y búsqueda de alternativas residenciales. La persona mayor tiende a negar la presencia de sentimientos de soledad, y retrasa el momento de pedir ayuda<sup>7</sup>. La presencia cada vez mayor de personas ancianas aporta nuevos significados a conceptos como autonomía personal. En las personas mayores, el hecho de vivir solos es visto por algunos autores como una debilidad que debe considerarse como “indicador centinela” preocupante si concurren otros factores<sup>8</sup>.

En oposición, en los últimos años esa lectura de la soledad residencial como de desamparo familiar va dando paso a otra interpretación, considerándose la soledad residencial un indicador de competencia<sup>9</sup>.

Los siguientes apartados responden a la revisión de la bibliografía nacional e internacional sobre los factores que inciden en la soledad residencial de las personas mayores y la influencia de su red social sobre su permanencia en el domicilio.

## ■ LA RED SOCIAL

Algunos autores proponen reservar el término redes sociales para los aspectos estructurales; en concreto, para el tejido de personas con las que se comunica un individuo. Al tiempo, proponen utilizar el término apoyo social para referirse a una de las funciones o de los mecanismos psicosociales de esos elementos de la estructura. El concepto más amplio y sobre el que existe un mayor consenso es el de relaciones sociales, que engloba ambos componentes. Se trata de la red de personas con las que se comunica un individuo, las características de los lazos que establecen y el tipo de interacciones que se producen<sup>10</sup>.

En las últimas décadas del siglo XX empieza a tener especial relevancia el estudio del efecto de las relaciones sociales sobre la salud. En la década de 1990 aparecen las primeras aportaciones científicas que analizan la influencia de las relaciones sociales sobre la discapacidad<sup>11</sup>. En el mismo sentido, cada vez es mayor el reconocimiento de que un espectro de actividad mayor puede redundar en beneficios significativos para la salud. Los datos del estudio realizado en Finlandia, los Países Bajos y España<sup>12</sup> corroboran que la participación en actividades sociales por parte de los mayores se asocia con un menor riesgo de dependencia en el futuro y con mayor capacidad funcional para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

## ■ LA FAMILIA

El desarrollo del Estado de Bienestar en España ha sido tardío en relación con los países del entorno europeo. De hecho, nuestro país se sitúa en los últimos puestos del gasto público social de la Unión Europea<sup>13</sup>. España realiza un gasto en protección social inferior al promedio de la Unión en todos los componentes de la misma, a excepción de la protección social del desempleo.

Un importante cambio de la estructura familiar es la mayor presencia de mayores en la familia, de manera que hoy prácticamente la mitad de los niños españoles vienen al mundo en vida de algún bisabuelo<sup>14</sup>. Esta tendencia a la verticalización de la estructura familiar permite la coexistencia en el tiempo de un mayor número de generaciones. Este hecho constituye retos y oportunidades: las familias tienen que cuidar a los mayores cuando estos no pueden valerse por sí mismos, pero hasta ese momento son una importante ayuda dentro de las mismas.

Aunque persisten numerosas familias que conviven con sus mayores, se está produciendo un cambio social en el que la persona mayor manifiesta que prefiere continuar viviendo en su hogar: *aging in place*<sup>15</sup>. Los ancianos prefieren su casa, separada, pero cercana a la de otros miembros de la familia. Este modelo de no convivencia de anciano y familia bajo el mismo techo no alude a desarraigo, incluso puede haber unión estrecha<sup>16</sup>. Parece, pues, evidente que se necesitan medidas dirigidas a las actuales familias y cuidadores de estas personas mayores que aseguren la continuidad de los cuidados y faciliten su integración en la sociedad mediante la creación de espacios amigables<sup>17</sup>.

### Las nuevas relaciones de los hijos con los padres mayores

En el cuidado de los padres mayores, el rol protector se invierte. A pesar de los cambios que se están produciendo en la familia en general, el grado de vinculación de las personas mayores con los hijos suele ser muy estrecho; para ellos, los hijos representan un importante soporte emocional y sus potenciales cuidadores, si bien reivindican su autonomía como valor en sus vidas<sup>9</sup>. Quizá esto se deba, en parte, a que cuando se explora la actitud de los españoles hacia el Estado de Bienestar, se destaca que con independencia del nivel educativo, del sexo y de la clase social, defienden un modelo en el que el Estado tenga un papel principal en la provisión de bienestar, sin descartar por ello el papel de la familia<sup>18</sup>.

En la forma de cuidar a los familiares mayores se evidencian diferencias por sexo entre los hijos. Gil Calvo<sup>19</sup> habla de la triple jornada para destacar la situación de aquellas mujeres que, además de ejercer la tarea de cuidar y de dedicarse a su vida privada, desempeñan en el mercado laboral profesiones relacionadas con el cuidado de ancianos. La generación intermedia debe repartir el tiempo de dedicación a los hijos y a los padres, y se da la paradoja de que a la familia cuidadora que retrasa la maternidad (*double income, no kids*) o paga servicios de cuidado a sus hijos para poder competir en el mundo laboral le cuesta aceptar que personas externas a la familia cuiden a los mayores.

Cuando cuidar se convierte en obligación sin ayuda ni apoyos, puede ponerse en riesgo la solidaridad. Las familias, y especialmente las mujeres, hipotecan parte de sus vidas para realizar el cuidado de los mayores. La pérdida de reconocimiento social de las personas mayores y la aparición de dependencia introducen, cuando se plantea la necesidad de convivencia, la opción de la rotación entre los hogares de sus hijos, que puede desembocar en un desesperado reparto del anciano<sup>20</sup>. Sobre la percepción que las personas mayores que viven solas tienen de esa rotación, se constata que valoran positivamente períodos de convivencia en familia, no así la división del año en tantas partes como respon-

sables-descendientes tengan<sup>9</sup>. El reparto prefijado alimenta la idea del estorbo. En la familia, además, han acontecido cambios estructurales que hacen más difícil cumplir con su papel socializador: menor número y mayor movilidad geográfica de sus miembros, incorporación de la mujer al mundo del trabajo, lenta y selectiva incorporación del hombre a la tarea de cuidar, cambios en el tipo de vivienda y debilitamiento de los valores familiares.

### El cuidador informal

Los cambios que se producen durante el envejecimiento y la necesidad de adaptarse a ellos promueven que, aun en ausencia de dependencia, la familia ejerza cierta vigilancia sobre sus familiares mayores. Por lo que respecta a la dificultad para realizar la tarea de cuidar, las políticas de apoyo público hacia los dependientes se continúan apoyando en la generosidad del modelo de cuidados mediterráneo; este hecho puede deberse, según algunos autores, al desconocimiento de la realidad de los hogares de los mayores o a la dificultad de instrumentar medidas operativas adaptadas a cada tipo de hogar y familia<sup>21</sup>.

El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales propone la implantación de nuevas medidas en el ámbito de la legislación laboral para promover la conciliación familiar y laboral; aunque como recoge la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología<sup>22</sup> en su informe al Defensor del Pueblo, se debería tener en cuenta que priorizar servicios de atención a los mayores no debe excluir otras formas de ayuda a las familias, como permisos retribuidos por enfermedad grave o acudir a visitas o consultas y excedencia para el cuidado. La implementación de la Ley de Promoción de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia amplía la oferta de medidas en esa línea sin que esto implique que se pueda dejar de lado la necesidad de profundizar en la idea de complementariedad entre los servicios públicos y privados.

Cuando en el cuidado el factor de género se cruza con el de clase, se intensifica la llamada doble biografía de la mujer española: por una parte, la mujer tradicional, que no trabaja fuera del hogar, con recursos económicos y formativos escasos y un papel de doble cuidadora (del hogar y de la familia) y, por otra parte y cada vez más frecuente, la mujer profesional, con más recursos y menos tiempo de atención al hogar. Las relaciones familiares, sobre todo las de filiación, dividen su compromiso entre modernidad (individualismo y preservación de la libertad) y tradición (incondicionalidad y obligación).

### EL GÉNERO

El género marca diferencias en relación con la condición de viudedad. La dependencia que los hombres de este grupo de edad tienen con respecto a las mujeres para algunas actividades de la vida diaria se hace más visible cuando desaparece el cónyuge. Thierry denomina “shock de la viudedad o teoría del corazón roto” a ese estado de vulnerabilidad de los viudos que se relaciona incluso con un aumento de la mortalidad<sup>23</sup>. La forma en que el hombre asume las tareas que anteriormente fueron realizadas por su mujer marcará la estabilidad que pueda encontrar<sup>24</sup>.

La viudedad entre las mujeres suele tener consecuencias económicas importantes para ellas mismas, la sociedad y los sistemas de Seguridad Social, principalmente por el declive en sus condiciones materiales de vida<sup>1</sup>.

Parece poder afirmarse que el hecho de vivir con otra persona aporta al individuo mayor seguridad, confianza y ayuda mutua. Ese motivo justifica la situación que se crea tras perder a la pareja, que en muchos casos supone el cambio residencial<sup>9</sup>.

Se observa también que la permanencia en el hogar representa la opción más deseada por las personas mayores y sus familiares y es apoyada por las instituciones. Los casos en los que los mayores accederían al cambio residencial con los hijos manifiestan preferencia por los que se encuentran solteros en mayor medida que por quienes están casados, especialmente si es una hija<sup>6</sup>.

### ■ ESPACIO RESIDENCIAL

La mayor parte de la población española prefiere seguir viviendo en la casa en la que ha vivido; su integración en otros hogares puede deberse a estrategia de reagrupamiento familiar o situación de dependencia<sup>15</sup>. La importancia del hogar como el principal contexto para la socialización, el ocio y el cuidado es aún mayor en los colectivos con limitaciones funcionales.

La existencia de servicios de apoyo para personas mayores en la comunidad se relaciona con disminución de las hospitalizaciones y mejoras en el estado de salud. Pero para su mejor aprovechamiento se necesita de la perspectiva comunitaria en la gestión y prestación de los servicios; en ese sentido, se destaca que la divulgación y el *marketing* son dos tareas importantes para el conocimiento de la disposición los servicios<sup>25</sup>.

### La vivienda

Es importante la zona donde está ubicada la vivienda por su accesibilidad, seguridad y disponibilidad de recursos, pero lo es más por sus características en esta etapa en la que cada vez se realizan menos actividades en el exterior. La vivienda constituye uno de los marcos en los que se proyectan todos los cambios que van experimentando las personas al tiempo que envejecen. El hogar se presenta como el lugar donde mejor se manejan, ya que dispone del orden que ellos han creado; por ello se manifiestan reticentes a abandonarlo. Cuando se analiza la importancia de los aspectos concretos de la adaptación de la vivienda se considera que es necesaria la provisión de ayudas destinadas a facilitar o habilitar la realización de actividades de la vida diaria en el hogar<sup>26</sup>. Se destaca que es frecuente la situación en la que la vivienda envejece con su propietario; vivir en soledad y ser mayor se relaciona con carencias en el equipamiento<sup>15</sup>.

Tradicionalmente, las personas mayores han tendido a considerar un gasto y no una inversión necesaria el dinero empleado para la adaptación de las viviendas, a pesar de que en la bibliografía existe evidencia del efecto de no intervenir sobre la calidad y accesibilidad de las viviendas. El coste puede ser considerablemente superior en la medida que adelanta la institucionalización e incrementa la demanda de asistencia<sup>27</sup>.

Se destaca la frecuencia con la que el alta de un hospital, independientemente del motivo de ingreso, incrementa la fragilidad de la persona mayor; en estos casos, la dificultad para volver a vivir en su domicilio está fuertemente asociada con la inadaptación de la vivienda<sup>28</sup>.

Desde el ámbito de la salud se pone de manifiesto la dificultad de permanencia del mayor en el domicilio cuando aumentan sus deterioros. Adquiere especial relevancia la realización de la valoración de las características de la vivienda y su entorno inmediato; y debe tenerse en cuenta que las personas mayores tienden a sobrevalorar el entorno conocido de su barrio. En él minimizan sus dificultades porque las conocen y se han adaptado a ellas<sup>20</sup>.

Los servicios de atención a domicilio son presentados como un recurso para facilitar la permanencia en el domicilio. La aceptación de los recursos por parte de los usuarios mayores se relaciona con estar involucrado en su elección; aunque frente a su utilización, a menudo los

ancianos manifiestan rechazo porque sienten que se debilita su sentido de independencia<sup>29</sup>.

El domicilio puede ser un espacio en el que también se realicen cuidados. Con el fin de minimizar la interrupción de las rutinas existentes en el hogar, se destaca la importancia de que los usuarios participen en su atención<sup>30</sup>.

## El entorno de la vivienda

Las personas mayores valoran satisfactoriamente entornos adecuados y seguros y destacan la importancia de que el contexto ambiental sea para ellos transitable, limpio, iluminado, comunicado y con mobiliario urbano utilizable<sup>31</sup>.

La configuración de la ciudad es un factor para explicar la soledad. El entorno de la vivienda debe ofrecer condiciones para que las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria puedan seguir realizándose con normalidad, aunque sea necesario contar con ciertos apoyos. Cuando el entorno resulta un medio hostil, existe riesgo de aislamiento.

La Organización Mundial de la Salud propone políticas que ha llamado amistosas con los ancianos, que permitan a aquellos que tienen discapacidades permanecer más tiempo en sus hogares y participar plenamente en la vida de la comunidad. Una ciudad amigable con la edad enfatiza la autonomía y, en términos generales, el diseño de edificios y viviendas debe estar libre de barreras<sup>32</sup>.

## ■ LOS PRODUCTOS DE LA VIDA DIARIA

En relación con los productos de utilización en la vida diaria, la cada vez más numerosa presencia de las personas mayores como consumidores evidencia que el mercado en general está pensado esencialmente para el adulto joven. Hasta ahora, el mercado que consideraba cliente potencial a la persona mayor era minoritario y de productos concretos.

Con los actuales cambios demográficos, el hecho de concebir a los mayores como clientes sugiere tener en consideración sus hábitos como consumidores<sup>33</sup>. Para los fabricantes supone un reto tener en cuenta en sus productos los cambios inherentes al envejecimiento. Este proceso hace del consumidor mayor alguien más exigente como cliente; por ejemplo por su dificultad para abrir algunos envases, por los problemas de lectura y comprensión de las etiquetas o por la dificultad para ajustar los gastos a la capacidad adquisitiva de su pensión.

Se destaca que uno de los principales problemas de los consumidores mayores es la falta de adecuación de los productos a sus necesidades, características y preferencias<sup>34</sup>.

Un aspecto importante de los productos que utilizan, que se ha destacado en diferentes estudios, es el rechazo existente entre los consumidores mayores a las etiquetas en general<sup>33</sup>. El etiquetado no parece cumplir la función de fuente de información para la que ha sido diseñado. Un aspecto que supone un problema es la inclusión en las etiquetas de información en todos los idiomas de los países en los que va a ser comercializado el producto, a costa de que la letra sea demasiado pequeña, lo que puede hacer que la marca sea más visible que el producto. Respecto a sus posibles mejoras, los mayores aluden a la necesidad de aumentar el tamaño de la letra y modificar el diseño o los colores para mejorar el contraste, y en cuanto al contenido, proponen eliminar información irrelevante, destacar la información sobre los peligros y unificar los símbolos.

Respecto a las decisiones económicas en esta cohorte de mayores, hay que tener en cuenta que han estado masculinizadas: la mujer, hasta que no es viuda, no hace frente a la gestión del dinero, y en algunos de esos

casos se deja asesorar por sus hijos. La independencia que para la mujer puede suponer la viudedad viene acompañada de tener que reciclar en términos económicos; con frecuencia en un espacio corto de tiempo sienten la sensación de poder y libertad respecto al dinero. Las mujeres mayores viudas pierden poder adquisitivo, pero ganan el control del patrimonio<sup>33</sup>.

Así pues, se puede afirmar que los productos utilizados por los mayores en la realización de las actividades de la vida diaria muchas veces se elaboran por el interés del mercado sin tener en cuenta las necesidades del usuario<sup>34</sup>. La mayoría de los fabricantes no tiene en cuenta aspectos ergonómicos en sus diseños que les harían más competitivos entre el colectivo de mayores.

## ■ DISCAPACIDAD

Se ha demostrado la relación entre nivel educativo y discapacidad. En concreto se destaca que el riesgo de padecer discapacidad aumenta según desciende el nivel educativo<sup>21</sup>.

Las personas con discapacidad tienen limitaciones para realizar determinadas actividades en un contexto social y en un entorno determinado, pero no todas necesitan ayuda de otra persona para desenvolverse en su vida diaria. Discapacidad es la brecha entre las capacidades de la persona y las demandas del medio; de ahí la importancia de tener en cuenta que un entorno con estímulos, ayudas protésicas y que conjugué autonomía y seguridad contribuye a que las personas mayores funcionen en niveles óptimos de ejecución<sup>35</sup>.

Desde una perspectiva social, el término discapacidad cubre todas las consecuencias de las limitaciones funcionales, cognitivas o emocionales para el funcionamiento y la participación del individuo en el medio físico y social en el que desarrolla su vida<sup>35</sup>. La idea de discapacidad como resultado de factores potencialmente modificables y que, por tanto, pueden ser minimizados nos ayuda a entender la importancia que la vivienda y su entorno tienen como causa del agravamiento o no de las limitaciones funcionales del individuo.

La discapacidad puede ser causa de dependencia. Según la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, se define como “el estado de carácter permanente, en el que se encuentran las personas que por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad y ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, mental o intelectual, precisan ayudas importantes de otra u otras personas para realizar actividades básicas de la vida diaria o en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental de otros apoyos para su autonomía personal”. Esta pérdida de autonomía se puede deber a una enfermedad o una discapacidad, y puede considerarse el ajuste de los individuos a las demandas del medio físico y social. Las estrategias de adaptación frente a los cambios que se producen a lo largo de todo el ciclo vital son parte del éxito del envejecimiento. La valoración de los factores subjetivos requiere ser realizada en el contexto del individuo incorporando aspectos del entorno, intentando evitar de esa manera la disparidad, como la que puede existir entre las necesidades que preocupan a los enfermos y las que los científicos deciden que son mejor para ellos<sup>36</sup>.

La importancia de valorar el nivel de autonomía al individualizar la ayuda se pone de manifiesto en la percepción de bienestar, que durante el envejecimiento está influida por factores subjetivos como el equilibrio entre retos y habilidades, actitud personal y el hecho de disponer o no de recursos<sup>37</sup>. Respecto a la forma cómo medimos esta capacidad, existe un cuestionamiento de las concepciones biomédicas por su tendencia a culpar al paciente por padecer su condición, dejando fuera la influencia de factores sociales, psicológicos y ambientales; ruptura entre

el saber del paciente y el del cuerpo médico, que categoriza enfermos en función de que sus síntomas coincidan con el panel de enfermedades reconocidas, negándose a admitir la relación entre estructuras sociales y enfermedad<sup>38</sup>.

Cada vez son más las opiniones que apoyan la incapacidad del modelo biomédico para dar respuesta a los problemas del envejecimiento. Frente a la presentación del envejecimiento como pérdida, surgen alternativas dirigidas a analizar los retos y las oportunidades para las personas mayores<sup>39</sup>, sin dejar de destacar por ello el papel relevante de dicho modelo biomédico en apoyar el diagnóstico, pronóstico y respuesta a fármacos de las enfermedades durante el envejecimiento, como se destaca en los datos sobre las actuales prioridades de investigación sobre envejecimiento en Europa<sup>40</sup>.

Por otra parte, se destaca que una excesiva medicalización de la dependencia puede resultar costosa para el sistema sanitario y no resuelve los verdaderos problemas de quien no puede valerse por sí mismo. Cuando el modelo médico enfatiza el tratamiento clínico y el manejo de las dificultades como enfermedades, estima que las soluciones están más dentro del individuo que de la sociedad, lo que provoca un cierto desentendimiento de la responsabilidad social sobre la dependencia<sup>41</sup>. La dependencia, igual que otras medidas de capacidad funcional, es un concepto mensurable desde el punto de vista médico, pero su abordaje se sitúa claramente en el ámbito de lo social<sup>35</sup>.

Así pues, el análisis del entorno del individuo permitirá determinar los apoyos necesarios para la permanencia de los mayores en la comunidad. Además, para conocer las limitaciones funcionales es necesario tener en cuenta aspectos sociodemográficos que marcan diferencias a la hora de establecer cualquier tipo de relación usuario-producto. Estas diferencias son, entre otras: edad, sexo, nivel de instrucción, convivencia, profesión, situación laboral, entorno sociofamiliar, situación económica y estado de salud<sup>42</sup>.

Los instrumentos más utilizados para medir la capacidad funcional presentan limitaciones, como la fiabilidad de las declaraciones hechas por los entrevistados, la capacidad de observación de personas cercanas y la precisión para detectar unos aspectos mientras que otros pueden pasar desapercibidos. La resistencia de los varones a reconocer fragilidad, o las tareas distribuidas tradicionalmente por sexo, contribuyen a la forma de preguntar por las dificultades en los cuestionarios<sup>21</sup>. Puede decirse que la diversidad de medidas utilizadas hasta ahora ha consentido la inmovilidad de familias y profesionales frente a las condiciones en las que algunos mayores permanecer en sus domicilios. La persona mayor y su familia tienden a sobrevalorar sus capacidades y el sistema sanitario es lento y dispone de escasos recursos para valorar y muy pocos para cuidar en estos casos. La propuesta de unificar criterios de valoración incluye hablar de grado de dependencia en relación con qué actividad, así como clasificar el problema y no la persona<sup>43</sup>.

Se recomienda en la valoración dar un peso mayor al diagnóstico de la vivienda, entorno y servicios a fin de que profesionales especializados puedan dirigir la adecuación del entorno del mayor<sup>44</sup>.

Es también relevante el papel que desempeñan los individuos frente a su propio riesgo de dependencia, y es necesario conocer la percepción que tienen de su capacidad funcional y en general su responsabilidad en las conductas que conllevan estilos de vida saludable, provisión económica para el futuro y mantenimiento del capital social<sup>45</sup>.

Los cambios que se presentan en la vejez tienen proyección social sobre la vida cotidiana de quienes lo experimentan. Ser o no capaz de realizar de forma autónoma las actividades, no solo es un predictor de necesidad de ayuda, sino que es un ingrediente esencial de la satisfacción personal, especialmente entre las personas mayores en situaciones en las que la autonomía para realizarlas está en riesgo<sup>46</sup>.

## ■ RECURSOS SOCIO SANITARIOS

Las personas mayores y sus familias están teniendo un papel relevante en la demanda de soluciones sociosanitarias a sus problemas de salud. El fenómeno del envejecimiento acelerado al que estamos asistiendo, fundamentalmente en países como España, ha provocado una avalancha de demandas para las que no estábamos preparados ni a nivel de recursos ni en el campo de las actitudes. La existencia y accesibilidad de servicios sanitarios y sociales se considera uno de los determinantes de la salud, aunque la preferencia por unos recursos u otros depende en gran medida de rasgos biográficos de la persona mayor.

El objetivo que se plantean los gobiernos en las sociedades occidentales es que las personas mayores envejezcan dignamente en la comunidad<sup>45</sup>, respondiendo así además al deseo de los propios mayores y de la sociedad.

El hasta ahora vigente perfil de mujer cuidadora cada vez es menos frecuente entre las familias españolas. Se plantea por tanto la necesidad de complementar de alguna forma las redes formales e informales de protección que faciliten la sustitución de la familia en estas tareas. Esta situación social hace frente a que las políticas públicas de apoyo a las familias en España son de las más insuficientes en Europa Occidental<sup>13</sup>.

En este período, hasta la total aplicación de la Ley de Dependencia, la familia y la persona mayor deben considerar que parece claro que envejecer con calidad de vida viene de la mano de la adquisición de servicios. El conocimiento de los existentes y su disponibilidad no es uniforme entre los mayores y sus familias. La información es menor entre los mayores con nivel educativo bajo, los muy mayores y los que necesitan más ayuda<sup>20</sup>. A las personas mayores les resulta difícil identificar los que existen y su funcionamiento. Además, en algunos casos les cuesta reconocer que necesitan apoyo<sup>15</sup>.

Ante la tarea de cuidar, identificar las estrategias más adecuadas y utilizar los recursos disponibles se relaciona con el nivel cultural del cuidador<sup>47</sup>. Aunque también cabe suponer, según la encuesta de condiciones de vida 2006, que los escasos recursos disponibles son infrautilizados por desconocimiento, barreras burocráticas, de organización o de accesibilidad. Proponen potenciar redes de información sobre disponibilidad de los servicios y las actividades que realizar<sup>48</sup>.

### Recursos en el domicilio

La utilización de determinados recursos en el domicilio facilita a las familias la conciliación de la vida familiar y laboral y a las personas mayores la permanencia en la vivienda habitual. La recepción de ayuda social puede ser para: cubrir necesidades básicas, de adaptación de la casa, en tareas domésticas, servicio de comida, lavandería u otras tareas del hogar. De todas ellas, una buena proporción de los ancianos españoles declaran tener conocimiento de su existencia. En cuanto a su utilización, en torno a un 5% de los mayores utiliza el servicio de ayuda a domicilio, mientras que el resto de los servicios es utilizado en proporciones más bajas<sup>48</sup>.

Cuando se explora el grado de conocimiento de servicios y prestaciones de las que pueden beneficiarse, se constata que aunque la información es cada vez mayor, algunos de ellos son poco conocidos, y se considera que un nivel educativo bajo se relaciona con desconocimiento de alguno de los servicios, así como que las mujeres que necesitan ayuda son las que menos información tienen<sup>20</sup>.

Los mayores y su red social tienden a organizarse en el ámbito del hogar con recursos internos (familia, ayuda mutua, apoyo económico, etc.). Cuando disminuyen estos recursos o aumenta el grado de dependencia se requieren recursos complementarios; la escasez de estos pone

en riesgo sus rutinas y la permanencia en la vivienda con diferencias por género que se suelen traducir en que los hombres mayores tienen más ayuda que las mujeres de su misma edad<sup>5</sup>.

El recurso de ayuda a domicilio facilita la permanencia en la vivienda aun en personas mayores frágiles, si bien la escasa cobertura, el papel protagonista de la familia en nuestra cultura, el desconocimiento de la utilidad del recurso y la escasa utilización de los servicios de la enfermera comunitaria dan cifras bajas de su demanda y utilización<sup>28</sup>.

En los últimos años están apareciendo diversas propuestas dirigidas a mejorar la vivienda y su entorno. Estas nuevas formas de vivienda surgen como modo de mejorar durante el envejecimiento el hecho de que muchas formas tradicionales de capital social están en declive en la actualidad<sup>49</sup>.

Recientemente se han creado en Europa alojamientos (viviendas en las que se imparten cuidados) que intentan combinar los cuidados necesarios derivados de las etapas de mayor fragilidad con el estilo de vida que los mayores desean. La idea parte del supuesto de que poder tener una vida confortable se valora tanto como los recursos, y que los cuidados deben respetar la privacidad de los residentes. En estos alojamientos, los residentes de los centros comparten la combinación de independencia y seguridad<sup>50</sup>.

Entre los recursos que integran las nuevas tecnologías en la vida cotidiana de las personas mayores, algunos posibilitan realizar atención personalizada a distancia apoyándose en los avances de las tecnologías de la información y las comunicaciones<sup>51</sup>. Pero para asegurar la aceptación entre las personas mayores, se destaca que el material informativo y las tecnologías de la comunicación deben estar adaptados a sus necesidades perceptivas, intelectuales y culturales<sup>52</sup>.

La relación entre diseño para todos, adaptabilidad y ayudas técnicas es muy estrecha. Los usuarios finales de las ayudas técnicas son personas con diversos grados de dependencia, familiares, cuidadores y personal de

apoyo. La mayoría de las personas mayores en situación de dependencia no utiliza ayudas técnicas porque no tiene información sobre ellas o porque no sabe dónde adquirirlas<sup>33</sup>. También está demostrado que el uso de ayudas técnicas y modificaciones en el hogar tiene efectos positivos, no sólo físicos, sino también psicológicos, lo que evita los efectos depresivos que acompañan al aumento de dificultades funcionales<sup>54</sup>.

## ■ CONCLUSIONES

De acuerdo con la revisión de la bibliografía, se hace necesario un replanteamiento del papel que la familia puede desarrollar en la situación de soledad residencial de las personas mayores; al mismo tiempo, la sociedad en general debe tener en cuenta la presencia cada vez mayor de este colectivo de personas, por lo que es prioritario conocer la opinión de las propias personas mayores y sus familias sobre los factores que modifican la permanencia en su domicilio.

Vivir solo siendo mayor e incluso dependiente parece una realidad tendente a aumentar que debe ser tenida en cuenta por toda la sociedad y en particular por las familias y los equipos de salud que los atienden. Un aspecto que destacar es la consideración del papel que desempeña el conocimiento detallado de las características, necesidades y demandas de la población mayor para poder exigir políticas, programas y leyes dirigidos a ellos.

Hasta ahora, términos como fragilidad, deficiencia, discapacidad, incapacidad o dependencia, quizá por su proximidad conceptual, han sido usados indistintamente por muchos autores para sus valoraciones. Profundizar en el estudio de los factores determinantes en cada caso es esencial para establecer políticas dirigidas a aumentar las condiciones ambientales y sociales favorecedoras de la autonomía e integración social en la vejez ■

## ■ BIBLIOGRAFÍA

1. IMSERSO. Las personas mayores en España. Informe 2008. Tomo II (2009). [Citado 8 marzo de 2011]. Disponible en: <http://www.seg-social.es/imserso>
2. Börsch-Supan A, Hank K, Jürges HA. New comprehensive and international view on ageing: The survey of health, ageing and retirement in Europe (SHARE). Eur J Ageing. 2005;2(4):245-53.
3. Esparza Catalán C, Abellán García A. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situación de Dependencia. (2008) [citado: 8 marzo de 2011]. Disponible en: <http://digital.csic.es/bitstream/10261/11294/1/pm-estadisticas-edad-2008-01.pdf>
4. Bongaarts J, Zimmer Z. Living arrangements of older adults in the developing world: An analysis of demographic and health survey household surveys. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2002; 57(3):S145-57.
5. García Martínez A, Rabadán Rubio JA, Sánchez AM. Dependencia y vejez. Una aproximación al debate social. Madrid: Arán; 2006.
6. Iglesias de Ussel J. (Dir.). La soledad en las personas mayores. Influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo. Madrid: IMSERSO; 2001.
7. Fernández-Ballesteros R, Caprara MG, Iñiguez J, García LF. Promoción del envejecimiento activo: efectos del programa. Vivir con Vitalidad. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2005;40(2):92-102.
8. Senders G, González M, Casas F, Aymerich Andreu M, Domingo A, Del Valle A. Indicadores sociales y psicosociales de calidad de vida de las personas mayores en un municipio. Psychosocial Intervention. 2001;10(3):355-78.
9. López Doblas JL. Personas mayores viviendo solas. La autonomía como valor en alza. Madrid: IMSERSO; 2005.
10. Otero A, Zunzunegui MV, Béland F, Rodríguez-Laso A, García de Yébenes MJ. Relaciones sociales y envejecimiento saludable. Documento de Trabajo n.º 9. Madrid: Fundación BBVA; 2006.
11. Verbrugge LM, Jette AM. The disablement process. Social Science & Medicine. 1994;38(1):1-14.
12. Zunzunegui MV, Rodríguez-Laso A, Otero SMF, Pluijm S, Nikula T, Blumstein M, et al. Disability and socialities: comparative findings of the CLESA study. Eur J Ageing. 2005;2(1):40-7.
13. Navarro V. El Estado de bienestar en España y sus déficits sociales. En: La situación social en España II. Madrid: Biblioteca Nueva; 2007. p. 25-34.
14. Pérez Díaz J. Demografía y envejecimiento. Informe Portal Mayores n.º 51 (2006) [citado 10 de septiembre de 2010]. Disponible en: <http://digital.csic.es/bitstream/10261/5120/1/Perez2006a.pdf>
15. Arriola MJ, Beloki U. Personas que viven solas: envejecer en el propio entorno con calidad, ¿realidad o reto? Letras de Deusto. 2005;35(107):33-66.
16. Rosenmayr L, Koekeis E. Marriage, family and friendships. En: Williamson JB, editor. Aging and society: An introduction to social gerontology. New York: Rinehart & Winston; 1963. p. 95-119.
17. Marin B, Zaidi A. Trends and Priorities of Ageing Policies in the UN-European Region. En: Mainstreaming Ageing. Indicators to Monitor Sustainable Policies Vienna: Facultas Verlags-und Buchhandels AG; 2007. p. 61-110.
18. Castejón Villarejo P, Esparza Catalán C, Abellán García A. Salud, dependencia y cuidados. En Abellán García A, Del Barrio Truchado E, Castejón Villarejo P, Esparza Catalán C, Fernández-Mayoral Fernández G, Pérez Ortiz L, et al, editores. A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores Madrid: IMSERSO; 2007. p. 67-82.
19. Gil Calvo E. El poder gris. Una nueva forma de entender la vejez. Barcelona: Random House Mondadori; 2003.
20. Pérez Ortiz L. Envejecer en femenino. Las mujeres mayores en España a comienzos del siglo xx. Madrid: IMSERSO. Instituto de la mujer; 2004.
21. Puyol Antolin R, Abellán García A (Comp.). Envejecimiento y Dependencia. Una mirada al panorama futuro de la población española. Madrid: Mondial Assistance; 2006.
22. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Recomendaciones de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología al Defensor del Pueblo en relación con la atención sociosanitaria a las personas mayores en España. Rev Geriatr Gerontol. 2000;35(2):108-14.
23. Thierry X. Risques de mortalité et de surmortalité au cours des dix premières années de veuve. Population. 1999;54(2):177-204.
24. Shahar DR, Schultz R, Shahar A, Wing RR. The effect of widowhood on weight change, dietary intake, and eating behaviour in the elderly population. J Aging Health. 2001;13(2):186-99.
25. Ivery JM, Akstein-Kahan D, Murphy K. NORC Supportive services model implementation and community capacity. J Gerontol Social Work. 2010;53:21-42.
26. Alonso López F. Adaptación de la vivienda en la población dependiente: Necesidades, soluciones y costes. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2007.
27. Gerson LW, Camargo CA, Wilber ST. Home modifications to prevent falls by older ED patients. Am J Emerg Med. 2005;23:295-8.
28. De Pedro J, Gallo J, Zaforteza C, Bover A, Galmes A. Prevalencia de los diagnósticos enfermeros en el paciente geriátrico después del alta y su evolución. Rev. Multidisciplinar de Gerontología. 2001;11(1):20-2.
29. Haak M, Fänge A, Iwarsson S, Dahlin S. Home as a signification of independence and autonomy: Experiences among very old Swedish people. Scand J Occup Ther. 2007;14(1):16-24.
30. Angus J, Kontos P, Dyck I, McKeever P, Poland B. The personal significance of home: habitus and the experience of receiving long-term home care. Social Health Ill. 2005;27(2):161-87.
31. Casas F, González M, Senders G, Aymerich M, Domingo A, Del Valle A. Indicadores sociales y psicosociales de la calidad de vida de las personas mayores de un municipio. Intervención Psicosocial. 2001;10(3):355-78.
32. OMS. Ciudades globales amigables con los mayores: Una guía. Ginebra: OMS; 2008.

33. Sánchez Vera P. Sociología de la vejez versus economía de la vejez. *Papers*. 2000;61:39-88.
34. López Vicente MA, Andreu Muñoz I, Ramiro Pollo P, Poveda Puente R, Barberà i Guillem R, Cort Bordería JR, et al. ¿Cómo obtener productos de alta usabilidad? Guía práctica para fabricantes de productos de la vida diaria y ayudas técnicas. Valencia: Instituto de Biomecánica; 2003.
35. Puga MD, Abellán A. El proceso de discapacidad: un análisis de la encuesta sobre discapacidades. Deficiencias y estado de salud. Madrid: Fundación Pfizer; 2004.
36. Sanz J. El factor humano en la relación clínica. El binomio razón-emoción. *Med Clin (Barc)*. 2000;114(6):222-6.
37. Ruiz-Jiménez D, Colás-Taugís MI, Padín-Minaya C, Morell R, López Pisa RM, Hernández Faba E. Envejecer: aspectos positivos, capacidad funcional, percepción de salud y síndromes geriátricos en una población mayor de 70 años. *Enferm Clin*. 2006;16(1):27-34.
38. Miquel Novajra A. Riesgo, Enfermedad y Salud Laboral desde la perspectiva de la antropología. En: Cárcoba, A, comp. *Democracia, Desigualdad y Salud*. Palma de Mallorca: La Lucerna; 2003.
39. Powell JP, Gilbert T, editores. *Aging identity: A dialogue with post-modernism*. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers; 2009.
40. Rodríguez Rodríguez V. Futurage. Prioridades de la investigación sobre envejecimiento en Europa. Resultado de la consulta en España. Madrid: Informe Portal Mayores, n.º 107; 2011.
41. Puga MD. La dependencia de las personas con discapacidad: Entre lo sanitario y lo social, entre lo privado y lo público. *Rev Esp Salud Pública*. 2005;79(3):327-30.
42. Poveda R, López MA, Barberà R, Andreu I. Datus: Cómo obtener productos con alta usabilidad: Guía técnica para fabricantes de productos de la vida diaria y ayudas técnicas. Valencia: Instituto de Biomecánica de Valencia; 2003.
43. Querejeta M. Discapacidad/Dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación (2003) [citado 14 de enero de 2008]. Disponible en: <http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/cif/discapacidad-dependencia.pdf>
44. Poveda R, Belda J, Barberà R, Cort JM, Prat JM, Matey F, et al. Facilitación de la vida cotidiana mediante diseño y la selección adecuada de tecnologías de apoyo para personas mayores. *Rev Multidisciplinaria de Gerontología*. 2005;15(3):155-64.
45. Bazo MT. Consecuencias del envejecimiento en la sociedad española actual. *Panorama social*. 2005;(1):48-57.
46. Villar F, Triado C, Osuna MJ. Rutinas cotidianas en la vejez: patrones de actividad e influencia del sexo y la edad. *Rev Multidisciplinaria de Gerontología*. 2003;13(1):29-36.
47. Otero A, Zunzunegui MV, Rodríguez-Laso A, Aguilar MD, Lázaro P. Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento en la población Española. *Rev. Española Salud Pública* 2004;78:201-13.
48. IMSERSO (2006). A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. Encuesta 2006. (2006). [Citado 8 marzo de 2011]. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/encuestas/index.html>
49. Cannuscio C, Block J, Kawachi MD. Social capital and successful aging: The role of senior housing. *Ann Intern Med*. 2003;139(5):395-9.
50. Croucher K, Hicks L, Bevan M, Sanderson D. [Traducción: J.I. Calleja Miranda]. Evaluación de modelos de alojamiento para personas mayores al final de la vida. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales; 2008.
51. Millán Calenti JC, Díaz F, Villanueva MA, Balo A, López A, Pedreira AI. Telegerontología: Un nuevo recurso de apoyo gerontológico a domicilio. *Polytechnical Studies Review*. 2006;III(5/6):57-71.
52. Plouffe L, Kalache A. Towards global age-friendly cities: determining urban features that promote active aging. *Urban Health*. 2010;87(5):733-9.
53. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2004.
54. Gitlin LN, Dennis M, Hauck W, Winter L, Schinfeld S. Relationship of functional difficulty levels to adaptive strategy use and psychological well-being among frail elders. Paper presented to the Gerontological Society of America Annual Meeting. San Diego, CA, 2003.