

Construcción social de la vejez: el sexo y la dependencia

L. Pérez-Ortiz

Departamento de Sociología. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales.
Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. España.

Analizar la relación entre el sexo y la dependencia supone encontrarse en la intersección de tres definiciones sociales, tres conjuntos de normas sociales, que se han ido construyendo a lo largo del tiempo y que confluyen en la experiencia vital de las personas que hoy son mayores. Por un lado, a lo largo de la historia, la vejez se ha entendido de formas diversas, cada sociedad ha ido construyendo su propia definición de vejez. La nuestra, la de los momentos actuales, pasa por conceptos tales como el envejecimiento óptimo o saludable que implican la capacidad de conservar una vida independiente durante el mayor tiempo posible. De esta forma, en estos momentos, la prevención de la dependencia se convierte en un factor estratégico para la mejora de la calidad de vida de las personas mayores, pero también para conseguir un uso más eficiente de los recursos públicos (siempre escasos) disponibles para invertir en servicios sanitarios y sociales¹. A este concepto de la vejez corresponde también un concepto de dependencia o independencia, que recoge el conjunto de actividades que un miembro de nuestra sociedad debería ser capaz de realizar para adquirir el estatuto de persona independiente. El análisis de la dependencia pone de manifiesto, además, que esa definición de persona autónoma o dependiente no es igual para los dos sexos, debido a la influencia de las funciones de sexo en cuyo marco ha transcurrido el tiempo vital de quienes son ahora mayores.

Varones y mujeres presentan patrones diferenciados de dependencia: las mujeres tienen una prevalencia más alta y, además, para ellas la dependencia se inicia antes que para los varones; como su esperanza de vida es más alta, esto significa que pasan más años en ese estado. El análisis más detallado muestra que no es la condición femenina la que impone esta prevalencia más alta sino, más bien, la confluencia en las mujeres de un conjunto de características de riesgo: edad, estado civil, ingresos o nivel de estudios. Sin embargo, aunque la prevalencia de la incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria no guarde una relación inmediata con el sexo, sobre lo que sí actúa el sexo es sobre la gravedad de la situación de dependencia². La razón de esta mayor gravedad puede deberse a la existencia de representaciones sociales de la dependencia diferenciadas en función del sexo, es decir, al hecho de que las mujeres no valoran su dependencia de la misma manera que los varones. Aunque los varones muestran reparos en reconocer que tienen problemas de salud, por la tendencia masculina a preservar la intimidad y evitar la manifestación pública de los problemas personales, es posible que, puesto que la dependencia no es una enfermedad, no muestren ningún reparo en reconocer que no son capaces de realizar por sí mismos algunas tareas que en realidad nunca han hecho ni nadie ha esperado jamás que hicieran. En el caso de las mujeres, reconocerse incapaces para realizar esas funciones, sobre todo las relacionadas con el cuidado del hogar, puede significar perder su identidad como mujeres, de manera que sólo evidenciarán sus dificultades cuando su estado de salud esté francamente deteriorado. Además, entre las mujeres, algunos «factores de riesgo» de dependencia actúan de una forma distinta de como lo hacen entre los varones. Por ejemplo, entre las mujeres, el nivel de estudios o el estatus socioeconómico son más discriminantes en cuanto al riesgo de dependencia que entre los varones².

El estudio de Tomas et al³ sobre la dependencia en la realización de actividades instrumentales de la vida diaria muestra un caso extremo de dependencia marcada por el sexo. El estudio, realizado entre varones y mujeres de 75 o más años residentes en un área de salud de la ciudad de Zaragoza, muestra una prevalencia más alta entre los va-

rones que entre las mujeres y una diferenciación clara en las actividades para las que son dependientes unos y otras: las mujeres no pueden realizar por sí mismas las actividades que se desarrollan fuera del ámbito doméstico (especialmente las que tienen que ver con la gestión del dinero y con el uso de los medios de transporte), mientras que la dependencia de los varones se refiere, sobre todo, a las que se realizan en el interior del hogar (sobre todo, la preparación de la comida, el lavado de la ropa y la limpieza de la casa). Esas actividades están estrechamente relacionadas con las correspondientes a las funciones masculina y femenina, de manera que lo que sucede en la vejez es continuación de lo que se venía haciendo en etapas anteriores de la vida. Abellán⁴ recoge los resultados de la Encuesta de Soledad de 1998, según la cual el 18% de las mujeres mayores nunca había realizado papeleos, gestiones, trámites con el banco o administrado el dinero de la casa, pero dos de cada tres varones no había realizado nunca tareas domésticas. El estudio muestra, además, que la dependencia entre las mujeres está relacionada con problemas de salud física y/o mental o con la edad avanzada; en el caso de los varones, todo parece indicar que la dependencia se explica fundamentalmente por su condición masculina.

Es decir, que en el caso de los varones, la dependencia en las actividades instrumentales no tiene relación con el estado de salud, sino que es el resultado de la asignación de funciones según el sexo. Se trataría de una verdadera «enfermedad social»; es decir, una enfermedad cuya causa tiene su origen en la propia organización de la comunidad antes que en cualquier problema de tipo fisiológico o mental. Sucede, sin embargo, que las «enfermedades sociales» suelen afectar a los grupos sociales menos privilegiados, pero aquí ocurre lo contrario. La superioridad masculina en las edades anteriores a la vejez establece que los varones no necesitan implicarse en las tareas de cuidado del hogar, pero en la vejez, esta despreocupación se puede volver en su contra si la persona que las realizaba normalmente desaparece o tiene problemas para seguirlas desarrollando. Y es que, en realidad, la dependencia «no toma su carácter definitivo hasta que no se impone la ayuda de otra persona de forma sistemática»⁵. En correspondencia, la construcción social subordinada de la femineidad se trocaría en una situación privilegiada de las mujeres a la hora de afrontar su vejez, en el sentido de que las habilidades para realizar las actividades instrumentales dentro del hogar permiten a las mujeres mantener su independencia en mayor medida que a los varones. Sin embargo, esa situación en la vejez tiene, como mínimo, un carácter ambivalente, cuando no paradójico, puesto que si la femineidad permite a las mujeres mayor independencia, al mismo tiempo, el hecho de que entre las personas dependientes exista un claro predominio femenino hace que las mujeres mayores tengan más posibilidades de ser estereotipadas como una carga en la vejez.

Una de las bases más sólidas de este estereotipo es la invisibilidad de la propia aportación de las mujeres mayores al cuidado de otros. Sin embargo, el cuidado de las personas mayores es sólo una parte de una dinámica de ayuda mutua mucho más compleja⁶. Un estudio reciente, basado en una encuesta de ámbito nacional a mujeres mayores, ha estimado que el balance de los cuidados en este sistema de ayuda mutua no se inclina a favor de las mujeres mayores, es decir, que las mujeres mayores aportan más cuidados de los que reciben. El estudio estima que las necesidades de las mujeres mayores movilizan a unas 690.000 personas, que 366.000 mujeres cuidan habitualmente de otros adultos y unas 842.000 tienen nietos y los atienden también de forma habitual. Estas cifras implican la movilización de cerca de dos millones de personas prestando servicios de atención y cuidado dentro de la familia, pero de los dos millones, 1,2 son mujeres mayores⁷.

Con respecto al acceso a los recursos de atención (informal o formal, sanitaria o social) en caso de dependencia, las mujeres también presentan algunas desventajas con respecto a los varones. La mayor parte de los varones son atendidos por sus esposas, precisamente el contexto del cuidado que prefieren las personas mayores. En esta situación, la dependencia masculina aparece como una extensión natural de la división del trabajo entre los miembros de la pareja y, por tanto, la pérdida de autonomía es me-

nos evidente para ellos mismos y para los demás. En ese contexto, los varones pueden mantener un mayor sentido de autonomía y autoestima⁶.

Ignorar las diferencias de sexo en la experiencia de la dependencia en la vejez es también injusto para los varones. En este caso, la constatación de que la mayoría de los varones están atendidos por sus mujeres puede ocultar la situación de los varones que han enviudado o que viven solos y que puede ser especialmente delicada. Primero, porque su propia capacidad de mantener una vida autónoma está reducida por la división sexual del trabajo y, en segundo lugar, porque parece que los varones¹ tienen menos habilidad para crear redes de contactos sociales, familiares o extrafamiliares que puedan proporcionar apoyo social y, eventualmente, cuidados. De hecho, todo parece indicar que los varones que viven solos son los que menos ayuda reciben.

CONCLUSIÓN: LA FACETA SOCIAL DE LA DEPENDENCIA

La relación entre el sexo y la dependencia nos remite al debate más amplio sobre los factores que originan la salud y la enfermedad, o la dependencia, en nuestro caso. O, en otros términos, a la relación entre lo biológico y lo social en la caracterización de la dependencia en la vejez. Se dice que esta relación entre lo biológico y lo social es más intensa y compleja en las sociedades actuales, fundamentalmente como consecuencia de la transición epidemiológica, puesto que, alcanzados muy bajos niveles de mortalidad, las enfermedades ligadas al comportamiento aparecen con mayor nitidez; de hecho, la mortalidad diferencial por razones socioeconómicas parece haber ido en aumento en las últimas décadas⁸. También existen evidencias de que la influencia de los factores sociales en la salud y la enfermedad aumenta con la edad, especialmente a partir de los 45 años. Esta evidencia coincide, además, con un momento de confianza extrema en las posibilidades de la medicina. Existe una gran fe en el éxito del enfoque médico, nuestra sociedad está medicalizada y la búsqueda de la salud perfecta se ha convertido en la utopía del siglo, sobre todo entre las clases privilegiadas.

No obstante, el reconocimiento de la importancia de factores sociales y culturales vinculados a la aparición de la dependencia no necesita que antepongamos estas causas a las biológicas. No es necesario desplazar el trabajo de la medicina por el de los especialistas en ciencias sociales ni establecer un orden de preeminencia distinto; basta con la colaboración de los dos tipos de disciplinas. De hecho, los profesionales de la salud pública han dado muestras de un aumento de la sensibilidad sobre estos temas, aunque todavía frecuentemente se siguen obviando estas cuestiones en sus prácticas cotidianas⁹. El sistema de salud también tiene que intervenir sobre las causas sociales de enfermar; cabría reclamar para ello el principio de interdisciplinariedad que deriva de la consideración global de la persona mayor y de sus necesidades, que serán físicas, psicológicas, pero también sociales, económicas o de otra naturaleza¹⁰.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hombres, envejecimiento y salud. Ginebra: WHO, 2002.
2. Ruga MD. La población mayor a comienzos del siglo XXI. Hacia una sociedad más mayor, hacia una vejez más anciana. Madrid: Fundación Pfizer, 2001.
3. Tomás C, Zunzunegui MU, Moreno LA, Germani C. Dependencia evitable para las actividades de la vida diaria: una perspectiva de género. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2003;38:327-33.
4. Abellán A. Discapacidad, dependencia y cuidados. En: Pérez Ortiz L, Abellán A, Génova R, Pereira J, editores. *Envejecer en femenino. Las mujeres mayores en España a comienzos del siglo XXI* [en prensa]. Instituto de la Mujer.
5. Rodríguez Cabrero, 1999.
6. Arber S, Ginn J. *Gender and later life*. London: Sage, 1991.
7. Pérez Ortiz L. Las mujeres mayores en España a comienzos del siglo XXI. En: Pérez Ortiz L, Abellán A, Génova R, Pereira J, editores. *Envejecer en femenino* [en prensa]. Instituto de la Mujer.
8. Gómez Redondo R. Mortalidad, salud y desigualdad. En: VV.AA. *Estructura y cambio social*. Madrid: CIS, 2001.
9. Gil Lacruz M. Salud y fuentes de apoyo social. Madrid: CIS, 2000.
10. Rodríguez Rodríguez P. Las situaciones de dependencia como necesidad social sobrevenida. *Revista de Asuntos Sociales*.