

DEPARTAMENT DE ANTROPOLOGIA SOCIAL

DETERMINANTES DE LA CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA
POR LOS ANCIANOS DE UNA RESIDENCIA DE TERCERA
EDAD EN DOS CONTEXTOS SOCIOCULTURALES
DIFERENTES, ESPAÑA Y CUBA

JULIO JORGE FERNÁNDEZ GARRIDO

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA
Servei de Publicacions
2009

Aquesta Tesi Doctoral va ser presentada a València el dia 1 d'abril de 2009 davant un tribunal format per:

- Dr. Antonio Ariño Villarroya
- Dr. Jose Fernández-Rufete Gómez
- Dra. Carmen Triadó Tur
- Dra. Lourdes Pérez Ortiz
- Dr. Vicente Ruiz Ros

Va ser dirigida per:
Dr. Josep Cucó Giner

©Copyright: Servei de Publicacions
Julio Jorge Fernández Garrido

Dipòsit legal: V-1042-2010
I.S.B.N.: 978-84-370-7557-0

Edita: Universitat de València
Servei de Publicacions
C/ Arts Gràfiques, 13 baix
46010 València
Spain
Telèfon:(0034)963864115

TESIS DOCTORAL

**Determinantes de la Calidad
de Vida Percibida
por los ancianos de una
Residencia de Tercera Edad
en dos contextos
socioculturales diferentes,
España y Cuba.**

**PRESENTADA POR:
Julio Jorge Fernández Garrido**

**DIRIGIDA POR:
Dra. Josepa Cucó Giner**

INDICE DE APARTADOS

Página

AGRADECIMIENTOS.....	15
INTRODUCCIÓN	17

PRIMERA PARTE:

PARTE TEÓRICO-METODOLÓGICA

MARCO TEÓRICO:

CAPÍTULO 1: ENVEJECER EN LA SOCIEDAD POSTINDUSTRIAL ..	23
▪ ESTADO DEMOGRÁFICO DEL ENVEJECIMIENTO	30
▪ CIRCUNSTANCIAS DETERMINANTES DE LA SITUACIÓN ACTUAL	32
○ <i>REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD Y AUMENTO DE LA ESPERANZA DE VIDA</i>	<i>34</i>
○ <i>REDUCCIÓN DE LA FECUNDIDAD Y AUMENTO DEL NÚMERO DE PERSONAS MAYORES</i>	<i>37</i>
○ <i>EFFECTO DE LA MIGRACIÓN SOBRE EL PATRÓN DEMOGRÁFICO</i>	<i>41</i>
▪ REFLEXIONES SOBRE LA MEDICIÓN DEL ENVEJECIMIENTO.....	47
▪ DIMENSIONES DEL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO	49
CAPÍTULO 2: CONCEPTO DE ENVEJECIMIENTO: DIFICULTADES PARA UNA DEFINICIÓN	51
▪ ¿CUÁNDO SE ES VIEJO?: LA FRONTERA ENTRE LA EDAD MADURA Y LA VEJEZ.....	56
▪ ENVEJECIMIENTO FUNCIONAL: LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD PARA REALIZAR LAS TAREAS DE LA VIDA DIARIA	58
▪ ENVEJECIMIENTO COMO ETAPA VITAL: UN CICLO MÁS DE LA VIDA DE LAS PERSONAS	60
▪ TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO	61
○ <i>TEORÍAS BIOLÓGICAS DEL ENVEJECIMIENTO.....</i>	<i>63</i>
○ <i>TEORÍAS SOCIOLOGICAS DEL ENVEJECIMIENTO</i>	<i>67</i>
▪ <i>TEORÍA DE LA MODERNIZACIÓN</i>	<i>70</i>
○ <i>TEORÍA DE LA ACTIVIDAD</i>	<i>71</i>
○ <i>TEORÍA DE LA DESVINCULACIÓN.....</i>	<i>73</i>
○ <i>TEORÍA DE LA CONTINUIDAD</i>	<i>73</i>
CAPÍTULO 3: SER RESIDENTE EN UNA RESIDENCIA DE 3ª EDAD	77
▪ CONCEPTO DE RESIDENCIA DE TERCERA EDAD	80

▪ TIPOS DE RESIDENCIAS DE TERCERA EDAD	89
○ <i>SEGÚN LA DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA</i>	90
▪ <i>TIPOLOGÍAS DE RESIDENTES QUE VIVEN EN RESIDENCIAS PÚBLICAS</i>	96
○ <i>SEGÚN EL GRADO DE AUTONOMÍA DE LOS RESIDENTES</i>	102
○ <i>SEGÚN OTROS CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN</i>	107
▪ MOTIVOS DE INGRESO EN UNA RESIDENCIA DE TERCERA EDAD	110
CAPÍTULO 4: CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA	115
▪ CALIDAD DE VIDA (CV).....	119
▪ CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS)	125
▪ CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN LAS PERSONAS MAYORES (CVPM).....	129
▪ EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN LAS PERSONAS MAYORES	132

MARCO METODOLÓGICO:

CAPÍTULO 5: METODOLOGÍA	145
▪ DEFINICIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	145
▪ OBJETIVOS, HIPÓTESIS DE TRABAJO Y UNIDADES DE OBSERVACIÓN Y ANÁLISIS	146
▪ METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN.....	149
▪ TRABAJO DE CAMPO	155
○ <i>PLANTEAMIENTO</i>	155
○ <i>DESARROLLO</i>	159
CAPÍTULO 6: LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA	165
▪ REFERENCIAS HISTORICAS	166
▪ SERVICIOS SOCIALES PARA LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES	170
○ <i>SERVICIOS DOMICILIARIOS</i>	171
▪ <i>SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO</i>	171
▪ <i>SERVICIO DE TELEASISTENCIA</i>	175
▪ <i>AYUDAS TÉCNICAS</i>	177
▪ <i>PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN CON FAMILIAS</i>	179
○ <i>SERVICIOS INTERMEDIOS</i>	180
▪ <i>ESTANCIAS DIURNAS EN CENTROS GERONTOLÓGICOS, HOGARES Y CLUBES</i>	180
▪ <i>ESTANCIAS TEMPORALES EN RESIDENCIAS U OTROS ALOJAMIENTOS</i>	182
▪ <i>CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES</i>	183
○ <i>SISTEMAS ALTERNATIVOS DE ALOJAMIENTO</i>	186

▪ <i>VIVIENDAS INDIVIDUALES O BIPERSONALES CON O SIN SERVICIOS DE APOYO</i>	187
▪ <i>VIVIENDAS TUTELADAS</i>	187
▪ <i>FAMILIAS DE ACOGIDA</i>	188
▪ <i>RESIDENCIAS DE TERCERA EDAD</i>	189

CAPÍTULO 7: ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL Y ATENCIÓN GERONTOLÓGICA EN CUBA 193

▪ ATENCIÓN AL ENVEJECIMIENTO: SISTEMA SANITARIO Y ATENCIÓN GERIÁTRICA	202
▪ EL MODELO DE BIENESTAR CUBANO: SANIDAD Y EQUIDAD	204
○ <i>SANIDAD: LA APUESTA POR LA SALUD PÚBLICA</i>	204
▪ <i>ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD</i>	205
▪ <i>ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS ASISTENCIALES</i>	208
○ <i>ASISTENCIA GERIÁTRICA</i>	213
▪ <i>RECURSOS DEL SUBPROGRAMA COMUNITARIO:</i>	
○ <i>CÍRCULOS DE ABUELOS</i>	219
○ <i>LICEOS (GRUPOS DE ORIENTACIÓN Y RECREACIÓN DEL ADULTO MAYOR)</i>	221
▪ <i>RECURSOS DEL SUBPROGRAMA INSTITUCIONAL:</i>	
○ <i>CASAS DE ABUELOS</i>	223
○ <i>HOGARES DE ANCIANOS</i>	224

CAPÍTULO 8: ESPAÑA: RESIDENCIA DE TERCERA EDAD DE BENETUSSER (VALENCIA) 229

▪ EL PUEBLO DE BENETUSSER:	
○ <i>LOCALIZACIÓN Y ECONOMÍA</i>	229
○ <i>POBLACIÓN</i>	231
▪ RESIDENCIA DE TERCERA EDAD DE BENETUSSER	234
○ <i>LOS RESIDENTES</i>	236
○ <i>ESTRUCTURA Y SERVICIOS DEL CENTRO</i>	238
○ <i>EL PERSONAL DEL CENTRO</i>	260

CAPÍTULO 9: CUBA: HOGAR DE ANCIANOS 13 DE MARZO (GUANABACOA)..... 265

▪ EL MUNICIPIO DE GUANABACOA:	
○ <i>LOCALIZACIÓN Y ECONOMÍA</i>	267
○ <i>POBLACIÓN</i>	269
▪ HOGAR DE ANCIANOS 13 DE MARZO	272
○ <i>LOS RESIDENTES</i>	277
○ <i>ESTRUCTURA Y SERVICIOS DEL CENTRO</i>	282
○ <i>EL PERSONAL DEL CENTRO</i>	299

SEGUNDA PARTE:
TRABAJO DE CAMPO

	<u>Página</u>
CAPÍTULO 10: RESIDENCIA DE TERCERA EDAD DE BENETUSSER (VALENCIA-ESPAÑA)	307
▪ SALUD PERCIBIDA	308
▪ HABILIDADES FUNCIONALES.....	323
▪ VALORACIÓN DEL ENTORNO	333
▪ ESPACIO RELACIONAL	345
▪ OCUPACIÓN DEL TIEMPO.....	357
▪ SATISFACCIÓN CON LA VIDA	370
CAPÍTULO 11: HOGAR 13 DE MARZO (GUANABACOA-CUBA) ...	389
▪ SALUD PERCIBIDA	390
▪ HABILIDADES FUNCIONALES.....	407
▪ VALORACIÓN DEL ENTORNO	416
▪ ESPACIO RELACIONAL	426
▪ OCUPACIÓN DEL TIEMPO.....	441
▪ SATISFACCIÓN CON LA VIDA	455
CAPÍTULO 12: COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS	473
▪ SALUD PERCIBIDA	474
▪ HABILIDADES FUNCIONALES.....	486
▪ VALORACIÓN DEL ENTORNO	492
▪ ESPACIO RELACIONAL	496
▪ OCUPACIÓN DEL TIEMPO.....	503
▪ SATISFACCIÓN CON LA VIDA	509

TERCERA PARTE:
CONCLUSIONES

CAPÍTULO 13: CONCLUSIONES.....	515
▪ SOBRE LOS CUESTIONARIOS UTILIZADOS	515
	<u>Página</u>
▪ RESPECTO DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO:	
○ <i>ESTADO DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA</i>	516
○ <i>CAPACIDAD FUNCIONAL (INSTRUMENTAL) Y CALIDAD DE VIDA</i>	517
○ <i>SATISFACCIÓN CON EL ENTORNO Y CENTRO Y CALIDAD DE VIDA</i>	518
○ <i>SATISFACCIÓN CON LAS RELACIONES Y CALIDAD DE VIDA</i>	518
○ <i>USO DEL TIEMPO Y CALIDAD DE VIDA.....</i>	519
○ <i>SATISFACCIÓN CON LA VIDA Y CALIDAD DE VIDA</i>	520
▪ SOBRE LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS CASOS ESTUDIADOS.....	520
▪ SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DE SEXO Y GÉNERO.....	523
○ <i>HOMBRES.....</i>	524
○ <i>MUJERES</i>	524
▪ SOBRE LAS “CULTURAS RESIDENCIALES”	525
DOCUMENTOS ANEXOS	529
BIBLIOGRAFÍA	545

INDICE DE TABLAS, FIGURAS Y GRÁFICOS (POR CAPÍTULO)

CAPITULO 1

GRÁFICO 1.1: DISTRIBUCIÓN DE LA DEPENDENCIA SEGÚN EDAD Y GÉNERO	27
TABLA 1.1: PLAZAS RESIDENCIALES POR CADA 100 MAYORES DE 65 AÑOS EN CINCO PAÍSES DE EUROPA.....	29
TABLA 1.2: EVOLUCIÓN EN CIFRAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA MAYOR DE 65 AÑOS DESDE 1900	32
GRÁFICO 1.2: PIRÁMIDES DE POBLACIÓN ESPAÑOLA DE 1900 Y 2000	33
GRÁFICO 1.3: EVOLUCIÓN DE LA ESPERANZA DE VIDA AL NACIMIENTO EN ESPAÑA, POR SEXO, DESDE 1900	34
TABLA 1.3: PAÍSES CON MAYOR ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN LA UE'25 Y RESTO DEL MUNDO	37
GRÁFICO 1.4: EVOLUCIÓN DE LA FECUNDIDAD ESPAÑOLA DESDE 1900	38
TABLA 1.4: FECUNDIDAD EN LA UNIÓN EUROPEA EN 2002.....	41
TABLA 1.5: DISTRIBUCIÓN DE EXTRANJEROS DE 65 Y MÁS AÑOS POR PROVINCIA DE RESIDENCIA, 2003.....	44
GRÁFICO 1.5: PORCENTAJE DE POBLACIÓN MAYOR DE 64 AÑOS EN LA COMUNITAT VALENCIANA	45
TABLA 1.6: MUNICIPIOS CON POBLACIÓN EXTRANJERA RELEVANTE	46
GRÁFICO 1.6: RAZÓN DE POBLACIÓN EXTRANJERA MAYOR, SOBRE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA MAYOR EN LA COMUNITAT VALENCIANA	47
TABLA 1.7: TASA DE ENVEJECIMIENTO, ÍNDICE SINTÉTICO DE FECUNDIDAD Y ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN LOS PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA EN 2002	50
TABLA 1.8: PROYECCIONES DE LA ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA POR GRANDES GRUPOS DE EDAD. 1991-2026	50

CAPITULO 2

CUADRO 2.1: DEFINICIONES DE ENVEJECIMIENTO	55
CUADRO 2.2: TEORÍAS BIOLÓGICAS DEL ENVEJECIMIENTO	67
CUADRO 2.3: PRINCIPALES PÉRDIDAS QUE LAS PERSONAS EXPERIMENTAN AL ENVEJECER Y PROBLEMAS ASOCIADOS A ESAS PÉRDIDAS	71
CUADRO 2.4: CARACTERÍSTICAS DE LAS TEORÍAS DE LA ACTIVIDAD, DESVINCULACIÓN Y CONTINUIDAD	75

CAPITULO 3

TABLA 3.1: EVOLUCION DEL NÚMERO DE PLAZAS DE RESIDENCIAS DE TERCERA EDAD ENTRE 1975 Y 2000	79
CUADRO 3.1: SERVICIOS Y PROGRAMAS ASISTENCIALES EN LAS RESIDENCIAS DE TERCERA EDAD	87
CUADRO 3.2: OBJETIVOS DE LAS RESIDENCIAS PARA CON LOS USUARIOS Y TRABAJADORES	88
CUADRO 3.3: REQUISITOS PARA SOLICITAR EL ACCESO A UNA PLAZA EN UNA RESIDENCIA PÚBLICA	91
TABLA 3.2: PESO DEL TERCER SECTOR EN LOS CENTROS RESIDENCIALES DE PERSONAS MAYORES. COMPARATIVA ENTRE FRANCIA, ALEMANIA Y ESPAÑA.....	93
TABLA 3.3: SERVICIO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL EN ESPAÑA. EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE CENTROS Y PLAZAS SEGÚN TITULARIDAD: 1994-2004.....	94
CUADRO 3.4: CARACTERÍSTICAS PARTICULARES DE LAS PERSONAS QUE VIVEN EN RESIDENCIAS PÚBLICAS DE TERCERA EDAD	102
CUADRO 3.5: ANCianos SUSCEPTIBLES DE INGRESAR EN UNA RTE PARA PERSONAS ASISTIDAS	106
CUADRO 3.6: FORMAS DE CLASIFICAR Y TIPOS DE RESIDENCIAS DE TERCERA EDAD	107
TABLA 3.4: MOTIVO PRINCIPAL POR EL QUE VIVE EN LA RESIDENCIA SEGÚN EDAD. AMBOS SEXOS	113

CAPITULO 4

CUADRO 4.1: DIFERENTES ENFOQUES TEÓRICOS SOBRE LA CALIDAD DE VIDA	124
CUADRO 4.2: DIFERENTES ENFOQUES TEÓRICOS DE LA CVRS.....	128
CUADRO 4.3: VARIABLES UNIVERSALMENTE ACEPTADAS QUE SE RELACIONAN CON LA CALIDAD DE VIDA EN LAS PERSONAS MAYORES.....	131
FIGURA 4.1: ESCALA DE VALORACIÓN DE LA NYHA	136
CUADRO 4.4: INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE MAYOR INTERÉS EN GERONTOLOGÍA CON EXPRESIÓN DE SU CALIDAD MÉTRICA DE ADAPTACIÓN Y GRADO DE RECOMENDACIÓN EN ESPAÑA	137
TABLA 4.1: PARADIGMAS TEÓRICOS SOBRE LA MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS MAYORES	143

CAPITULO 5

CUADRO 5.1: DETERMINANTES DE LA CVP SELECCIONADOS Y SU FORMA DE ANÁLISIS.....	151
---	-----

CAPITULO 6

TABLA 6.1: COBERTURA EN RESIDENCIAS Y SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO EN ESPAÑA Y ALGUNOS PAÍSES DE EUROPA.....	169
---	-----

FIGURA 6.1: RECURSOS OFERTADOS POR LOS SERVICIOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES EN EL ESTADO ESPAÑOL.....	170
CUADRO 6.1: ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR EL SAD	173
TABLA 6.2: SAD, POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS, USUARIOS ATENDIDOS (EN NÚMEROS ABSOLUTOS) Y GRADO DE COBERTURA ALCANZADO (EN PORCENTAJE) EN ESPAÑA.....	175
TABLA 6.3: SERVICIO DE TELEASISTENCIA EN ESPAÑA. POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS, NÚMERO DE USUARIOS Y GRADO DE COBERTURA.....	177
CUADRO 6.2: OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LOS CENTROS DE DÍA.....	183
TABLA 6.4: TOTAL DE CENTROS DE DÍA E ÍNDICE DE COBERTURA (2004).....	185
TABLA 6.5: RESIDENCIAS DE TERCERA EDAD EN EL TOTAL DEL ESTADO ESPAÑOL. POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS Y NÚMERO DE PLAZAS EN VALORES ABSOLUTOS, E ÍNDICE DE COBERTURA EN PORCENTAJE.....	190

CAPITULO 7

TABLA 7.1: POBLACIÓN, TASA DE FECUNDIDAD Y ESPERANZA DE VIDA AL NACIMIENTO PARA ESPAÑA, CUBA Y OTROS PAÍSES LATINOAMERICANOS	195
FIGURA 7.1: EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN CUBA	198
FIGURA 7.2: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE CUBA SEGÚN SEXO	200
CUADRO 7.3: SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE CUBA	206
CUADRO 7.4: RED DE SERVICIOS SANITARIOS ASISTENCIALES DE CUBA	209
FIGURA 7.5: PROGRAMA NACIONAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR	218

CAPITULO 8

FIGURA 8.1: PLANO SITUACIONAL DE BENETUSSER Y SU RELACIÓN CON LA CIUDAD DE VALENCIA Y OTRAS LOCALIDADES COLINDANTES	230
GRÁFICO 8.1: PROGRESIÓN DE LA POBLACIÓN DE BENETUSSER (1900-2006).....	232
TABLA 8.1: RELACIÓN DE ASOCIACIONES REGISTRADAS EN AYUNTAMIENTO DE BENETUSSER (MAYO 2005).....	233
GRÁFICO 8.2: RESIDENCIA DE BENETUSSER. DISTRIBUCIÓN POR SEXO	236
GRÁFICO 8.3: EDAD DE LOS RESIDENTES DE LA RESIDENCIA DE BENETUSSER.....	237
GRÁFICO 8.4: RESIDENCIA DE BENETUSSER. LUGAR DE PROCEDENCIA DE LOS RESIDENTES.....	238
FIGURA 8.2: PLANO DE LA RESIDENCIA DE BENETUSSER	240
GRÁFICO 8.5: RESIDENCIA DE BENETUSSER. PLANTILLA DE TRABAJADORES	260

CAPITULO 9

FIGURA 9.1: UBICACIÓN DE GUANABACOA RESPECTO DE LA HABANA	265
FIGURA 9.2: ESCUDO DE LA VILLA DE GUANABACOA.....	266
TABLA 9.1: GUANABACOA. CENSO DE POBLACIÓN	270
TABLA 9.2. EVENTOS CULTURALES DE GUANABACOA	271
FIGURA 9.3: PLANO DE GUANABACOA.....	273

GRÁFICO 9.1: RESIDENCIA DE GUANABACOA. DISTRIBUCIÓN POR EDADES (AÑOS Y N° DE RESIDENTES)	279
GRÁFICO 9.2: LUGAR DE PROCEDENCIA DE LOS RESIDENTES EN EL HOGAR 13 DE MARZO.....	281
FIGURA 9.4: PLANO DEL HOGAR 13 DE MARZO.....	283
GRÁFICO 9.3: HOGAR 13 DE MARZO. PERSONAL QUE TRABAJA EN EL CENTRO	301
GRÁFICO 9.4: HOGAR 13 DE MARZO. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL PERSONAL DEL CENTRO AGRUPADO POR TIPO DE TRABAJO	301

CAPITULO 10

GRÁFICO 10.1: RESIDENCIA DE BENETUSSER: ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES, SEGÚN LA HISTORIA DE SALUD, ENTRE EL TOTAL DE ANCIANOS RESIDENTES.....	311
TABLA 10.1: ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES ENTRE LA POBLACIÓN GENERAL Y ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES EN LOS RESIDENTES DE LA RESIDENCIA DE BENETUSSER.....	311
GRÁFICO 10.2. VISITAS MÉDICAS POR PERSONA*	316
GRÁFICO 10.3. FRECUENCIA DE DOLOR DE CARÁCTER CRÓNICO*.....	318
GRÁFICO 10.4: RESIDENCIA DE BENETUSSER: CAPACIDAD DE REALIZAR LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES. HOMBRES Y MUJERES*	329
GRÁFICO 10.5: CAPACIDAD PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES SEGÚN TEST DE LAWTON	332
TABLA 10.2: RESIDENCIA Y PUEBLO DE BENETUSSER: DOTACIÓN ESTRUCTURAL Y DE SERVICIOS.....	336
GRÁFICO 10.6: RESIDENCIA DE BENETUSSER: RELACIONES DE INTIMIDAD.....	346
GRÁFICO 10.7: RELACIONES SOCIALES DE INTIMIDAD ENTRE LOS RESIDENTES SEGÚN SEXO.....	347
GRÁFICO 10.8: RESIDENCIA DE BENETUSSER: RELACIONES SOCIALES SEGÚN SEXO	354
GRÁFICO 10.9: RESIDENCIA DE BENETUSSER: ACTIVIDADES CON LAS QUE LOS ANCIANOS PASAN EL TIEMPO	362
GRÁFICO 10.10: RESIDENCIA DE BENETUSSER: GRADO DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA SEGÚN ESCALA SWLS.....	372
GRÁFICO 10.11: RESIDENCIA DE BENETUSSER: SATISFACCIÓN CON LA VIDA SEGÚN SEXO	374

CAPITULO 11

GRÁFICO 11.1: ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES EN EL HOGAR 13 DE MARZO.....	391
GRÁFICO 11.2. VISITAS MÉDICAS POR PERSONA*	397
TABLA 11.1: SUSTANCIAS NATURALES MÁS CONSUMIDAS EN EL HOGAR 13 DE MARZO.....	400
GRÁFICO 11.3: FRECUENCIA DE DOLOR DE CARÁCTER CRÓNICO*.....	402

GRÁFICO 11.4: CAPACIDAD DE REALIZAR ACTIVIDADES INSTRUMENTALES*	412
GRÁFICO 11.5: CAPACIDAD PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LOS RESIDENTES DEL HOGAR DE GUANABACOA SEGÚN SEXO (TEST DE LAWTON).....	415
TABLA 11.2: ELEMENTOS ESTRUCTURALES Y MATERIALES DEL HOGAR 13 DE MARZO DE DE GUANABACOA	416
GRÁFICO 11.6: GUANABACOA, CONTACTOS SOCIALES DE INTIMIDAD	427
GRÁFICO 11.7: RELACIONES SOCIALES DE INTIMIDAD PARA HOMBRES Y MUJERES*	430
GRÁFICO 11.8: RELACIONES DE CARÁCTER SOCIAL DE LOS HOMBRES Y MUJERES RESIDENTES EN EL HOGAR DE GUANABACOA.....	435
TABLA 11.2: ACTIVIDADES DEL HOGAR DE GUANABACOA	443
GRÁFICO 11.9: ACTIVIDADES DE OCIO DE LOS RESIDENTES DEL HOGAR DE GUANABACOA.....	446
GRÁFICO 11.9: ACTIVIDADES DE OCIO SEGÚN SEXO	453
GRÁFICO 11.10: GRADO DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA DE LOS RESIDENTES VÁLIDOS DEL HOGAR DE GUANABACOA SEGÚN LA ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA (SWLF) DE PAVOT Y DIENER (1993)	456
FIGURA 11.11: SATISFACCIÓN CON LA VIDA SEGÚN SEXO. VALORES RECOGIDOS A TRAVÉS DE LA SWLS.....	463

CAPITULO 12

GRÁFICO 12.1: GUANABACOA VS. BENETUSSER: ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES	475
GRÁFICO 12.2: BENETUSSER VS. GUANABACOA: VISITAS MÉDICAS	478
GRÁFICO 12.3: BENETUSSER VS. GUANABACOA: PORCENTAJE DE PERSONAS CON DOLOR DE CARÁCTER CRÓNICO.....	479
TABLA 12.1: GUANABACOA VS. BENETUSSER: CONSUMO FARMACOLÓGICO (en %).....	482
GRÁFICO 12.4: BENETUSSER VS. GUANABACOA: PORCENTAJE DE HOMBRES CON ENFERMEDAD	484
GRÁFICO 12.5: BENETUSSER VS. GUANABACOA: PORCENTAJE DE MUJERES CON ENFERMEDAD	485
GRÁFICO 12.6: BENETUSSER VS. GUANABACOA: GRADO DE INDEPENDENCIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES INSTRUMENTALES.....	488
GRÁFICO 12.7: BENETUSSER VS. GUANABACOA: ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LAS MUJERES.....	490
GRÁFICO 12.8: BENETUSSER VS. GUANABACOA: ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LOS HOMBRES	490
TABLA 12.2: BENETUSSER VS. GUANABACOA: ELEMENTOS ESTRUCTURALES Y MATERIALES. VALORACIÓN CUANTITATIVA	493
GRÁFICO 12.9: BENETUSSER VS. GUANABACOA: RELACIONES DE CARÁCTER SOCIAL.....	498
GRÁFICO 12.10: BENETUSSER VS. GUANABACOA: RELACIONES SOCIALES DE LOS HOMBRES.....	499

GRÁFICO 12.11: BENETUSSER VS. GUANABACOA: RELACIONES SOCIALES DE LAS MUJERES.....	500
GRÁFICO 12.12: BENETUSSER VS. GUANABACOA: RELACIONES DE INTIMIDAD.....	501
GRÁFICO 12.13: BENETUSSER VS. GUANABACOA: OCUPACIÓN DEL TIEMPO PARA EL CONJUNTO DE RESIDENTES	505
GRÁFICO 12.14: BENETUSSER VS. GUANABACOA: OCUPACIÓN DEL TIEMPO DE LOS HOMBRES.....	508
GRÁFICO 12.15: BENETUSSER VS. GUANABACOA: OCUPACIÓN DEL TIEMPO DE LAS MUJERES	508
GRÁFICO 12.16: BENETUSSER VS. GUANABACOA: SATISFACCIÓN CON LA VIDA SEGÚN LA ESCALA SWLS	509
GRÁFICO 12.17: BENETUSSER VS. GUANABACOA. SATISFACCIÓN CON LA VIDA DE LOS HOMBRES SEGÚN SWLS.....	511
GRÁFICO 12.18: BENETUSSER VS. GUANABACOA. SATISFACCIÓN CON LA VIDA DE LAS MUJERES SEGÚN SWLS	511

CAPITULO 13

CUADRO 13.1: BENETUSSER VS. GUANABACOA: RESULTADO DE LA COMPARACIÓN DE VARIABLES	521
CUADRO 13.2: PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LAS CULTURAS RESIDENCIALES DE 'DEPENDENCIA' Y 'ACTIVIDAD'	528

DOCUMENTOS ANEXOS

SERVICIOS QUE OFRECEN LAS RESIDENCIAS ESPAÑOLAS	530
---	-----

AL CAPÍTULO 4:

TABLA ADJUNTA 4.1: EVOLUCIÓN DE LAS FORMAS DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA.....	532
TABLA ADJUNTA 4.2: EVOLUCIÓN DE LOS MODELOS TEÓRICOS DE CALIDAD DE VIDA.....	532
CUADRO ADJUNTO 4.1: METAS Y OBJETIVOS GENÉRICOS QUE SE PRETENDE CON LOS ESTUDIOS DE DETERMINACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS MAYORES.....	533

AL CAPÍTULO 5:

TABLAS PARA RECOGIDA DE DATOS OBJETIVOS.....	534
ESCALA DE BARTHEL	536
ÍNDICE DE KATZ (INDEPENDENCIA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA)	538
ESCALA DE LAWTON (ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA)	539
ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA (SWLS).....	540

AL CAPÍTULO 10:

TABLA 10.5: RESIDENCIA DE BENETUSSER: PRUEBA DE SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA (CHI CUADRADO) ENTRE 'SEXO' Y 'GRADO DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA'	541
---	-----

AL CAPÍTULO 11:

TABLA ANEXA 11.1: PRUEBA DE SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA (CHI CUADRADO) ENTRE GRADO DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA (SEGÚN ESCALA SWLS) Y SEXO, ENTRE LOS RESIDENTES DEL HOGAR DE GUANABACOA	542
---	-----

AL CAPÍTULO 12:

TABLA 12.A1: BENETUSSER VS. GUANABACOA: ELEMENTOS ESTRUCTURALES Y MATERIALES. VALORACIÓN CUANTITATIVA.....	543
GRÁFICO ANEXO 12.A1: BENETUSSER VS. GUANABACOA: RELACIONES DE INTIMIDAD DE LOS HOMBRES.....	544
GRÁFICO ANEXO 12.A2: BENETUSSER VS. GUANABACOA: RELACIONES DE INTIMIDAD DE LAS MUJERES	545

AGRADECIMIENTOS

Elaborar una tesis doctoral requiere una gran cantidad de tiempo, energía, ilusión, apoyo y otros elementos, a menudo inmateriales, que permiten que de una u otra manera el doctorando consiga acabar su trabajo. Cada uno de esos muchos elementos aludidos tiene un protagonista y un momento determinado, a todos ellos quiero dedicar mi agradecimiento:

A la Dra. Josepa Cucó, directora de esta Tesis, que tras largas horas de discusión me ha permitido ‘ver’ las cosas que antes sólo ‘miraba’ y ha hecho que esta tesis sea finalmente muy diferente a lo iba a ser, pero a cambio, infinitamente mejor.

A la Dra. Sacramento Pinazo, cuya confianza y amistad han sido siempre un estímulo constante, y han supuesto la referencia donde aferrarme cuando todo fallaba. Gracias Sacra, trabajar contigo es siempre un placer.

Al Dr. Vicente Ruiz, mi profesor, mi compañero, mi amigo y mi ejemplo, la personalidad académica en la que más confío y a la que siempre miro cuando tengo alguna duda. Vicente, sin tu apoyo nunca hubiera llegado a iniciar este camino que ya no tiene pérdida. Gracias también por el broche final.

A Yolanda, por compartir mi vida, y porque con su paciencia infinita y esa actitud eternamente adolescente, ha sabido estar a mi lado para animarme a sacar de mí todo lo que jamás hubiese conseguido yo solo. Te prometo que te devolveré multiplicado todo lo que estos años de trabajo nos han obligado a postponer.

A Truman. Difícilmente puedo pensar en algo que me aporte mayor inspiración para vivir y para tratar de mejorar cada día, que el simple hecho de tu existencia. Tu alegría, tu curiosidad, tu ilusión y tu fuerza, me transmiten la energía que necesito para ser feliz. Espero que si un día escribes

tu Tesis Doctoral, también me dejes mirar por encima de tu hombro, como has hecho tú en la mía.

A mis padres, Julio y Lola, que dieron todo lo que tenían por sacar adelante a sus 4 hijos y no contentos con eso siguen esforzándose cada día por hacernos felices. Hoy están ya en esta complicada etapa que aglutina la experiencia y la memoria, pero también las pérdidas, aspectos que les capacitan para ostentar la autoridad moral que las generaciones más jóvenes de la actual sociedad les estamos negando.

A lo largo de mi vida, muchas otras personas han contribuido a que yo sea como soy, piense como pienso y sienta como siento. Mis amigos, mis pacientes, mis profesores de universidad (algunos de ellos hoy compañeros míos), e incluso mucha otra gente de la que circunstancialmente he aprendido algo. A todos ellos les doy las gracias por lo que me han aportado y por lo que, a buen seguro, está por venir.

En el texto que se presenta, se han utilizado los términos de anciano, persona mayor, adulto mayor, tercera edad e incluso, aunque en menor medida, viejos o abuelos, para referirme a las personas que, con independencia de su sexo, tienen una edad superior a los 65 años y están en situación laboral de jubilación. Deseo hacer constar que cada uno de estos términos se ha usado desde el más absoluto respeto y solidaridad con todos los hombres y mujeres que han sido citados, directa o indirectamente, en este trabajo y a los que agradezco enormemente su confianza y sinceridad.

INTRODUCCIÓN

Hay que luchar contra lo aparentemente natural, que no es natural sino social. Las cosas no son así porque son así, sino porque las hemos hecho así y por lo tanto podemos cambiarlas.

Deseo hacer esta introducción, de manera poco convencional, para hablar de uno de los temas que se ha convertido en la principal inquietud de mi labor profesional desde que empecé a trabajar con ancianos en una Residencia de Tercera Edad en 1992: la calidad de vida de las personas mayores residentes en las instituciones para ancianos.

Resulta evidente que el envejecimiento de la población ha suscitado el interés generalizado por un gran número de aspectos relacionados con las personas mayores. De entre ellos, quizás la calidad de la vida (CV) constituya, hoy por hoy, uno de los temas de estudio más importantes para las ciencias sociales y de la salud, pues supone una de las máximas aspiraciones de todo ser humano y se está convirtiendo en un tema absolutamente frecuente tanto en la literatura científica como en el uso que de él hacen las personalidades sociales y políticas y los ciudadanos en general. Tanto es así, que hoy en día resulta prácticamente imposible volver la vista sobre cualquier punto de la ciudad y no encontrar algún cartel que apele o garantice la calidad de vida, independientemente de cuál sea el objeto o la circunstancia en cuestión. También en el ámbito de la salud, y particularmente en lo referente a la asistencia a los mayores en centros geriátricos, la calidad de vida se ha vuelto un tema de actualidad. Con esa inquietud, los componentes materiales que garantizan esa calidad son quizás los aspectos en los que con más frecuencia reparan quienes van a ser ingresados en una residencia de mayores, o entre quienes solicitan el ingreso de un familiar. Pero pese a ser algo tan absolutamente inherente a nuestro devenir actual, ni su origen es tan antiguo, ni su concepto está tan definido.

Desde que en 1978, Larson publicó una revisión denominada *30 años de investigación sobre el bienestar subjetivo de los ancianos americanos* (norteamericanos), que aglutinaba la información disponible desde la década de los 50, las investigaciones sobre calidad de vida han ido produciéndose casi al mismo ritmo que se modificaba su orientación, su definición y el tipo de resultados que se obtenía en las mismas. Si para este autor, el bienestar ‘*subjetivo*’ se debía abordar entendido como un concepto globalizador que incluyese tanto la satisfacción con el entorno, como la felicidad con la vida, una moral alta, ajuste personal, buenas actitudes hacia la vida y competencia (lo que actualmente conocemos bajo el concepto de ‘*envejecimiento exitoso*’), los análisis fueron modificándose hacia aspectos más concretos y ya, en 1961, se llegó a publicar una escala pensada específicamente para obtener de las personas mayores una evaluación subjetiva de su bienestar global explorando su satisfacción con distintos ámbitos de la vida: *Life Satisfaction Index* (Neugarten, Havighurst y Tobin: 1961).

Un concepto más amplio de *calidad de vida* no apareció en la literatura científica hasta la segunda mitad de los 60 (consolidándose en los 70), a raíz del planteamiento científico de diferentes especialidades que intentaban integrar tanto las condiciones materiales de la vida de las personas, con las experiencias vividas por cada uno, es decir, la vertiente subjetiva del análisis. Sin embargo, así como la evaluación de las condiciones materiales de la vida contaba con una larga tradición científica y con datos estadísticos útiles, poblacionales o de otra índole, no ocurría lo mismo con la vertiente subjetiva de la calidad de vida: ni se habían analizado los fenómenos psicosociales implicados, ni se habían planteado cuestiones de carácter cultural o antropológico que pudiesen fundamentar las diferencias entre los grupos y las personas.

Es precisamente su carácter temporal, su naturaleza plurideterminada, su ‘*multidimensionalidad*’, donde intervienen a la vez factores objetivos y subjetivos y la diversidad de conceptos que en torno a ella existe, lo que ha impedido aún hoy llegar a un consenso para su conceptualización y medición que sea válido para todos los individuos y en diferentes sociedades,

provocando que se muestre como un campo de estudio todavía difícil de desarrollar. A pesar de ello, su abordaje resulta vital en muy diferentes ámbitos, pues si a nivel social influye en aspectos tan significativos como los hechos ambientales y ecológicos, a nivel individual afecta a aspectos personales y cotidianos que el desarrollo económico no puede por sí solo garantizar y que otorgan al concepto un rostro más humano, incluso directamente relacionado con las prácticas democráticas de inclusión social. Precisamente por ello, numerosos esfuerzos se han dirigido hacia el establecimiento de los componentes y determinantes que fundamentan la calidad de vida, provocando la aparición de distintos modelos para su evaluación basados en las diferentes perspectivas de las variadas disciplinas que tratan de abordar su análisis. Este debate se ha venido centrando fundamentalmente en dos tendencias:

1. Analizar los aspectos '*objetivos*' de la calidad de vida, determinando ésta en función de la existencia/ausencia de condicionantes materiales cuantificables (incluyendo también aspectos relacionados con la salud/enfermedad) y creando escalas o cuestionarios de medición que permitan comparaciones intra y extragrupalas.
2. Desarrollar estudios centrados en un análisis de la propia experiencia del individuo y en sus percepciones y evaluaciones sobre su calidad de vida, aceptando que los componentes materiales pueden determinar cierta calidad de vida pero que no suponen un elemento significativo.

En estos últimos 40 años, tanto los debates teóricos suscitados, como los resultados obtenidos en uno y otro tipo de estudios, han ido aportando propuestas y evidencias parciales y se han ido '*radicalizando*', generando propuestas extremistas, tanto desde la vertiente '*materialista*' de la calidad de vida, como desde su enfoque más '*psicologista*'.

Curiosamente, la aglutinación de ambos componentes ha suscitado todavía más disputas, pues en muchas ocasiones, los resultados obtenidos al

recoger datos observados por el investigador se contradicen con los datos ‘*subjetivos*’ proporcionados por los sujetos estudiados e incluso con muchos de los datos ‘*objetivos*’ cuantificados por las escalas ‘*ad-hoc*’.

Con este trabajo, que introduce la vertiente del estudio antropológico de las personas mediante el análisis etnográfico de dos poblaciones en un contexto muy concreto, particular y delimitado, dos residencias de tercera edad, pretendemos mostrar una diferente perspectiva de análisis y aproximación a la evaluación del macroconcepto de Calidad de Vida Percibida y en cierto sentido, tratamos de contribuir a delimitar algunos de los componentes que en ese contexto conformarían la calidad de vida individual y su relación con diferentes categorías como son la salud, el tipo y lugar de residencia, la gestión del tiempo y el ocio y las relaciones personales.

Del mismo modo, este trabajo pretende contribuir a sentar las bases para desarrollar posteriores estudios hacia otras direcciones, entre las que se encuentran la relación entre los indicadores deteriorados de la calidad de vida y la producción de enfermedades y el vínculo entre calidad de vida y grupo social y puede constituir la base para una propuesta de intervención que trate de conseguir niveles de calidad de vida óptimos, y por tanto mejores niveles de salud y de vida, específicamente dirigidos a las personas mayores institucionalizadas. Por otra parte, el análisis de los datos recogidos con este estudio, al abarcar dos ámbitos geográficos y culturales diferentes, puede también ayudar a establecer las bases y a delimitar las variables más significativas en el diseño de posteriores estudios que permitan valorar la calidad de vida de las personas mayores en diferentes contextos, una de las principales dificultades actualmente detectadas en todos los intentos de abordaje de la medición de la calidad de vida.

A lo largo de las siguientes paginas, haremos una exposición de los elementos teóricos y metodológicos en los que basaremos nuestra investigación y analizaremos en profundidad los dos centros estudiados y sus residentes. Para ello, abordaremos los conceptos de envejecimiento, residencia de tercera edad y calidad de vida, y analizaremos las circunstancias en las que se brinda la atención a las personas mayores

residentes en estos centros, tanto en el entorno español como cubano. Posteriormente, expondremos los resultados del trabajo etnográfico realizado en los dos centros, así como las conclusiones de nuestra investigación.

PRIMERA PARTE:
PARTE TEÓRICO-METODOLÓGICA

MARCO TEÓRICO:

CAPÍTULO 1: ENVEJECER EN LA SOCIEDAD POSTINDUSTRIAL

Durante el pasado siglo XX, en la mayoría de los países desarrollados se produjo una revolucionaria transformación de la longevidad poblacional. En este periodo, la esperanza de vida al nacimiento prácticamente se duplicó, ganándose cerca de treinta años más de vida por persona, lo que ha provocado que el envejecimiento general de las poblaciones sea en la actualidad una realidad palpable. Envejecer se considera hoy un privilegio y un importante logro social, pero también constituye un trascendente reto para el siglo XXI, porque el impacto del cada vez más elevado número de personas ancianas, conllevará consecuencias todavía imprevisibles.

Es evidente que las personas envejecemos de manera individual, pero también lo es que las sociedades envejecen en la medida que lo hacen sus miembros, y por ello, al hablar del envejecimiento desde una perspectiva social, resulta inevitable hacer referencia al concepto de ciclo vital. Envejecemos tal y como hemos vivido, y nuestra trayectoria biográfica culmina con el proceso de la muerte que, si todo se desarrolla conforme a la normalidad establecida, llegará tras un periodo más o menos largo de vejez y de enfermedad o dependencia. Al analizar el envejecimiento de esta manera, podemos entender la vejez como un estado: *'ser viejo'*, pero sobre todo como un proceso: *'envejecer'*, *'hacerse mayor'* o *'hacerse viejo'*. Por ello, el envejecimiento no puede ser analizado de manera uniforme, sino como un proceso dinámico y heterogéneo, y tampoco puede ser interpretado en términos individuales, sino en su dimensión histórica y social.

Los cambios acaecidos al amparo de la actual sociedad postindustrial, al igual que cada cultura, cada época y cada momento histórico, también han

influído en la conformación de sus propios patrones de envejecimiento, configurando modelos de vejez particulares y propios, caracterizados hoy por la intersección producida entre los cambios sociales más significativos del pasado siglo y las importantes transformaciones sociales y demográficas del presente.

El Estado del Bienestar, entendido como el conjunto de instituciones estatales proveedoras de políticas sociales, dirigidas a la mejora de las condiciones de vida, a facilitar la integración de clases y grupos sociales, nivelando e igualando, aunque no homogeneizando, sus recursos materiales, es una aportación europea que viene a culminar el marco de lo que se considera el triple contenido del concepto moderno de ciudadanía¹. Estas aportaciones, vienen a suponer los elementos más determinantes en la evolución desde la primera sociedad industrial hacia los modelos actuales de la sociedad postindustrial. Pero estos cambios, lejos de concluir el proceso de evolución social, son la base de toda una serie de transformaciones secundarias, que están generando modificaciones profundas en nuestra estructura social y nuevas necesidades de protección, a las que los poderes públicos deben responder con agilidad para que desde los comienzos de este siglo XXI, se pueda garantizar un envejecimiento de calidad (Bazo, 2001).

Al analizar cualquier texto que describa la sociedad española de los años sesenta, resulta cada vez más difícil reconocer algún aspecto que todavía se mantenga vigente en la actualidad. Ni las formas de trabajo y organización empresarial, ni los medios de transporte, ni siquiera las enfermedades o las causas y formas más frecuentes de morir en aquella época, eran entonces las mismas que hoy determinan nuestro día a día. Cuando pensamos en cómo era la vida de la generación de las personas nacidas en los años 20 ó 30 del pasado siglo, reconocemos rápidamente que su ciclo de vida era muy diferente del

¹ Este modelo introduce los *derechos civiles*, instaurando, entre otros, los derechos de libertad de pensamiento y de expresión, y los derechos materiales como el de propiedad privada, que han supuesto la superación de la organización estamental vigente hasta el siglo XVIII. Introduce también los *derechos políticos*, con la institucionalización del liberalismo democrático y de la representación electoral, reflejados en los derechos de asociación y de participación. E introduce asimismo los *derechos sociales*, que mediante el derecho a la salud y el derecho a la educación o al bienestar necesario para poder desarrollar un tipo de vida percibida como digna por el conjunto social, han permitido la consolidación del estado del bienestar en las democracias industriales.

tipo de ciclo de vida que nosotros, como jóvenes y adultos de hoy en día, afrontamos.

El paso de la sociedad industrial a la sociedad postindustrial, se ha caracterizado por múltiples cambios en lo económico (con el *postfordismo* y las políticas neoliberales), lo cultural (con la “*globalización*”) y lo tecnológico (con la emergencia de las Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación). Cambios tan íntimamente relacionados que inciden, necesariamente, en la vida de cada individuo y en sus relaciones con el entorno laboral, social, cotidiano y familiar. Todo ello genera una gran variedad de nuevas situaciones y modos de afrontar el desarrollo de las actividades de los ciudadanos, consecuencia de la propia dinámica del cambio social, que hace aflorar necesidades desconocidas, o cuanto menos poco frecuentes, hasta hoy².

En la era dorada del estado de bienestar se produjo un importante acercamiento de las desigualdades, pero en el final del siglo XX y principios del XXI, lo más llamativo es el recrudecimiento de las diferencias económicas (O’Shea, 2003) y la desigualdad creciente entre los salarios e ingresos de los hogares. En épocas pasadas, el cabeza de familia de los hogares, era un trabajador que contaba con un puesto de trabajo fijo que le garantizaba unos ingresos progresivamente mayores, y en cuyo hogar el ama de casa desarrollaba sus tareas cuidando de la familia y de la casa a tiempo completo. Es cierto que el hombre sustentador de la familia todavía existe como figura social identificable, pero también lo es que cada vez es menos capaz de proporcionar él sólo unos ingresos suficientes para su hogar y su familia. Los hogares que hoy dependen de ese único sustentador son cada vez más pobres, y para que las familias lleguen a final de mes manteniendo los niveles de bienestar tal y cómo se habían definido y alcanzado, resulta imprescindible que las mujeres trabajen. Este simple aspecto del trabajo femenino tiene hoy

²Los análisis de Inglehart (1991), ponen de relieve algunas transformaciones de la vida cotidiana de las personas que viven en las sociedades industriales avanzadas, secundarias al aumento del bienestar material y de la seguridad física que, además de generar nuevas formas de entender e interpretar el mundo (como la organización supranacional o la conciencia ecológica), enfatizan las necesidades individuales de pertenencia, autoestima y realización personal, a la vez que un interés creciente por mejorar la calidad de vida.

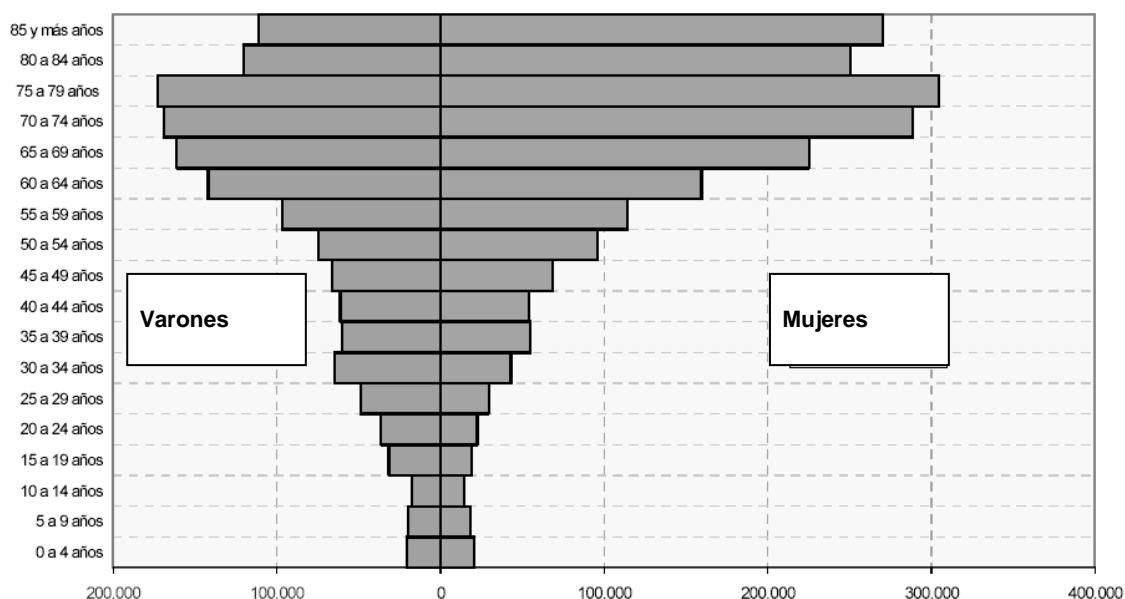
una trascendencia fundamental, no sólo en la modificación del rol social y cultural que están asumiendo progresivamente cada vez más mujeres, sino especialmente, en el impacto sobre la posibilidad de atender a las personas mayores, que hasta ahora solían estar a su cargo en el domicilio familiar.

Esta circunstancia se ve además magnificada por el hecho palpable de la mayor longevidad de las personas, pues es en el ámbito de la salud, donde seguramente la sociedad postindustrial tiene un impacto más decisivo y condiciona de manera más directa los demás aspectos sociales. En la actualidad, los avances en las ciencias médicas y las mejores condiciones de vida de las personas, hacen que la longevidad y la importante reducción de la mortalidad sean dos de las características comunes de todos los países desarrollados, provocando que la mayor esperanza de vida condicione los cambios más importantes del ciclo vital de las personas (Neugarten, 1999). Dicho aumento, genera un cambio cultural muy significativo sobre la proyección socio-individual hacia el futuro. En esas condiciones, la vejez ya no es hoy solamente sinónimo de experiencias pasadas y de pocas expectativas, sino de vivencia presente, e incluso, de proyección futura. Cuando la vejez era corta, como sucedía en las épocas anteriores, representaba el preámbulo de la muerte y se interpretaba en forma de ancianidad, pues era una etapa que sistemáticamente se caracterizaba por el deterioro físico y mental y por una escasa, o nula, interacción social. La vejez de hoy, mucho más longeva, adquiere una significación socio-temporal distinta, con una importante distancia entre la ancianidad (o adultez mayor) y la muerte, conformando una última etapa de la vida mucho más compleja y multiforme (Neugarten, 1999).

Así pues, el hecho de que cada vez más personas lleguen a edades avanzadas, aunque supone un logro de las sociedades modernas, tiene la contrapartida de aumentar el número de personas dependientes que precisan ayuda para realizar las actividades de la vida diaria, con el incremento en la demanda de cuidados de larga duración que esto conlleva. Actualmente, según recoge el Libro Blanco de la Dependencia (IMSERSO, 2006) se calcula que en España existen 1.464.815 personas mayores de 65 años con problemas

de dependencia³, de las que tan sólo 200.000 (menos del 10%) viven en residencias. Esto significa que la inmensa mayoría de las personas mayores dependientes vive en sus casas, por lo que, dado el escaso nivel de recursos sociosanitarios con que cuenta todavía nuestro país, la atención de las necesidades derivadas de esta situación suele generar insatisfacción y una deficiente calidad de vida, evidenciado además un segundo y no menos importante problema: la urgencia por establecer nuevos recursos asistenciales para cubrir este nuevo tipo de necesidades. El Gráfico 1.1 muestra la evolución de las tasas de dependencia conforme aumenta la edad, a la que vez que se percibe también un mayor índice de dependencia entre las mujeres.

GRÁFICO 1.1: DISTRIBUCIÓN DE LA DEPENDENCIA SEGÚN EDAD Y GÉNERO.



Fuente: Libro Blanco de la Dependencia (Mº Servicios Sociales, 2006)

³ Según esta encuesta, el 32,2% de las personas de edad tienen alguna discapacidad (2.072.652), de ellos, casi el 70% tienen dificultades para realizar actividades de la vida diaria y en el 68% de estos casos (967.713 personas), esa dificultad es grave. La necesidad de ayuda de una tercera persona para la realización de actividades cotidianas se sitúa entre un 12% de los mayores (dependencia moderada y grave) y un 26% (incluyendo la leve). Las mujeres, las personas de más edad y las viudas tienen un mayor riesgo de sufrir dependencia. A partir de los 75 años, casi la mitad de la población tiene problemas para algunas actividades diarias (básicas o instrumentales), y para uno de cada cinco son graves.

Actualmente, los recursos asistenciales para las personas mayores, capaces de cubrir tanto las necesidades que se derivan de la alteración de la salud como también los aspectos sociales generales del día a día, son los más reclamados por una sociedad que debe atender una enorme bolsa de población mayor. Este problema se magnifica cuando la evidencia muestra que, en especial a partir de los 75-80 años, los problemas de pérdida de la salud física y mental y de dependencia asociada a los mismos, se multiplican por cuatro respecto de los mismos problemas en personas entre los 65 y 75 años, según se recoge en la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (INE-IMSERSO-Fundación ONCE, 1999).

En el caso de España, estos problemas generales se ven agudizados, en primer lugar por el generalizado bajo nivel educativo de las personas mayores, que hace que su entorno social se vuelva cada vez más incomprensible para ellos (Informe GAUR, 1975); y en segundo lugar por la escasez de recursos económicos frecuente entre las personas de mas edad, que reduce gravemente la capacidad para afrontar de manera individual las limitaciones. Esta última circunstancia genera, a menudo, la imperiosa necesidad de solicitar el ingreso en una residencia de tercera edad como única alternativa válida para subsistir. El ingreso, en caso de llevarse a cabo, suele garantizar la supervivencia del anciano, pero la evidente escasez de plazas residenciales ofertadas para personas mayores en nuestro país, en particular de plazas públicas, determina con frecuencia la necesidad de tener que contratar los servicios residenciales de un centro privado, precisando de un desembolso económico que no todas las personas mayores, o sus familias, pueden asumir. Por otra parte, dado que, por lo general, los centros a los que van a ingresar las personas mayores suelen estar alejadas de su zona de residencia habitual o de la de su familia, el cambio forzoso de domicilio y entorno suele provocar un sentimiento de desarraigo, que a menudo merma la salud y la sensación de satisfacción con la vida de la persona anciana.

La Tabla 1.1 muestra el número de plazas residenciales por cada 100 mayores de 65 años, y también del servicio de Ayuda a Domicilio, en cinco países europeos. Esta tabla, que sólo tiene carácter orientativo, pues no

diferencia entre plazas públicas y privadas, ni incluye al resto de países de la Unión Europea, pretende reflejar la importante escasez de este tipo de recursos en España respecto de otros países comunitarios, y mostrar cómo nuestro país está muy por debajo, no sólo de los niveles ofertados por la mayoría de Estados pertenecientes a la UE25, sino por debajo incluso de la oferta de plazas residenciales recomendada por la OMS, que se sitúa en un mínimo de 5 plazas por cada 100 personas mayores de 65 años, lo que se traduce en demandas de protección y ayuda o, lo que es peor, en situaciones ocultas o desatendidas de vulnerabilidad, marginación, pobreza, falta de salud y muy mala calidad de vida.

TABLA 1.1: PLAZAS RESIDENCIALES POR CADA 100 MAYORES DE 65 AÑOS EN CINCO PAÍSES DE EUROPA

NUMERO DE PLAZAS POR CADA 100 PERSONAS >65 AÑOS EN CINCO PAISES DE EUROPA	PLAZAS RESIDENCIALES	AYUDA A DOMICILIO
DINAMARCA	13	31
HOLANDA	9	21
BÉLGICA	9	20
FRANCIA	8	12
ESPAÑA	3	2

Fuente: Pacolet, J. (1997): La dependencia en Europa. Ponencia presentada en las “Jornadas Internacionales sobre la protección a la dependencia”, IMSERSO.

Los desafíos que implican tal fenómeno, afectan al incremento de los costes de protección social (sostenimiento de las pensiones, incremento de los servicios sociales y sanitarios, etc.), pero también atañen de manera muy importante a cuestiones de otra índole, relacionadas con la identidad personal y con la calidad de vida de las personas, y empiezan ya a producir una transformación que acabará por afectar de manera intensa al ciclo de vida y a la organización de las diferentes etapas vitales.

En la actualidad, y a la vista de los datos presentados respecto de las personas mayores, los dos grandes retos a los que deberán responder los países más desarrollados son:

1. Crear y definir espacios de participación social y de desarrollo personal para las personas mayores con buenas condiciones de salud, que dada la actual longevidad y mayor expectativa de vida, permitan que su jubilación no se convierta en el '*rol vacío de roles*'⁴ que es en la actualidad, sino una posibilidad real y concreta de desarrollo y crecimiento favorecida por la propia sociedad, lo que exige una revisión en profundidad tanto del papel que debe desempeñar ese número extraordinariamente creciente de personas mayores, como de las políticas a desarrollar en relación al envejecimiento (Bazo, 2001, pg. 11).
2. Ofrecer una respuesta integrada que permita atender las necesidades de las personas ancianas con problemas de dependencia (aquellas que precisan ayuda importante para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria). En ese sentido, las Residencias de Tercera Edad son hoy un referente básico del modelo asistencial para los mayores, que garantiza una vejez '*en condiciones*', y aunque no suponen el recurso ideal, ni tampoco el único, dada su progresiva instauración y aceptación social nos inducen a investigar si realmente pudieran resultar un elemento determinante de la calidad de vida de las personas.

▪ ESTADO DEMOGRÁFICO DEL ENVEJECIMIENTO

El siglo XXI parece destinado a ser un siglo de poblaciones con tendencia a envejecer y de sociedades en cuya estructura se consolidará la abundante presencia de personas mayores. La mayoría de científicos sociales coinciden en señalar como uno de los fenómenos más interesantes de la actualidad, al progresivo y generalizado envejecimiento de la población en los países desarrollados. Resulta especialmente llamativo el escenario establecido, sin precedentes en la historia, por sociedades en las que sobreabundan los ciudadanos de edad avanzada en relación a los niños y los

⁴ Definido como '*roleles role*' por Atchley (1971)

jóvenes, que tienden a escasear cada vez más. Esta imagen de sociedades envejecidas surge tras la simple mirada a un parque, a las colas de las paradas del autobús o a las listas de espera de los hospitales, donde resulta evidente la abundancia de personas mayores en España y en el resto de países industrializados.

Aunque con matices y diferencias en cuanto al proceso de instauración y a la velocidad de los cambios, este proceso es también palpable en muchos países menos desarrollados, como en el caso de Cuba, que pese a ser un país con una economía pobre y en vías de desarrollo, ha aumentado el número de personas mayores y muestra en la actualidad una de las demografías más envejecidas de toda América Latina (la mayor de Centroamérica).

Los factores que generan este proceso de envejecimiento poblacional son muy similares en todos los entornos, y apenas se necesita de unas cuantas décadas de confluencia de los mismos para cobrar un impulso que suele ser definitivo. El caso español resulta especialmente significativo por la velocidad con que se ha instaurado, pues hace tan sólo 25 años, la población de España mostraba una de las distribuciones de edad más jóvenes de Europa, y en la actualidad, sin embargo, es una de las más envejecidas. La particularidad española, es que ninguna otra nación del entorno europeo había experimentado antes una transformación demográfica ni tan intensa ni en tan breve espacio de tiempo⁵. Estas circunstancias pueden observarse en la Tabla 1.2, donde se muestra la evolución de la población española y su índice de envejecimiento a lo largo del pasado siglo. Este índice, ha aumentado 12 puntos en cien años (del 5,20% al 17.04%), pero el proceso envejecedor fue especialmente intenso a partir de la década de 1970. En los años que van de 1970 a 2001, la progresión del índice de envejecimiento, que venía aumentando a razón de un punto por década, subió a 2 puntos en los años 80

⁵ España, en tan solo 100 años, casi ha triplicado su esperanza de vida al nacimiento, pasando de un promedio de 34 años de esperanza media de vida en el año 1900, hasta los 86 años de la actualidad (ver Gráfico 1.2: Pirámides de Población Española: años 1900 y 2000), lo que ha provocado que el índice de envejecimiento alcance el 16.8% y la actual tasa de vejez (número de personas de 65 y más años por cada 100 personas de 15 o menos años) se sitúe en un valor de 116. Esto es equivalente a decir que en España, ya hay más personas mayores de 65 años que jóvenes menores de 16 (Censos y Padrones de población (INE) y Proyección de la población española, Madrid, Instituto de Demografía/CSIC., 2002) o, como podría expresarse mas gráficamente, “en España hay más abuelos que nietos”.

y hasta 4 puntos en tan sólo diez años más, los que fueron de 1991 a 2001. A la vista de estos datos, cabe afirmar casi con toda seguridad, que esta dinámica continuará incrementándose, pues en nuestro país convergen los dos factores más determinantes del proceso de envejecimiento poblacional: poseer uno de los índices de fecundidad más bajos del mundo y una fabulosa esperanza de vida al nacimiento.

TABLA 1.2: EVOLUCIÓN EN CIFRAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA MAYOR DE 65 AÑOS DESDE 1900

CENSO	HABITANTES TOTALES (en miles)	MAYORES DE 65 AÑOS (en miles)	MAYORES DE 65 AÑOS (en %)
1900	18.618,1	967,8	5,20
1910	19.995,7	1.105,6	5,53
1920	21.389,9	1.216,6	5,69
1930	23.677,8	1.440,7	6,09
1940	25.878,0	1.690,4	6,53
1950	27.976,8	2.022,5	7,23
1960	30.528,5	2.505,3	8,21
1970	34.040,7	3.290,6	9,67
1981	37.683,3	4.236,7	11,24
1991	38.872,3	5.370,3	13,82
2001	40.847,4	6.958,5	17,04

Fuente: INE 2004 y elaboración propia

▪ CIRCUNSTANCIAS DETERMINANTES DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Desde el punto de vista demográfico, el envejecimiento de las poblaciones viene provocado por el establecimiento de una disminución progresiva del movimiento natural de la población, es decir, porque nace poca gente pero muere también poca gente. Este avance en el proceso envejecedor se ha caracterizado básicamente por la doble dinámica que provoca la caída de la fecundidad (con el cambio desde los índices *pretransicionales* del antiguo modelo demográfico al actual)⁶, y el constante aumento de la

⁶ Estos nuevos ‘modelos demográficos’, son el resultado de la modernización demográfica que fueron alcanzando en un principio los países septentrionales (desde las últimas décadas del siglo XVIII, primeras del XIX) y más tarde los mediterráneos (desde finales del XIX, comienzos del XX), gracias al paso de un

esperanza de vida, como consecuencia de la significativa reducción de la mortalidad. Se puede afirmar además, que la emigración ha sido el tercer factor determinante del fenómeno, aunque éste sea de carácter secundario y parcial, pues ni se da en todos los países, ni tiene en todos ellos las mismas consecuencias.

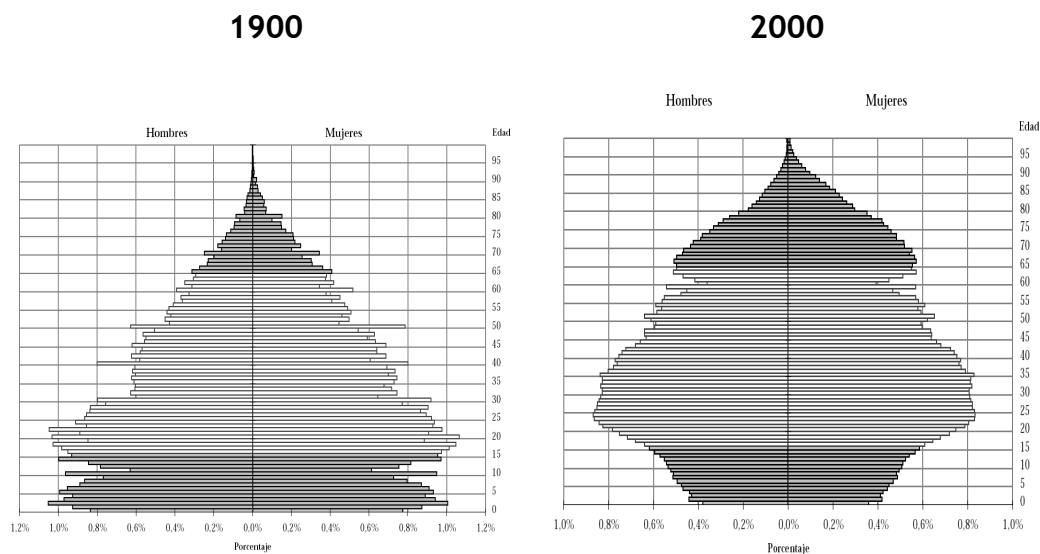
Los profundos cambios iniciados en la Europa industrial de mediados del siglo XVIII, que acabaron por extenderse y afectar a la inmensa mayoría de países del mundo son, sin duda, la génesis de la transformación demográfica actual. La distribución poblacional por edades, característica de los diferentes países ahora '*envejecidos*', mostraba invariablemente una amplia franja de niños y personas jóvenes, frente a una progresiva e importante reducción del número de individuos conforme iban elevándose los tramos de edad. De esta manera, las gráficas poblacionales tenían la clásica forma piramidal, con una base muy ancha, frente a una cima de muy escasa relevancia.

La progresiva disminución de las tasas de mortalidad y natalidad (ésta segunda iniciada unos años después de la primera), ha provocado que esos mismos países muestren hoy cierta inversión en sus pirámides de población. Al haberse reducido drástica y significativamente el número de nacimientos, y haber aumentado el número de personas de edad, como consecuencia de la reducción de las defunciones, las antiguas pirámides poblacionales adquieren ahora la forma de una '*magdalenas*', caracterizadas por una base que no deja de menguar, en consonancia con la reducción en el número de nacimientos, un engrosamiento evidente en la parte central, que se corresponde con las edades medias de la vida, y una cúspide que tiende a agrandarse progresivamente por el aumento del número de personas mayores y muy mayores. En el siguiente Gráfico 1.2 puede observarse la transformación en '*magdalena*' de la pirámide poblacional española como consecuencia del envejecimiento durante el pasado siglo XX. Este proceso de envejecimiento poblacional progresivo no es un hecho de aparición inesperada o imprevisible.

estado de altas tasas de *mortalidad* y de natalidad a otro de valores reducidos. España se caracteriza, además de por la demora que acusó el inicio de dicho proceso, por haberlo consumado en un margen de tiempo comparativamente breve: si en 1900 estaba inmersa aún en el antiguo sistema demográfico, en los años setenta su población se asemejaba ya en lo fundamental a las de las naciones más desarrolladas.

Por el contrario, se viene estableciendo de manera previsible desde la segunda mitad del siglo XX, pero no se tuvo realmente en cuenta hasta 1980 por el efecto enmascarador que ejerció el llamado *baby boom* (Laslett y Paillat: 2001).

GRÁFICO 1.2: PIRÁMIDES DE POBLACIÓN ESPAÑOLA DE 1900 Y 2000.



Fuente: INE 2004

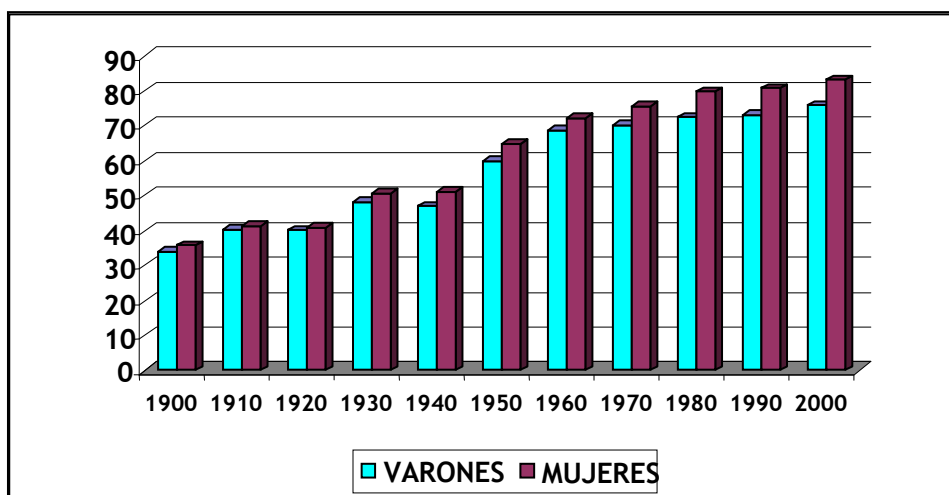
▪ **REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD Y AUMENTO DE LA ESPERANZA DE VIDA**

El descenso de la mortalidad es el elemento más determinante del aumento en la esperanza de vida. Esta circunstancia, de la que se han visto beneficiadas primero las poblaciones infantiles y jóvenes, y posteriormente el resto de edades (como se comprueba al analizar en las tablas del INE la reducción progresiva de las tasas de mortalidad anual por grupos de edad), ha posibilitado que el número de personas que en muchos países logran ser octogenarias, nonagenarias o incluso centenarias, no haya dejado de aumentar desde la instauración del nuevo sistema demográfico. La vejez, que supone hoy uno de los estratos demográficos más importantes de nuestra sociedad y ha sido prácticamente una *desconocida histórica*, jamás se había

establecido de una manera tan significativa como hasta estas últimas décadas.

Hasta finales del siglo XIX, el desarrollo de la población española estuvo absolutamente limitado por la espectacular tasa de mortalidad, que no consiguió descender a una tasa bruta del 35‰ (por mil) hasta 1897 (Pérez: 1980). La mortalidad infantil superaba los 200‰, y la esperanza de vida al nacer era escandalosamente baja para la época, sobre todo si se compara con la de otros países de Europa: entre las mujeres españolas del año 1900, la esperanza de vida al nacimiento era de 35,7 años y la de los hombres no llegaba a los 34, cuando en Francia alcanzaba los 47 y 43,3 años respectivamente (Meslé, 1995), cifras que a su vez, los países escandinavos ya habían sobrepasado hacía siglo y medio (Livi Bacci, 1978; Bengtson, 2001)⁷.

GRÁFICO 1.3: EVOLUCIÓN DE LA ESPERANZA DE VIDA AL NACIMIENTO EN ESPAÑA, POR SEXO, DESDE 1900.



Fuente: INE:2004

⁷ Henry (1976) considera más propios del Antiguo Régimen los patrones demográficos españoles de mortalidad de finales del siglo XIX y principios del XX. En esta época (al igual que en períodos anteriores) la tasa bruta solía oscilar, según los periodos, entre el 30 y el 40‰, valores que como hemos expuesto, en España no se conseguían rebajar. Incluso cuando en 1900 la tasa de mortalidad española descendía al 30‰, la tasa promedio en las naciones más avanzadas había disminuido ya hasta el 18‰ (Beaujeu-Garnier, 1972), siendo en Suecia del 16,1‰, en Inglaterra-Gales del 18,2‰, en Francia del 21,9‰ y en Italia del 23,8‰ (Caselli, Meslé y Vallin, 2001).

El Gráfico 1.3 muestra la evolución de la esperanza de vida de la población española durante el siglo XX. En él podemos observar una tendencia progresivamente alcista, aunque matizada por dos períodos de recesión, que han sido especialmente significativos entre la población masculina. El primer cambio importante en esta progresión al alza, se estableció recién entrado el siglo XX: sólo en su primera década la esperanza de vida de hombres y mujeres había aumentado en más de siete años. En la siguiente década, debido a la llamada '*Gripe Española*' de 1918, la evolución demográfica sufrió un primer parón por la muerte de alrededor de 190.000 personas a causa de esta infección (Echeverri, 1993), lo que provocó que la evolución alcista se revirtiese, mostrando en 1920 unos valores para hombres y mujeres algo inferiores a los del año 1910: 40 años para los hombres y 42 para las mujeres. Pero esta crisis fue circunstancial y la tendencia inicial volvió a recuperarse a partir de la segunda década, con un espectacular aumento que elevó la esperanza de vida de los varones en más de 8 años (hasta los 48,38) y de 9,5 en el caso de las mujeres (hasta los 51,60). Un nuevo parón, en este caso por una elevación brusca en la tasa de mortalidad relacionada con la Guerra Civil y con el período de posguerra, especialmente acusado en algunas regiones como Andalucía (López-Doblas, 2000), volvió a ralentizar las cifras. El efecto de estas últimas circunstancias fue tan intenso, que en 1940 la esperanza de vida al nacer volvía a presentar valores inferiores a los conseguidos a principios de los años treinta. Posteriormente, a partir de los años cincuenta, una importante reducción de las tasas de mortalidad permitió que la longevidad de los españoles consolidase su evolución al alza, equiparándose la esperanza de vida al nacimiento en España a las tasas de los países europeos modernizados (Rodríguez, 1985). Los 47,12 años de esperanza de vida de los hombres en el período de posguerra, se elevaron a 59,81 en 1950 y a 67,40 años en 1960. En las mujeres este aumento fue todavía más significativo, pasando de los 53,24 años de 1940, a los 64,32 en los años cincuenta, y de ahí a los 72,16 de 1960.

En la actualidad (desde 2002), las mujeres españolas, con una esperanza de vida superior a los 83 años, son las más longevas de toda la Unión Europea, por encima de las mujeres de los países nórdicos, francesas e

italianas, que eran las que habían ocupado los primeros puestos hasta la fecha, mientras que respecto del resto de países del mundo, sólo son superadas por las japonesas, que con 84 años, presentan las cifras más elevadas del planeta.

También la esperanza de vida de los hombres españoles, con 75.7 años, es muy notable, aunque a escala mundial se encuentran por detrás de islandeses, suizos, suecos, japoneses e italianos, como se recoge en la Tabla 1.3. Pero si además tenemos en cuenta, que la mortalidad por accidentes laborales y por accidentes de tráfico es muy elevada en nuestro país, a la vez que potencialmente reducible, cabe plantearse que es muy probable todavía una importante mejora en las tasas de esperanza de vida, pues estos factores afectan de manera especial a hombres jóvenes (fundamentalmente hasta la tercera década de vida).

TABLA 1.3: PAÍSES CON MAYOR ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN LA UE'25 Y RESTO DEL MUNDO.

	HOMBRES		MUJERES	
	Unión Europea		Unión Europea	
1º	Suecia	77,7	España	83,1
2º	Italia	76,8	Francia	82,9
3º	Holanda	76,0	Italia	82,9
4º	Austria	75,8	Suecia	82,1
5º	España	75,7	Austria	81,7
	Mundo		Mundo	
1º	Islandia	78,5	Japón	84,2
2º	Suiza	77,8	España	83,1
3º	Suecia	77,7	Canadá	83,1
4º	Japón	77,6	Suiza	83,0
5º	Italia	76,8	Francia	82,9

Fuente: EUROSTAT

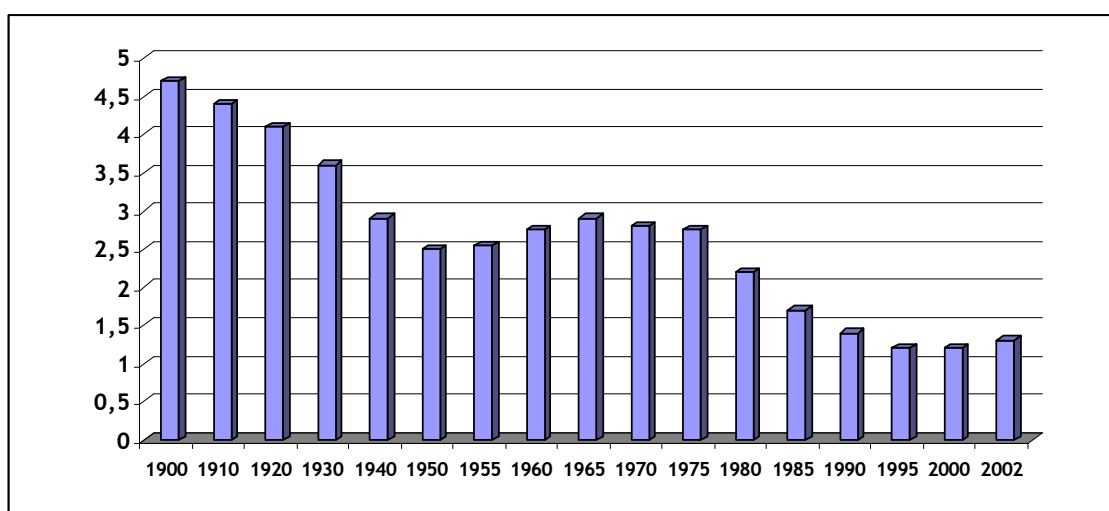
▪ **REDUCCIÓN DE LA FECUNDIDAD Y AUMENTO DEL NÚMERO DE PERSONAS MAYORES**

La reducción del número de nacimientos, dado que modifica claramente el peso específico de los diferentes grupos de edad, es el segundo elemento determinante del envejecimiento poblacional; como es evidente, la

progresiva reducción del número total de niños provoca el aumento ‘relativo’ del número de personas mayores frente a las más jóvenes.

El Gráfico 1.4 muestra la evolución de la natalidad en nuestro país, caracterizada por un número de nacimientos progresivamente menor desde la llamada época *pretransicional* hasta la actualidad. Sólo un período, alrededor de los años 60, muestra una evolución al alza que pronto volvería a revertirse, el periodo de *baby boom*.

GRÁFICO 1.4: EVOLUCIÓN DE LA FECUNDIDAD ESPAÑOLA DESDE 1900



Fuente: Hasta 1940: Algado, 1997. De 1950 a 1995: Delgado y Castro, 1998. Valores de 2000 y 2002: INE, 2004

A principios del siglo XX, el modelo de nupcialidad de la mayoría de los países de la Europa Occidental, se caracterizaba por la formación de matrimonios tardíos y una elevada tasa de soltería definitiva (Pinazo y Sánchez, 2005). Esta situación también se producía en España, pero con una importante diferencia: nuestro índice de fecundidad era muy superior. Mientras que en la mayoría de países industrializados venía reduciéndose progresivamente el número de hijos por familia desde el último tercio del siglo XIX, relacionado principalmente con el inicio de la incorporación de las mujeres al mundo laboral (Harris y Ross, 1991), en nuestro país dos hechos

determinaban un comportamiento diferente y generaban unos índices de natalidad significativamente superiores: el carácter esencialmente rural de la población, y su mayor religiosidad (Bielza, 1989)⁸. Así, al iniciarse el siglo XX, Francia mostraba un promedio de algo más de 3 hijos por mujer (Parant, 1981), mientras que España todavía presentaba un índice de casi 5 (4,75 hijos por mujer) (Arango, 1987).

En 1919, con cierto retraso respecto a los países europeos más desarrollados, la fecundidad española también empezó a adoptar la tendencia reductora (Livi-Bacci, 1999; Delgado, 2001), que se hizo mucho más significativa a partir de 1920, pues en tan solo esos 10 años, el número promedio de hijos por mujer se redujo de 4 a 3. La Guerra Civil española contribuyó a consolidar esta tendencia en la década de los años 30, estableciendo un importante punto de inflexión en la evolución de la natalidad, al impedir la formación de nuevos matrimonios o al deshacer los ya formados a causa de las separaciones forzosas o los fallecimientos. A partir de ese momento, las tasas de natalidad siguieron su proceso de decreciente, de manera que en los años 40, la fecundidad descendió a 2,5 hijos por mujer, justo la mitad de la que existía a principios del siglo.

Curiosamente, en este momento se volvía a producir cierto desajuste entre la evolución demográfica de España y la del resto de países occidentales europeos, pues mientras aquí se reducía de manera progresiva la tasa de natalidad, equiparándose al modelo presentado hasta entonces por los países europeos, éstos empezaron a desarrollar un fenómeno que posteriormente se conocería como el *baby boom*, y que tras la Segunda Guerra Mundial produjo una recuperación transitoria de los índices de fecundidad (Wrigley, 1985). Dicho fenómeno también tuvo lugar en España, pero más tardíamente, pues no sería hasta la década de los años 60, como veíamos en el Gráfico 1.4, cuando se empezó a producir cierto repunte en el número de nacimientos. Esta situación duró apenas dos décadas, hasta finales de los 70, y casi permitió llegar a alcanzar de nuevo los 3 hijos por mujer (2,79). Tras ese período, la natalidad española continuó su proceso de recesión intensa hasta

⁸ La elevada mortalidad infantil, todavía presente en esos años, también fue un determinante significativo.

las bajas cifras que se dan en el momento actual.

En gran medida, la situación de importante envejecimiento, actual y futura, que muestra la población europea en general (ver Tabla 1.4), y la española en particular, se gestó en el último cuarto del siglo pasado, pues desde los años 80, el número de hijos por mujer apenas viene superando la unidad. Aunque parece que la natalidad muestra actualmente un leve repunte, con una tasa de 1,2 hijos por mujer, tras los mínimos históricos a finales de los años 90, con un índice de natalidad de menos de 1 hijo por mujer, aún son muchas las circunstancias que hacen prever que la tasa de fecundidad en España seguirá siendo una de las más bajas de la UE⁹. El mantenimiento de esta circunstancia, que determinará que España sea la población más anciana de la UE en 2050, con un porcentaje del 35,6% de mayores de 65 años y la menor proporción de ciudadanos en edad de trabajar (un 52,9%), será también el determinante más importante del envejecimiento previsto para toda la UE¹⁰, donde se calcula que la media de personas de más de 65 años será del 29,9%, casi el doble del 16,4% que hay en la actualidad (Eurostat, 07).

La actual ‘*crisis*’ demográfica, acompañada de las prognosis citadas, suele presentarse acompañada de augurios catastrofistas para el futuro, en especial si el análisis se hace con criterios economicistas, caracterizados por escenarios en los que se proyectan sociedades con una tasa de población inactiva muy elevada y una población activa insuficiente para el mantenimiento del estado de bienestar. Desde otras perspectivas en cambio, se valora la situación de manera muy positiva (Gómez Redondo, 1995), pues si el recién acabado siglo XX será recordado en la historia de la población española por el declive de la fecundidad, y por los importantísimos avances

⁹ Según datos de EUROSTAT, España es el país de la Unión Europea (antes y después de la ampliación de 2004) donde mayor es el promedio de edad de las mujeres en el momento de la maternidad. Delgado (2001) pone de relieve un *envejecimiento de la maternidad* fruto no de una opción deseada sino obligada por las circunstancias.

¹⁰ A marzo de 2007, el 17% de los europeos tiene más de 65 años, frente al 10% de 1960. Las proyecciones indican que esa cifra rondará el 30% en 2050, cuando la generación del *baby boom* llegue a la edad de jubilación. Igualmente, el europeo medio tiene menor peso específico en la población mundial, pues a principios de los años 70, el 11% de la población mundial era europea, mientras que hoy sólo es del 7,2%.

obtenidos en materia de longevidad, también esto tiene una repercusión directa y positiva sobre la institución familiar, donde la vida de la infancia se encuentra más protegida que nunca, donde cada vez resulta más frecuente que los niños lleguen a conocer a sus cuatro abuelos y donde la coexistencia, tanto de la pareja como intergeneracional, se ha prolongado muchísimo.

TABLA 1.4: FECUNDIDAD EN LA UNIÓN EUROPEA EN 2002

Antigua Unión Europea (15)		Nuevos países miembros	
Italia	1,23	Republica Checa	1,17
Grecia	1,25	Eslovaquia	1,19
España	1,25	Eslovenia	1,21
Alemania	1,31	Polonia	1,24
Austria	1,40	Letonia	1,24
Portugal	1,47	Lituania	1,24
Bélgica	1,62	Hungría	1,30
Luxemburgo	1,63	Estonia	1,37
Reino Unido	1,64	Malta	1,46
Suecia	1,65	Chipre	1,49
Dinamarca	1,72		
Finlandia	1,72	Media antigua UE-15	1,49
Holanda	1,73	Media nuevos miembros	1,24
Francia	1,89		
Irlanda	2,00	Total UE-25	1,45

Fuente: *Population et Sociétés*, n° 398, febrero de 2004. París. INED

▪ **EFFECTO DE LA MIGRACIÓN SOBRE EL PATRÓN DEMOGRÁFICO**

España posee en la actualidad una tasa de crecimiento migratorio positiva¹¹, cuyo valor (5,6‰) duplica al promediado en la Unión Europea en 2002 (2,5‰). De hecho, el crecimiento natural de la población en nuestro país (1,1‰) se encuentra actualmente muy por debajo de la tasa de crecimiento migratorio, que es cinco veces mayor que la primera. Esta circunstancia, que permite a un país ganar más habitantes mediante las personas que acuden por la vía migratoria, que por el balance entre los nacimientos y las defunciones, es un hecho bastante común en muchos países de la UE, que hace años que

¹¹ Tasa obtenida de la resta entre la inmigración recibida y la emigración que se produce; su valor se expresa en relación a cada mil habitantes.

perderían población de no ser por la inmigración que reciben, excepción hecha para Francia, Finlandia y Holanda. Según Simó, Mendez y Escuder (2005), que analizan la contribución de la población española desde el ámbito territorial de la Comunitat Valenciana, presenta pérdidas de población en 10 comarcas durante el período de 1998 a 2001, y en 11 en el período de 2001 a 2004. Frente a esos datos, la población extranjera presenta unos saldos positivos en todas las comarcas (a excepción de l’Horta Sud y únicamente en el período 1998-2001, por problemas de poca fiabilidad de los datos).

Desde el punto de vista demográfico, la consecuencia más característica de la emigración es el rejuvenecimiento general de la población del país de acogida, junto a un envejecimiento general de la población del país de origen (George, 1985; Pressat, 1985). Este es el factor más determinante, por ejemplo, en el actual envejecimiento poblacional cubano, y también en muchos otros países de Latinoamérica, pues por lo general, los fenómenos de migración se relacionan con motivos laborales o económicos, que afectan principalmente a personas jóvenes y adultas jóvenes.

La acción rejuvenecedora es, precisamente, el efecto que la emigración está ocasionando sobre el conjunto de la población española. Al hecho de que la salida de españoles hacia otros países con fines migratorios es, en la práctica, casi inexistente, se une la circunstancia de que las personas que arriban a nuestro país pertenecen a capas de edad joven o adulta joven, que además de engrosar estos estratos demográficos, aumentan la natalidad porque suelen fundar, reagrupar o ampliar aquí sus familias, garantizando el aumento del número de niños. Algunos autores (Izquierdo y Martínez, 2001), ya han hecho referencia a esta circunstancia, y los datos de población e índices de fecundidad y natalidad generales así lo reflejan.

Sin embargo, un análisis más pormenorizado del efecto de la emigración sobre la pirámide poblacional española, y que tenga en cuenta las diferentes zonas del país, descubrirá dos hechos relevantes: por un lado, que no todas las zonas reciben el mismo flujo migratorio, y por lo tanto no obtienen ese efecto ‘*rejuvenecedor*’; por otro, que algunas zonas no sólo no obtienen ese beneficio, sino que sufren el efecto contrario. El asentamiento

de las personas emigrantes no tiene lugar de manera uniformemente repartida sobre toda la geografía española. Las personas emigrantes tienden a asentarse en los territorios que pueden ofrecer las mejores perspectivas de incorporación al mundo laboral, y por lo general esto sucede en las grandes ciudades o en aquellas zonas que mantienen una importante actividad industrial o agrícola. Paralelamente, aquellas poblaciones con menor actividad económica, que suelen ser precisamente las que ya presentaban los índices de envejecimiento más elevados al haber sufrido la emigración de sus habitantes más jóvenes, son las que tienen una menor posibilidad de recibir personas inmigrantes y de reducir, de esta manera, su porcentaje de personas mayores y su índice de envejecimiento. Este sería el caso de las comunidades autónomas de Galicia y de Castilla-León, dos de las comunidades más envejecidas y también que reciben un menor flujo de inmigración (348 y 374 emigrantes extranjeros por cada 100.000 habitantes en 2003, frente a los casi 2000 por cada 100.000 habitantes de las comunidades de Madrid o Murcia, INE, 2005).

Esta segunda consecuencia de la emigración, por la que algunas zonas de nuestro país no sólo no obtienen la acción rejuvenecedora de la inmigración, sino que pueden resultar más envejecidas, se puede intuir al comprobar los datos reflejados en la Tabla 1.5. Aunque España es un país receptor de personas jóvenes, también lo es en gran medida de emigrantes jubilados (155.590 personas mayores de 64 años en 2003. INE 2004), por lo general procedentes de países europeos ricos, que bien por motivos de ocio, o bien en busca de una mejor calidad de vida, trasladan su residencia a algunas comunidades autónomas del litoral mediterráneo, en particular a las zonas insulares, Málaga y Alicante¹². Su llegada aumenta las capas longevas de la pirámide poblacional, y no sólo neutraliza la posible acción ‘rejuvenecedora’ que produce la inmigración por razones laborales, sino que actúa de manera inversa, influyendo tanto en el aumento del índice de envejecimiento

¹² En la Comunitat Valenciana, podemos establecer una clara relación entre la distribución de la población extranjera según edad, país de procedencia y motivo de la migración. El 56% de los extranjeros del PV vive en Alicante (el 87% de los alemanes, el 91% de los británicos y el 99% de los noruegos). Esta población pertenece al grupo de edad más alto (más de 64 años), mientras que ecuatorianos, chinos, argelinos, rumanos y colombianos, son significativamente más jóvenes y habitan mayoritariamente las provincias de Valencia y Castellón.

demográfico, como sobre la vida social de los territorios de acogida, que tienden a organizar los recursos y los servicios en función del alto número de personas mayores residentes. Por otra parte, empieza a aparecer un nuevo aspecto de que viene a sumarse a este fenómeno envejecedor, difícil de cuantificar, y relacionado con la reducción de la edad de jubilación, que hace que personas con 55 años o poco más, se incorporen a este grupo de ‘*jubilados residentes*’.

TABLA 1.5: DISTRIBUCIÓN DE EXTRANJEROS DE 65 Y MÁS AÑOS POR PROVINCIA DE RESIDENCIA, 2003

	65 y más años						
	España	Alicante	Málaga	Tenerife	Baleares	Las Palmas	Madrid
Total extranjeros	155.590	32,4	14,6	7,4	6,6	3,3	8,1
Europa	121.343	40,0	16,7	8,5	7,4	3,2	3,0
Unión Europea	110.531	38,7	17,4	9,0	7,7	3,2	2,7
Alemania	27.546	36,7	10,5	16,5	12,5	5,8	2,2
Bélgica	6.845	52,2	12,5	6,3	4,3	1,0	1,4
Francia	10.034	22,9	7,0	3,1	10,5	1,5	5,9
Holanda	6.668	60,5	13,9	3,3	4,1	2,1	1,5
Reino Unido	39.625	46,9	23,0	7,5	6,8	1,6	0,8
Población Española 65+	7.276.620	271.827	198.557	122.320	133.383	105.822	830.839
% Extr. 65+/ Pobl. 65+	2,1	18,6	11,4	9,4	7,6	4,9	1,5

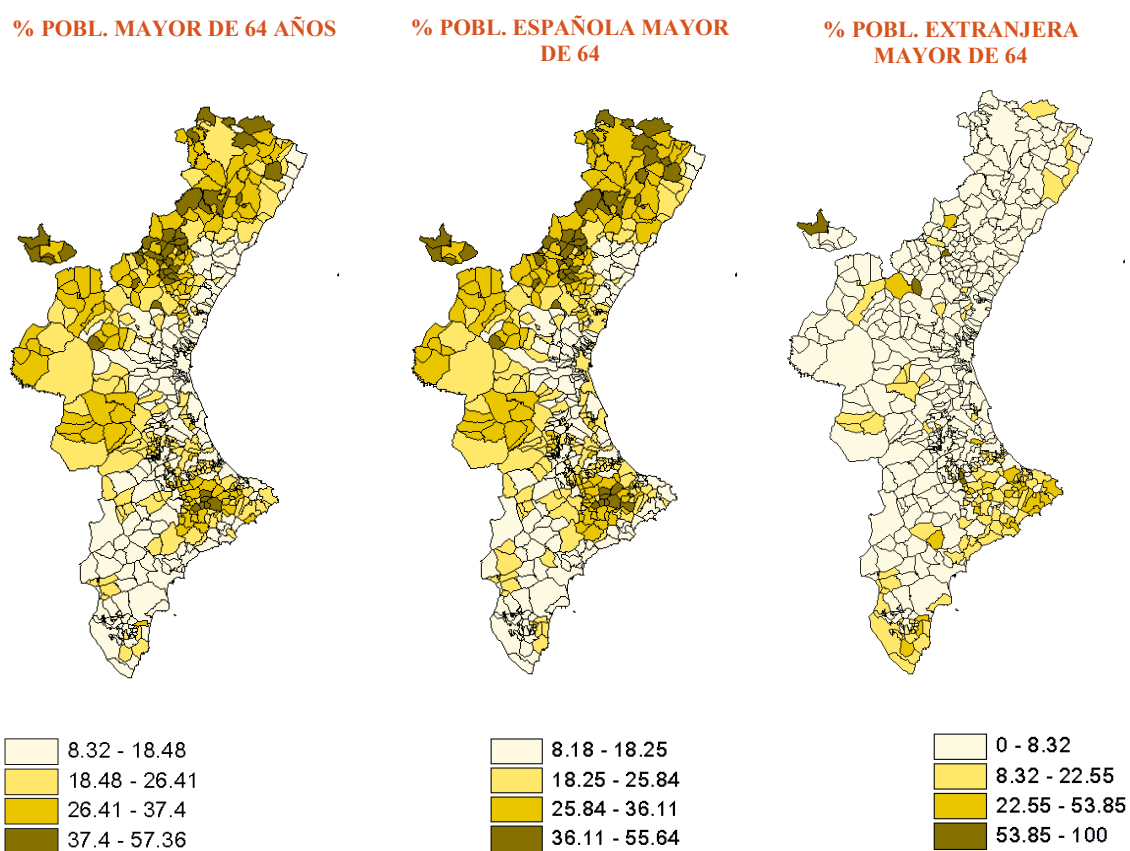
Nota: porcentajes horizontales

Fuente: INE: INEBASE: *Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2003*. INE, 2004.

En la Comunitat Valenciana, se observa en líneas generales la misma tendencia al envejecimiento poblacional que presenta el resto del Estado Español. Sin embargo, mientras la causa de este proceso envejecedor en las comarcas de interior de las tres provincias, está relacionada, al igual que en resto del estado, con el importante envejecimiento manifestado por la población autóctona de de la Comunitat Valenciana, el índice de envejecimiento de la población extranjera (% de población extranjera mayor de 64 años) es el elemento más determinante del envejecimiento en las comarcas costeras, cobrando dentro de éstas, mayor intensidad en las del norte y sur de la provincia de Alicante (Simó, 2005). En el Gráfico 1.5, se

puede observar como la distribución de la población mayor (española y extranjera) en las diferentes comarcas y provincias de la Comunitat Valenciana, que determina los índices de envejecimiento diferenciados, tiene relación directa con la gran presencia de personas mayores inmigradas, en especial en las comarcas de Alicante, que son mayoritariamente mayores.

GRÁFICO 1.5: PORCENTAJE DE POBLACIÓN MAYOR DE 64 AÑOS EN LA COMUNITAT VALENCIANA



Fuente: INE, padrón a 1º de enero de 2005 y Simó (2005).

El siguiente gráfico 1.6, muestra con más detalle la presión envejecedora de las personas mayores de procedencia extranjera sobre el índice de envejecimiento de la Comunitat Valenciana, mientras que la Tabla 1.6 refleja los Municipios costeros, para el total del Estado Español, con un número de población extranjera relevante.

TABLA 1.6: MUNICIPIOS CON POBLACIÓN EXTRANJERA RELEVANTE

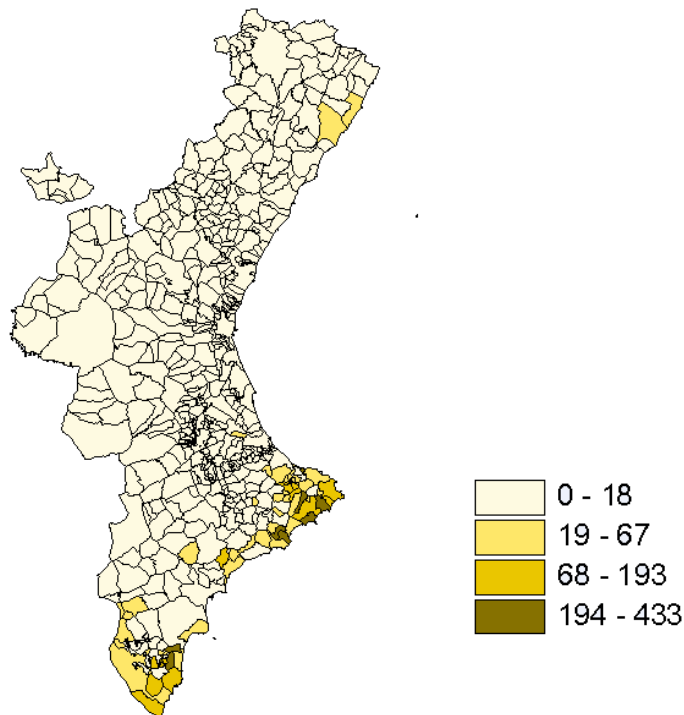
	POBLACIÓN		ESPAÑOLES		EXTRANJEROS		% EXTR. 65+/65 +	% EXTR/TOT. 5//1	NACIONALIDAD PREDOMINANTE
	Total	65 y más años	Total	65 y más años	Total	65 y más años			
	1	2	3	4	5	6			
ALICANTE									
Torre Vieja	77943	17256	41852	8044	36091	9212	53,4	46,3	R. Unido
Jávea	28493	6821	13464	1908	15029	4913	72,0	52,7	R. Unido
Calpe/Calp	22446	5876	10025	1163	12421	4713	80,2	55,3	R. Unido
Orihuela	67731	11565	49865	8123	17866	3442	29,8	26,4	R. Unido
Alfaz del Pi	16164	3899	7512	737	8652	3162	81,1	53,5	R. Unido
Teulada	12299	3425	4707	687	7592	2738	79,9	61,7	R. Unido
Nucia (la)	11522	2822	5494	600	6028	2222	78,7	52,3	Alemania
Benidorm	64267	9592	50653	7462	13614	2130	22,2	21,2	Varias
Denia	37773	6057	28559	4062	9214	1995	32,9	24,4	Alemania
Rojales	10681	2853	4741	995	5940	1858	65,1	55,6	R. Unido
Benissa	12098	2892	6919	1245	5179	1647	57,0	42,8	Alemania
Altea	18976	3142	14087	2052	4889	1090	34,7	25,8	Alemania
San Fulgencio	5700	1514	2398	494	3302	1020	67,4	57,9	R. Unido
MÁLAGA									
Mijas	52189	7788	32387	2607	19802	5181	66,5	37,9	R. Unido
Fuengirola	57133	8927	42942	5889	14191	3038	34,0	24,8	R. Unido
Marbella	116234	12054	94991	9486	21243	2568	21,3	18,3	Marruecos
Benalmádena	40064	5090	29949	2975	10115	2115	41,6	25,2	R. Unido
Torremolinos	50649	6733	38543	4750	12106	1983	29,5	23,9	R. Unido
Torrox	12391	2815	9202	1529	3189	1286	45,7	25,7	Alemania
Estepota	47697	5950	40474	4817	7223	1133	19,0	15,1	R. Unido
S. C. TENERIFE									
Pto. de la Cruz	31830	6204	25466	3965	6364	2239	36,1	20,0	Alemania
Arona	57445	4155	39407	2526	18038	1629	39,2	31,4	R. Unido
S.del Teide	10523	2135	5600	640	4923	1495	70,0	46,8	R. Unido
Adeje	27640	1865	17773	1122	9867	743	39,8	35,7	R. Unido
Valle Gran Rey	4487	743	3373	687	1114	56	7,5	24,8	Alemania
LAS PALMAS									
San Bartolomé de Tirajana	45559	3602	34145	2558	11414	1044	29,0	25,1	Alemania
Tías	15636	1093	10282	646	5354	447	40,9	34,2	R. Unido
BALEARES									
Calviá	42983	3706	32377	2288	10606	1418	38,3	24,7	R. Unido
Andratx	9841	1674	7058	1170	2783	504	30,1	28,3	Alemania
Deyá	749	118	496	85	253	33	28,0	33,8	Alemania

Nota: relevante: más de 1000 extranjeros 65+ o porcentaje de extranjeros residentes significativo.

Fuente: INE: INEBASE: *Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2003*. INE, 2004 y Simó (2005).

Nacionalidad obtenida del Censo de 2001.

GRÁFICO 1.6: RAZÓN DE POBLACIÓN EXTRANJERA MAYOR, SOBRE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA MAYOR EN LA COMUNITAT VALENCIANA.



Fuente: INE, padrón a 1º de enero de 2005.

▪ REFLEXIONES SOBRE LA MEDICIÓN DEL ENVEJECIMIENTO

Conocer el peso específico de la población mayor sobre el total poblacional resulta muy interesante, porque no sólo refleja la acción indirecta que sobre el conjunto ejercen las tasas de natalidad y mortalidad, sino que a la vez también muestra su grado de envejecimiento. Cuando se divide el número de personas que superan los 65 años por el total de habitantes, se obtiene un valor porcentual que expresa la importancia relativa de las personas mayores en esa población y que denominamos *índice de vejez o de envejecimiento*. Esta forma de medir tiene ciertos aspectos arbitrarios, que a buen seguro deberán ser revisados por epidemiólogos y demógrafos en pocos años, pero hoy por hoy, es la única medida que se acepta como válida, pues carece de las connotaciones alarmistas o peyorativas que plantean otras mediciones de carácter más economicista.

La edad es, no obstante, el elemento más controvertido del índice de envejecimiento, aunque todavía se acepta de manera generalizada, dado que es la marca jurídica socialmente establecida, la cifra de los 65 años como la edad para la jubilación. Sin embargo, esta circunstancia, aún siendo generalizada en la mayoría de países, ya no es tan frecuente como lo era hace unos años, pues las jubilaciones anticipadas en unos casos, la imposibilidad de jubilarse en otros, (como ocurre a las amas de casa, que nunca se incorporaron al mundo profesional), o el retraso voluntario de la jubilación, (al que suelen optar muchos profesionales autónomos, bien por la mejor condición de salud, que les permite no abandonar todavía su trabajo, bien por la necesidad económica, que les imposibilita el hacerlo), hace que la variedad de situaciones establecidas entre la edad y la jubilación sean cada vez más significativas.

Otra de las formas de medida del grado de envejecimiento de una población, se basa en relacionar la cantidad de personas en edad laboralmente no activa (mayores de 65 años y niños y jóvenes hasta los 15) con las personas que teóricamente se encuentran en estado activo (entre los 16 y los 64 años de edad). Computar de esta manera a la población mayor, tiene una interpretación más vinculada a los aspectos economicistas y de protección y gasto social, que al mero aspecto demográfico, pues busca expresar la carga a la que en consecuencia, está sometida la población activa. Esta forma de enfocar el análisis sobre el grado de envejecimiento de una población, puede introducir cierta confusión al confundir las cifras de población inactiva y las de población dependiente, dado que entre los primeros, incluiríamos a aquellas personas que no están vinculadas al mundo laboral, englobando también a las personas que aún no han cumplido la edad mínima para desarrollar una actividad profesional, mientras que el concepto de población dependiente, o '*personas dependientes*', haría referencia, en especial en estos últimos años, tras la promulgación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (la llamada Ley de Atención a la Dependencia), a aquellas personas que durante un período prolongado de tiempo requieren de ayuda para la realización de ciertas actividades cotidianas (Casado, 2001), y que no

son todas las que se encuentran en situación de inactividad laboral.

▪ **DIMENSIONES DEL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO**

Resulta evidente, a la vista de los datos presentados hasta ahora, que una población en la que se produzca un escaso número de nacimientos y de defunciones, será más pronto o más tarde una población envejecida. Esta es la característica común hoy en día de todos los países desarrollados, hacia la que también están evolucionando las demografías de muchos países en vías de desarrollo. En España, el conjunto de personas mayores de 65 años en el año 1900 no alcanzaba el 5% del total, menos de 1 millón de personas, mientras que en 2001 se censaron casi siete millones de habitantes mayores de esta edad, lo que supone que más de la sexta parte de nuestra población ya es '*anciana*'. Como decimos, esta situación es generalizada. La Tabla 1.7, refleja la Tasa de Envejecimiento, el Índice sintético de Fecundidad y la Esperanza de Vida al nacer, en los países de la Unión Europea en 2002. En ella se puede observar como todos los países que la conforman presentan poblaciones envejecidas, o al menos con una clara tendencia al envejecimiento (la población española es la cuarta demografía más envejecida, por detrás de Suecia, Grecia e Italia). La nueva incorporación de países como Letonia, Estonia, Polonia, que en comparación presentan índices poblacionales bastante más jóvenes, con una tasa promedio del 13,3% frente al 16,2% europeo, podría llegar a suponer una acción rejuvenecedora de estos países sobre el conjunto de la población europea, sin embargo, sus reducidos índices de fecundidad, incluso inferiores al resto de países miembros, garantizan a medio plazo, que la continuidad del proceso de envejecimiento demográfico en el continente esta asegurado.

La Tabla 1.8, por su parte, pretende mostrar una actualización de la estructura de la población española por grandes grupos de edad, recogiendo la proyección que establece el INE para los períodos de 1991 a 2026.

TABLA 1.7: TASA DE ENVEJECIMIENTO, ÍNDICE SINTÉTICO DE FECUNDIDAD Y ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN LOS PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA EN 2002

	TASA DE ENVEJECIMIENTO	ÍNDICE DE FECUNDIDAD	ESPERANZA DE VIDA DEL HOMBRE	ESPERANZA DE VIDA DE LA MUJER
Alemania	16,6	1,31	75,5	81,3
Austria	15,6	1,40	75,8	81,7
Bélgica	16,9	1,62	75,1	81,1
Dinamarca	14,8	1,72	74,8	79,5
España	17,1	1,25	75,7	83,1
Finlandia	15,2	1,72	74,9	81,5
Francia	16,2	1,89	75,6	82,9
Grecia	17,3	1,25	75,4	80,7
Irlanda	11,2	2,00	74,6	79,6
Italia	18,2	1,23	76,7	82,9
Luxemburgo	14,1	1,63	74,9	81,5
Holanda	13,7	1,73	76,0	80,7
Portugal	16,5	1,47	73,8	80,5
Reino Unido	14,0	1,64	75,7	80,4
Suecia	17,2	1,65	77,7	82,1
UE-15	16,2	1,49	75,7	81,8
Chipre	11,4	1,49	76,1	81,0
Estonia	15,5	1,37	65,3	77,1
Hungría	15,3	1,30	68,4	76,7
Letonia	15,5	1,24	64,8	76,0
Lituania	14,2	1,24	66,3	77,5
Malta	12,6	1,46	75,8	80,5
Polonia	12,5	1,24	70,4	78,7
Rep. Checa	13,8	1,17	72,1	78,7
Eslovaquia	11,5	1,19	69,9	77,8
Eslovenia	14,5	1,21	72,7	80,5
UE-10	13,3	1,24	69,9	78,2
UE-25	15,7	1,45	74,8	81,2

Fuente: *Population et Sociétés*, n° 398, febrero de 2004. París. INED

TABLA 1.8: PROYECCIONES DE LA ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA POR GRANDES GRUPOS DE EDAD. 1991-2026

AÑO	MENOS DE 16		16 A 64		65 Y MÁS		TOTAL
	NÚMERO	%	NÚMERO	%	NÚMERO	%	
1991	7.969.600	20,5	25.497.521	65,4	5.497.956	14,1	38.965.077
1996	6.764.315	17,2	26.310.021	66,9	6.234.148	15,9	39.308.484
2001	6.414.627	15,7	27.598.911	67,4	6.950.706	17,0	40.964.244
2006	6.883.005	15,6	29.707.832	67,5	7.404.260	16,8	43.995.097
2011	7.397.841	16,1	30.573.406	66,4	8.084.582	17,6	46.055.829
2016	7.813.301	16,4	31.109.452	65,1	8.857.956	18,5	47.780.709
2021	7.763.750	15,8	31.695.868	64,4	9.720.075	19,8	49.179.693
2026	7.443.232	14,8	31.967.404	63,6	10.876.681	21,6	50.287.317

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE-06

CAPÍTULO 2: CONCEPTO DE ENVEJECIMIENTO: DIFICULTADES PARA UNA DEFINICIÓN

¿Qué es ser viejo? La respuesta, aparentemente fácil, no lo es tanto, pues el envejecimiento no responde a una definición sencilla en términos biológicos, pero tampoco desde el punto de vista psicológico y menos aún social. Todos los hombres y mujeres que han formado parte de esta investigación son viejos, ancianos o de la tercera edad, y nadie tendría dudas en calificarlos así, porque como sucede con el amor y la belleza, “*casi todos lo reconocemos cuando lo experimentamos o lo vemos*” (Hayflick, 1994). El problema surge cuando se pretenden determinar los aspectos que definen el envejecimiento mediante criterios que no resulten aleatorios o producto de una mera convención, pues aunque el concepto de envejecimiento se ha venido abordando desde tres perspectivas diferenciadas (envejecimiento como consecuencia del paso del tiempo; envejecimiento como deterioro físico y constatación de la pérdida de capacidad funcional; y envejecimiento como una etapa más del ciclo vital), por separado ninguna de esas formas de abordaje define por completo esa construcción social que llamamos vejez.

Desde hace años, la definición de vejez bajo el prisma de lo patológico y de la enfermedad, en lugar de como un fenómeno fisiológico y psicosocial natural, y hasta deseable, se había venido imponiendo casi de manera generalizada a las visiones más pluridisciplinarias del proceso de envejecer. Quizás por ello todos los aspectos relacionados con las personas mayores, se han limitado durante mucho tiempo a ser valorados e interpretados desde el ámbito de la *geriatria*¹³, entendida como la rama de la medicina encargada del estudio terapéutico, clínico y preventivo de la salud y las enfermedades de los ancianos (*Sociedad Británica de Geriatria, 1940*). Sin embargo, desde finales del pasado siglo, los aspectos sociales del fenómeno han tomado mayor relevancia, tanto en la definición del proceso como en la aceptación y abordaje de las circunstancias y problemas que se derivan del mismo,

¹³ El término *geriatria* fue acuñado por Ignatiusl Nascher en su obra presentada en 1907 en la Academia de Ciencias de Nueva York titulada “*Geriatría, las enfermedades de los ancianos y su tratamiento,*”, pero la *geriatria* moderna nace como ciencia en 1935, a consecuencia de los trabajos de Marjory Warren en un hospital para crónicos de Londres.

generando el resurgimiento de la *gerontología*, una ciencia mucho más pluridisciplinar, cuya finalidad es tratar de aproximarse y explicar el envejecimiento, mediante la aglutinación de diferentes especialidades que participan en la descripción de un fenómeno que atañe tanto a los aspectos biológicos, como a los psicológicos y sociales de las personas¹⁴.

No obstante, esta misma pluridisciplinariedad ha generado, la mayor parte de las veces, un análisis excesivamente dispar al desarrollarse mediante enfoques diferenciados y en ocasiones contrarios. De hecho, cuando se trata de definir el envejecimiento desde las distintas disciplinas que han pretendido una aproximación, lo primero que se reconoce es la parcialidad de las diferentes formas de identificación y de análisis. Recuerda en cierto modo a la clásica historia de los cinco ciegos a los que se pidió que describieran un elefante. Uno de los ciegos tocó sus colmillos, el segundo una oreja, el tercero sus flancos, el cuarto las patas y el quinto su rabo. Los cinco dieron descripciones muy diferentes del animal, porque cada uno de ellos tan sólo había conocido una parte distinta. Los estudios de gerontología evocan esta historia. Enfermeros, antropólogos, biólogos, médicos, psicólogos y sociólogos, sólo han sido capaces hasta la fecha de percibir una de las partes del envejecimiento, sin abordar, en líneas generales, la necesaria tarea de identificar, o al menos intentar reconocer, lo que hacen los otros al respecto, por lo que a menudo ignoran una parte muy significativa de la dimensión del fenómeno, provocando que a veces, resulte decepcionante la falta de integración en las investigaciones gerontológicas.

Una muestra de esta parcialidad en la forma de entender el envejecimiento, se hace patente ante el hecho de que durante mucho tiempo se haya vinculado de manera casi exclusiva a las situaciones de enfermedad y dependencia. Sin embargo, la mayoría de las personas mayores ni están

¹⁴ Gerontología, etimológicamente, proviene de *geron* que significa viejo y *logos* que significa estudio o tratado. Nace en 1903, cuando Michel Elie Metchnikoff (1845-1916) sociólogo y biólogo ruso, Premio Nóbel de Medicina y Fisiología en 1908, propuso la Gerontología como ciencia para el estudio del envejecimiento. Se define actualmente como una ciencia interdisciplinaria que estudia el envejecimiento y la vejez teniendo en cuenta los aspectos biopsicosociales (biológicos, psicológicos y sociales) que influyen de manera directa en la forma como el ser humano asume y desarrolla su proceso de envejecer.

enfermas ni están limitadas¹⁵, por lo que el envejecimiento, desde la perspectiva del ciclo vital, no tiene por qué definirse como un proceso patológico que incapacite para roles sociales productivos y que necesariamente deba asociarse con la enfermedad (Kastenbaum, 1980: pp. 17-18), sino que constituye una etapa vital como la niñez, la madurez o la adolescencia, con unas enfermedades características y también con unas oportunidades propias.

Ahora bien, resulta evidente que merced al envejecimiento, adultos saludables se convierten tornan más débiles y muestran una disminución en sus funciones fisiológicas y un evidente aumento de la vulnerabilidad a procesos morbosos que les pueden provocar la muerte. Este hecho, junto al predominio de una histórica visión biologista o '*medicalizada*' del estudio del envejecimiento, ha provocado que conceptos exentos de connotaciones patológicas como *envejecimiento* (proceso de llegar a viejo o de envejecer, independientemente de la edad cronológica y del estado de salud), y otros más directamente relacionados con situaciones de pérdida de capacidad física y de salud, como *senilidad* o *senectud* (estado generalizado de deterioro, característico de los últimos años de la vida), se hayan utilizado indistintamente, creando cierta confusión en su interpretación. Hoy se reconoce, sin embargo, que ambos fenómenos, a pesar de su evidente relación, son significativamente distintos, y que el proceso de envejecimiento (conjunto de cambios estructurales que se producen con el paso del tiempo y que no son debidos a enfermedad o accidente), no va asociado, de manera inseparable, a la pérdida de salud ni a la enfermedad.

A pesar de este ligero avance en la delimitación del concepto, la necesidad de establecer un criterio generalizado que discrimine entre lo que constituye el envejecimiento normal, a menudo referido como '*saludable*', y el envejecimiento '*patológico*' relacionado con la aparición de enfermedades y problemas incapacitantes, lleva implícita una cuestión de difícil abordaje y supone un significativo hándicap para el análisis del concepto, pues no resulta

¹⁵ De los 6,5 millones de personas mayores que habitan oficialmente en el Estado Español, se calcula que menos de un millón y medio presenta algún grado de dependencia, sólo algo más del 20% (EDDES 99, proyección 2005).

sencillo separar y diferenciar las características propias del envejecimiento en sí mismo, del envejecimiento asociado a enfermedades comunes y propias de las personas mayores. De hecho, aunque aceptemos que la edad avanzada no es sinónimo de enfermedad y que el clásico aforismo de Terencio: *‘Vejez igual a enfermedad’*, quede descartado por el evidente hecho de la existencia de personas de edad avanzada con una excelente salud, la misma dificultad para separar lo *‘saludable’* de lo *‘patológico’* del envejecimiento bajo el punto de vista biológico, reaparece cuando nos adentramos en el ámbito de lo psicosocial¹⁶.

Hay finalmente otros dos problemas, en el análisis del concepto de envejecimiento, que dificultan su estudio: la constitución del colectivo de personas mayores como grupo social diferenciado; y la metodología de análisis del mismo. La necesidad de las diferentes disciplinas que abordan la investigación con personas mayores, en especial la gerontología social, de constituir las como un grupo diferenciado de estudio, provoca que el análisis pierda perspectiva y profundidad, pues aunque resulte evidente la posibilidad de conformar al conjunto de personas mayores como un grupo particular, ya que comparten ciertos rasgos comunes como la edad, la situación de jubilación laboral o las características físicas, el amplísimo margen de edades (de los 60 ó 65 años a los 100 ó incluso más), las diferentes situaciones de convivencia, actividad laboral y situación económica, la realización o no de actividades, el estado de salud y la presencia de discapacidades o dependencia, son tan diferentes y generan tan dispares situaciones, que la característica principal de las personas que conforman el grupo es, precisamente, la heterogeneidad.

En cuanto a la metodología de estudio, los análisis de tipo transversal, que pretenden encontrar los aspectos definitorios del envejecimiento mediante la comparación de individuos de diferentes cohortes, son poco útiles, pues las características de las personas pertenecientes a diferentes

¹⁶ La observación de que la pobreza y la privación están concentradas en una proporción significativa de gente mayor ha sido un tema recurrente de investigación sobre la vejez en todas las sociedades industriales, a pesar de que un informe del Observatorio de la Unión Europea sobre Envejecimiento y Gente Mayor refiera que “con la excepción de Inglaterra, el estándar de vida de las familias ancianas no está muy por detrás de la media nacional” (Hedtröm y Ringen, 1987: 238).

épocas o edades marcan diferencias vitales tan significativas que no permiten datos concluyentes ni extrapolables. Por otra parte, los estudios longitudinales, que permiten el seguimiento de los mismos sujetos durante varios años, son mucho más útiles y significativos, pero resultan muy complicados de realizar al estar frecuentemente limitados¹⁷ por los fallecimientos y abandonos.

Así las cosas, el siguiente cuadro (Cuadro 2.1), sintetiza las diferentes formas de enfocar y describir el fenómeno del envejecimiento.

CUADRO 2.1: DEFINICIONES DE ENVEJECIMIENTO

Envejecimiento como una etapa cronológica de la vida (varios autores)	Suma de todos los cambios que se dan en un organismo con el paso del tiempo.
Envejecimiento como un proceso de deterioro biológico (varios autores)	Suma de todos los cambios que se dan con el tiempo y conducen a alteraciones funcionales y a la muerte.
Envejecimiento como daño celular y molecular (Harman, 1956)	Cambios en las membranas, citoplasma y/o en el núcleo de las células, que deterioran los órganos y sistemas.
Envejecimiento primario y secundario (Busse, 1969)	El envejecimiento primario es el resultado de procesos biológicos hereditarios que dependen del tiempo; el envejecimiento secundario está provocado por el declive de las funciones, a causa de las patologías crónicas.
Envejecimiento ‘programado’ (Hayflick, 1961)	Los organismos tienen un ‘período de vida finito’ que determina su muerte por activación de un <i>gerontogen</i> .
Envejecimiento como consecuencia de la inadaptación (Biven y Zarit, 1985)	El tiempo genera cambios en el organismo que disminuyen la probabilidad de supervivencia y reducen la capacidad fisiológica de autorregulación, de reparación y adaptación a las demandas ambientales.
Envejecimiento por el ‘uso y abuso’ (Perlmutter y Hall, 1985)	La enfermedad, el desuso o el abuso de los órganos genera el deterioro de los mismos.

Fuente: Elaboración propia

¹⁷ Con el término “limitados” queremos hacer referencia a la dificultad metodológica que sobreviene por la reducción parcial de la muestra estudiada. Esta limitación hace referencia al hecho de que la progresiva reducción del tamaño de la muestra originalmente estudiada, impedirá la realización de determinadas pruebas comparativas y por consiguiente la obtención de resultados generalizables.

▪ **¿CUÁNDO SE ES VIEJO?: LA FRONTERA ENTRE LA EDAD MADURA Y LA VEJEZ**

Es evidente que ser viejo es algo más que cumplir cierta edad. La *edad*, entendida como la consecuencia del paso del tiempo, es seguramente la forma más generalizada y popular de referirse a la vejez, pero la frontera entre la edad madura y la ancianidad es sólo una cuestión de definición social, y cualquier intento de delimitarla en términos estrictamente cronológicos está plagado de dificultades (Kelh y Fernández, 2001: 134). En la actualidad, y desde el punto de vista sociodemográfico, la mayoría de sociedades establecen la edad que marca el límite entre personas adultas y ancianas en los sesenta y cinco años. Esta cifra, que se relaciona con la vejez ‘*cronológica*’ del organismo, medida por el transcurso del tiempo, establece la edad de retiro más generalizadamente utilizada y tiene su primer precedente en las medidas sociales desarrolladas por el canciller Bismarck en el siglo XIX. Con mucha frecuencia se utiliza en análisis demográficos o sociológicos, pues todas las personas nacidas en la misma fecha comparten una idéntica edad cronológica o ‘*vejez*’ y forman una misma cohorte o unidad de análisis social. Ahí radica su principal ventaja¹⁸. Sin embargo, el ‘*envejecimiento cronológico*’ define bastante mal las posibilidades vitales de un individuo, pues al clasificar como viejo, anciano o ‘*de la tercera edad*’ a toda persona que alcanza los 65 años o más, “*cualquiera que sea su situación actual en términos de actividad profesional o estado de salud*” (Jouvenal, 1988: 16), se acaba con la supuesta objetividad de la edad biológica, al comprobar que el paso del tiempo puede tener un impacto muy diferente en cada individuo, y se transforma en un inconveniente difícil de neutralizar.

Hoy se conoce con bastante exactitud que la genética particular de cada individuo, las condiciones ambientales, las enfermedades sufridas, el estilo de vida que se ha llevado, o las condiciones laborales, determinan de manera mucho más directa la forma de envejecer que el mero transcurso de los años, tanto desde el aspecto puramente físico, como también social, e

¹⁸ La edad cronológica se agrupa en años, lustros y décadas, y se considera que todos los sujetos nacidos en el mismo año tienen la misma edad. Del mismo modo, se consideran miembros de una misma cohorte a todos los nacidos en un periodo de uno a cinco años.

incluso emocional¹⁹. Un trabajador manual de un país en vías de desarrollo, puede morir a los treinta o treinta y cinco años por una alimentación insuficiente o por alguna causa relacionada con las condiciones de trabajo, mientras que a esa misma edad, un ciudadano de un país desarrollado puede estar empezando su vida profesional. Por otra parte, personas que tengan la misma edad, incluso en un mismo entorno ambiental y social, pueden presentar diferencias muy significativas en su estado de salud y capacidad funcional²⁰. Es más, el espectacular aumento de la longevidad que han conseguido muchos países, unido a la mejoría en la calidad asistencial, la higiene, alimentación y otros aspectos que inciden directamente sobre la salud individual y comunitaria, hacen que el concepto de vejez, asociado exclusivamente a la edad, pierda sentido, en especial al comprobar que los ‘viejos’ de hace apenas algo más de medio siglo, eran las personas que alcanzaban los 50 años.

Ahora bien, aunque estemos de acuerdo en que el análisis de la vejez bajo el prisma exclusivo del factor cronológico, es tan sólo una construcción social que condiciona la situación física de las personas, pero que no permite valorar sus características psicosociales, y por tanto no posibilita un análisis objetivo de su grado de envejecimiento, esto no significa que el transcurso de los años deje de tener consecuencias reales sobre los individuos. Como siguiendo al pie de la letra el famoso *dictum* de Thomas: “*los hechos que se definen como reales, aunque inicialmente no lo sean, son reales en sus consecuencias*”, la mayoría de las personas mayores experimentan los problemas característicos de la tercera edad (aislamiento, mala vivienda, enfermedad, pobreza...) precisamente por haber cruzado la frontera que las sociedades industriales han establecido para delimitar la vejez (Beauvoir, 1977) y por ello, el paso del tiempo, aunque no puede servir exclusivamente para definir el

¹⁹ No se pretende disminuir la importancia de la edad, sino encuadrarla en su auténtica dimensión, una condición personal más, que proporciona información sobre el sujeto y debe ser considerada objetivamente como cualquier otra variable sobre las que el sujeto no tiene influencia alguna: sexo, raza, lugar de nacimiento, familia de origen, etc.

²⁰ Valdría como ejemplo, el hecho de encontrar en una carrera popular, participantes de más de 65 años que tienen un estado de salud envidiable, mientras que otros muchos, a su misma edad, presentan importantes discapacidades para el movimiento o incluso ya han fallecido. A la vez, podemos encontrar personas de diferentes edades, que tengan características físicas y psíquicas muy similares (también nos valdría el ejemplo de los participantes en una maratón).

envejecimiento, sí es un elemento determinante del mismo.

▪ **ENVEJECIMIENTO FUNCIONAL: LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD PARA REALIZAR LAS TAREAS DE LA VIDA DIARIA**

El uso generalizado de la palabra '*viejo*' para referirse a alguien incapaz o que presenta dificultades para hacer las cosas, es una clara muestra de la tradicional relación que se establece entre vejez y dependencia o limitaciones físicas. La idea está tan arraigada socialmente, que al aprobar la Ley General de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (BOE, 15 dic. 2006), cuesta no establecer una relación directa, y casi exclusiva, entre dependencia y persona mayor.

Sin embargo, como ya se ha dicho, esta correspondencia es absolutamente errónea, pues la vejez no representa necesariamente la incapacidad. De hecho, aún siendo un factor que aumenta las posibilidades de que una persona presente dependencia, o al menos ciertas limitaciones en sus capacidades, y que la proporción de personas dependientes aumente significativamente al alcanzar los 80 años, la mayoría de la población anciana no se halla impedida. La vejez, como cualquier otro período vital, se caracteriza por determinar su propio grado de funcionalidad y origina una reducción en la capacidad para realizar algunas actividades de la vida diaria secundarias al deterioro que sobre todos los aparatos y sistemas orgánicos provoca el transcurso del tiempo. Pero estas limitaciones, siempre que se produzca cierto grado de aceptación y adaptación²¹, no imposibilitan el desarrollo de una vida normal en sociedad, pues los sujetos se manifiestan como personas no sólo al desarrollar sus actividades vitales desde el punto de vista físico, sino sobre todo desde los aspectos psíquicos y sociales. De hecho,

²¹ La teoría biológica de la compensación, explica como el organismo se defiende de las agresiones y limitaciones secundarias al paso del tiempo con reacciones compensatorias de los aparatos y sistemas celulares. El organismo compensa la carencia de ciertas funciones con adaptaciones o la mayor abundancia de otras (por ej.: ante la menor capacidad de esfuerzo cardiovascular, el organismo tiende a reducir la actividad musculoesquelética, reduciendo así la necesidad de esfuerzo cardiovascular).

la aptitud y fuerza física son menos importantes en una sociedad cada vez más mecanizada (Moragas, 1991)²².

Por otra parte, intentar definir la vejez en base a la pérdida o no de la capacidad funcional, supone la necesidad de definir si esa pérdida de capacidad es a su vez: la consecuencia de un proceso de envejecimiento normal; la consecuencia de las enfermedades que vamos acumulando con los años y que hemos definido como un '*envejecimiento patológico*'²³; o incluso la consecuencia de la acción de otras circunstancias menos biológicas, pues parece comprobarse que la aptitud orgánica se halla estrechamente ligada a factores psicosociales de motivación, estilo de vida, intereses, ocupaciones, compañía y capacidad de decisión, y que estos factores afectan directamente a variables biológicas como la producción de linfocitos, secreciones hormonales o neurotransmisores, elementos que ejercen una responsabilidad directa sobre el bienestar fisiológico del sujeto. Una vez más, lo biológico depende de lo social y viceversa, estableciéndose una sutil interrelación en la que resulta difícil aislar el agente causal original y el resultado de la influencia (Kalish, 1983: 43).

²² De las múltiples definiciones que de envejecimiento se proponen, Schenieder y Rowe (1996) destacan tres: "el deterioro progresivo de un organismo vivo tras alcanzar su madurez de forma y función y que es universal, progresivo, intrínseco y degenerativo"; "el deterioro lineal en las funciones con aumento exponencial en la probabilidad de muerte"; y " el fracaso para mantener y recuperar determinadas funciones tras el fracaso para adaptarse a las nuevas circunstancias y la pérdida de la homeostasis".

²³ Esta cuestión resulta prácticamente imposible de resolver entre sujetos de diversas generaciones o cohortes, ya que las definiciones de salud o competencia vital varían según la época y circunstancias debido a la naturaleza subjetiva y cultural de la propia definición de salud y quedan cualificadas por la circunstancia histórica, geográfica y sociocultural. Lo que para unos constituye enfermedad y limitación, para otros supone una simple molestia que no impide desempeñar los mismos roles que en la vida adulta. Así, una persona mayor contemporánea de una ciudad puede sentirse enferma por una afección bronquítica leve o por una ligera rigidez articular, mientras que su homónimo de un medio rural, experimentando las mismas condiciones físicas, puede sentirse bien para desempeñar los trabajos del campo que siempre ha realizado. Salud y enfermedad.

- **ENVEJECIMIENTO COMO ETAPA VITAL: UN CICLO MÁS DE LA VIDA DE LAS PERSONAS**

En la actualidad, ya prácticamente nadie duda que la vejez debe entenderse como una etapa vital más, con características propias y necesidades particulares. Probablemente el aumento del número de personas de edad, con una mayor y más significativa presencia social, ha permitido incorporar normalizadamente la figura del mayor al colectivo de grupos poblacionales, asimilando que los efectos y cambios que el transcurso del tiempo produce en las personas, permiten conformar y definir una etapa vital específica y distinta a las vividas con anterioridad. Son muchos los autores, en especial en el ámbito de la gerontología social, que se han afanado en definir las características propias de esta etapa, que se distingue por una serie de condicionantes externos, objetivos y generalizados para todas las personas mayores, y también por otros aspectos determinados por la realidad particular de cada individuo. La mayoría coincide en señalar que la suma de circunstancias que caracterizan el envejecimiento están determinadas por la aparición de una serie de limitaciones que se irán agudizando con el paso del tiempo, especialmente en los últimos años de la vida, pero también enfatizan el hecho de que estas vivencias generan la aparición de unos potenciales distintivos propios y diferentes a otras etapas vitales (experiencia, madurez vital y serenidad de juicio o perspectiva histórica, personal y social). Estas potencialidades pueden compensar las carencias de la edad y, garantizando unos mínimos de capacidad funcional y de nivel socioeconómico, pueden hacer que la vejez sea una etapa positiva en el desarrollo personal y social.

La definición del envejecimiento desde el enfoque de la '*etapa vital*', se basa en identificar los cambios que el paso de los años produce en la personalidad y en el status y rol social de las personas, aspectos que tanto la psicología como la sociología han tratado de analizar. Ambas disciplinas parten de la premisa de que todo lo que se observa o describe cambiará de alguna forma con el tiempo, la experiencia y la exposición al medio ambiente, y consideran que el envejecimiento se puede definir como la *transformación del organismo humano tras la edad de la madurez física, que se acompaña de una permanente transformación del aspecto, la conducta, la experiencia y los*

roles sociales (Birren, 1988). Esta nueva etapa vital, se caracteriza también por la falta de uso de las habilidades adquiridas anteriormente y por la pérdida de recursos internos y externos, lo que conlleva a su vez, la reducción de la capacidad de adaptación y la reducción progresiva de las probabilidades de supervivencia.

▪ TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO

A lo largo de la historia, los humanos siempre han tratado de explicar las causas y mecanismos que originan el fenómeno del envejecimiento, pero aún hoy en día éste es un hecho inexplicable²⁴. Resulta evidente que el paso del tiempo conlleva modificaciones en el aspecto y capacidades de nuestro organismo, pero los cambios del cuerpo humano no son exclusivos de las personas mayores, sino que se suceden a lo largo de toda nuestra existencia: se producen de manera evidente y muy rápida en la infancia y la adolescencia con el proceso de crecimiento, y se van ralentizando paulatinamente hasta alcanzar aproximadamente la mitad de la segunda década de la vida, cuando se inicia de un modo más o menos universal un proceso caracterizado por el mantenimiento de la vitalidad primero, y su progresiva pérdida después²⁵. Esta evolución, que se produce de manera casi constante a lo largo de la vida de las personas, constituye lo que denominamos proceso de envejecimiento, por lo que algunos autores afirman que en realidad, y hablando en un sentido

²⁴ Francis Bacon, en el siglo XVI, argumentaba que el envejecimiento podría ser evitado si los procesos de reparación, que se producen en el hombre y en otros animales, pudieran hacerse perfectos y eternos. Los procesos de reparación a los que se refería son la curación de las heridas, la regeneración de tejidos y la capacidad del cuerpo para recuperarse de una enfermedad.

²⁵ Estudios transversales entre grupos de distintas edades (Andres y Tobin, 1977), revelan que la mayor parte de los sistemas orgánicos empieza a perder alrededor de un 1 % de su función cada año, a partir de los 30 años de edad. Datos posteriores realizados mediante estudios longitudinales (Svanborg et al, 1982), mostraron que los cambios podían ser menos intensos y empezar mucho después de los 50 años. Estas circunstancias, actúan deteriorando las condiciones del “*medio interno humano*”, una mezcla de agua y sustancias disueltas que supone el 60% de nuestro peso corporal y en el que se desarrollan todas las reacciones químicas que dan lugar a la vida. La pérdida de la *homeostasis*, entendida ésta como las características adecuadas de este líquido y sustancias, limita la capacidad del organismo para desarrollar adecuadamente las diferentes funciones celulares y metabólicas.

general, empezamos a envejecer prácticamente desde el mismo momento en que nacemos. Por ello estos autores se refieren al envejecimiento como el “*periodo de declinación fisiológica en el proceso de desarrollo del individuo, que culmina con la muerte*” (Rowe, 1987). Ahora bien, la frecuente, aunque no inevitable, aparición de enfermedades y limitaciones en ese periodo de vida, establece la necesidad de diferenciar entre el proceso de evolución fisiológica normal, o ‘*envejecimiento normal*’, y el proceso de envejecimiento que llamamos ‘*patológico*’. Ahí estriba la verdadera complicación en la definición de la vejez, pues así como el envejecimiento patológico se caracteriza por problemas de salud y manifestaciones de carácter psicosocial, ligados de manera exclusiva, o al menos predominante a la vejez, el envejecimiento normal no tiene unos parámetros o descriptores bien definidos.

Pero ¿por qué envejecemos? ¿qué elementos determinan que las células de nuestro organismo empiecen a sufrir fallos, se limite el desarrollo normal de las funciones en los seres vivos y aparezcan mayor número de enfermedades y más graves?, ¿qué fenómenos se producen para que las personas mayores sufran con más frecuencia problemas de marginación o pérdida de estatus social?. Saber cual es el motivo por el que envejecemos, tal vez pueda hacer que el límite de la esperanza de vida actual sea rebasado, o que se pueda llegar a él en unas condiciones de salud cada vez más óptimas²⁶, y hasta podría ser razonable considerar la posibilidad de que la “*mortalidad de todo lo vivo podría tener una causa universal*” (Brookbank, 1990). A estas y a otras cuestiones similares son a las que las Teorías del Envejecimiento tratan de responder. Sin embargo, y a pesar de que los científicos han tratado, histórica y sistemáticamente (desde Aristóteles hasta la actualidad), de discernir las diferentes causas que originan la vejez, lo cierto es que hasta la fecha, las teorías del envejecimiento han acabado perdiéndose, la mayoría de las ocasiones, en teoremas más próximos a la

²⁶ Se sabe que la esperanza de vida es cada vez mayor y, es evidente, que la denominada curva de supervivencia, que representa a los individuos de una población que sobreviven con relación al tiempo, ha ido mejorando paulatinamente con el paso de los años, sobre todo en los países desarrollados. En la actualidad se sospecha que este avance tiene un límite y, en condiciones óptimas, se cifra que la especie humana tiene marcado un techo de duración que rondaría los 115-120 años.

descripción del proceso de envejecer que a la propia explicación del motivo o motivos fundamentales del mismo, y aunque las más de 300 teorías publicadas aportan algo novedoso, muchas sólo son complementarias de las demás, y ninguna explica de manera concluyente cómo envejecemos²⁷. De hecho, conforme avanzan las investigaciones sobre el tema, lo único que se constata es la disparidad de planteamientos y la escasa comunicación existente entre los diferentes ámbitos de la investigación (Birren y Bengtson, 1988). La consecuencia más directa de esta falta de interdisciplinariedad, es la ausencia de una forma común para designar o clasificar fenómenos similares en los diferentes estudios, lo que muchas veces dificulta la identificación y comprensión de las mismas ideas.

Aunque parece que la biogerontología ha adquirido en los últimos años un relevante papel, y el conocimiento del fenómeno del envejecimiento ha experimentado un gran avance bajo sus investigaciones, cada vez se hace más patente el reconocimiento de que el envejecimiento no constituye solamente un proceso físico y material del organismo, sino un fenómeno más complejo en el que también intervienen variables psíquicas y sociales, y cuya explicación sólo puede hallarse mediante un enfoque multifactorial, lo que ha provocado que las teorías de carácter psicosocial hayan cobrado también una gran importancia en la actualidad.

▪ *TEORÍAS BIOLÓGICAS DEL ENVEJECIMIENTO*

Desde el punto de vista biológico, las teorías que establecen los mecanismos que causan el envejecimiento tratan de explicar cómo se producen los cambios fisiológicos y las repercusiones funcionales que sufren los tejidos, aparatos y sistemas de las personas.

La dilatada experiencia médica en la atención a la ancianidad y el

²⁷ Todas coinciden en que durante el proceso de decadencia fisiológica que lleva a la muerte, se produce la disminución de la función celular, la lesión celular y, finalmente, la muerte celular, pero la causa de todo ello es todavía la verdadera incógnita. Probablemente no exista una única causa, sino que más bien obedezca a una combinación de diferentes procesos que interactúan de manera integrada.

amplio desarrollo de la investigación biológica, han originado una gran variedad de teorías de carácter biológico. No es nuestra intención hacer una descripción de las mismas, por lo que sólo haremos referencia a las principales orientaciones, diferenciando entre “*teorías externas*”, basadas en la acción de factores externos al individuo (nutrición, virus, radiaciones, contaminantes...), y “*teorías internas*”, basadas en la acción de factores internos del organismo (teorías neuroendocrinológicas, inmunológicas y metabólicas).

Las Teorías Externas justifican el envejecimiento a través de la identificación de los factores medioambientales que limitan la capacidad del organismo para sobrevivir ante las agresiones externas, ya tengan estos factores un carácter voluntario —como el estilo de vida, nutrición o consumo de sustancias—, o involuntario —como la exposición a los contaminantes del aire, radiaciones, virus, alimentos, agua u otras sustancias—. La acción de estas ‘*agresiones*’ determina la lesión de las células, lo que provoca a su vez el deterioro de los órganos y funciones característico de las personas envejecidas.

Las Teorías Internas son mucho más variadas, y hacen referencia a las diferentes circunstancias que limitan la capacidad reproductora de las células o que activan los procesos de destrucción de los tejidos²⁸. Por lo general, las Teorías Internas justifican los procesos de envejecimiento en el deterioro de los sistemas inmunológico, neurológico y endocrino, ya que al ser estos sistemas los principales controladores de la actividad corporal, la progresiva reducción de su actividad que se produce con el transcurso de los años, alteraría las funciones metabólicas, inmunológicas, reproductoras y de adaptación, tan necesarias para la conservación y supervivencia del individuo.

²⁸ En 1961, Hayflick demostró, mediante un cultivo en laboratorio de células humanas normales, que éstas tenían una capacidad mitótica (de replicación) máxima, superada la cual se destruían. También comprobó que la capacidad de duplicación de las células dependía de la edad del donante, siendo máxima en el embrión de 40 a 60 duplicaciones y disminuyendo conforme la edad avanzaba, lo que justificaría el deterioro celular que aparece con el paso de los años. Posteriores investigaciones en esta línea, han revelado la existencia de los ‘*telómeros*’, elementos presentes en los cromosomas que permiten la transcripción exacta del ADN y que se acortan cada vez que una célula activa su proceso de replicación. Precisamente este acortamiento provoca que, superado cierto número de divisiones a lo largo de la vida, el proceso de transcripción sea erróneo o fracase. A esta capacidad de replicación limitada se conoce como límite de Hayflick.

El envejecimiento, según estas teorías, es la consecuencia de la interrupción o deterioro de los procesos que regulan el equilibrio con el medio (la *homeostasis*), manifestándose a través de una ralentización o falta de equilibrio de las neuronas y hormonas reguladoras, con las consiguientes alteraciones en las funciones controladas por éstas. Como prueba de estas teorías, se indica la disminución de la capacidad reproductora, de fuerza y capacidad de recuperación de los sistemas muscular, respiratorio, excretor, etc²⁹. De entre todas las teorías que ha generado el estudio e investigación del deterioro de estos mecanismos internos, las tres más importantes son la Inmunológica, la Metabólica y la de los Radicales Libres de Oxígeno.

- La **Teoría Inmunológica** de Walford, Weindruch, Gottesman y Tam (1981), justifica el envejecimiento por la disminución de los mecanismos de defensa del organismo. Se sabe que el sistema inmunitario tiene menor capacidad para enfrentarse a organismos extraños a medida que el cuerpo envejece y que muchos de los problemas de salud que afectan a las personas mayores pueden tener su explicación en la disfunción del sistema inmunitario, como sucede con el cáncer, la demencia senil y algunos trastornos vasculares. La alteración de la capacidad para enfrentarse a organismos extraños, y el incremento en los errores de identificación por parte del sistema inmunitario, reducen la capacidad de respuesta, aumentan la susceptibilidad a las enfermedades y aceleran el proceso de la muerte.
- La **Teoría Metabólica** sugiere que la existencia y acumulación progresiva de productos de deshecho, que se producen en el organismo como consecuencia de la actividad celular para el mantenimiento de la vida, interfieren con el funcionamiento celular

²⁹ Algunos investigadores indican que los cambios documentados relacionados con la edad en respuesta a las hormonas pueden deberse más a cambios en los receptores hormonales que en la actividad del propio sistema endocrino. La aceptación de la teoría del control neuroendocrino es tan esquiva como la de la teoría autoinmunitaria (que se expone a continuación). Como sucede con muchos acontecimientos científicamente relacionados, es difícil saber cuál puede estar generando el otro o si puede haber otros factores que los genera a ambos. Así, más que justificar las causas del envejecimiento, los cambios del organismo atribuidos al proceso descrito por alguna de estas teorías pueden simplemente reflejar lo que les está sucediendo a los sistemas del organismo debido al proceso del envejecimiento.

normal³⁰, y son la causa del envejecimiento.

- La **Teoría de los Radicales Libres de Oxígeno** sugiere que el acúmulo de estas sustancias en el ADN dificulta el normal funcionamiento de las células. El daño producido por los radicales libres de oxígeno es acumulativo y aumenta sus efectos en ausencia de agentes que contrarresten sus efectos destructivos (agentes antioxidantes).

Otra forma habitual de explicar el proceso biológico del envejecimiento, se establece al diferenciar las causas del mismo entre circunstancias de origen genético³¹ y no genético. El Cuadro 2.2 sintetiza las diferentes teorías que esta forma de organización ha generado.

³⁰ Con el paso del tiempo, se van acumulando distintos productos de desecho en todas las células, aunque especialmente en las neuronas y las células del músculo cardíaco, acumulación que acabará por afectar al normal desarrollo de las funciones celulares. Una sustancia muy conocida, por ser la más frecuentemente implicada en este proceso, es la lipofuscina. Este pigmento de color marrón, se acumula en las células como resultado de la descomposición y absorción de los glóbulos sanguíneos dañados, circunstancia que se produce con frecuencia en el músculo cardíaco y en los músculos lisos (vasos sanguíneos y vísceras digestivas e intestinales). A esta sustancia se le conoce actualmente como el “*pigmento del envejecimiento*”.

³¹ En general, las teorías genéticas del envejecimiento atribuyen a la acción de los genes (*gerontogenes*) el protagonismo del proceso progresivo de la senescencia, entendiendo que este se trata de un fenómeno programado y predeterminado. Hay muchos aspectos que vienen a apoyar la importancia genética en el proceso de envejecer. Se conocen características, genéticamente determinadas, que se asocian con la duración de la vida, como las enfermedades genéticas que provocan un envejecimiento precoz, como el Síndrome de Warner, la Progenia y el Síndrome de Down, los estudios de longevidad entre padres e hijos, hermanos y hermanos gemelos, o el hecho de que, en la mayoría de especies, las hembras vivan más.

Todas estas teorías se exponen a partir de estudios en los que se producían mutaciones que generaban un aumento de la longevidad, pero dado que estas mutaciones provocadas, lo que permitían era que las células aumentasen su capacidad de protección contra agentes oxidantes (de acción ambiental), se abre una importante línea crítica sobre si la causa del envejecimiento es realmente ‘la acción del gen’, o la ‘acción ambiental sobre la acción del gen’.

CUADRO 2.2: TEORÍAS BIOLÓGICAS DEL ENVEJECIMIENTO

TEORÍAS GENÉTICAS	TEORÍAS NO GENÉTICAS
Teorías del envejecimiento molecular <ul style="list-style-type: none"> • Error y fidelidad • Mutación somática • Glucación 	<ul style="list-style-type: none"> • Efectos de la temperatura • Privación de nutrientes • Lipofucsina
Teorías del envejecimiento celular <ul style="list-style-type: none"> • Envejecimiento celular programado • Marcapasos del envejecimiento 	
Teorías de los sistemas orgánicos <ul style="list-style-type: none"> • Autoinmunidad • Control neuroendocrino 	

Fuente: Elaboración propia

▪ **TEORÍAS SOCIOLOGICAS DEL ENVEJECIMIENTO**

Las ciencias sociales, al igual que las biológicas, consideran la vejez como un período de decadencia. La manifestación de que *“la vejez es el estado de una persona que, por razón de su crecimiento en edad, sufre una decadencia biológica y un receso de su participación social”* (Laforest, 1991: p: 39) así parece confirmarlo³². Pero, ¿cómo explican las ciencias sociales esa decadencia que las ciencias biológicas atribuyen al deterioro de las funciones celulares o a la acción de determinados factores o sustancias sobre éstas?

Según Comfort (1977), el 75% de los cambios relacionados con la edad pueden ser atribuidos al envejecimiento social y son producto de nuestras creencias, prejuicios y conceptos sobre la vejez. Con frecuencia, la vejez es conceptualizada como un distanciamiento en relación a lo que se considera la norma social, mientras que los estereotipos sobre la vejez acaban por simplificar algo que es complejo y a menudo confuso. Esta circunstancia ha generado una corriente de pensamiento muy difundida en la sociedad

³² Ante esta visión negativa del envejecimiento, surge otra manera de conceputar la vejez desde la influencia de la psicología humanista-existencial: la perspectiva del *desarrollo y ciclo de vida*, en el sentido de que todo ser humano tiende a desarrollar sus capacidades para favorecer su conservación y enriquecimiento. Es así, como Laforest, en una posición dialéctica, explica que “el envejecimiento representa una situación de crisis entre la aspiración natural al crecimiento y las pérdidas que se presentan con la edad”. Esta visión positiva del envejecimiento permite que los profesionales de la salud comprendan mejor a sus pacientes ancianos y orienten sus cuidados con el objetivo de favorecer la autonomía del sujeto que envejece, potenciando sus capacidades de adaptación y desarrollo.

contemporánea denominada “*ageism*” (Butler, 1973), que en castellano se tradujo como “*viejismo*” (Salvareza, 1988)³³ e incluso como ‘*edadismo*’. Con este término se alude al conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones aplicados a las personas mayores en relación a su edad, lo que en cierto modo es comparable al racismo, el sexismo o la discriminación religiosa. El *viejismo* se aprende desde joven, y al contrario que en esos otros casos, no se relaciona con el medio en el que ha nacido el individuo, sino que la condición que provoca la discriminación se va adquiriendo con el proceso de socialización. Esta perspectiva dio lugar a la teoría denominada por Rose (1962) *Del Grupo Minoritario*, basada en la premisa de que los ancianos, al ponerse de manifiesto a modo de ‘*estigmas*’, las características visibles del envejecimiento biológico, están más expuestos a sufrir una discriminación como la que afecta a otros grupos minoritarios. Lo paradójico de esta circunstancia, es que uno formará parte algún día del grupo discriminado, por lo que puede afirmarse que ‘*todos seremos víctimas de nuestros propios prejuicios*’ (Krassoievitch, 1993: p: 27-28).

También resulta evidente que el envejecimiento modifica las pautas de comportamiento. Las teorías que pretenden explicar el envejecimiento psicológico de las personas, analizan fundamentalmente los cambios que el tiempo produce en la conducta, personalidad y carácter³⁴. Sin embargo, estrechamente relacionados con esos cambios de comportamiento (y biológicos), se encuentran también los cambios sociológicos, y dado que estos influyen en las características personales de los mayores, el enfoque

³³ Este mismo autor diferencia el “*viejismo*” de la “*gerontofobia*”, refiriéndose a ésta como una conducta menos frecuente y caracterizada por el temor u odio irracional a las personas viejas.

³⁴ Las teorías sobre la personalidad en la ancianidad se dividen entre las que contemplan el desarrollo dividido en etapas y las que lo consideran un proceso. Las teorías de las etapas (Erikson, 1963), explican el desarrollo humano desde la infancia como la búsqueda de identidad e integridad personal. La integridad del yo supone la aceptación de la vida con sus aspectos positivos y negativos. Si existe integridad, el individuo alcanza el fin de su vida con un sentido de realización personal, mientras que la desesperación supone el rechazo de lo que ha sido la vida y darse cuenta de que no queda tiempo para enmendarlo. Más que de una teoría, de difícil prueba empírica por la dificultad de medición de los conceptos, se trata de un esquema útil para aplicarlo a diferentes sujetos según su relatos personales. Las teorías del proceso (Atchley, 1985: 100) consideran el proceso vital, incluida la ancianidad, como un desarrollo dialéctico originado por ideas y acciones contradictorias a las que constantemente se exponen los humanos en un medio ambiente cambiante. Bajo esta perspectiva, la tarea del desarrollo humano y personal no se completa nunca y cuando parece que el sujeto está más cerca de alcanzar el objetivo, se le plantean nuevas exigencias contradictorias. La ventaja de esta teoría consiste en reconocer el dinamismo entre el medio ambiente y las reacciones del sujeto frente al mismo.

psicosocial en el análisis del envejecimiento, busca integrar ambos enfoques en una mirada más global, centrandó la atención en cómo los ancianos logran adaptarse a las condiciones que les ofrece la sociedad, la forma en que buscan respuesta a los problemas que se les presentan y cómo asumen las pérdidas y frustraciones que estos les generan (Barros, 1994: p.57-73), lo que hace que la formulación de teorías del envejecimiento desde esta perspectiva, sea tan compleja o más que la biológica³⁵.

A diferencia de las teorías de corte biolögista, el análisis del proceso de envejecimiento desde la perspectiva psicosocial, más que tratar de explicar la causa del mismo, pretende identificar la manera en que los factores ambientales y la personalidad del anciano producen cambios sobre su estilo de vida. Su principal dificultad se relaciona por tanto con la complejidad para definir, delimitar y comprender las características que afectan al ciclo vital de los mayores en una sociedad cambiante, sin límites precisos entre la cronología de cada uno de los diferentes procesos que se producen en la etapa de la vejez, y con importantes diferencias en las circunstancias individuales que afectan al trabajo, la familia o la misma sociedad. La propia condición ‘móvil’ del significado de tercera edad, ha provocado una variada cantidad de teorías que han ido evolucionando y adaptándose a los progresivos cambios sociales.

Dada esta complejidad, existen dos perspectivas de interpretación para el proceso de envejecimiento: 1) el abordaje sociológico, cuya unidad de análisis es la sociedad, centrandó la atención en el estudio de las características de ésta y de las condiciones de vida de las personas mayores, y 2), la consideración del individuo como unidad de análisis, con un enfoque de tipo psicológico, que estudia la manera en que el individuo enfrenta su propio

³⁵ Hasta prácticamente los años 50, la totalidad de teorías que trataban de analizar y explicar los procesos por los cuales las personas envejecían, se llevaba a cabo mediante enfoques biológicos, sin embargo, desde mitad del siglo XX, la concienciación sobre el envejecimiento psicológico y la constatación de la influencia de los cambios sociales sobre la forma y perspectivas del envejecimiento de las personas, provoca que la vejez, desde el punto de vista sociológico, empiece a ser analizada fundamentalmente desde dos perspectivas: por un lado la perspectiva crítica, que enfoca a la vejez como escenario de constante construcción social, es decir, cómo la define la sociedad y cómo se organiza y cambia en función de ella; y por otro lado, la lectura que en torno al envejecimiento puede hacerse de las condiciones de vida de las personas mayores y de su adaptación, a la vez que se plantean acciones para mejorarlas.

envejecimiento dentro del contexto social que lo condiciona.

▪ **TEORÍA DE LA MODERNIZACIÓN**

Inicialmente, las teorías sociológicas para la interpretación del fenómeno del envejecimiento, se limitaban a interpretar las interacciones de los ancianos y la sociedad desde el análisis de variables relacionadas con el aislamiento, la jubilación, los ingresos, las pensiones o las actividades sociales. Estos conceptos, a pesar de reflejar adecuadamente muchos de los aspectos más frecuentes de la vida de las personas mayores, no permitían completar la visión de las diferentes manifestaciones de los ancianos en las sociedades actuales. Con la actual integración de la mirada sociológica y antropológica, se han ido definiendo teorías que presentan nuevas formas de explicar los fenómenos y problemas sociales asociados al envejecimiento³⁶. De entre todas ellas, resulta especialmente trascendente la “*Teoría de la Modernización*”, que sirvió como referente para el desarrollo de otras teorías más modernas, como las de la Actividad, Desvinculación y Continuidad.

La Teoría de la Modernización sugiere que el estatus de los mayores es inversamente proporcional al grado de industrialización de una sociedad, y describe la situación actual de los viejos en las sociedades industrializadas, relegados socialmente, mientras que en las sociedades tradicionales gozaban de una posición y un reconocimiento elevados por su experiencia y sabiduría.

Los motivos de esta ‘*marginación*’ habría que buscarlos, según esta teoría, en las innovaciones tecnológicas, el desarrollo industrial y los nuevos valores educativos y sociales de la sociedad moderna, que han ido despojando a los ancianos de su estatus anterior, a la vez que el aumento de la esperanza de vida ha incrementado la carga social vinculada al aumento del número de

³⁶ Según Gognalons-Nicolet (1994: p. 11-36), las perspectivas teóricas de las ciencias sociales y humanas sobre el envejecimiento han ido evolucionando desde los años cincuenta según tres periodos: 1ª generación (Teorías *adaptativas*), relacionadas con la capacidad de interacción del individuo a su medio social, que incluyen las teorías de: la desvinculación, la actividad y la de subcultura específica; 2ª generación (Teorías *estructurales*), que analizan los componentes estructurales (el impacto de la organización social sobre el envejecimiento) y su influencia en las diferentes cohortes de las personas que envejecen y esta representada principalmente por la *teoría de la modernización*, y 3ª generación (Teorías de “*economía moral*”), que aglutinan los enfoques más individuales con los estructurales. Incluye las teorías *del desarrollo* y *del ciclo de vida*, y las relacionadas con el rol del Estado y las políticas de la vejez.

adultos mayores y de sus necesidades sociales y de salud. Desde el punto de vista económico, la Teoría de la Modernización destaca también la descalificación que sufren los viejos en el ámbito laboral, pues la alta competitividad y la necesidad de una mejor formación y actualización constante en tecnologías de vanguardia que generan las nuevas exigencias sociales, vuelve ‘*obsoletas*’ a las personas mayores y genera luchas intergeneracionales por conseguir los empleos.

Directamente derivadas de este argumento teórico, derivan tres nuevos planteamientos agrupados bajo el epígrafe de teorías de la “*Socialización*”: *Teoría de la Actividad* (Havighurst y Albrecht, 1953); *Teoría de la Desvinculación* (Cummins y Henry, 1961); y *Teoría de la Continuidad* (Atchley, 1971). La perspectiva común de las tres teorías, se basa en la idea de que la persona que envejece está expuesta a sufrir y a acumular una serie de pérdidas (sensoriales, motoras, sociales, etc.) que reducen su autonomía y disminuyen su competencia, convirtiéndolo en una persona socialmente envejecida. El Cuadro 2.3 recoge una relación de las diferentes pérdidas de carácter social y psicológico que las personas experimentan al envejecer, así como también los problemas asociados a esas pérdidas, y que caracterizan las manifestaciones del envejecimiento según las teorías de la socialización.

CUADRO 2.3: PRINCIPALES PÉRDIDAS QUE LAS PERSONAS EXPERIMENTAN AL ENVEJECER Y PROBLEMAS ASOCIADOS A ESAS PÉRDIDAS

PÉRDIDAS SOCIALES	PÉRDIDAS PSICOLÓGICAS
Asociadas a sucesos secuenciales y progresivos, a través del ciclo vital, de tipo familiar, laboral y social. Pérdidas del status Pérdida de amigos contemporáneos o cónyuge por muerte. Pérdida de ingresos económicos y posesiones. Pérdida de roles (amigo, compañero, rol laboral, etc.) Pérdida, disminución o cambio en el estilo de vida.	Consecuencia conductuales del efecto sumativo de todas las pérdidas Pérdida o disminución en la autoestima y autosuficiencia. Pérdida o cambio en el continuo independencia-interdependencia-dependencia. Pérdida en la sensación de bienestar con uno mismo. Pérdida o disminución en el manejo de la toma de decisiones o control sobre su vida. Pérdida o disminución en la capacidad mental
PROBLEMAS	PROBLEMAS
<ul style="list-style-type: none"> ○ Soledad ○ Aislamiento ○ Depresión ○ Limitaciones económicas ○ Frustración ○ Sensación de malestar 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Depresión ○ Comportamientos autodestructivos ○ Reacciones paranoicas ○ Cuadros hipocondríacos ○ Síndromes orgánicos cerebrales ○ Insomnio y Ansiedad

Fuente: Elaboración propia

▪ **TEORÍA DE LA ACTIVIDAD**

Es la teoría más antigua de las tres y se desarrolla en base a la importancia que, en los años 50, atribuían las ciencias psicosociales a los roles del individuo (profesión, figura paterna/materna...), como responsables de la articulación entre lo psicológico y lo social.

Esta teoría sugiere que la vejez se produce como consecuencia de la pérdida de los roles sociales, y que lo más importante para evitar el envejecimiento es estar socialmente involucrado, independientemente del tipo de roles y actividades sociales que se desempeñe. Las versiones más actuales de esta teoría (Lemon, Bengston y Peterson: 1972), enfatizan que las actividades sociales pueden actuar como *'amortiguadoras'* del trauma que supone la pérdida de otros roles más importantes, permitiendo la reconstrucción de la propia imagen del individuo que envejece, y que se ha deteriorado por las pérdidas que se han ido produciendo.

Además de la evidencia de que la actividad social no es necesaria ni suficiente para garantizar un buen nivel de satisfacción con la vida, la principal crítica que se hace a esta teoría es que parece más una teoría sobre la etapa de la jubilación que una teoría propia del envejecimiento. Por otra parte, la *'exigencia'* del mantenimiento de las actividades, como alternativa para ralentizar o atrasar el proceso de envejecer, resulta extremadamente difícil de llevar a cabo y justificar entre las personas con problemas de salud o de mayor edad³⁷.

³⁷ En 1972, Lemon y colaboradores introducen una nueva variable intermedia que subraya más el aspecto cualitativo, refiriendo que lo que es más importante para el sujeto son las actividades sociales que tienen sentido para él, y no la actividad por sí misma, y así: "tener diferentes roles sociales o interpersonales se relaciona de manera significativa con un nivel elevado de adaptación o de satisfacción de vida, en la edad avanzada" (Cariou, 1995: p. 42). Igualmente, se debe valorar el hecho de que, si el concepto de "rol" se define como el cargo o función que uno desempeña en alguna situación o en la vida, no siempre el verse privado de una actividad significaría una frustración, sino que hay numerosos ejemplos en los que el sujeto 'florece' cuando es liberado de papeles anteriores, y obtiene mayor disponibilidad de su tiempo.

▪ TEORÍA DE LA DESVINCULACIÓN

La Teoría de la Desvinculación (Cumming y Henry, 1961), también llamada del *'desapego'*, surge en los años sesenta como reacción a la Teoría de la Actividad. La desvinculación, que estructura de una manera comprensiva la posición de los mayores en la sociedad, se describe como un *"proceso inevitable, en el que muchas de las relaciones entre una persona y otros miembros de la sociedad se rompen y se altera la calidad de las que se mantienen"* (Cumming y Henry, 1961: p.14) por lo que *"...el envejecimiento normal se acompaña de un distanciamiento o 'desvinculación' recíproco entre las personas que envejecen y los miembros del sistema social al que pertenecen, desvinculación provocada ya sea por el mismo interesado, o por los otros miembros de este sistema"* (Cumming, 1963, p.393).

Esta perspectiva plantea una especie de *'complicidad'* entre lo biológico y lo social, que desde el punto de vista del funcionalismo estructural satisface a ambas partes (anciano y sociedad), ya que para el anciano supone una liberación de las presiones sociales, mientras que a la sociedad le garantiza una transición ordenada de las personas más jóvenes a los puestos de poder, evitando además que la desaparición natural de un individuo tenga repercusiones en el sistema.

▪ TEORÍA DE LA CONTINUIDAD

La Teoría de la Continuidad (Atchley, 1971), a diferencia de las dos anteriores, sugiere que no hay una ruptura radical o una transición brusca entre la edad adulta y la etapa de la tercera edad marcada por la aparición de *'pérdidas'*, sino que tan sólo se trata de *"cambios progresivos, menores, u ocasionales, que permiten mantener una continuidad y estabilidad entre las dos etapas"* (Lefrançois, 1997: p.47-57). Esta teoría plantea que los hábitos, compromisos, preferencias y disposiciones que forman parte de la personalidad de un individuo, tienden a mantenerse a pesar del envejecimiento, y justifica la disminución en la realización de las distintas actividades en función de la pérdida de salud o por las minusvalías adquiridas,

y no por una necesidad de '*desvincularse*' sentida por las personas mayores.

La teoría de la continuidad se basa en dos postulados básicos: 1) el paso a la vejez es una prolongación de experiencias, proyectos y hábitos de vida del pasado (y prácticamente la personalidad así como el sistema de valores permanecen intactos) y 2) al envejecer, los individuos aprenden a utilizar diversas estrategias de adaptación que les ayudan a reaccionar eficazmente ante los sufrimientos y las dificultades de la vida.

Atchley (1989) define la continuidad como la "*coherencia o la consistencia de los patrones con el paso del tiempo*" y considera que permite una explicación razonable sobre el proceso de adaptación de las personas a su propio envejecimiento. En ese sentido, resulta muy interesante la insistencia que hace esta teoría, al recordar que de la infancia a la vejez, es siempre '*el mismo individuo*' el que evoluciona y se adapta, con la persistencia del yo adulto '*reacomodado*' a una nueva etapa biológica y social. No obstante, la principal crítica que se le ha formulado, se plantea sobre el sentido otorgado al concepto de continuidad como sinónimo de '*estabilidad*', pues bajo ese planteamiento, la continuidad, como única respuesta posible a la madurez, no podría justificar los cambios que inevitablemente se presentan con la edad.

Para Héту (citado por Cariou, 1995: p.55-56) esta teoría se resume en siete premisas:

1. Desde el punto de vista psicológico, los seres humanos evolucionan de manera diferente.
2. El individuo, desde su nacimiento a su muerte, constituye una sola entidad coherente, por lo que en un momento dado, cualquier estado depende en gran parte de lo que era anteriormente.
3. A lo largo de su evolución, el individuo va integrando su experiencia e imagen propia en lo que se conoce como "*autoconcepto*" y personalidad, lo que determinará sus respuestas a las nuevas situaciones.
4. En función de su coherencia y funcionamiento interno, cada individuo tiende a producir su propio ambiente. Éste se convierte en el factor

externo que favorece la continuidad del estilo de vida que ha ido creando.

5. Aplicado al envejecimiento, lo anterior implica que el estilo de personalidad establecido en la edad adulta es el mejor predictor del estilo de funcionamiento del sujeto cuando envejezca.
6. El envejecimiento no hace más que acentuar las principales líneas de fuerza que constituyen la armadura de su personalidad. El individuo que envejece se puede transformar de manera más ostensible en lo que siempre ha sido.
7. Aunque estable, la personalidad sigue evolucionando durante toda la vida para integrar las experiencias que se le van presentando, en un proceso continuo de adaptación hasta el final de la vida.

El siguiente cuadro (Cuadro 2.4) recoge, a modo de resumen, las características más representativas de las tres teorías expuestas, de la Actividad, Desvinculación y Continuidad, así como los elementos en que se basan sus aspectos más criticados.

CUADRO 2.4: CARACTERÍSTICAS DE LAS TEORÍAS DE LA ACTIVIDAD, DESVINCULACIÓN Y CONTINUIDAD.

TEORÍA	ASPECTOS POSITIVOS	CRÍTICA
<p style="text-align: center;">TEORÍA DE LA ACTIVIDAD (Havighurst y Albrecht, 1953)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sentimiento de bienestar: sentirse útil - Protección contra el aburrimiento, soledad, enfermedad Las interacciones sociales contribuyen a mejorar la imagen de uno mismo. - Ideal para los grupos en la edad de la jubilación. Las actividades sociales juegan un rol “amortiguador” para atenuar la pérdida de roles más importantes 	<ul style="list-style-type: none"> - No siempre hay una asociación causal entre realizar una actividad y satisfacción de vida (Fry 1992) - Demasiado idealista. No aborda la necesidad de prepararse a las pruebas de la vejez - La necesidad de “mantener la actividad” para evitar el envejecimiento, no es aplicable a todas las personas, sobre todo a las económicamente menos favorecidas y a las de mayor edad.

<p align="center">TEORÍA DE LA DESVINCULACIÓN (Cummings y Henry, 1961)</p>	<p>Asegura el funcionamiento óptimo de la sociedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Representa una forma ordenada de transición del poder. - Permite a los individuos adaptarse más adecuadamente a sus pérdidas. - Protege al individuo contra situaciones de estrés. 	<ul style="list-style-type: none"> - Muchos sujetos continúan siendo activos y ejercen eficazmente sus funciones sociales - Subestima la necesidad de contacto e interacciones sociales - La desvinculación no tiene por qué ser una opción definitiva e irreversible.
<p align="center">TEORÍA DE LA CONTINUIDAD (Atchley, 1971)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Rescata el sentido de identidad del individuo a lo largo de su vida. - Preparación a la vejez: Establece predictores para los diferentes tipos de envejecimiento cuya utilidad sería el tomar conciencia de ellos desde etapas tempranas de la vida. <p>Destaca la necesidad de aprender a utilizar las diferentes estrategias de adaptación que ayuden a reaccionar eficazmente ante los sufrimientos y pruebas de la vida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultad para conciliar la idea del desarrollo de la persona con la de continuidad en el sentido de estabilidad. - Se le da mayor importancia a la continuidad “interna” y se le resta importancia al ambiente familiar, contactos sociales e interacción con personas significativas (continuidad “externa”) <p>El sentido de “cristalización” de la personalidad en la edad madura, no da lugar a situaciones en donde se producen reorientaciones radicales de la existencia.</p>

NOTA: En este cuadro solamente se incluyen las 3 teorías “de la Socialización”, derivadas del planteamiento teórico de la Teoría de la Modernización.

Fuente: Elaboración propia

CAPÍTULO 3: SER RESIDENTE EN UNA RESIDENCIA DE 3ª EDAD

La progresiva ampliación de la expectativa de vida en los países desarrollados, con una pervivencia de las personas mayores hasta edades que hace poco tiempo eran consideradas impensables para el conjunto de la población, esta convirtiendo la atención a los problemas del envejecimiento, en una exigencia cada vez más importante de nuestra sociedad. Paralelamente, hemos asistido a la creación y consolidación de diferentes instituciones destinadas a la atención de la vejez, siendo uno de los pilares básicos para esta atención las Residencias de Tercera Edad o Centros Residenciales para Mayores (Residencias o RTE en adelante).

Las Residencias públicas, son recursos pertenecientes al sistema de protección de los Servicios Sociales, que representan en la actualidad los alojamientos colectivos más comúnmente utilizados por los ancianos que padecen alguna limitación que dificulta o impide el mantenimiento de una vida de calidad en su domicilio (IMSERSO, 2000). La Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999 (EDDES, 1999), cifraba en 3.528.221 el número total de españoles con alguna discapacidad, o con limitaciones que podían llegar a causar discapacidades, lo que representa a casi un 9% de la población y matizaba que de ellos, 1.125.190 eran personas dependientes (EDDES, 1999, proyección 2005). La mayor parte de esta población dependiente son personas mayores de 65 años. De hecho, la cada vez más importante bolsa de población mayor dependiente, es una de las características demográficas más significativas de las sociedades avanzadas, pues a la pérdida de salud se suma la reducción de la capacidad para realizar las actividades cotidianas³⁸ y para desarrollar una vida independiente,

³⁸ Resulta importante definir el concepto de actividades básicas de la vida diaria, así como diferenciar éstas, de las llamadas actividades instrumentales de la vida diaria. **Actividades básicas de la vida diaria** (ABVD), son aquellas actividades imprescindibles para poder subsistir de forma independiente. Entre ellas se incluyen las actividades de autocuidado (asearse, vestirse y desnudarse, poder ir solo al servicio, poder quedarse solo durante la noche, comer...) y de funcionamiento básico físico (desplazarse dentro del hogar) y mental (reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar instrucciones y/o tareas sencillas). Por su parte, **Actividades instrumentales de la vida diaria** (AIVD), son actividades más complejas que las ABVD, y su realización requiere de un mayor nivel de autonomía personal. Se asocian a tareas que implican la capacidad de tomar decisiones y comportan interacciones más difíciles con el medio. En esta categoría se incluyen tareas domésticas, de movilidad, de administración del hogar y de la propiedad, como poder utilizar el teléfono, acordarse de tomar la medicación, cortarse las uñas de los

precisando la ayuda de una ‘tercera persona’ para poder desenvolverse en la vida.

En España, la regulación de la protección social a las personas dependientes es un proceso relativamente reciente. Iniciativas como la *Ley de Integración Social de las Personas con Minusvalía* (LISMI) de 1982; la *Ley General de Sanidad*, de 1986; el *Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales* en 1988; la generalización del sistema de pensiones, mediante la *Ley de Prestaciones no Contributivas* de 1990; y la puesta en marcha del *Plan Gerontológico* en 1992, supusieron hitos de envergadura para la mejora de la protección social y de la cobertura de las necesidades de las personas mayores, en especial de las personas mayores dependientes. En la Comunitat Valenciana, la Orden de 4 de febrero de 2005, de la Conselleria de Bienestar Social, que regula el régimen de autorización y funcionamiento de los Centros de Servicios Sociales Especializados para la Atención de Personas Mayores (CEAM), completó el proceso de implantación y desarrollo de estos recursos, que se había iniciado por la Ley 5, de 25 de junio, en 1997. La última pieza de este entramado la forma la actual Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de *Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*.

Pero a pesar del poco tiempo transcurrido, el avance en las condiciones de atención a los mayores ha sido muy importante. En el Informe GAUR (1975), en el que se analizaba profundamente la situación de los asilos y residencias españolas de la década de los setenta, además de llamar la atención sobre la gran escasez de plazas residenciales (1,46 camas por cada 100 personas mayores de 65 años), se denunciaba que: “ *El hambre, el frío, la falta de higiene, el ambiente cuartelero, la promiscuidad y la incultura, están aún presentes en los alojamientos colectivos para ancianos como subproductos de una situación de miseria, que no sólo proporciona la mayor parte de la clientela, sino que además, se instala en el propio centro.... Sólo*

pies, subir una serie de escalones, coger un autobús, el metro o un taxi, preparar la propia comida, comprar lo que se necesita para vivir, realizar actividades domésticas básicas (fregar los platos, hacer la cama, etc.), poder pasear, ir al médico, hacer papeleos y administrar el propio dinero, entre otras.

las nuevas residencias construidas estos últimos años se separan de esta tétrica imagen” (Informe GAUR, 1975).

Pese a las actuales deficiencias (la disponibilidad de plazas asistidas es todavía inferior al 40% de las necesarias –IMSERSO, 2000–, la oferta residencial en el ámbito estatal es desigual, sólo un tercio de las plazas disponibles pertenecen al sector público, y el índice de cobertura está todavía muy por debajo del de la mayoría de los países europeos (Pacolet,1999), donde disponen entre un 5% y un 7% de plazas residenciales), se debe reconocer la importante mejora en cantidad y en calidad de los recursos disponibles. Muestra de ello, es el significativo aumento en el número de plazas residenciales, como se recoge en la Tabla 3.1, en la que se puede comprobar cómo éstas han aumentado en un 288% en tan solo 25 años, los que van de 1975 a 2000. Aún así, el déficit era tal, que este gran incremento todavía supone una cantidad del todo insuficiente para cubrir las demandas existentes, que por otra parte se han visto incrementadas de forma notoria en los últimos años. De hecho, aún a pesar de que el número de plazas residenciales ha seguido aumentando, la disparidad entre la velocidad del aumento de población anciana y la creación de plazas, ha provocado un descenso en el cómputo total del número de plazas/100 hab.>65 años.

TABLA 3.1: EVOLUCION DEL NÚMERO DE PLAZAS DE RESIDENCIAS DE TERCERA EDAD ENTRE 1975 Y 2000.

AÑO	POBLACION >65 AÑOS	PLAZAS	RATIO
1975	3.757.754	55.000	1.46
1988	4.961.456	106.488	2.15
1994	5.761.767	163.338	2.83
1998	6.196.300	198.352	3.20
2000	6.739.559	213.398	3.17

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE

▪ CONCEPTO DE RESIDENCIA DE TERCERA EDAD

El concepto de Residencia de Tercera Edad aglutina numerosas formas de definición. El Estatuto Básico de Centros del IMSERSO, las define como *“establecimientos destinados a servir de vivienda permanente y común a personas de la tercera edad, en los que se presta una asistencia integral y continuada, a quienes no pueden satisfacer estas necesidades por otros medios”* (IMSERSO, 1985) y Rodríguez las define como un *“centro gerontológico abierto, de desarrollo personal y atención sociosanitaria interprofesional, en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia”* (Rodríguez, 1999).

Las Residencias son pues un recurso social, de alojamiento temporal o permanente, para el desarrollo de la autonomía personal y la atención integral de los mayores en situación de dependencia. A su vez también hay numerosas y diferentes definiciones del concepto de dependencia. El Consejo de Europa la define como *“un estado en que las personas, debido a la pérdida de autonomía física, psicológica o intelectual, necesitan algún tipo de ayuda y asistencia para desarrollar sus actividades diarias, a la vez que también podría estar originada o verse agravada por la ausencia de integración social, relaciones solidarias, entornos accesibles y recursos económicos adecuados para la vida de las personas mayores”* (Oslo, 2000). En base a esta definición, Querejeta (2004) expresa la dependencia como aquella *“situación en la que una persona con discapacidad precise ayuda, técnica o personal, para la realización (o mejorar el rendimiento funcional) de una determinada actividad”*. O como señala la OMS (2004): *“la presencia misma de la dependencia radica en no poder vivir de manera autónoma y necesitar de forma duradera la ayuda de otros para las actividades de la vida cotidiana”*.

En las personas mayores esta situación puede relacionarse con el envejecimiento en sí mismo, o ser la suma de esta circunstancia agravada por la existencia de enfermedades: *“estado en que se encuentran algunas personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la asistencia de otra u otras personas, o*

de ayudas importantes, para realizar actividades básicas de la vida diaria” (Casado, 2001).

El ‘*residente*’ en estos centros, es una persona protegida (según los artículos 14 y 50 de la Constitución Española), como cualquier ciudadano, tanto en sus obligaciones como en sus derechos y por ello la residencia debe garantizar que todo adulto mayor que se integre en la comunidad de residentes, pueda participar de forma activa en el funcionamiento de la misma, ya sea mediante sugerencias personales o por medio de actividades participativas específicas, a través de los mecanismos democráticos regulados para este fin³⁹. Sin embargo, a pesar de estas salvaguardas legales, que pretenden estimular la participación y convivencia en los centros, ésta no siempre se desarrolla de la manera más adecuada.

Entre la gran variedad de recursos asistenciales que se destinan a la atención de las personas mayores en todo el mundo, siempre relacionados con las diferentes características socioculturales de los países donde estos se ubican, las Residencias destacan como elemento vertebrador de la asistencia a los ancianos y son, probablemente, el recurso social para la atención al envejecimiento que más se ha generalizado durante estas últimas décadas. El rapidísimo crecimiento del número de residencias públicas y privadas que acogen a los ancianos en la última etapa de su vida, incluso desde bastante antes de mostrar síntomas definitivos de senilidad, es una de las peculiaridades definitorias de nuestras sociedades actuales, y son muchos los países que se enfrentan al problema de hacer frente a las necesidades de atención que generan las amplias bolsas de población envejecida.

En general, la concepción de los centros para atención permanente de las personas de edad, ha evolucionado desde la percepción como asilo, que prestaba atención paliativa o de recogimiento a personas que por su edad o su salud estaban excluidas de la sociedad o marginadas, hasta una estructura de servicios comunitarios de las que son componentes las Residencias. Aunque en

³⁹ Las residencias públicas de carácter permanente, tienen la opción de elegir democráticamente una Junta de Residentes compuesta por un número determinado de personas que residen en el centro. De entre ellos se nombra a un presidente y un secretario. A las reuniones de la Junta, habitualmente de frecuencia bimensual, acude con voz y sin voto, el Director de la Residencia y el/la trabajador/a social de la administración competente del centro.

algunos centros todavía perviven formas de convivencia y circunstancias que recuerdan a modelos del pasado y que deben mejorar, la institucionalización suele tener actualmente connotaciones muy positivas, sobre todo cuando ésta se plantea como una continuidad, y no como una ruptura en la vida de los ancianos. Como dicen Kaufmann y Frías (1996), las Residencias “*deben crear un ambiente lo más parecido posible al familiar en el que ésta sea identificada como su hogar*”, por lo que, a diferencia de las antiguas organizaciones de caridad y de beneficencia, éstas últimas se plantean y diseñan con la voluntad de evitar la desadaptación y el desarraigo de los ancianos y tratan, como uno de sus objetivos básicos, de ofrecer al conjunto de la población mayor, los apoyos necesarios para mantener o para reorganizar las relaciones con su medio social de procedencia⁴⁰.

En España su concepto también ha cambiado y esta aún hoy en progresivo y positivo cambio, al haberse abandonado la idea clásica de asilo para pobres, de establecimiento benéfico, de caridad o de lugar de acogida para personas sin familia o marginadas. De hecho, la imagen que los mayores tienen de la residencia no es mala y según afirma un estudio sobre satisfacción de la población anciana (Mº. Asuntos Sociales, Informe 2006), ésta constituye el segundo servicio social más apreciado, después de la Ayuda a Domicilio, y evidentemente cuando éste debe abandonarse, pues el deseo de permanecer en la propia casa, sigue siendo la opción más deseada, por encima incluso de la convivencia en casa de los familiares. Precisamente esta forma de convivencia, en el domicilio de los hijos o hijas, es una de las alternativas en que menos confían los ancianos, pues la significativa transformación que está experimentando la institución familiar en la actualidad, no pasa inadvertida para gran parte de las personas mayores. La esperanza de recibir los cuidados necesarios ante un supuesto deterioro de la salud, queda limitada por las obligaciones laborales de los hijos, sobre todo

⁴⁰ Se puede entender que algunos de los planteamientos actuales de las RTE, todavía tienen una marcada tradición asistencial asilar. Salvadas las diferencias en cuanto a recursos, calidad de atención y valoración por parte de las personas, se está volviendo nuevamente a la concepción de las Residencias que se encontraba originariamente en la fundación de los asilos, pues la necesidad de seguir asegurando las funciones asistenciales que cumplió el asilo para las personas desprovistas de apoyos y de redes sociales no puede obviarse. Pocas veces se encuentra explícita esta reflexión en los textos analizados; pero está implícita en los propios baremos que aplican las Administraciones para asignar plazas en las Residencias.

de las hijas, lo que les hace pensar que: “...tal como está la vida hoy no creo que nadie vaya a dejar el trabajo para atender a sus padres, y menos aún si son nueras...” (tomado de las entrevistas del trabajo de campo)⁴¹.

Ciertos estudios como el de Bazo (1991), reflejan cómo los propios mayores institucionalizados suelen acceder a las Residencias con una imagen muy negativa de las mismas, y lo que presuponían como un asilo plagado de ancianos pobres, enfermos y marginados, tiende a cambiar al poco de permanecer allí, de manera que la valoración se torna más positiva, afirmando la mayoría encontrarse a gusto y mostrando actitudes mucho más favorables que las que se tenían previamente. Otros estudios (López, 2000), demuestran como la concepción negativa que suele tenerse de ellas antes del ingreso, se matiza y hasta cambia por una imagen positiva, cuando las personas mayores poseen un conocimiento más directo y real de la vida de los centros, a menudo por tener algún familiar que ya ha sido institucionalizado, o porque conocen a alguien que trabaja en el mismo y le acerca una visión más real y más distanciada del peyorativo mito popular de las Residencias como antecámaras de la muerte⁴².

Sin embargo, entre los investigadores sociales se alzan muchas voces críticas contra las Residencias. Barenys (1993b) opina que las Residencias constituyen “*la formalización de la marginación cultural y social que sufre o que recae sobre la ancianidad en nuestra sociedad*”, y Puijalón y Trincaz (2000), en la línea de los ‘Internados’ que planteó Goffman (1970), se cuestionan si éstas son centros especializados o ‘guettos’, pues según su opinión, “*la concentración de viejos en el seno de las instituciones, es sin ninguna duda una de las fuentes del ageísmo en nuestra sociedad*”⁴³. En esa

⁴¹ A pesar de encontrarnos el marco de teórico, he utilizado esta cita correspondiente al trabajo de campo por su clara representatividad de la opinión generalizada entre los mayores de nuestro país.

⁴² En el pueblo valenciano de Silla (L’Horta Sud), está ubicada la Residencia Pública de Tercera Edad de Silla, nombre oficial del centro según consta en el Catálogo de Centros y Servicios pertenecientes a la Conselleria de Benestar Social de la Generalitat Valenciana. Sin embargo, la Residencia es conocida en el pueblo como ‘Residencia del Buen Morir’, sobrenombre que se le ha puesto en el pueblo en base a la que se supone que es la finalidad del centro. Lo más curioso es que esta denominación está tan arraigada en la población, que la gente se sorprende cuando se entera que realmente ese no es el verdadero nombre del centro.

⁴³ Preferimos utilizar los términos ‘edadismo’ o ‘viejismo’, en vez de ‘ageísmo’, en el sentido que hemos expuesto en el capítulo anterior.

misma línea, otro trabajo de Barenys (1993a, p. 164) refiere que *“todo concurre a que los ancianos que viven reclusos en Residencias (y tanto más cuando su estado de salud intensifica su reclusión, añadimos nosotros) acaben por asumir un estatus de persona disminuida; la interiorización correspondiente se traduce en una representación de un yo degradado”*.

Es cierto que en las Residencias se prestan cuidados sociosanitarios continuados, los cuales se complementan (o al menos se pretende) con una adecuada coordinación entre los profesionales de los servicios sociales y sanitarios de la zona territorial en la que se ubican e insertan (Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud) y que algunas residencias disponen también de Servicios de Estancias Diurnas, de Estancias Temporales y de otros programas de apoyo comunitario que, además de la prestación asistencial al mayor, tienen el objetivo de proporcionar *‘respiro familiar’* y ayudar a la conciliación de la vida social y laboral de aquellas familias que cuidan a sus mayores en el hogar.

Estos centros, están abiertos a la comunidad y disponen de espacios y equipamientos técnicos adaptados, los profesionales necesarios y los programas y actividades que se precisan para el cumplimiento de su finalidad, lo que se garantiza mediante las diferentes normativas que sobre autorización, acreditación y funcionamiento de los centros se han legislado, y que prácticamente han permitido acabar con las instituciones que agrupaban a personas mayores en condiciones de hacinamiento, marginación e insalubridad.

Pero también resulta evidente que, a pesar de que la concepción de las residencias tiene la finalidad básica de fomentar la convivencia social tratando de suplir al domicilio, el evidente deterioro en la salud de la mayor parte de las personas ingresadas, y la escasez en recursos materiales y en formación en materia de gerontología (que no de geriatría) de sus profesionales, hacen que la vida diaria en los centros gire casi sistemáticamente en torno a la actividad de cuidar a las personas ancianas, lo que se convierte en un reto para los profesionales responsables de cubrir la gran diversidad de atenciones que estas personas requieren. La atención

dirigida a los mayores se profesionaliza (asistentes sociales, psicólogos, monitores de ocio, trabajadoras domésticas,...), se restringen y limitan toda clase de objetos y circunstancias personales en pro de la operatividad, se cuantifican y codifican las dependencias y se sacrifican los elementos afectivo-sentimentales en favor de los cuidados asistenciales. Cuidados que además, deben ir adaptándose de manera progresiva a los sucesivos cambios que van produciéndose con el incremento de la edad, lo que provoca que en muchas residencias, en las que la media de edad es cada vez más elevada, los cuidados para la atención de las personas con alto grado de dependencia acaben por convertirse en esenciales, siendo necesaria la implantación de programas de '*cuidados paliativos*'⁴⁴, lo que limita las posibilidades de que los profesionales trabajadores puedan desempeñar otras actividades con el resto de pacientes no terminales, en detrimento de la calidad de vida de estas personas con menores niveles de dependencia física o psíquica. Estos programas consumen una gran parte de la actividad y el esfuerzo diario de los profesionales, dificultan la creación de un entorno que permita la programación y desarrollo de actividades y programas de carácter psicosocial y transforman el entorno residencial en un ambiente más cercano al hospital que al '*domicilio familiar*', con el que se pretende comparar la vida en la residencia.

Con la finalidad de evitar esta '*medicalización*' de la vida en la residencia, las diferentes Comunidades Autónomas han establecido leyes específicas que regulan los objetivos y funciones que deben llevarse a cabo en las mismas. Según un estudio de la Comisión de la Comunidad Europea (2001), las '*funciones*' de las residencias deberían hacer referencia a la misión que se les asigna en el diseño de los programas públicos de Servicios Sociales,

⁴⁴ Los Cuidados Paliativos, o cuidados tipo *Hospice* como se denominan en muchos países anglosajones, están diseñados para proporcionar bienestar o confort y apoyo a los pacientes y sus familias en las fases finales de una enfermedad terminal (hasta 6 meses antes del óbito). La Sociedad Española de Cuidados Paliativos -SECPAL- incluye en sus estatutos la siguiente definición: "Los cuidados paliativos se basan en una concepción global, activa y viva de la terapéutica, que comprende la atención de los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales de las personas en situación de enfermedad terminal: siendo los objetivos principales el bienestar y la promoción de la dignidad y autonomía de los enfermos y su familia, y los medios terapéuticos, el control de síntomas, el apoyo emocional y la comunicación cuando estemos delante de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, sin posibilidades razonables de respuesta a un tratamiento específico y con una muerte previsible a corto plazo, causada ya sea por un cáncer, SIDA o cualquier otra enfermedad crónica y progresiva".

mientras que los ‘*objetivos*’ orientarían sobre lo que se quiere conseguir con el ingreso de una persona en un centro. Sin embargo, ese estudio también demuestra que la mayoría de los programas tienden a identificar “*objetivos*” y “*funciones*”, por lo que quizás sea esta indefinición en la finalidad de los centros, la causa de que la mayor parte de las residencias organicen actividades más próximas a las políticas y modelos de trabajo del ámbito sanitario, que a los planteamientos de carácter social o sociosanitario.

Esta forma de organizar y desarrollar el trabajo dentro del contexto de los servicios sociales, provoca que en las residencias se replique el modelo de trabajo asistencial hospitalario, desarrollando las actividades casi exclusivamente bajo un prisma terapéutico, lo que contribuye escasamente a la pretendida convivencia social de los centros.

En el siguiente Cuadro 3.1, se recoge a modo de síntesis los servicios y programas a desarrollar en las residencias. El Cuadro 3.2, recoge un resumen de los objetivos que proponen las administraciones públicas para alcanzar por las personas ingresadas en las Residencias, así como aquellos dirigidos a los trabajadores de las mismas. Del mismo modo, al final de este texto, se adjunta como Cuadro Anexo 3.1, un documento que resume los servicios y otros recursos de carácter más general ofertados por las residencias. Llama poderosamente la atención no obstante, que todos estos documentos que hacen referencia a los objetivos y funciones a cumplir por las residencias, enfatizan el carácter fundamentalmente ‘*social*’ de los mismos, lo que teóricamente debería potenciar la vivencia del anciano como individuo y garantizar su calidad de vida y bienestar personal y social en el centro. Sin embargo, contrariamente a este planteamiento –que debería primar la ‘*existencia*’ del individuo como persona, sobre la mera ‘*subsistencia*’ como ser vivo–, un análisis profundo de las residencias muestra como este aspecto tiene tan sólo un carácter formal, pues en la mayor parte de las ocasiones, la permanencia en la residencia sólo garantiza la satisfacción de las necesidades fisiológicas más básicas, limitando el fomento y atención de los aspectos sociales y socioculturales a la ver la TV, jugar a las cartas o hacer tediosos trabajos manuales. La falta de actividades de integración y promoción de la autonomía personal es evidente en la mayoría de centros (IMSERSO, 2004).

CUADRO 3.1: SERVICIOS Y PROGRAMAS ASISTENCIALES EN LAS RESIDENCIAS DE TERCERA EDAD.

SERVICIOS DE LAS RESIDENCIAS:	PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN:
SERVICIOS BÁSICOS: Manutención. Alojamiento. Asistencia en las AVDs. Transporte accesible. Gimnasio.	SANITARIOS Alimentación y nutrición. Aseo e Higiene. Prevención y tratamiento de Incontinencias. Prevención de caídas. Control y seguimiento médico de enfermedades. Atención de enfermería
SERVICIOS TERAPÉUTICOS: Atención social. Atención psicológica. Atención sanitaria. Terapia ocupacional. Cuidados de salud.	DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA Terapias funcionales (rehabilitación funcional, entrenamiento en AVDs, psicomotricidad, gerontogimnasia). Terapias cognitivas (orientación a la realidad, psicoestimulación cognitiva, rehabilitación cognitiva). Terapias psicoafectivas (grupos terapéuticos, reminiscencia). Terapias socializadoras (ergoterapia, musicoterapia, ludoterapia, grupos de habilidades sociales y de comunicación, tertulias). Intervención con familias. Animación socio-cultural.
SERVICIOS COMPLEMENTARIOS: Podología. Cafetería. Peluquería.	DE INTERVENCIÓN CON FAMILIAS Información. Grupos de autoayuda y psicoeducativos. Participación.
	CUIDADOS PALIATIVOS Además de los programas de intervención mencionados, dirigidos a las personas mayores, deben realizarse otros para garantizar la calidad de la atención: Intervenciones ambientales, Formación permanente de los profesionales y cuidadores/as del centro, Programa de colaboradores externos (voluntariado, alumnos en prácticas).

Fuente: Elaboración propia

CUADRO 3.2: OBJETIVOS DE LAS RESIDENCIAS PARA CON LOS USUARIOS Y TRABAJADORES

Objetivos de atención a las personas mayores.	Objetivos a conseguir con los profesionales.
<ul style="list-style-type: none"> • Controlar y seguir terapéuticamente las enfermedades y trastornos detectados. • Mejorar o mantener, hasta donde sea posible, la capacidad funcional y mental, mediante técnicas rehabilitadoras. • Prevenir el incremento de la dependencia mediante terapias y programas adecuados. • Incorporar en la intervención las técnicas relacionadas con el empoderamiento, para incrementar la autoestima y la percepción de autocontrol de las personas mayores. • Ofrecer una alimentación sana, equilibrada y variada, con respecto a las dietas especiales. Se ofrecerán varias opciones para fomentar la capacidad de elección. La presentación será esmerada. • Mantener todas las estancias del centro perfectamente limpias, bien ventiladas y ordenadas. Se cuidará especialmente que no existan malos olores. • Desarrollar programas de animación social y cultural dirigidos y supervisados por profesionales especializados, aunque puedan realizarse, cotidianamente, por cuidadores/as o voluntariado. • Favorecer las buenas relaciones entre los residentes, familiares y personal, interviniendo profesionalmente cuando se detecten conflictos. • Impulsar y animar los contactos relacionales de las personas mayores con el exterior del centro. • Mantener la buena imagen en la apariencia física de las personas mayores, además de una cuidada higiene. • Fomentar los contactos y las relaciones con la familia y allegados de cada residente. • Estimular, mediante refuerzos positivos, el desarrollo y la transmisión de los conocimientos y experiencias de las personas mayores. • Favorecer la creatividad y la expresión corporal, mediante actividades adecuadas. • Implantar mecanismos que garanticen la participación de las personas mayores en el plan de cuidados y en la vida cotidiana de las residencias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener la motivación del personal por el desempeño de una buena práctica profesional en pro de una mejora de la calidad de vida de las personas mayores. • Favorecer la formación permanente de los profesionales y estimular su participación en cursos y congresos. • Impulsar el intercambio de experiencias y conocimientos con otros profesionales externos para enriquecer y contrastar los propios criterios. • Favorecer los contactos con los recursos de la zona como forma de impulsar la coordinación sociosanitaria y la participación comunitaria. • Fomentar el desarrollo de investigaciones y evaluaciones relacionadas con los programas realizados en el centro. • Desarrollar en todo el personal el sentido de pertenencia y de responsabilidad en el buen hacer profesional, mediante las técnicas del trabajo en equipo y la metodología de las interdisciplinariedad. • Cuidar de manera especial los estímulos dirigidos al personal cuidador, que deberá estar integrado en el equipo de profesionales.

Fuente: Elaboración propia a partir de diferentes documentos y normativas que regulan el régimen de autorización y funcionamiento de las RTE en el conjunto del Estado Español.

▪ TIPOS DE RESIDENCIAS DE TERCERA EDAD

Como se ha dicho, las residencias para mayores son solamente uno de los eslabones en la cadena de centros y servicios organizados para atender a las personas ancianas. Por lo general, sirven de vivienda permanente al colectivo de residentes, pero también existen centros que permiten estancias temporales o de carácter ambulatorio, como parte sustancial de los llamados '*programas de respiro*', o para atender situaciones sobrevenidas o circunstanciales, hasta que se habilite cualquier otro recurso que se considere pertinente. Del mismo modo, hay residencias que sólo admiten a personas que no presentan ningún tipo de dependencia, y otras, que por el contrario están destinadas de manera exclusiva a personas dependientes; por último, existen residencias, aunque pocas, cuyo acceso está limitado por razón de sexo. A la vez, cada Comunidad Autónoma puede establecer criterios diferenciadores en la tipología de sus centros en los que se atienden las necesidades de las personas mayores, lo que provoca, que en función de las diferentes normativas legisladas para el ámbito provincial o autonómico, puedan encontrarse denominaciones diferentes para centros que cumplen similares objetivos, como es el caso de los Centros de Día, Casals d'Avis, Hogares de ancianos y Centros Especiales de Atención al Mayor (CEAM)⁴⁵.

De entre toda esta gran variedad de recursos, resulta más esclarecedor diferenciar las residencias según los dos criterios más comúnmente utilizados por la mayoría de Administraciones de las Comunidades Autónomas, distinguiéndolas según su forma de gestión, es decir, en función de quién sea la entidad propietaria del centro: Residencias Públicas, del Tercer Sector, y Privadas o Privadas Concertadas; y según la situación o grado de dependencia de los residentes en ella ingresados: Residencias para Ancianos Válidos, Residencias para Ancianos Asistidos y Residencias Mixtas.

Otros criterios de uso común para clasificar las Residencias, se basan en el *tipo de estancia* que realizan los ancianos en las mismas, diferenciando entre Residencias para Estancia Temporal y Residencias para Estancia Permanente, así como también *tamaño de la residencia*, en función del

⁴⁵ Ninguno de estos recursos tiene un régimen de internado.

número de residentes a los que acogen. Sin embargo, estos criterios generan cierta controversia al no permitir el establecimiento de distinciones claras entre los diferentes centros, como posteriormente analizaremos.

- **SEGÚN LA DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA**

Según la titularidad de la gestión, las residencias pueden ser de 3 tipos: de gestión pública, vinculadas al tercer sector y de gestión privada o privada-concertada.

Residencias públicas.

Las Residencias públicas pueden depender de diversas administraciones (locales, autonómicas, provinciales) y sus plazas se ofertan con carácter gratuito para aquellas personas que cumplen ciertos requisitos establecidos por las leyes específicas de cada Comunidad Autónoma. No obstante la gratuidad del servicio, el residente debe realizar un pago mensual, que se descuenta directamente de su pensión de jubilación, y que suele oscilar entre el 70-80% de ésta. Sin embargo, la obtención de una plaza en una residencia pública es bastante difícil debido a que el número de las plazas es muy inferior al volumen total de solicitudes, lo que genera criterios de inclusión muy estrictos y listas de espera muy largas. El proceso de solicitud se inicia con una valoración previa por parte de los profesionales sanitarios y sociales que atienden al solicitante, el cual incluye aspectos relacionados con su estado de salud, su nivel de economía, situación social y grado de apoyo familiar.

El Cuadro 3.3 muestra los requisitos que se exigen y computan cuando se solicita plaza en una residencia pública. Las diferencias entre las distintas Comunidades Autónomas son mínimas a este nivel, pero la diferente disponibilidad de plazas provoca un dispar nivel de exigencia en el cumplimiento de los mismos.

CUADRO 3.3: REQUISITOS PARA SOLICITAR EL ACCESO A UNA PLAZA EN UNA RESIDENCIA PÚBLICA.

REQUISITOS DE ACCESO A PLAZAS EN RESIDENCIAS PÚBLICAS		
Territorialidad del solicitante:	ser natural o residir en el territorio autonómico al menos 2 ó 3 años anteriormente a la presentación de la solicitud.	
Estado de salud:	no padecer enfermedad infecto contagiosa o que requiera atención en centro hospitalario, ni que produzca graves alteraciones de comportamiento que alteren la convivencia en el centro.	
Edad Mínima: (hay excepciones para las situaciones de dependencia, pensionista mayor de 60 años, o de 50 con discapacidad.	60 años: Andalucía, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, C. Valenciana, Murcia, La Rioja, Álava, Guipúzcoa, Ceuta y Melilla	65 años: Aragón, Asturias, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, Madrid, Navarra y Vizcaya
Situación de dependencia:	Física, psicológica y social. Se utilizan baremos y herramientas de valoración*.	
Recursos económicos:	Se incluyen en los baremos y sistemas de valoración que regulan la priorización de solicitudes.	

* Los baremos y herramientas de valoración suelen tener un peso específico muy importante en el sistema de acceso, sobre todo cuando la escasez de plazas y la existencia de listas de espera no garantiza que el cumplimiento de los requisitos (edad, estado de salud, etc) permita la obtención de la misma. Cada Comunidad Autónoma decide que instrumentos de valoración utiliza y que peso específico otorga a cada uno de ellos, lo que establece enormes diferencias entre ellas.

Fuente: Elaboración propia

Los residentes de estos centros, son mayoritariamente personas que poseen escasos recursos económicos, aunque tampoco resulta infrecuente encontrar a quien goza de un mejor estado financiero, pero que a su problema de salud y dependencia, asocia una situación de soledad por viudedad o soltería.

Existe una gran variedad en cuanto al tamaño de estos centros, abarcando desde pisos asistidos y minirresidencias, con capacidad para muy pocas personas, a residencias de tamaño medio (alrededor de 100 residentes), o macrorresidencias, para más de 100 residentes, siendo éstas un modelo exclusivo de la gestión pública. Las residencias públicas, que a menudo ocupan espacios fuera de las ciudades, suelen estar muy bien dotadas tanto de recursos estructurales como de personal; sin embargo, la opinión pública es bastante más crítica con ellas que con otros centros de carácter privado, los cuales gozan de un mayor prestigio social no siempre justificado.

Residencias pertenecientes al tercer sector.

Muchos de los centros que se engloban bajo este modelo de gestión, pertenecen a congregaciones religiosas (como Los Camilos o los Hermanos de San Juan de Dios) o dependen de Fundaciones muy relacionadas con las Administraciones Públicas en los diferentes ámbitos territoriales. Por lo general, acogen a ancianos de nivel económico muy bajo, que debido a sus escasos recursos tan sólo están obligados a aportar al centro una parte de su pensión o que, en caso de no disponer de recursos, ocupan una plaza sufragada por la beneficencia, aunque en ocasiones se exige como contrapartida el legado de sus pertenencias materiales al centro.

Habitualmente son centros de tamaño pequeño o mediano (no más de 100 residentes) y una de sus características más peculiares es que la normativa que los rige es, en especial la de los centros religiosos, más rigurosa que la de los públicos en cuanto a horarios, salidas, tipo de relaciones que se establecen y actividades que se programan y no es infrecuente que los centros de carácter religioso estén destinados a personas de un mismo sexo. También es un hecho frecuente la presencia habitual de personas, que dedican parte de su tiempo al trabajo voluntario en la residencia.

Aunque muy poco tiempo después de la constitución de los primeros Ayuntamientos democráticos, surgió una amplia red de asociaciones y cooperativas que desarrollaban servicios de atención y Ayuda a Domicilio a personas mayores y con discapacidad, los servicios para mayores ofertados por el Tercer Sector durante los últimos años, en especial los centros de carácter residencial, se han ido reduciendo conforme aumentaba la oferta de instituciones privadas y con finalidad mercantil. La Tabla 3.2 muestra cómo los servicios residenciales para mayores ofertados por el Tercer Sector en España, se encuentran muy por debajo de la cobertura alcanzada en otros países europeos, en especial Alemania y Francia, en los que este tipo de centros tiene una representación muy significativa.

TABLA 3.2: PESO DEL TERCER SECTOR EN LOS CENTROS RESIDENCIALES DE PERSONAS MAYORES. COMPARATIVA ENTRE FRANCIA, ALEMANIA Y ESPAÑA

	PÚBLICAS		PRIVADAS		TERCER SECTOR	
	Residencias	%	Residencias	%	Residencias	%
Francia	2.732	43%	1.604	25%	2.040	32%
Alemania	1.099	10%	3.737	34%	6.155	56%
España	1.199	23%	2.704	53%	1.248	24%

Fuente: Elaboración propia, a partir de: datos contenidos en el informe de Antares Consulting S.A. “Análisis del mercado residencial” (diciembre 2006); datos del Portal de Mayores “Estadísticas sobre residencias: centros y plazas según tipo de alojamiento, tipología y titularidad. Datos a 2 de marzo de 2006” y base de datos de la Federación LARES

Residencias privadas.

La entrada de la iniciativa privada, con ánimo de lucro, y la constitución de un sector empresarial de servicios para mayores, se produce con casi dos décadas de diferencia entre España (años 90) y los países europeos que más recursos destinan a esta actividad (como ya se ha dicho, Francia y Alemania, a mitad de los años 70). Sin embargo, este sector ha desarrollado en los últimos años una creciente expansión en nuestro país, como demuestra el incremento en el número de centros residenciales y de otros recursos relacionados con la asistencia a mayores. Estos centros privados, en los que suelen ingresar personas con un nivel económico medio-alto o alto, acostumbran a ser de tamaño reducido y ocupan frecuentemente zonas del interior de la ciudad o espacios con un entorno medioambiental privilegiado. El trato a los residentes pretende ser distinguido y suele haber mayor libertad de movimiento que en los centros citados anteriormente (Fericgla, 2002). Por lo general, poseen una buena dotación de personal que les permite ofertar una variada cartera de servicios y actividades para los residentes, lo que guarda relación con el elevado coste económico exigido por el ingreso, aunque esta relación no siempre es equilibrada ni superior en calidad a la que presentan las residencias públicas.

Desde hace ya bastantes años, y de manera irreversible, el número de centros y plazas residenciales privadas supera en nuestro país a las de carácter público. La Tabla 3.3 muestra cómo en tan sólo 10 años (de 1994 a 2004), el número de centros privados aumentó en 1.802 residencias, mientras que los centros públicos construidos fueron tan sólo 384. El número de plazas distribuidas en las mismas es también desigual, pues las plazas públicas de nueva creación en el periodo citado fueron 12.399, frente a las 90.655 plazas de carácter privado.

TABLA 3.3: SERVICIO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL EN ESPAÑA. EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE CENTROS Y PLAZAS SEGÚN TITULARIDAD: 1994-2004

Años	Nº de Centros Residenciales			Nº de Plazas Residenciales		
	Titularidad	Titularidad	Total centros	Titularidad	Titularidad	Total plazas
	Pública	Privada		Pública	Privada	
1994	618	2.084	2.702	53.161	110.177	163.338
1999	484	2.703	3.187	51.413	146.945	198.358
2000	537	3.445	3.982	56.169	150.406	206.575
2001	573	3.616	4.189	56.450	160.133	216.583
2002	640	4.160	4.800	61.374	178.387	239.761
2003	817	4.073	4.890	62.577	189.249	251.826
2004	1.002	3.886	4.888	65.560	200.832	266.392

Fuente: Elaboración propia a partir de:

Año 1994: IMSERSO (1995): Documentos Técnicos nº 75. Guía Directorio de Centros para Personas Mayores. Vol. I.

Años 1999-2003: IMSERSO (2002): Observatorio de Personas Mayores. Las Personas Mayores en España. Informe 2002. Vol. I

Año 2004: IMSERSO (2004): Observatorio de Personas Mayores. Servicios Sociales Para personas Mayores en España. Enero 2004

El problema de esta dispar distribución entre plazas privadas y públicas, estriba en que mientras para obtener una plaza pública de residencia existen listas de espera de manera generalizada, un número importante de plazas privadas se encuentran vacantes debido a su alto precio. Como ya hemos hecho mención, la escasez de plazas públicas provoca que sólo las personas de las clases sociales más bajas y en situaciones más carenciales logren una plaza pública, y que sólo las procedentes de las clases

altas o medias-altas puedan acceder a una plaza privada de calidad aceptable. En el medio, sin posibilidad de acceder ni a unas ni a otras, queda una gran parte de la población de clase media y media-baja, que o bien se quedan desasistidas, o bien se ven obligados a contratar plazas en residencias de baja calidad. La alternativa más utilizada en cambio, es la permanencia en el domicilio con la consiguiente sobrecarga familiar o la necesidad de contratar servicios privados de ayuda en el domicilio.

Un tipo particular de residencias dentro de este grupo de privadas, lo constituyen los centros privados-concertados. Las residencias concertadas están construidas en terrenos públicos, o ubicadas en edificios pertenecientes a la Administración Pública, la cual subasta cada 4 años su gestión en una oferta a la que concurren empresas privadas. La empresa que adquiere los derechos de explotación del centro, tiene la obligación, establecida por convenio en las bases del concurso, de reservar un número de plazas para acoger a mayores cuya estancia queda subvencionada total o parcialmente por los fondos públicos a un precio concertado, que a enero de 2007⁴⁶, estaba fijado en 1.030,87 €/mes para personas válidas; 1.196,88 €/mes para personas semiasistidas; 1.491,06 €/mes para personas asistidas; y 1.662,12 €/mes para supraasistidas. Dado que la demanda de centros residenciales supera con mucho a la actual oferta, la Administración Pública utiliza cada vez más frecuentemente esta opción para garantizar la cobertura de las necesidades residenciales entre las personas que precisan del ingreso en un centro, evitándose de este modo la necesidad de construir y gestionar nuevas residencias.

Esta opción, que permite una mayor cobertura de plazas residenciales, presenta dos problemas significativos relacionados con la lógica productivista de las entidades privadas. Por un lado, la necesidad de mantener un incremento progresivo de los beneficios económicos, provoca la considerable reducción de los niveles de calidad y bienestar de algunos centros o, dado que en algunos de ellos conviven personas que acceden a la plaza por la vía

⁴⁶ Precios por persona en las Residencias Públicas dependientes de la Generalitat Valenciana. Estos precios se aplican también a las Residencias privadas concertadas (información obtenida mediante entrevista a la Trabajadora Social encargada de la gestión de estos centros desde la Delegación Territorial de la Conselleria de Benestar Social de Valencia).

pública y otras por la vía privada, se establecieron estándares de calidad muy diferenciados según el precio abonado por cada residente. Por otra parte, se produce una tendencia a recortar gastos en la contratación laboral (la vía fundamental de reducción de costes en un sector intensivo en trabajo), mediante la combinación precariedad laboral y baja calidad profesional y asistencial: escaso número de profesionales, y a menudo con escasa formación, que deben atender a un elevado número elevado de usuarios.

▪ **TIPOLOGÍAS DE RESIDENTES QUE VIVEN EN RESIDENCIAS PÚBLICAS**

Según una información aparecida el 20 de mayo de 2007 en el diario El País: “...las personas mayores tienen la hipoteca pagada, los hijos fuera de casa, mucho tiempo libre y se han convertido en los actuales reyes del consumo, por lo que las multinacionales se dedican a desarrollar productos directamente destinados a este sector”. Esta imagen está muy alejada de las personas que habitan en una Residencia de ancianos, pues ellos presentan muchos rasgos diferenciadores de quien no habita en estos centros. Seguramente tienen la hipoteca pagada, aunque ya no disponen de su piso, que en ocasiones han tenido que vender para financiar el ingreso en la residencia donde atenderán su situación de dependencia; los hijos se encuentran fuera de casa, o habitando en la que los padres se han visto en la ‘obligación’ de cederles ante su falta de recursos económicos; y desde luego tienen mucho tiempo libre, con seguridad más del que disponen los que viven en sus domicilios, y probablemente más del que quisieran.

Con mucha frecuencia, las personas que habitan en las Residencias Públicas son pobres, enfermas y se sienten ‘viejas’, y probablemente estas tres circunstancias son las que tipifican la vejez residencial y la diferencian de las personas mayores que habitan en domicilios. La ancianidad no es, por supuesto, un criterio exclusivo y discriminante de las personas que viven en las residencias, aunque sí es una condición indispensable para hacerlo, ni tampoco el padecer ciertas enfermedades o un nivel económico reducido, pero el hecho de ser ‘residente’, aporta ciertas características personales

específicas que el resto de personas ancianas no posee y que a menudo se relacionan tanto con el entorno, como con la retroalimentación que provoca la convivencia con los estados de vejez, enfermedad y limitación de otras personas.

Como ya se ha dicho, a pesar del esfuerzo realizado en los últimos años, la demanda de plazas en Residencias de mayores es todavía mayor que la oferta. Consecuentemente, en las residencias se establece un orden de prelación para acceder a las plazas mediante unos baremos que permiten una adjudicación objetiva⁴⁷. Estos criterios y baremos, han sido establecidos por las diferentes Comunidades Autónomas mediante Leyes y Decretos y, por lo general, sirven para analizar la situación socioeconómica y de salud de las personas mayores, cuyo deterioro suele manifestarse en forma de falta de recursos económicos, estado de desamparo, deterioro en el estado de salud con necesidad de cuidados de terceros o de cuidados clínico-asistenciales, características por tanto, particulares y en cierto modo definitorias, del perfil de los residentes de las Residencias Públicas de Tercera Edad.

La conjunción de estos criterios, que pretenden dar cobertura a los *‘estados de necesidad’* que genera la actual escasez de plazas, hace que los centros públicos estén en la práctica destinados principalmente a la atención de los sectores más desfavorecidos, en especial a la atención de ancianos *“terminales, solitarios por abandono o inexistencia de la familia, a los incapaces de gestionar sus derechos, a los ‘explotados’ o manipulados por sus propios familiares, a los enfermos físicos y mentales y a los abandonados”* (Treserra, 1993), lo que genera que el sistema público de residencias, siga presentando en nuestro país, cierto carácter de beneficencia. Esta circunstancia, debería ser analizada desde un planteamiento de *‘justicia social’*, pues como ya se ha dicho anteriormente, provoca una clara discriminación de las clases sociales medias y medias bajas, que con frecuencia superan los niveles económicos máximos establecidos para poder

⁴⁷ Evidentemente este aspecto se refiere a las residencias de carácter público o concertado, pues las residencias de gestión privada plantean su adjudicación en función del orden de solicitud, siempre que quede garantizada la posibilidad de cubrir el pago.

acceder a un centro público, y sin embargo, no pueden cubrir el precio que se exige en un centro residencial privado.

Pero al igual que los estados de necesidad y la ancianidad serían las características generalizadas más discriminantes de los residentes frente a los que no lo son, a su vez, en el propio centro existen también circunstancias que permiten establecer diferenciaciones o clasificaciones entre los propios residentes, siendo por lo general los distintos niveles de ‘necesidad’⁴⁸, los que generan situaciones diferentes entre las personas residentes de un mismo centro.

La forma más frecuentemente utilizada en los centros para diferenciar los tipos de residentes, se establece mediante dos clases de criterios: de carácter sanitario por un lado, y de carácter sociodemográfico por otro. No obstante, aunque la utilización de ambos criterios puede tener aspectos útiles, en la práctica, son las clasificaciones de carácter sanitario las que se utilizan con más frecuencia. Unas y otras se recogen en el Cuadro 3.6.

Los aspectos sanitarios se utilizan para diferenciar a los residentes en función de tres variables: 1) según las limitaciones derivadas del deterioro orgánico; 2) según las “performances”, término estandarizado que se utiliza para definir lo que son o no son capaces de hacer las personas residentes; y 3) según las “ayudas” y “asistencias” que necesitan para ejecutar actividades o para desenvolverse socialmente. La confección de estas clasificaciones de residentes, se realiza mediante el uso de herramientas objetivas, en forma de cuestionarios estandarizados e internacionalmente reconocidos y utilizados⁴⁹,

⁴⁸ El concepto de necesidad tiene un carácter polivalente, pues los criterios para analizar las circunstancias que lo definen pueden ser tanto de carácter fisiológico, como psicológico o social. El Pla Integral de la Gent Gran (vol. 2), del Departamento de Bienestar Social de la Generalitat de Catalunya, analiza los diferentes enfoques que puede tener el concepto de necesidad aplicado a las residencias, diferenciado entre: *Necesidad normativa*: definida por los profesionales y expertos a partir de unos niveles previamente establecidos (escalas de incapacidad, ingresos...); *Necesidad experimentada*: definida como carencia subjetiva; *Necesidad expresada*: definida como la necesidad experimentada cuando se manifiesta como demanda explícita (que no tiene porque ser una necesidad ‘real’); y *Necesidad comparativa*: interpretada en términos de déficit de equipamientos en determinadas zonas en comparación con los equipamientos del conjunto del territorio. Llamamos la atención sobre estas formas de entender el concepto de necesidad porque

⁴⁹ A pesar del uso de herramientas consideradas estandarizadas y cuantitativamente validadas (Índice de Katz, Índice de Barthel, etc.), muchas de las capacidades analizadas se sustentan en la motivación o el interés del propio anciano en esforzarse y realizar la tarea, aspecto que generalmente no se valora, y que debido al clima de desmotivación que suele vivirse en las RTE, por falta de ganas de vivir o por los

que son considerados como adecuados por la administración responsable del centro y cuyo principal objetivo es que, además de dar a conocer el grado de deterioro y pérdida de autonomía de las personas residentes, permite determinar las cargas asistenciales que generarán (Vázquez, 1995: p 3 a 7)⁵⁰.

La otra forma de diferenciar a los residentes se realiza mediante el análisis y clasificación de sus datos sociodemográficos. Por lo general, este enfoque utiliza las variables de género, edad, estado civil, estatus económico, nivel cultural y origen laboral. El análisis de estas variables en los centros residenciales públicos, muestra que los rasgos discriminantes de la '*ancianidad residencial*', frente al resto de personas mayores, responde a una persona de edad avanzada (75 y más años), cuya salud se deteriora conforme se hace más mayor, predominantemente mujer (70%), soltera/o (53%, de los que la mayoría son varones), viuda/o (36%, de las que la mayoría son mujeres), sin hijos o con pocos hijos, con un nivel económico y cultural bajo y que declaran sentirse satisfechos de su estancia en dicho centro (IMSERO, 2000). En otros países, tanto del entorno europeo occidental, como de Centroamérica, el perfil de las personas residentes es muy similar y coincide prácticamente con el nuestro (OPS, 2001), salvo por pequeñas diferencias relacionadas con la edad y género de los residentes⁵¹.

Al igual que ocurre con los datos sanitarios, los datos sociodemográficos suelen recogerse de manera sistemática. Sin embargo, a diferencia de los primeros, éstos apenas son utilizados para la realización de estudios gerontológicos y todavía influyen muy poco en el análisis tipológico de los/as residentes (Booth, 1993), limitándose a tener una finalidad clasificatoria. Este déficit teórico y metodológico, tiende a cambiar con la incorporación de sociólogos y otros científicos sociales a las tareas de investigación y de gestión

traumas del traslado, hacen que los resultados mostrados con los cuestionarios no sean siempre un reflejo claro de la realidad, o al menos de la verdadera capacidad sobre la realización de las tareas.

⁵⁰ Dado que este tipo de herramientas se ha utilizado para el desarrollo de la parte empírica de esta investigación, será en esa parte del documento cuando nos refiramos a los mismos y analicemos más profundamente su utilización.

⁵¹ En los países del entorno europeo, la coincidencia con el perfil de los que residen en Centros de España es muy alta, aunque generalmente con menor edad promedio. En Centroamérica (Costa Rica, México y Panamá), además de una menor edad media, que coincide también con una menor esperanza de vida media del país, el porcentaje de mujeres es significativamente menor que en las residencias españolas. En Cuba, en cambio, la coincidencia con España es muy elevada.

en las Residencias y en las Administraciones Públicas (Treserra 1993), sin embargo, al margen de que se considere la pertinencia o no de llevar a cabo un análisis más profundo sobre las características sociodemográficas de las personas residentes, lo que más puede contribuir a evitar el desarraigo de los mayores y a mejorar su situación de vida en los centros, es el desarrollo de un modelo de la vejez que promocióne el mantenimiento de roles sociales.

Por encima de las características propias de los ancianos, la pobreza, la enfermedad y la dependencia, la visión de los profesionales sobre la vejez residencial resulta trascendental para consolidar modelos de marginación social o para desarrollar, por el contrario, la concepción de un entorno que promocióne y desarrolle la autonomía y la asunción de nuevos roles. A pesar de que la mayoría de las Residencias tienen un esquema de atención ‘*medicalizado*’, basado en el modelo jerárquico multidimensional utilizado por Maslow⁵² en 1936, en el que la satisfacción de las necesidades fisiológicas es la base de una pirámide sobre la que se construye el resto de necesidades, las diferentes maneras de conceptualizar la figura del mayor en la residencia, oscilan entre quienes piensan que un residente debe ser tratado “*como si todavía fuese un adulto; como si fuese un niño; como si fuera un enfermo; o como si ya no tuviese otro proyecto vital que morirse*” (Memin, 1984).

Las formas en que los profesionales interpreten la etapa de envejecimiento, influyen en las condiciones de calidad de vida y bienestar que pueden obtener las personas residentes. La desvinculación progresiva de las actividades, que según la Teoría de la Desvinculación (referida en el capítulo sobre Concepto de Envejecimiento) marcaría la frontera entre las personas adultas y el inicio de la vejez, se acentúa mucho más con el traslado a una residencia que permaneciendo en el domicilio, pues el ingreso establece un campo todavía más amplio de acciones sociales de las que el adulto mayor se desvincula, lo que provoca que los viejos envejezcan todavía más desde el momento del ingreso que antes del mismo.

⁵² Maslow, para quien las necesidades humanas básicas son cinco: necesidades fisiológicas, de seguridad, de amor y pertenencia, de autoestima y de autorrealización representaba cada una de estas necesidades en una pirámide, poniendo en la base a las necesidades fisiológicas (respirar, comer, eliminar residuos corporales, dormir...) y en la cúspide las de autorrealización, de manera que la realización de una necesidad esta supeditada a la realización de las que le preceden.

A las pérdidas que aparecen con la edad, los residentes suman la pérdida de su domicilio, de la proximidad y contacto con sus seres queridos, de la intimidad y capacidad de decisión y control sobre la mayoría de aspectos de su vida, acentuándose su sensación de desarraigo y provocando el inicio de una nueva forma de dependencia que, al margen de la ya existente por enfermedad u otros motivos, y que probablemente ha originado el ingreso en la residencia, genera una situación de mayor dependencia física y emocional, consolidando así su institucionalización. Benatar (1993) denomina *Síndrome Institucional* a esta situación, caracterizada por el deterioro de la autoimagen y la proyección social, la salud y la satisfacción existencial⁵³, y seguramente sea la causa por la que un 60% de las personas que ingresan en residencias y asilos, aunque al ingresar no presentaran problemas graves de salud, muere antes de cumplirse el tercer año de permanencia (Vimort, 1984).

Que podamos diferenciar a las personas residentes del resto de ancianos por su situación de necesidad y dependencia (física, psíquica o social), y por lo que podríamos llamar su '*mayor envejecimiento social*', no es más que la consecuencia de cómo la estructura de la sociedad actual (de la organización social), basada en los criterios de productividad y beneficio, establece un modelo de orden que no tiene funciones que ofrecer a quienes ha dejado fuera del sistema productivo. La vejez es una etapa vital improductiva, durante la que se fuerza a las personas a consumir una desvinculación del orden social (Durkheim, 1970), por lo que esta misma sociedad, crea las residencias como un universo inevitablemente desvinculante y desvinculado.

El siguiente Cuadro 3.4, recoge las principales características citadas respecto de los residentes de las residencias públicas.

⁵³ La integridad psicológica del anciano sufre un fuerte choque al verse a sí mismo en situación de internarse en una residencia: pierde la mayor parte de los puntos de referencia válidos hasta entonces, se diluye el sentimiento de utilidad, la auto imagen se resquebraja, las relaciones sociales mantenidas desde años atrás entran en un proceso de deterioro -aunque hubieran sido intensas- y el alejamiento de la estructura familiar es prácticamente definitivo. Este proceso constituye una dolorosa ruptura con la vida pasada y la decisión es siempre resultado de largo tiempo de sufrimiento y abandono previos

CUADRO 3.4: CARACTERÍSTICAS PARTICULARES DE LAS PERSONAS QUE VIVEN EN RESIDENCIAS PÚBLICAS DE TERCERA EDAD

Perfil sociodemográfico.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mujer, viuda u hombre soltero, mayor de 75 años, con pocos recursos económicos, escasa formación cultural y estado de desamparo.
Estado de necesidad.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Deterioro orgánico con pérdida de la salud (mayor a más edad) y con necesidad de cuidados por otras personas o clínico-asistenciales (enfermería).
Necesidad de “ayudas o asistencias” para ejecutar actividades o desenvolverse socialmente.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dificultad para realizar actividades básicas de la vida diaria. ○ Limitaciones consecuentes a la pérdida de salud que incapacitan para una vida independiente
‘Desvinculación social’	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pérdida del lugar habitual de residencia, de la proximidad y contacto con sus seres queridos, de la intimidad y de la capacidad de decisión y control sobre muchos aspectos de su vida.
Síndrome Institucional	<ul style="list-style-type: none"> ○ Deterioro de la autoimagen, la proyección social, la salud y la satisfacción existencial. ○ Sensación de desarraigo, dependencia física y emocional que consolida la institucionalización.

Elaboración propia

▪ **SEGÚN EL GRADO DE AUTONOMÍA DE LOS RESIDENTES**

Residencias para Ancianos Válidos

A pesar de que las residencias de válidos se crearon inicialmente para albergar a personas independientes para las actividades de la vida diaria (AVD), existen actualmente discrepancias en cuanto a las características que deberían cumplir los residentes que habitan en estos centros. La discusión se establece en función de los niveles de ‘validez’ que se establezcan, pues las Residencias pueden destinarse a servir como hogares para personas que necesiten pocas atenciones, suponiendo así una alternativa al propio domicilio, o por el contrario, como propone la OCDE (1993), deberían estar

destinadas a personas mayores dependientes que necesiten un caudal considerable de cuidados, incapaces por tanto de permanecer en su domicilio.

Cuando la residencia es de carácter público, el ingreso viene regulado por las diferentes leyes que al respecto establecen las Comunidades Autónomas, precedido siempre de la comprobación del cumplimiento de ciertos requisitos, como tener 65 ó más años y haber cesado en su actividad laboral o profesional, o ser pensionista mayor de 60 años y, lo más trascendente, no necesitar ningún tipo de ayuda de otras personas para la realización de las actividades de la vida diaria (lo que entiende por ser '*independiente*' o '*válido*'). Se especifica además en estos requisitos, que no podrán tener condición de usuarios, los presuntos incapaces o personas incapacitadas, ni personas dependientes para las actividades de la vida diaria, salvo que el centro disponga de una unidad específica para tal finalidad. En este sentido, se entiende como '*válido*' para las actividades de la vida diaria, a toda persona que obtenga una puntuación de entre 85 y 100 en la Escala de Barthel⁵⁴, condición que deberá ser revisada semestralmente.

Según Treserra (1993), las residencias de válidos tienen la función de ofrecer servicios equivalentes a los del hogar a personas que pueden valerse por ellas mismas, mejorando su calidad de vida y estimulando el disfrute (ocio, cultura, creación) y participación social (política, sindical, incluso laboral, etc.)⁵⁵. En la mayoría de documentos referidos a las actividades desarrolladas por estos centros, se destaca la capacidad de los mismos para proporcionar una atención geriátrica integral, relacionando ésta a la prestación de las medidas sociosanitarias, asistenciales y rehabilitadoras necesarias en cada caso, para mantener o mejorar el estado de salud física y mental del/la residente. Sin embargo, respecto a este punto, resulta paradójico señalar que prácticamente ninguno de estos centros posee

⁵⁴ El test o cuestionario de Barthel, es una herramienta de valoración que determina la capacidad del anciano para la realización de las actividades de la vida diaria consideradas como básicas: comer solo, lavarse, vestirse, utilizar el retrete, deambular y subir y bajar escaleras. La puntuación máxima posible es de 100, resultado que indicaría que la persona es totalmente independiente para la realización de las tareas evaluadas.

⁵⁵ Este planteamiento remite a varias dimensiones (trabajo/jubilación, trabajo/pensiones) que no hemos podido encontrar, al menos de manera explícita, en los textos analizados. También queremos señalar que cuando se refieren a 'calidad de vida', lo hacen en el sentido de "calidad" como bienestar físico, psicológico y relacional de quienes todavía son válidos.

profesionales sanitarios, dotándose tan sólo de personal auxiliar de servicios que se encargan de las tareas de limpieza, cocina y lavandería. Son los propios residentes los responsables del control y cuidado de su salud, acudiendo a los servicios sanitarios públicos generales (Centros de Salud) cuando tienen necesidad de visita médica o de enfermería, como lo harían si habitasen en su domicilio particular, atendiendo personalmente sus enfermedades y administrándose los fármacos necesarios, o realizando otras actividades que precisen al respecto.

En cualquier caso, la estricta diferenciación entre residencias para ‘válidos’ y residencias para no válidos, o ‘asistidos’, está actualmente en discusión. Las voces más críticas plantean que si el modelo supone que los centros no pueden ofrecer atención especializada a mayores con pérdida de dependencia o minusvalías, se genera el problema de qué hacer cuando un/a residente válido se convierte en asistido por deterioro de su estado de salud, lo que más pronto o más tarde siempre acaba sucediendo. Ante esta situación, caben dos acciones: o bien que el anciano continúe en la misma institución para válidos donde se encontraba; o por el contrario, que se le traslade a otro lugar para personas asistidas, como actualmente viene haciéndose. Tanto una como otra decisión, plantea aspectos prácticos y deontológicos difíciles de resolver, pues si los residentes son trasladados a otros centros, a medida que van pasando de la condición de válidos a la de asistidos, se corre el elevado riesgo de fomentar la aparición de sucesivos traumas de traslado, con la siniestra asociación que se ha demostrado entre cambiar de residencia y aproximarse a la muerte (Vimort, 1984; IMSERSO, 1990); además, en este caso, la residencia debería funcionar como una residencia para estancias ‘temporales’, en lugar de cómo un centro de residencia ‘permanente’. Por el contrario, si se decide mantener a los/as residentes en el mismo centro hasta su fallecimiento, sin poner límites a su nivel de dependencia, éste debería entonces dotarse de los recursos materiales y de personal necesarios para atender todas las eventualidades que surgen al atender a personas con dependencia, y dejar de recibir el nombre de residencia de válidos para pasar a llamarse Residencia Mixta, pues las

características que se exigieron en el momento del ingreso dejarían de cumplirse.

Residencias Asistidas

Las residencias asistidas (o para ancianos asistidos), están concebidas como centros gerontológicos destinados a la atención integral y especializada, de mayores con graves minusvalías físicas o psíquicas (demencia, incapacidad para la locomoción, etc.), y que por tanto ya no son válidos o independientes para las actividades básicas de la vida diaria. La documentación que recoge los programas y servicios que ofertan estos centros, suele insistir en que se prestan servicios que equivalen a la forma de vida de las personas en sus domicilios, pero complementados con los cuidados gerontológicos y recursos técnicos necesarios para estas personas. Sin embargo, en la práctica, las residencias asistidas se sitúan realmente a medio camino entre el hospital especializado en el tratamiento de problemas gerontológicos y las residencias para válidos, por lo que la vida en las mismas dista mucho de ser similar a la del propio domicilio (Fericgla, 2002).

El Cuadro 3.5 recoge, según la clasificación que estableció el INSS en 1990, el tipo de usuarios que son susceptibles de ser atendidos en estos centros. Obsérvese que esta forma de clasificar, incluye tanto a personas con patologías de carácter físico como psicológico (demencias). Dado que para poder acceder a una plaza en las residencias de carácter público, se otorga especial importancia al hecho de que a la incapacidad física o psíquica se sume también alguna circunstancia social que impida permanecer en el domicilio (económica, familiar, de vivienda, etc.), estos centros aglutinan una población muy heterogénea, lo que a menudo ocasiona graves problemas de convivencia, aspecto que hemos podido comprobar en diferentes grupos de discusión previos a la elaboración del trabajo de campo.

Un subgrupo de este tipo de recursos lo constituyen las Residencias Supraasistidas, caracterizadas por acoger a personas ancianas que precisan de elevados niveles de cuidados y atención. En estos centros, o unidades dentro de los centros asistidos, la actividad es prácticamente la misma que en un

hospital de cuidados generales, con la única salvedad de que, en este caso, absolutamente todos los pacientes son ancianos.

CUADRO 3.5: ANCIANOS SUSCEPTIBLES DE INGRESAR EN UNA RTE PARA PERSONAS ASISTIDAS

-
- Ancianos incapacitados como secuela de enfermedades degenerativas o neurológicas.
 - Ancianos que, por inmovilidad prolongada, presenten grave dificultad para la deambulaci3n
 - Ancianos con alta senilidad, generalmente con m1s de 75-80 a1os, que tengan dificultades para valerse por s3 mismos.
 - Ancianos dependientes por causa ps3quica que no provoque un trastorno grave de su comportamiento.
-

Fuente: Elaboraci3n propia a partir de los datos del INSS, 1990

Residencias Mixtas (para v1lidos y asistidos)

Las Residencias Mixtas cuentan con los recursos y personal necesarios para atender a residentes v1lidos y asistidos, pero plantean numerosas dificultades en su funcionamiento, en su gesti3n y en su financiaci3n (IMSERSO, 2000). Las necesidades de infraestructuras, servicios y costos que requiere la atenci3n de una poblaci3n tan dispar, tanto por sus diferentes condicionantes sociales, como especialmente por sus variadas condiciones de salud f3sica y ps3quica, precisan de una planificaci3n y un desembolso econ3mico mucho mayor que las residencias destinadas exclusivamente a uno u otro de esos colectivos. Por otra parte, la convivencia en el centro tiende a ser comparativamente m1s conflictiva, pues los problemas para coordinar las actividades, horarios, dedicaci3n del personal y distribuci3n de recursos entre personas con tan diferentes necesidades de cuidados y servicios, dificultan la integraci3n y cohesi3n del grupo y acaban por mermar la calidad de vida en el centro.

Para evitar estos problemas, algunas Residencias establecen una separación de los espacios del edificio que se destinan a uno u otro tipo de residentes, con lo que en la práctica, funcionan como centros diferenciados.

▪ **SEGÚN OTROS CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN**

En la clasificación de centros residenciales para mayores que publicó el IMSERSO en 1990, y todavía vigente en la actualidad, se recoge también la distribución de las residencias según dos criterios más: en función del tipo de estancia que los residentes hacen en los centros, temporal o permanente, y en función del tamaño de las mismas según el número de plazas disponibles. Ambos aspectos se resumen en el Cuadro 3.6.

CUADRO 3.6: FORMAS DE CLASIFICAR Y TIPOS DE RESIDENCIAS DE TERCERA EDAD

CRITERIO DE CLASIFICACION	TIPOS DE RESIDENCIAS
Según dependencia administrativa.	<ul style="list-style-type: none"> • Residencias Públicas • Residencias del Tercer sector • Residencias Privadas y Concertadas
Según grado de autonomía de los residentes	<ul style="list-style-type: none"> • Residencias de Válidos • Residencias Asistidas y Supraasistidas • Residencias Mixtas
Según otros criterios <ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de permanencia • Tamaño 	<ul style="list-style-type: none"> • Residencias de Estancia Temporal • Residencias de Estancia Permanente • Pisos Tutelados • Minirresidencias • Residencias pequeñas, medianas o grandes

Fuente: Elaboración propia

Atendiendo al tiempo de permanencia en el centro, las residencias pueden clasificarse como *Residencias de Permanencia Temporal* y *Residencias para Estancia Permanente*. La necesidad de establecer esta diferenciación, surge como consecuencia de que los niveles de dependencia de las personas

mayores, en función de su estado de salud, de los posibles apoyos familiares y de otros recursos sociales que se habiliten, pueden fluctuar en el tiempo, de manera que requieran o no un ingreso definitivo. La persona mayor puede entonces decidir si desea permanecer en la residencia solamente durante un tiempo, o si por el contrario prefiere quedarse a vivir en él de manera definitiva.

Las Residencias Públicas de carácter temporal, se crearon con la finalidad de ofrecer una recuperación funcional y psicosocial que permitiese reinsertar en la comunidad a los ancianos una vez recuperados de las dolencias que motivaron su ingreso, y también para permitir, a un costo razonable, un período de *'respiro familiar'* a las personas cuidadoras, mediante estancias programadas en el tiempo que suelen tener una duración máxima de dos meses consecutivos. Ofertan servicios de restauración, descanso y tiempo libre, atención psicológica y social y organizan actividades socio-culturales. Treserra (1993) las denomina "*Residencias de estancia limitada*" porque están destinadas a suplir temporalmente el hogar familiar de personas con autonomía para la realización de las actividades de la vida diaria, pero añade que aunque la utilidad de estas Residencias es máxima para evitar el internamiento definitivo, son todavía un recurso muy poco utilizado.

En las Residencias para estancia permanente, en cambio, las personas residentes mantienen su plaza de manera continuada, aunque esta vinculación siempre puede interrumpirse voluntariamente o por decisión del equipo de dirección ante una causa justificada.

En la práctica, y a pesar de que la normativa sigue contemplando la existencia de ambos tipos de entornos residenciales, la diferenciación tajante entre centros para estancias temporales y centros para estancias permanentes ya no se mantiene, y por lo general, la mayoría de residencias, tanto públicas como privadas, permite ambas opciones en función de la voluntad de la persona residente. Por otra parte, las dificultades existentes para la obtención de una plaza en residencias públicas, debido a la escasez de las mismas, hace que una vez que la persona ha formalizado el ingreso, no sea

frecuente la interrupción de la estancia, pues ello conllevaría la pérdida de los derechos sobre la plaza y, en caso de volver a solicitarla transcurrido un tiempo, el demandante sería nuevamente incluido en una larga lista de espera.

Por lo que respecta a la clasificación de las residencias en función del número de residentes que acogen, se diferencian 5 tipos de centros:

- *Pisos o viviendas tuteladas*: domicilios con capacidad para seis u ocho personas, que suelen estar bajo la tutela de los Servicios Sociales, apoyados por un servicio de Ayuda a Domicilio. Acogen un grupo reducido de ancianos, entre los que suele haber una relación previa que facilite la convivencia (antiguos amigos, vecinos, familiares...). Son cada vez menos frecuentes.
- *Miniresidencias*: inferiores a 40 plazas.
- *Residencias Pequeñas*: Con capacidad entre 40 y 100 plazas.
- *Residencias Medianas*: Con capacidad entre 100 y 200 plazas.
- *Residencias Grandes o Macroresidencias*: Con capacidad superior a 200 plazas.

Aunque no existe un acuerdo sobre cuál es el número ideal de residentes, y por tanto del tamaño más adecuado de residencia, lo cierto es que hay consenso en reconocer que los centros diseñados para una población muy numerosa presentan problemas específicos, diferentes y significativamente más graves que los que aparecen en las Residencias de un tamaño menor (IMSERSO, 1999). Numerosos estudios (IMSERSO, 2000; Puga, 2001; Casado, 2001), consideran que las complicaciones que comporta un centro con un número elevado de residentes se relacionan con la masificación y burocratización que genera la mayor complejidad de su gestión, lo que a su vez, provoca la despersonalización, la ritualización de conductas y un mayor grado de desarraigo de los residentes. Comparativamente, en los centros pequeños, el conocimiento individual y el trato personal y directo con los

ancianos son más fáciles de conseguir y permiten niveles más elevados de satisfacción.

▪ **MOTIVOS DE INGRESO EN UNA RESIDENCIA DE TERCERA EDAD**

Las investigaciones sociales apuntan que en los próximos años, la atención familiar a los ancianos dependientes se verá progresivamente dificultada por la creciente incorporación de la mujer al mercado de trabajo (Rodríguez, 1998; Tobío, 2002), lo que podría generar una creciente demanda social de Residencias (Casals, 1993). De hecho, los problemas con que se topa la familia para atender a las personas mayores, constituyen en otros países el principal motivo para la institucionalización, máxime cuando el anciano o anciana padece algún trastorno de índole mental (Attias-Donfut, 1992).

En España, algo más de un 3% de personas mayores vive en Residencias, una cifra pequeña si se compara con el número de los que esperan ser admitidos en algún establecimiento de este tipo. Aunque la idea de la Residencia no está tan arraigada en nuestro país, algunos autores plantean que su existencia no atentaría contra el principio de solidaridad familiar, sino que le procuraría un nuevo marco que garantizaría la administración de cuidados, tanto desde el punto de vista sanitario, como desde la asistencia social (Alberdi, 1999). Los primeros son, con diferencia, la vertiente más desarrollada de los pilares básicos de nuestro modelo de bienestar para personas mayores. En contraste, la asistencia a los aspectos sociales queda a menudo relegada a un segundo plano, dejando por atender todo lo relativo a los valores, la relación y experiencias satisfactorias con el grupo con el que se convive, así como la satisfacción con el entorno, que a la postre, devienen elementos fundamentales en la vejez residencial.

En general, las tres circunstancias que motivan el ingreso de un anciano en una Residencia son los problemas de salud física o psíquica (enfermedades), los problemas relacionados con la convivencia (soledad o imposibilidad de vivir sólo/a) y los problemas de carácter socioeconómico (falta de recursos). Aunque la mayoría de personas mayores manifiesta que

desearía vivir en su domicilio hasta el fin de sus días, o residir en el de los hijos como alternativa más deseada en segundo lugar (IMSERSO, 1998), resulta cada vez más frecuente encontrar ancianos que aceptarían la alternativa de la institucionalización como recurso de futuro, sobre todo cuando el envejecimiento va asociado a alguna enfermedad y ésta provoca la pérdida de la capacidad para la realización de las actividades de la vida diaria y la imposibilidad de una vida autónoma. Sin embargo, la toma de esta decisión divide la actitud de las personas mayores. De un lado, su simple planteamiento origina un fuerte rechazo entre gran parte de ellos, que declaran abiertamente no desear “*acabar sus días*” en una Residencia. De otro, hay quienes suavizan su opinión, admitiendo el disgusto que les supondría dicho ingreso, pero mostrando a la vez su resignación “*si las circunstancias así lo requiriesen*”. Y finalmente, también hay quienes se refieren a la institucionalización como la solución de futuro más probable, e incluso deseada, esperando recibir allí todas las atenciones que pudieran precisar cuando la vejez suponga ser ‘*una carga*’, en lugar de acudir a la familia.

Las personas ancianas que manifiestan una actitud positiva hacia la institucionalización, opinan que en la Residencia estarán más cómodos, más tranquilos y mejor atendidos que en los domicilios propios o de la familia (IMSERSO, 2004), impresiones que mayoritariamente han obtenido a través del conocimiento previo de alguna residencia que han visitado, o de familiares o amigos ingresados que les han transmitido una opinión favorable de las mismas (IMSERSO, 2000). Por su parte, la mayoría de personas mayores que tiene una opinión desfavorable de la vida en las Residencias, relaciona los centros con la necesidad de compartir la habitación, la pérdida de intimidad en general, la poca calidad y variedad de las comidas y la imposibilidad de controlar muchos aspectos de su vida diaria, como horarios, salidas y organización del tiempo y actividades, que pasan a ser establecidos y regulados por la dinámica de la vida residencial, y que a menudo les provoca una sensación de añoranza y tristeza que consolida su actitud de rechazo (IMSERSO, 2004).

Junto a estas dos posturas divergentes, cada vez son más numerosos aquellos que se resignarían a aceptar el ingreso. La incapacidad para continuar con sus propios cuidados y la actividad funcional independiente (“*valerme por mí misma*”), como consecuencia del deterioro de la salud, suele ser la razón básica por la que las personas mayores aceptarían ingresar en una residencia, siempre que la familia no pudiera hacerse cargo de la situación. La actitud de la familia, se convierte así en uno de los elementos más determinantes a la hora de tomar la decisión o no del ingreso. A pesar de que el número de personas mayores que desean vivir en una Residencia es todavía muy inferior al de los que desean hacerlo en domicilios (propios o de familiares), la presión familiar sobre el grupo de los más mayores es tan fuerte que muchos acaban escogiendo el ingreso con prioridad sobre otras formas de vida⁵⁶. Esta idea del ingreso ‘*como resignación*’, es bastante frecuente entre las personas mayores sin hijos o con malas relaciones con los hijos⁵⁷.

La mayoría de los familiares de personas mayores que viven en una residencia, cuando son preguntados por los motivos que han ocasionado el ingreso de su familiar en el centro, aluden a la enfermedad (física o mental) como la principal causa. Probablemente sea así desde una perspectiva general, porque resulta sencillo relacionar los problemas físicos de salud en la vejez con la falta de capacidad para vivir de manera independiente o autónoma. Pero cuando en los grupos de discusión se plantea abiertamente esta cuestión, muchas personas mayores manifiestan la seguridad de que la

⁵⁶ Dice Fericgla (2001) que la presión de la familia para que se produzca este ingreso puede ser directa, cuando los familiares tramitan el ingreso del individuo anciano en una residencia sin darle alternativas, o indirecta, en los casos de personas ancianas que viven solas y la familia no les presta la ayuda necesaria ni actúa como red social que les acoja satisfactoriamente, con lo cual ellos deciden ingresar en el centro como mal menor. No podemos estar de acuerdo con la primera parte de esta afirmación, pues el ingreso en el centro debe ser siempre voluntario, aunque las formas de ‘sugerir’ y hacer ver como imprescindible la necesidad del ingreso pueden ser muy sutiles.

⁵⁷ Este planteamiento es muy frecuente entre las personas solteras y entre las viudas sin hijos. La mayoría de ellas cuenta con el compromiso latente incluso manifiesto de la familia, sea en la figura de los hermanos o de los sobrinos, para recibir su apoyo en la medida de lo posible cuando lo necesiten, pero son conscientes del menor grado de exigencia que implica la relación con tales parientes (López, 2004). Una de las formas que contemplan las personas mayores es la compensación patrimonial para quienes se presten a ayudarles como su gran baza de cara al futuro. A través de la herencia buscan asegurarse el beneficio de un trato digno por parte de los familiares tanto en el plano instrumental como, tanto o más valorado, en el afectivo.

enfermedad podría haberse controlado desde casa mediante la atención de los profesionales y recursos sanitarios y con un poco de ayuda de la familia. De hecho, aunque la existencia de una enfermedad suele ser el desencadenante que inicia el proceso de solicitud de plaza en una Residencia, las circunstancias que determinan que un anciano ingrese en un centro son más frecuentemente de tipo psicológico (soledad, sentimiento de representar una molestia o “carga” para los demás, malas relaciones familiares o miedo a morir abandonado), que de tipo físico (falta de salud) o incluso social (falta de vivienda, de recursos o inexistencia de servicios médicos próximos al domicilio). La Tabla 3.4 muestra los resultados de una encuesta realizada por el IMSERSO (2004), acerca de la propia opinión de las personas residentes, sobre los motivos que determinaron su ingreso en la Residencia.

TABLA 3.4: MOTIVO PRINCIPAL POR EL QUE VIVE EN LA RESIDENCIA SEGÚN EDAD. AMBOS SEXOS.

MOTIVO DE INGRESO EN LA RESIDENCIA	Edad		Total
	Menos de 85 años	85 y más años	
Por no estar solo/a	31,7	37,4	34,5
Porque no podía atender la casa	4,0	4,7	4,3
Por estar mejor atendido	12,0	9,4	10,6
Por acompañar a mi marido/esposa	4,3	4,7	4,5
Por no estorbar a mi familia	5,3	12,6	8,9
Por estar más libre	0,3	0,7	0,5
Para estar más seguro en el futuro	0,7	1,4	1,0
No puedo valerme por mi mismo/a	12,7	7,6	10,1
No tenía otra solución	2,7	2,9	2,7
No tengo familia	2,7	2,5	2,6
Por motivos de salud	13,7	8,6	11,3
Porque mi familia no puede hacerse cargo	7,3	5,0	6,2
Motivos económicos	0,3	0,0	0,3
Otros	1,0	0,4	0,7
No sabe	0,3	1,4	0,9
No Contesta	1,0	0,7	0,9

Fuente: Observatorio de Mayores-IMSERSO, Encuesta sobre Condiciones de Vida de los Mayores en Residencias, Septiembre-Octubre 2004.

Esta encuesta revela datos contrarios a los expresados por los familiares de las personas ingresadas, pues tal como hemos avanzado, mientras ellos aluden a los problemas de salud como la principal causa de ingreso, entre los propios ingresados apenas un 11,3% opinaba estar en la residencia por esta causa, siendo *“Para no estar solo/a”* el motivo fundamental. Aunque las causas *“Estar mejor atendido”* y *“No puedo valerme por mí mismo/a”* tienen seguramente una relación directa con este apartado de *“motivos de salud”*, el peso de los factores psicosociales es, con diferencia, el determinante más significativo de las causas del ingreso. Por otra parte, también puede observarse como la edad es un factor importante en los motivos de ingreso, pues así como entre los menores de 85 años los motivos de salud son más significativos que entre los mayores de 85 (13,7% frente a un 8,6%, respectivamente), *“no estorbar a mi familia”*, es un motivo más frecuentemente manifestado por las personas más mayores que por las de menos edad (12,6% frente a un 5,3%). Seguramente, también la sensación de *‘ser una carga para la familia’* influya de manera determinante en la decisión.

CAPÍTULO 4: CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA

Los conceptos de Calidad de Vida (CV), y de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), son constructos cada vez más utilizados tanto en la literatura científica como en el lenguaje común. Usando estos conceptos como motivo, o como recompensa, se proponen y justifican cambios que pretenden '*mejorar la calidad de la vida*', convirtiéndola en un objetivo al que se recurre de manera muy habitual, tanto en el ámbito de la publicidad, con sus coches, viviendas o electrodomésticos, como en el entorno sanitario, mediante el uso de nuevas técnicas o novedosos y más eficaces fármacos. Incluso al hablar del planteamiento vital de la mayoría de las personas, mediante cambios de trabajo, de residencia o de estilo de vida, se suele mencionar la CV de manera sistemática.

Hoy se acepta que la calidad de vida es fruto de los procesos sociales que dirigen la transición de una sociedad industrial a una sociedad postindustrial. Tras la consecución, relativamente generalizada en occidente, de las necesidades consideradas como básicas (vivienda, educación, salud, cultura), se plantean otros objetivos directamente relacionados con la propia dinámica del modelo de desarrollo económico en los que la CV se presenta como un elemento fundamental. Sin embargo, a pesar de que su valoración resulte fundamental para la atención a las personas, y en especial a las personas mayores, el concepto no posee todavía ni una justificación teórica suficiente, ni un desarrollo teórico-práctico en el contexto general, ni gerontológico en particular, y su estudio supone un terreno donde los diferentes especialistas aportan demasiados enfoques diferenciados: los ambientalistas sitúan el énfasis en el entorno físico/biológico, los economistas en parámetros como el Producto Nacional Bruto, los médicos en la salud y los síntomas, los psicólogos en las necesidades humanas y su satisfacción. Todas estas diferenciadas formas de abordar el término, no hacen más que imposibilitar el establecimiento de un sentido unificador que facilite el uso y desarrollo del concepto de calidad de vida. A la vez, el debate también se establece sobre su naturaleza (objetiva o subjetiva), sobre el enfoque en su

delimitación y estructura dimensional (local o global) y sobre los instrumentos o formas de medida más idóneas para su evaluación. Como dice Setién, “*la escasez de consenso en lo que significa, está pesando en los investigadores, que deben desbrozar caminos en este campo y no acaban de llegar a un cuerpo común de proposiciones*” (Setién, 1993: p. 408).

El concepto de calidad de vida es, ante todo, un constructo social. El término *calidad* (quality), relativamente reciente y que surge en un marco de rápidos y continuos cambios sociales, probablemente tuvo su origen en la década de los años 50, vinculado al mundo de la industria y asociado a la necesidad de control de los productos elaborados. Tras el planteamiento de unos patrones óptimos, se medía la calidad en términos de dispersión/distancia a esos patrones y se establecían los límites que permitían discriminar la calidad aceptable en un producto. La determinación estadística de estos límites, como puntos de corte que dicotomizaban la ‘*calidad*’, permitió operativizar y concretar el concepto con posibilidades de medición.

El establecimiento de esos ‘*patrones de calidad*’ pronto trascendió de la industria a otros ámbitos. Algunos autores sitúan los orígenes del término en trabajos teóricos clásicos de Filosofía y Ética (Ferrell, Wisdom y Wenzl, 1989; Grau, 1997), en los que se utilizaba para discutir sobre los problemas del significado de la vida y sobre las dimensiones espirituales del sufrimiento, y Bech (1993), en cambio, señala al presidente estadounidense Lyndon B. Johnson, como la primera persona pública en utilizarlo, en 1964. Pero hay mayor consenso en aceptar que su desarrollo inicial tuvo lugar desde las Ciencias Médicas, unido al ámbito de los cuidados y de la atención a la salud, para extenderse rápidamente a la Psicología y a la Sociología, en un intento de desplazar a otros términos de uso frecuente, pero más difíciles de operativizar, como el *bienestar* y la *felicidad* (Moreno, Ximénez, 1996), a los que se hacía referencia para valorar las consecuencias de las enfermedades o de algunos tratamientos.

Sería no obstante en 1978, con la publicación de una revisión denominada *30 años de investigación sobre el bienestar subjetivo de los ancianos americanos* (norteamericanos) (Larson, 1978), que aglutinaba la

información que al respecto se disponía desde la década de los años 50⁵⁸, la que provocó la importante expansión del término que se produjo a lo largo de la década de los 80, paralelamente al incremento en el uso de los conceptos de bienestar, salud y felicidad. La evolución en la concepción del término de CV, se percibe en el hecho de que, mientras la mayoría de los trabajos sobre CV publicados a principios de los años 80 provenían de las ciencias médicas, con una proporción de 10:1 en relación a los trabajos de corte psicosocial, a finales de esta década la proporción se había invertido.

Esta evolución, además de aumentar significativamente el volumen de trabajos publicados sobre el tema, determinó un giro significativo en la forma de abordar la calidad de vida, pues así como la valoración de la misma, desde las revisiones o trabajos procedentes de las ciencias médicas, había partido de su relación con el cuidado de la salud personal, para ir ampliándose posteriormente hacia la preocupación por la salud e higiene públicas, la introducción y evolución del término CV desde el ámbito de las ciencias sociales, se vinculó desde un principio a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, incluyendo sucesivamente la valoración de la capacidad de acceso a los bienes económicos, la preocupación por la experiencia del individuo, por su vida social, por su actividad cotidiana y por su propia salud. Este devenir, que puede interpretarse como el paso del análisis de las *'condiciones de vida'* al análisis de la *'experiencia de estas condiciones'*, pretendía integrar tanto la valoración de las circunstancias *'materiales'* de la vida de las personas como la *'percepción y valoración'* de las experiencias vividas por cada uno, lo que finalmente supondría la actual vertiente *'subjetiva'* del análisis.

⁵⁸ Reimel, Muñoz (1990), plantea que el término fue popularizado en los años 50, en el marco de los estudios de opinión pública del economista norteamericano J. K. Galbraith. Estos estudios, analizaban la opinión de los consumidores sobre el mejor sitio para residir basándose en datos "objetivos", pero fueron criticados al entender que brindaban información sesgada por no incorporar una dimensión valorativa que incluyese tanto la satisfacción, como la felicidad con la vida, considerada como una moral alta, ajuste personal, buenas actitudes hacia la vida y competencia (lo que actualmente se ha convertido en el concepto de "envejecimiento exitoso"). Posteriormente, los análisis fueron modificándose hacia aspectos más concretos, publicándose una escala, pensada específicamente para obtener una evaluación subjetiva del bienestar global de las personas mayores, explorando su satisfacción ante distintos ámbitos de la vida (life satisfaction index (LSI), Neugarten, Havighurst y Tobin (1961).

Sin embargo, este cambio en la interpretación, a la vez que un considerable avance en la configuración del concepto y abordaje de la calidad de vida, comportaba también ciertos inconvenientes, pues a falta de una definición consensuada por los diferentes ámbitos implicados en su determinación, se unía el hecho de que mientras que la evaluación de las condiciones materiales de la vida contaba ya con una larga tradición científica (con datos útiles estadísticos, poblacionales y de otra índole), no ocurría lo mismo con la otra vertiente de la calidad de vida, pues ni se habían analizado los fenómenos psicosociales ni, mucho menos aún, se habían planteado cuestiones de carácter cultural o antropológico que pudiesen fundamentar las diferencias que sobre la percepción de la CV tenían los grupos y las personas, aspecto que como veremos más adelante, iba a suponer una de las mayores dificultades en el proceso de medición de la misma. A estas circunstancias, se unía la relativa confusión existente en la literatura científica al utilizar los términos de *salud*, *estado de salud*, *calidad de vida* y *calidad de vida relacionada con la salud*, haciendo un uso indiscriminado de los mismos como si fuesen sinónimos, lo que provocaba cierto desorden terminológico en materias que ya de por sí eran objeto de viva controversia entre los diferentes profesionales que tomaban parte en las cuestiones relativas a la misma (Yanguas, 2006).

Aún así, pese a esta aparente falta de acuerdo entre los investigadores sobre la definición y la metodología utilizada para su estudio, el concepto de calidad de vida ha tenido, y tiene durante los últimos años, un impacto muy significativo en la evaluación y planificación de los servicios a las personas. En las siguientes páginas, presentaremos la evolución del concepto de CV hasta llegar a una definición global que nos permita utilizar el término para ser analizado desde las diferentes perspectivas que influyen en la salud general de las personas, lo que a su vez, nos llevara a la necesidad de acotar su interpretación al ámbito de la salud, mediante el concepto de CVRS y, finalmente, al ámbito de la gerontología, a través del concepto de CVRS en la vejez.

▪ CALIDAD DE VIDA (CV)

Como hemos dicho, aunque el término '*calidad de vida*' se ha generalizado en las ciencias sociales, su origen se vincula principalmente a la medicina. '*Quality of life*' es, desde 1977, una categoría de búsqueda en las bases de datos informatizadas más utilizadas por todos los investigadores y estudiosos de las ciencias de la salud: *Medline* para el contexto más internacional, e *Index Medicus* para el contexto hispanohablante. Desde ese momento, y con una popularidad mucho más acentuada a partir de la década de los 80 (Hollandsworth, 1988), la tendencia al crecimiento de las publicaciones sobre calidad de vida ha sido casi exponencial, en gran parte determinada por el aumento en la esperanza de vida de las personas y por el aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas, circunstancia que ha convertido a la CV en un objetivo primordial de la atención médica, cuando los límites biológicos de la vida hacen que ya no sea posible aumentarla, o cuando es más importante la satisfacción con la vida que el incremento de unos pocos años (Lara-Muñoz y cols., 1995)⁵⁹.

En la actualidad, la calidad de vida se ha transformado en un auténtico marco de referencia para la vida cotidiana, rico y complejo al mismo tiempo, y cuya clarificación puede ser de gran utilidad para la comprensión sociológica del mundo actual (de Pablos, Gómez y Pascual; 1999: 57), porque cuando nos referimos a la calidad de vida, estamos haciendo referencia a una diversidad de circunstancias que incluyen tanto la satisfacción de las necesidades más básicas, percibidas por prácticamente todas las personas, y a menudo relacionadas con la sensación de salud física y psíquica, como también a la satisfacción de otras necesidades vinculadas al ámbito de nuestras relaciones sociales, al acceso a los bienes culturales o al entorno ecológico y ambiental donde vivimos. Es decir, con '*calidad de vida*', se hace referencia a un término que es el sumatorio del nivel de satisfacción con las condiciones en

⁵⁹ En una búsqueda informatizada de tres años (1978-1980) se encontraron aproximadamente 200 artículos que incluían en el título el término 'CV'. En un sólo año (enero-diciembre de 1991), Lara-Muñoz y cols (1995) encontraron 829 trabajos en las que se incluía la CV como descriptor, 205 de ellos en español e inglés. En 1990, la revista *Medical Care* publicó una lista de trabajos relacionados con la CV de pacientes con diferentes padecimientos, 108 de estos trabajos eran en pacientes oncológicos. De esta forma, a la par que crecía el número de estudios sobre CV, este concepto iba sufriendo un proceso de maduración, aumentando de complejidad, y a la vez, enriqueciendo su vulnerabilidad.

que se van desarrollando las diversas actividades del individuo, todas ellas sujetas a unas condiciones objetivas, que son comparables, pero que también están influenciadas por las percepciones personales subjetivas y por los valores culturales.

Organismos oficiales, como la OMS o la OCDE, proponen definiciones de calidad de vida que pretenden unificar los criterios que la componen. Así, para la OCDE (1982:14), la calidad de vida se corresponde con diversas áreas de preocupación social que se reúnen en 8 grandes grupos y que representan la estructura del estado del bienestar en sus aspectos fundamentales: salud, educación, empleo y calidad de vida en el trabajo, tiempo y ocio, capacidad adquisitiva de bienes y servicios, medio físico, medio social y seguridad personal.

Sin embargo, cuando se pregunta de manera abierta a la gente sobre su calidad de vida, lo primero que se percibe es que esta consiste en algo diferente para cada cual: los aspectos materiales son los más relevantes para unos, mientras que para otros tiene mayor importancia estar rodeado por aquellos a quien se ama; en ocasiones se identifica calidad de vida con felicidad y otras veces con una especie de equilibrio entre las aspiraciones y los logros. Sobre este último aspecto hay bastante consenso, pues lo que falta todavía por alcanzar suele estar presente en la mente de las personas, dotando a la calidad de vida de cierta provisionalidad que trasciende el momento actual.

Por otra parte, expresiones como *bienestar*, *nivel de vida* o *vivir bien*, suelen ser empleadas como sinónimos de calidad de vida, y en cierto modo lo son, pues como afirma De Pablos (1999), sólo cuando el bienestar material se ha difundido entre amplias capas de la población, ha sido posible el surgimiento del concepto de calidad de vida. Algunos autores diferencian entre el *nivel de vida*, vinculado a una estructuración vertical de la sociedad, y que haría referencia a los elementos más o menos cuantificables que ordenan a los individuos en capas o estratos, y el *estilo de vida*, determinado por la combinación de bienes que uno elige y las actividades que uno hace, todo ello procesado en una configuración más abstracta, que vendría

determinada por los valores que se detentan y la ubicación sociocultural que nos distingue (Orizo, 1992: 238) y que aporta una visión social multiforme y variada, no vertical.

En síntesis, dado que la CV es un concepto eminentemente evaluador o valorativo, capaz de abarcar muchos más fenómenos de los que caben en cualquier especialidad o rama de las ciencias, transcurridos más de 20 años desde aquella publicación de Larson en 1978, todavía no se ha llegado a establecer un consenso general sobre su definición y forma de evaluación, aunque hay algunas ideas clave que generalmente se aceptan como representativas del concepto:

- La calidad de vida es un concepto multidimensional que comprende componentes tanto objetivos como subjetivos.
- Comprende un número diverso de ámbitos de la vida, aunque existen discrepancias acerca del número real y las características de tales ámbitos.
- Debe reflejar las normas culturales de bienestar objetivo.
- Dentro de la dimensión subjetiva, las personas otorgan un peso específico diferente a los distintos ámbitos de su vida, por lo que se acepta que algunos ámbitos pueden ser considerados más importantes para algunos individuos que para otros.
- Cualquier definición de calidad de vida debe ser aplicable por igual a todas las personas, cualesquiera que sean sus circunstancias vitales.

Desde estos planteamientos, el término actual de calidad de vida, se halla en estrecha relación con el concepto original de bienestar, que a su vez tiene una amplia tradición en el mundo occidental contemporáneo unido al de Estado de Bienestar. Nordenfelt (1993: 35) utiliza dos expresiones para referirse a esta realidad: *welfare* y *wellbeing*, entendiéndolo al primero como el bienestar externo, y al segundo como el bienestar subjetivo.

La disyuntiva entre lo '*objetivo*' frente a lo '*subjetivo*' de la calidad de vida ha sido, desde hace años, un importante motivo de debate entre los investigadores. Mientras que unos analizan la CV mediante análisis basados en la propia experiencia del individuo, y en sus percepciones y evaluaciones a través de un planteamiento de estudio '*subjetivo*' de la calidad de vida, aceptando que los componentes materiales pueden determinar cierta calidad de vida, pero que no suponen un elemento significativo, otros investigadores en cambio, enfatizan los aspectos '*objetivos*' de la calidad de vida, determinándola a través de la existencia/ausencia de condicionantes materiales cuantificables (incluyendo aspectos relacionados también con la salud/enfermedad) y creando escalas o cuestionarios de medida que permitan comparaciones intra y extragrupalas.

Fernández-Ballesteros (1997), va todavía más allá en la forma de plantear este debate, pues entiende que existen 4 formas divergentes de analizar la CV: 1) los estudios que plantean que la calidad de vida se refiere exclusivamente a la percepción subjetiva que los individuos tienen sobre ciertas condiciones; 2) los que consideran que la calidad de vida ha de comprender tanto condiciones subjetivas como objetivas; 3) los estudios que cuestionan si la calidad de vida se refiere necesariamente a un concepto ideográfico, en el sentido de que debe ser el sujeto quien ha de establecer cuál/es son los ingredientes que intervienen en la '*calidad de su vida*'; y 4) los que plantean si la CV es un concepto nomotético, que permitiría establecer un patrón de calidad de vida general para todos los sujetos⁶⁰.

La necesidad de unir los dos elementos, objetivo-subjetivo, en la definición y evaluación del concepto parece consensuarse en los últimos años (Casas y Aymerich: 2005), lo que ha dado pie al surgimiento de diferentes definiciones, de las que destacamos las 4 más frecuentemente utilizadas:

⁶⁰ No obstante, para muchos autores (Siegrist *et al.*: 2000) este debate carece de sentido, pues el estudio de la calidad de vida presenta bajos niveles de razonamiento teórico y de innovación metodológica, por lo que no tendría vigor científico ni creatividad. Sin embargo, su creciente reconocimiento y aceptación como una actividad importante y útil, tiene especial trascendencia en el estudio de la calidad de vida en la vejez, pues esta supone uno de los contextos en los que más importancia se está dando a la calidad de vida. Seguramente, '*vivir más y mejor*' es la finalidad más elemental de todas las personas, así como también una de las principales metas de la mayoría de profesionales relacionados con la gerontología.

1. Para Setién (1993: 137-138), calidad de vida es el *“grado en que una sociedad posibilita la satisfacción de las necesidades de los miembros que la componen, capacidad que se manifiesta a través de las condiciones objetivas en que se desenvuelve la vida societal y en el sentimiento subjetivo que de la satisfacción de sus deseos, socialmente influidos, y de su existencia, poseen los miembros de una sociedad”*.
2. La OMS (1994), concibe calidad de vida como *“la percepción por el individuo de su posición de vida en el contexto de cultura y sistema de valores en los cuales vive en relación con sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones”*.
3. Para Felce y Perry (1995), la calidad de vida se puede definir en base a 4 conceptualizaciones: 1) la calidad de las condiciones de vida de una persona, 2) la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, 3) la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta y, 4) la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal, ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.
4. Hörnquist (1989) la define como la *“percepción global de satisfacción en un determinado número de dimensiones clave, con especial énfasis en el bienestar del individuo”*.

A pesar de su sencillez, o quizás por ello, nos gusta especialmente esta última definición (Hörnquist), porque permite incluir en forma de variables especificadas para cada caso, las diferentes causas externas al individuo que pueden llegar a modificar su bienestar (incluyendo su salud, vinculada directamente con el concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud).

En cualquier caso, resulta imposible hablar de una concepción única de calidad de vida sin tener en cuenta la idea, valoración o juicio que merece el nivel de bienestar para la persona que diseña y realiza la investigación (De

Pablos: 1999), pues toda forma de concepción y medida de la calidad de vida dependerá de: 1) sobre quien recaiga la responsabilidad de emitir esa valoración; 2) sobre los criterios y variables que se sigan a la hora de medirla; y 3) sobre el enfoque que se pretenda dar a esa medición, tanto desde el punto de vista del diseño de los aspectos a valorar, como de los intereses y finalidades con que se haga esa valoración. Así, los enfoques teóricos que se establezcan sobre el concepto de calidad de vida, los aspectos sobre los que los investigadores pongan el acento a la hora de establecer las formas de valoración, permitirán analizar unos parámetros u otros, de entre los diferentes determinantes que influyen en la misma, lo que a la vez, establecerá el tipo de definición que el actor de la medición haga del constructo, como las posibles intervenciones que ese enfoque permita llevar a cabo para mejorar la calidad de vida de las personas evaluadas.

CUADRO 4.1: DIFERENTES ENFOQUES TEÓRICOS SOBRE LA CALIDAD DE VIDA:

<i>Enfoque Biologista</i>	Analiza la calidad de vida centrándose en las condiciones de salud de las personas y en las cuestiones sanitarias de una determinada comunidad.
<i>Enfoque Ecologista</i>	La valoración de la calidad de vida se realiza desde el análisis de la relación entre las personas y los espacios físicos que estas ocupan. Considera principalmente las características ambientales y su implicación sobre el estilo de vida.
<i>Enfoque Economicista</i>	Determina el nivel de calidad de vida en función de los niveles de ingresos económicos, gasto social e inversión de los individuos, grupos o comunidades.
<i>Enfoque Sociologista</i>	La calidad de vida es analizada en función del conjunto de condiciones objetivas y observables que conforman una comunidad. Valora la influencia de las variables demográficas, lugar de residencia, cuestiones de trabajo, ocio, relaciones sociales, familiares, servicios sociales ofertados a la comunidad y otros.
<i>Enfoque Psicosocial</i>	Analiza la valoración de la persona sobre su propia calidad de vida y sobre sus emociones y sentimientos al respecto de ésta. Considera los modos de afrontamiento, los rasgos personales, la satisfacción con la vida, la participación en actividades ocupacionales, laborales y otras, subrayando tanto las dimensiones personales como las socio-ambientales desde la percepción personal.

Fuente: elaboración propia.

El anterior Cuadro 4.1 recoge los diferentes enfoques teóricos que pueden plantearse cuando se establece un proceso de medición de la calidad

de vida. Estas formas de analizar la CV constituyen un planteamiento puramente teórico que, en la práctica, no suelen utilizarse de manera aislada, pues cada vez hay mayor consenso en la necesidad de analizar la CV desde enfoques transdisciplinarios, en especial entre los enfoques biológico y psicosocial, con diferencia los más integrados, aunque en la valoración de la calidad de vida de las personas ancianas, la necesidad de los análisis desde planteamientos economicistas, ecologistas y sociologistas, sobre todo si se trata de analizar la CV de mayores institucionalizados, resulta también imprescindible.

▪ **CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS)**

La salud es considerada uno de los principales valores del ser humano y uno de los determinantes más importantes de la CV, porque a la vez que la propia salud genera cierto nivel de calidad de vida, también repercute en el resto de los determinantes de la misma. Por ello, muchos autores consideran que la salud no sólo es el valor predominante, sino aglutinante de los distintos elementos integrantes de la calidad de vida (Kaplan, 1985; Moreno, Ximénez, 1996).

En el ámbito de las ciencias de la salud, la valoración de la calidad de vida surge directamente vinculada a la necesidad de establecer los beneficios y limitaciones que podía generar el uso de terapias para el mantenimiento de la vida, frente a la idoneidad o '*calidad*' de la misma, cuando se recibía esa terapia. Durante muchos años, la investigación y atención sanitaria en los países desarrollados, se ha distinguido por los grandes avances en el tratamiento de las enfermedades y por la búsqueda de la disminución del impacto de esas enfermedades sobre las actividades de la vida diaria de los pacientes (aunque en general, se ha prestado menos atención a cómo se llevaban a cabo dichas actividades en términos cualitativos). La aparición de nuevos tratamientos paliativos, no exentos de importantes efectos adversos, que aún no estando dirigidos a la curación, consiguen aliviar los síntomas,

mejorar la función y/o limitar la progresión y las consecuencias incapacitantes de la enfermedad, han contribuido al aumento del número de personas con enfermedades crónicas e incapacitantes, que sin riesgo de muerte inminente, plantean sin embargo el dilema de si las vidas de muchos de estos enfermos son realmente dignas de ser vividas. De este modo surge el término específico de *calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)*, y directamente vinculados con la esperanza de vida, otros conceptos, como el de *años de vida ajustados a calidad (QALY)*, para referirse al hecho por el cual la disfunción física, el dolor y el malestar, provocan limitaciones de las actividades personales y sociales cotidianas, del bienestar psicológico y de otros aspectos del día a día de las personas y de su calidad de vida global juzgada por el propio individuo (Lawton, 2001).

En Medicina y otras ciencias afines a la salud, la mayoría de autores están de acuerdo en que, al igual que sucede con la calidad de vida, la CVRS es también un concepto multidimensional (Patrick y Erickson: 1993), y aunque no existe un consenso absoluto respecto a cual debe ser el modelo conceptual ni a cómo debe hacerse operativa su medición, casi todos los modelos que pretenden su análisis parten de la definición de salud que presentó la Organización Mundial de la Salud en 1948 (OMS: 1948): “*estado de completo bienestar físico, mental y social, que no sólo comporta la ausencia de enfermedad o dolencia*”. Según Badía (1995), la principal ventaja de esta definición es que incorpora una interpretación subjetiva a la misma, al incluir elementos de carácter psicológico y social (afectivos, sanitarios, nutricionales, sociales y culturales), que intentan superar la visión biológica predominante hasta esa época, basada exclusivamente en los determinantes objetivos de la salud, vinculados de manera única al diagnóstico médico de una enfermedad concreta (pruebas analíticas o fisiológicas)⁶¹.

⁶¹ Algunos autores, en especial Bergner (1989), plantean sin embargo que la medición de la salud no cambia esencialmente, pues aunque esta forma de definirla, pretenda ampliar el concepto al ámbito integral de los individuos, el concepto ‘estado de salud’ que introduce la OMS, incluye la valoración de los elementos que garantizarían la satisfacción de las necesidades humanas básicas desde los aspectos subjetivos, pero excluye los elementos que existen de manera independiente al individuo y que influyen en la salud misma, por lo que ésta se continúa midiendo de forma objetiva, mediante una medida estándar externa, bien como diagnóstico, bien como puntuación en una escala (Lawton, 2001).

Con esta perspectiva que pretende incorporar elementos subjetivos a la valoración de la salud, la definición de la misma ha evolucionado desde un planteamiento inicial puramente conceptual, hacia el uso de escalas diagnósticas que permiten medir la percepción general de la salud y relacionarla más fácilmente con la calidad de vida, pues tanto la vitalidad, el dolor, la discapacidad y otros aspectos subjetivos, se dejan influir por las experiencias personales y por las expectativas de una persona. Sin embargo, con esta interpretación no se cambia esencialmente la forma de valorar la salud, pues aunque el concepto '*estado de salud*' introducido por la OMS amplíe la definición al ámbito integral de los individuos, e incluya la valoración de los elementos subjetivos que garantizarían la satisfacción de las necesidades humanas básicas, excluye en cambio todos aquellos otros elementos subjetivos que existen de manera independiente a la persona, y que también pueden influir en la salud misma, como sus creencias o sus sentimientos, por lo que en realidad, aunque se pretenda valorar los elementos subjetivos que influyen en el nivel de salud, ésta se continúa midiendo de forma objetiva.

El concepto de CVRS, en cambio, pretende aunar las nociones de salud, percepción de salud y calidad de vida, agrupando tanto los elementos que forman parte del individuo, como aquellos otros que son externos a éste pero que interaccionan con él y pueden llegar a cambiar su estado de salud (Badía, 1995)⁶². Nos hallamos así ante un constructo multidimensional, que no puede ser observado de manera directa, sino deducido de manera indirecta a través de indicadores (Siegrist, Broer y Junge: 1996).

Tres aspectos parecen determinantes en la definición de la CVRS: 1) el impacto en la calidad de vida se debe a una enfermedad o un tratamiento; 2) los efectos de esa enfermedad o tratamiento son la disminución en la ejecución '*normal*' de las actividades del individuo y la reducción de su bienestar; y 3) los juicios sobre calidad de vida relacionada con la salud únicamente pueden ser realizados por el propio individuo. Con estas premisas,

⁶² Patrick y Erickson (1993) definen la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) como el valor asignado a la duración de la vida, modificado por la oportunidad social, la percepción, el estado funcional, y la disminución provocada por una enfermedad, accidente, tratamiento o política determinada.

una de las definiciones más útiles de CVRS es la que Shumacker y Naughton (1995) propusieron en una revisión de definiciones existentes: “CVRS es la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud, sobre la capacidad del individuo para mantener un nivel de funcionamiento que le permita realizar las actividades que le son importantes, y que afectan a su estado general de bienestar, siendo sus dimensiones más significativas: el funcionamiento social, físico y cognitivo, la movilidad y el cuidado personal, y el bienestar emocional”.

CUADRO 4.2: DIFERENTES ENFOQUES TEÓRICOS DE LA CVRS:

<i>Calidad de vida relacionada con la salud física</i>	Estados de salud y calidad de vida relacionada con la salud desde el punto de vista biológico. Valora aspectos como los diagnósticos clínicos, el dolor, los síntomas o las limitaciones funcionales de carácter físico y cognitivo.
<i>Calidad de vida relacionada con la salud social.</i>	Incluye indicadores relativamente objetivos de relación con el mundo externo. El nivel óptimo varía claramente según los individuos, por lo que alcanzar “el máximo” no es necesariamente lo mejor para todos. Las medidas incluyen tamaño de la red social, frecuencia de contactos, participación en actividades y espacio social.
<i>Calidad de vida relacionada con la salud percibida.</i>	Generalmente representa el análogo subjetivo de la calidad de vida social, como la calidad familiar, de los amigos, del tiempo, y la seguridad económica.
<i>Calidad de vida relacionada con la salud psicológica.</i>	Se compone de los afectos posibles y de los síntomas disfóricos y necesidades personales que tienen un efecto más generalizado en la calidad de vida global.

Lawton, M.P. (2001): Quality of life and the end of the life. En J.E. Birren y K.W. Schaie (eds.): handbook of the psychology of aging (5th Ed.). San Diego, CA: Academic Press.

Al igual que hemos hecho con el concepto de Calidad de Vida, el cuadro 4.2 recoge los diferentes enfoques sobre los que se basa el análisis y medida de la CVRS (Lawton: 2001). La mayoría de cuestionarios que se utilizan en el ámbito asistencial, y que con frecuencia se aplican también a personas mayores, son los que miden la calidad de vida en relación a la salud física. A diferencia de la tendencia transdisciplinar cuando se pretende medir la CV, la medición de la CVRS se ha centrado más frecuentemente en la determinación

de los aspectos físicos. Probablemente, la relación tan directa que se establece entre pérdida de salud, percibida por la aparición de síntomas o limitaciones físicas que tienen un efecto inmediato sobre la percepción del estado de salud personal, y por tanto sobre la CV, sea la causa de la mayor preocupación de esta variante, tanto entre los responsables de la valoración de la CVRS como entre los propios actores de la misma.

▪ **CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN LAS PERSONAS MAYORES (CVPM)**

Si en líneas generales la investigación sobre Calidad de Vida es importante, porque el concepto está emergiendo como principio organizador que puede ser aplicable para la mejora de la sociedad postindustrial, sometida ésta a transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas (Schalock: 1997), su utilidad se hace mucho más significativa en todos aquellos servicios relacionados con la satisfacción de las necesidades de las personas. En ese sentido, la aplicación de herramientas para la valoración de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en las Personas Mayores (CVPM), en especial de aquellos que habitan en recintos residenciales, se hace aún mucho más necesaria, pues su medición puede ser utilizada tanto para la evaluación de sus necesidades personales (nivel de salud, atención a la dependencia, etc.), como para el conocimiento de los niveles de satisfacción con los servicios del centro (personal, recursos y actividades de la residencia), e incluso podría utilizarse para analizar su relación con la formulación de políticas nacionales e internacionales dirigidas a la población mayor (programas asistenciales, recursos sociales, presupuestos económicos...).

Los principales problemas para el análisis de la CVPM, siguen siendo la falta de unanimidad en los aspectos a medir, pues la ausencia de consenso y de criterios universales sobre las dimensiones que la componen, hacen que cada investigador analice el constructo desde la perspectiva que juzgue más relevante, y en general, condicionada a la existencia de herramientas de

medición que consideren útiles para su forma de análisis (Quintero, 1996; Pukrop, Moller y Steinmeyer, 2000).

Un problema añadido entre las personas mayores, es la propia polisemia del término CV, que los ancianos relacionan con '*una buena vida*', y que expresan con muy diferentes términos del lenguaje cotidiano para referirse a una vida satisfactoria, bienestar subjetivo, bienestar psicológico, y desarrollo personal, por lo que en la práctica, el enfoque más común a la hora de medir la CVPM, ha sido utilizar diferentes tipos de indicadores de bienestar o vida satisfactoria (Neugarten y col., 1961). En este enfoque multivariado, la calidad de vida no es sólo multidimensional, sino que además tiene en cuenta la experiencia vital de las personas, tal como la interpretan ellas mismas y los demás. En consecuencia, al plantear esta forma de medida, todo análisis cuantitativo debe ser complementado con un análisis cualitativo para dar sentido al estudio⁶³.

Existen variables universalmente aceptadas que se relacionan con la CVPM (Buendía, 1994), y que se recogen en el Cuadro 4.3. Estos criterios tienen que ver con la capacidad funcional (valorada desde el punto de vista físico, psicológico y social), la salud, y las condiciones socioeconómicas (Butler, 1999).

No obstante, dado que muy a menudo se vincula la CVPM con su estado de salud, y en especial con las consecuencias de ésta sobre su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria de manera independiente (lo que las mismas personas mayores suelen referir como la capacidad de '*valerse por sí mismo*'), es frecuente que cuando se intente valorar la calidad de vida, acabe focalizándose el proceso exclusivamente en la valoración de la CVRS, circunstancia que se acentúa especialmente cuando las personas a valorar presentan patologías crónicas, o reciben tratamientos para enfermedades para las que ya existen algunas herramientas estandarizadas que determinan

⁶³ Estos índices exploran dimensiones absolutas y relativas de calidad de vida. Recientemente, se ha producido una mayor concienciación sobre la importancia de un enfoque fenomenológico del estudio de la calidad de vida mediante el cual se pregunta a las personas que den sentido a sus propias vidas en el contexto cultural y de valores en el que viven y en relación a sus propios objetivos en la vida (Bowling, 1998).

su nivel⁶⁴. La principal limitación de esta forma de abordaje de la CVPM, es que su determinación no suele tener en cuenta la manera en que los factores externos a la salud pueden afectar a la calidad de vida de los mayores. Debe tenerse en cuenta que, como el envejecimiento implica una serie de limitaciones que no siempre son consecuencia de la enfermedad, el concepto de calidad de vida en el campo de la salud de las personas mayores, sólo es útil si, además de los aspectos relacionados con la salud física y los factores ya mencionados, se valoran también otros factores del entorno tales como ingresos económicos, falta de autonomía o apoyo social, pues todos ellos están intrínsecamente relacionados con la salud y la dependencia, como hemos recogido en el Cuadro 4.3.

CUADRO 4.3: VARIABLES UNIVERSALMENTE ACEPTADAS QUE SE RELACIONAN CON LA CALIDAD DE VIDA EN LAS PERSONAS MAYORES:

<i>La salud, medida objetiva y subjetivamente, influye en gran medida en el bienestar de las personas mayores.</i>	Las enfermedades producen síntomas molestos y disconfort, limitando la sensación de bienestar y la capacidad de sentirse bien consigo mismo y con el entorno. Las capacidades físicas afectan a la calidad de vida
<i>Los factores sociales afectan al sentimiento de aislamiento social repercutiendo negativamente en la calidad de vida</i>	Una vivienda y un entorno adecuado, tienen una influencia positiva en la calidad de vida. La privación económica daña enormemente las posibilidades y la calidad de vida de los individuos.
<i>Los factores psicológicos, tales como los rasgos de la personalidad, la soledad y los sentimientos de inutilidad influyen en el bienestar.</i>	La propia estima y dignidad son elementos importantes en la vida de cualquier persona, independientemente de la edad que esta tenga.

Fuente: Elaboración propia a partir de Buendía (1994).

No obstante, a pesar de que la valoración de la CVPM se limite hoy por hoy, casi de manera exclusiva a la valoración de la CVRS, puede considerarse un avance significativo, ya que la incorporación de herramientas para valorar la CV, amplía la tendencia ‘asistencialista’ tradicional en los procesos de

⁶⁴ Un resumen de estas investigaciones se recoge en el libro de Yanguas (2004)

atención a las personas mayores, limitada exclusivamente a vigilar la enfermedad, sus síntomas y a aplicar las medidas farmacológicas que deben tomarse, introduciendo un enfoque ‘existencialista’ más enriquecedor.

▪ EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN LAS PERSONAS MAYORES

Asociado a la indefinición y dificultad de conceptualización de la CV, aparece el problema de su evaluación. Para Dennis, Williams, Giangreco y Cloninger (1994), los enfoques de investigación son variados, pero podrían englobarse en dos tipos: ‘*Enfoques Cuantitativos*’ y ‘*Enfoques Cualitativos*’. El propósito de los primeros es operacionalizar la Calidad de Vida, para lo que se suelen estudiar *Indicadores Biológicos* (que incluyen la salud y el bienestar físico), *Indicadores Sociales* (referidos a las condiciones externas relacionadas con el entorno, como el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario, la vivienda, etc.); *Indicadores Psicológicos* (que miden las reacciones subjetivas del individuo o la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales); e *Indicadores Ecológicos* (que valoran el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente). Por su parte, la investigación mediante ‘*Enfoques Cualitativos*’, adopta una postura de escucha a la persona mientras ésta relata sus experiencias, desafíos y problemas, referidos a esos mismos 4 ámbitos biológico, social, psicológico y ecológico, y relacionándolas posteriormente con la calidad de vida.

En relación a los enfoques de carácter cuantitativo, hay un amplio consenso en aceptar que los cuatro factores representados por la función física, el estado psicológico, las características sociales y los aspectos ecológicos, abarcan el espectro de lo que puede constituir la calidad de vida, y para la valoración de estos determinantes se han diseñado múltiples cuestionarios (casi todos recogidos en el ulterior Cuadro 4.4). El principal hándicap de esta forma de valorar, estriba en la falta de fiabilidad de la propia medición, pues suponer que existe estabilidad en la variable medida,

es un criterio que no resulta válido en muchos casos, en particular cuando se intenta evaluar el estado de salud, o su impacto sobre el bienestar subjetivo, mediante la utilización y medición de variables inestables como el dolor, la movilidad o las relaciones personales.

Otro problema aparece al intentar valorar la influencia particular de cada uno de los componentes referidos (físico, psicológico, social...) sobre la CV global, al igual que al intentar analizar la satisfacción particular del actor con cada uno de estos componentes, pues la importancia que les atribuye cada individuo es variable y no ejercen el mismo impacto sobre su CV. Indudablemente, la complejidad aumenta al comprobar que las dimensiones se ven afectadas por diversos condicionantes moduladores como sexo, edad o nivel cultural de la persona, así como, en el caso de que exista una enfermedad, por el tipo, duración, pronóstico y gravedad de la misma.

Con todo, no se conoce aún cuál de las dimensiones/factores/variables tiene una mayor relevancia sobre la CV, pues mientras para algunos autores, los problemas físicos son los que correlacionan más fuertemente con ésta, otros señalan que tanto los problemas somáticos como los psicológicos afectan a la CV por igual por la estrecha relación de ambos con la falta de satisfacción con la vida, considerándose esta última como el indicador más importante. Por su parte, la dimensión social se encontraría más alejada del estado de salud propiamente dicho, sin embargo, representaría un importante factor para la completa CV del individuo.

En tercer lugar, y una vez establecida la dimensión o dimensiones que deben estudiarse para conocer la calidad de vida, surge el problema de decidir cuales son los componentes que integran cada una de esas dimensiones, pues estos pueden variar en función de la especificidad del problema o de la población de estudio. Así, los aspectos relacionados con la salud y los problemas somáticos se han revelado como imprescindibles en los análisis de la CVPM, mientras que pierden muchísima relevancia frente a los problemas psicológicos o sociales entre las poblaciones jóvenes. Del mismo modo, aunque son significativos los problemas sociales entre las personas mayores que habitan en su domicilio, el análisis de las relaciones sociales y

otros problemas del entorno son mucho más determinantes en general para las personas que residen en centros geriátricos. De esta manera, los autores tienden a orientar los componentes (bienestar general, problemas emocionales, situación funcional, cáncer, enfermedades terminales, problemas cardiovasculares, etc.), hacia los problemas/síntomas esperados en una determinada situación específica, lo que añade dificultad para la comparación de los resultados y validez de los estudios, y ha provocado que la cantidad de herramientas de medida sea tan sumamente variada como poco eficaz.

En un intento de solventar el problema sobre la forma de medición de la calidad de vida, y en especial de la calidad de vida relacionada con la salud en las personas mayores, Gill y Feinstein (1994) introducen el concepto de “*validez aparente*”⁶⁵ para explicar y suplir la falta de claridad en el significado y medición de un constructo cuyas formas de medida “...han aumentado desde una pequeña industria hasta una gran empresa académica desde los años 70, desarrollando nuevos y complejos instrumentos para medirla y actualmente se caracteriza por una multiplicidad de pasos que consumen tiempo y una intensa labor en la selección de ítems, su reducción posterior, pre-pruebas y evaluaciones cuantitativas para lograr reproducibilidad y validez, por lo que cabe preguntarse si los principios psicométricos académicos, aunque quizás estadísticamente elegantes, son satisfactorios para las metas clínicas de indicar lo que los médicos y los pacientes perciben como CV(RS) (el paréntesis es nuestro)”, lo que parece mostrar una velada crítica a la forma de medición mediante cuestionarios estandarizados.

No debemos olvidar tampoco el relativismo sociocultural en la medición de la CV. Hoy se considera muy cuestionable el intento de desarrollar un modelo de consenso para evaluarla, ya que la particularidad y los aspectos

⁶⁵ La *validez aparente* es una forma de validez de contenido que se centra en el grado en que los ítems de un cuestionario de CVRS parecen medir lo que se proponen. Las cuestiones deben ser necesarias, repetibles, gramaticalmente correctas, fáciles de responder, no ser ambiguas, inteligibles, referidas al momento actual o a un tiempo determinado, codificadas adecuadamente y éticas. La validez aparente es la parte de “sentido común” de la validez de contenido que asegura que el ítem, o el cuestionario global, esté en su punto.

locales y globales de la calidad de vida en relación a las diferencias transculturales, imposibilitarían llegar a un sistema único de medición, ya que en realidad, las personas valoran ciertas cosas en función de cómo los ha inducido su cultura y su biografía (Lolas: 1991; Lara-Muñoz, Ponce de León, y de la Fuente: 1995).

En el ámbito exclusivo de las ciencias de la salud, y por lo que respecta a la valoración de la CVRS, el consenso es relativamente mayor, aunque ya desde los primeros momentos, el principal problema se estableció por la desconfianza que sobre en el uso de métodos de evaluación de carácter cualitativo, o subjetivo, expresaron siempre los profesionales sanitarios. Históricamente, la evaluación del estado de salud de los individuos se venía basando en la observación o intervención exclusivamente médica y mediante métodos clasificados como '*fiables y cuantificables*' (examen clínico, pruebas de laboratorio, radiología...), frente a la evaluación de la calidad de vida, que se realiza mediante otro tipo de métodos basados en la percepción subjetiva de los individuos (cuestionarios de capacidad funcional o síntomas declarados por el paciente), que eran clasificados como '*menos fiables y no cuantificables*' (Badía, 1995).

Desde que en 1949, Karnofsky y Burchenal, mediante el llamado *Índice de Karnofsky*, midieron la capacidad funcional de los pacientes con cáncer vesical, para valorar el grado de independencia de estas personas y la carga que representaba para su familia o la sociedad, se empezaron a elaborar numerosos índices que valoraban cuantitativamente la calidad de vida de los pacientes. Algunos de ellos han sido tan útiles y utilizados en la actividad clínica que todavía gozan hoy de una gran fiabilidad y utilidad práctica, como el índice de la New York Health Association (NYHA) (que se adjunta en la Figura 4.1), utilizado para valorar el grado de capacidad funcional de las personas con enfermedades cardíacas⁶⁶.

⁶⁶ Mediante esta sencilla escala (a la que se asocia una pequeña prueba de esfuerzo físico, o la propia respuesta de los pacientes a una serie de preguntas sobre el grado de esfuerzo que soportan en su vida habitual, hasta que aparece la sensación de dolor precordial o ahogo intenso), el médico clasifica al paciente en diferentes estadios que sirven tanto para dar recomendaciones clínicas para la vida diaria,

FIGURA 4.1: ESCALA DE VALORACIÓN DE LA NYHA

	Enfd. CV	En Reposo	Actd. física habitual
Clase I	Sin limitación para realizar actividad física	Bien	No causa fatiga excesiva, palpitaciones, disnea o dolor anginoso
Clase II	Ligera limitación para realizar actividad física	Bien	Causa fatiga excesiva, palpitaciones, disnea o dolor anginoso
Clase III	Marcada limitación para realizar actividad física	Bien	Fatiga excesiva, palpitaciones, disnea o dolor anginoso con menos actividad que lo habitual
Clase IV	Incapaz de realizar actividad física sin molestias	Síntomas	Incrementa las molestias

Fuente: Elaboración propia a partir de la Escala para Valoración de la Capacidad de Funcional en pacientes con Insuficiencia Cardiaca (NYHA)

Este tipo de herramientas tomó cierto auge en los años cincuenta y Kazt, Lawton y otros, desarrollaron escalas para medir las Actividades de Vida Diaria (AVD) que tanta trascendencia tienen ahora entre las personas a las que se pretende valorar su grado de dependencia, en especial entre las personas ancianas, aunque no fue hasta los años sesenta cuando se generalizó el uso de cuestionarios, cumplimentados por los propios usuarios, que permitían analizar aspectos de la calidad de vida respecto a la salud que no eran estudiadas hasta ese momento⁶⁷, cuestionarios que, debido a su densidad, fueron recortándose progresivamente para facilitar su adopción habitual en la práctica clínica⁶⁸.

como para conocer el grado de deterioro en la salud con la finalidad de valorar la evolución y grado de afectación de la enfermedad.

⁶⁷ Para Katschnig (2000), una de las razones más importantes por las que los cuestionarios que evaluaban la calidad de vida en Medicina (que analizaban la percepción subjetiva de los pacientes) recibieron una significativa aceptación, fue la creciente insatisfacción de los pacientes, consecuencia de la actitud médica de prolongar la vida de los enfermos a cualquier precio, haciendo hincapié exclusivamente en la terapéutica y sin analizar la satisfacción de otras necesidades humanas básicas, como el bienestar, la autonomía y el confort.

⁶⁸ Los principales cuestionarios realizados en los años sesenta [*Sickness Impact Profile* (Bergner, Bobbitt, Carter y Gilson, 1981) y *Nottingham Health Profile*(*Hunt y McEwen, 1980*)], aunque permitían analizar

El Cuadro 4.4 recoge un resumen de algunos de estos cuestionarios para la medición de la CVPM. Algunos sólo pretenden una determinación genérica de la CV y otros se centran en los aspectos físicos, referidos a la capacidad funcional, psicológica o social. En el cuadro, presentamos además una indicación muy abreviada de su calidad científica y de su utilidad clínica o para la investigación, datos recogidos de los textos de Fernández-Ballesteros (1998) y Badía, Salamero y Alonso (1999). Todos ellos son cuestionarios que se basan en las puntuaciones o calificaciones que ‘*subjetivamente*’ otorgan los actores a los determinantes que se consideran básicos en su nivel de calidad de vida. Como documentos adjuntos, se añaden las Tablas 4.1 y 4.2, que resumen la evolución temporal de los diferentes modelos teóricos y formas de evaluación de la CV.

CUADRO 4.4: INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE MAYOR INTERÉS EN GERONTOLOGÍA CON EXPRESIÓN DE SU CALIDAD MÉTRICA DE ADAPTACIÓN Y GRADO DE RECOMENDACIÓN EN ESPAÑA

HERRAMIENTAS DE MEDIDA	ADAPTACIÓN	RECOMENDACIÓN
MEDIDAS GENÉRICAS		
EuroQOL 5-0	MB	A
Perfil de las Consecuencias de la Enfermedad	MB	M
Perfil de salud de Nottingham	MB	A
Cuestionario de Calidad de vida	B	M
Cuestionario de la Evaluación Funcional Multidimensional (OARS)	MB	A
Perfil de Calidad de vida en Enfermos Crónicos (PCALIDAD DE VIDAEC)	B	M
Láminas COOP-WONCA	B	A
Cuestionario de Salud SF-36	MB	A
WHOQOL-100 y WHOQOL-BREF	R	M

la salud percibida por los individuos de una manera estandarizada y multidimensional, eran considerados demasiado largos y tediosos por los profesionales encargados de suministrarlos y por las personas que los cumplimentaban, por lo que el acortamiento y sencillez que se consiguió durante los años ochenta, permitió un uso más generalizado y frecuente [*Dartmouth COOP Charts* (Nelson, Wasson y Kirk, 1987), *The Duke Health Profile* (Parkerson, Broadhead y Tse, 1990), o los derivados del *Medical Outcomes study* (Steward, Hays y Ware, 1988)].

CUADRO 4.4: INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE MAYOR INTERÉS EN GERONTOLOGÍA CON EXPRESIÓN DE SU CALIDAD MÉTRICA DE ADAPTACIÓN Y GRADO DE RECOMENDACIÓN EN ESPAÑA (continuación)

HERRAMIENTAS DE MEDIDA	ADAPTACIÓN	RECOMENDACIÓN
MEDIDAS GENÉRICAS		
Cuestionario Breve de Calidad de vida (CUBRECAVI)	B	A
MEDIDAS ESPECÍFICAS		
Dominio funcionamiento físico		
Índice de Katz	R	M
Medida de Independencia Funcional	R	M
Escala Plutchik de Valoración Geriátrica	B	M
Índice de Actividad de Duke	B	A
Dominio competencia psicológica		
Cuestionario de Salud Goldberg GHQ-12	MB	A
Índice de Bienestar Psicológico	B	A
Dominio competencia social		
Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-Unk	B	A
Entrevista Manheim de Apoyo Social (EMAS)	B	A

Nota: Grado de adaptación (MB=muy buena; B=buena; R=regular o insatisfactoria). Grado de recomendación (A=alta; M=moderada; B=baja). La referencia original puede consultarse en Reig (2000).

La determinación de la CVPM precisa de ciertos matices que la diferencian del mismo proceso evaluador cuando se lleva a cabo en personas de otras edades. Ya se ha hecho referencia al peso específico de los problemas físicos frente a los sociales relacionados con el propio proceso de envejecimiento, y también a las diferencias en cuanto a relaciones y actividades sociales de las personas que viven en sus domicilios frente a las que habitan en una residencia de tercera edad. Todas estas diferencias de contexto hacen que las formas de abordar la calidad de vida en las personas mayores requieran abordajes muy diferenciados y llenos de matices.

No obstante, para que se considere útil cualquier tipo de herramienta o modelo empleado en la medición de la CVPM, en general se exige que incluya la valoración de al menos tres componentes (Badía, 1995): 1) bienestar objetivo y subjetivo (incluyendo la aproximación subjetiva al estado de

salud); 2) capacidad en el desempeño de los roles sociales (incluyendo la valoración del estado funcional físico, social y mental); 3) condiciones externas de vida material (nivel de vida), y social (red social y apoyo social)⁶⁹. Para algunos autores, resulta también imprescindible la valoración de los diferentes ámbitos vitales del individuo de forma separada (en caso de que existan), pues la calidad de vida de una persona puede diferir mucho en aquellos distintos contextos en los que la persona desarrolle su vida, como la familia o el trabajo (Fernández-Ballesteros: 1997). En términos prácticos, la evaluación de la CVPM se aborda desde un enfoque multifacético, multidisciplinario y global, centrado en toda la vida de los individuos y que directamente les incluye en la planificación e implementación de las estrategias de apoyo y cuidado.

En los últimos años se ha venido insistiendo, de manera específica para las personas mayores, en la necesidad de combinar la valoración de los determinantes objetivos con los subjetivos de la CV. Respecto de los componentes objetivos, se dispone de abundante información sobre cómo éstos pueden determinar la calidad de vida de las personas mayores. Las enfermedades, el estado mental, las discapacidades, los elementos de la vivienda u otros, son aspectos fácilmente mensurables, por lo general bien conocidos y para los que se cuenta con instrumentos de detección, valoración y clasificación adecuados. Sin embargo, la información sobre los componentes subjetivos de la calidad de vida, a pesar de ser abundante y de que puede ser evaluada mediante herramientas válidas, como los Índices de Katz y Lawton, que analizan la movilidad, la autonomía o las actividades en el hogar, se relaciona también con otros aspectos sobre los que se conoce bastante menos y para los que hay pocas herramientas útiles, como la percepción de la propia

⁶⁹ Para Gurland y Katz (2000), la calidad de vida de las personas mayores debe recoger 19 ámbitos: movilidad útil, actividades básicas de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, actividades tecnológicas de la vida diaria, capacidad de navegación (del inglés, aunque entendemos que se refiere a capacidad de desplazamiento), capacidades de orientación, comunicación receptiva, comunicación expresiva, preservación de la salud, síntomas y humor, relaciones sociales e interpersonales, autonomía, capacidad de administración, adaptación al entorno, obtener gratificación, percepción de la salud, imagen futura, bienestar general y coordinación efectiva. Estos ámbitos agrupan distintos retos de adaptación y establecen respuestas que reflejan los esfuerzos de la persona mayor para acometer cada reto. Se supone que la integridad de la calidad de vida emana de las respuestas adaptativas, mientras que la disminución de la calidad de vida lo hace de las respuestas desadaptativas.

salud, el humor o el estado de ánimo, e incluso con otros más complejos, como las creencias, valores y temores, de los que todavía no se conoce prácticamente nada (Gurland y Katz, 2000). Esta falta de información sobre los componentes subjetivos de la CV limita su valoración, y no permite el establecimiento de comparaciones ni generalizaciones entre diferentes entornos, dificultando aún más el establecimiento de parámetros internacionales que las hagan globalmente útiles (Myers, 1993).

A pesar de estas limitaciones referidas, los enfoques sobre los estudios de CVPM han arrojado datos que empiezan a resultar útiles. Los resultados obtenidos hasta la fecha, revelan que, las personas mayores, aunque son conscientes de que el envejecimiento provoca cambios negativos en sus vidas, habitualmente manifestados como pérdidas y disminuciones de la capacidad del desarrollo personal, afrontan razonablemente bien el paso del tiempo y la vejez (Baltes y Mayer, 1999), siguen siendo eficaces en el mantenimiento de una sensación de control y poseen una visión positiva, tanto del autoconcepto como del desarrollo personal (Brandtstadter, Ventura y Greve, 1993). También se ha demostrado que, mayoritariamente, son capaces de desarrollar acciones que les permiten la adaptación satisfactoria a las nuevas situaciones, lo que influye positivamente en su salud, y por lo tanto en su percepción de la calidad de vida (Espejo et al.: 1997). La relación existente entre el estilo de vida y el bienestar es fundamental en la vejez, pero se ha demostrado que las personas mayores con mejor CV, son aquellas que presentan más habilidades cognitivas y emocionales, pues éstas poseen mayor capacidad para el afrontamiento de los cambios que se producen cuando llega la etapa de la vejez (Dulcey-Ruiz E, Mantilla G, Alfonso AM y García DM, 1998; Triana EA y Reyes T, 1999). Resulta especialmente interesante el análisis de los resultados que arroja la percepción de este último aspecto, pues los estudios que investigan sobre esta cuestión, establecen la gran trascendencia que se produce entre autopercepción del estado de salud y morbilidad o mortalidad (Idler y Kassel, 1991; Idler y Benjamini, 1997; Kaplan, Goldberg, Everson et al., 1996; Shapiro, 1982), avalando que el comportamiento es el elemento fundamental para determinar un envejecimiento de calidad, y demostrando que: 1) las personas felices viven más tiempo (Deeg y Van Zonneveld, 1989);

2) las personas infelices refieren un peor estado de salud y más problemas de salud (Argyle, 1997); 3) la felicidad afecta a la salud objetiva y subjetivamente y, sobre todo; 4) que la salud es uno de los predictores más potentes de felicidad (Argyle, 1997), especialmente de la felicidad de las personas mayores (Willits y Crider, 1988), o del bienestar psicológico (Okun, Stock y Haring, 1984).

Prácticamente toda la comunidad científica, acepta que tanto los modelos teóricos, como las investigaciones y resultados sobre las diferentes formas de valoración de la CVPM, deben servir para establecer estrategias de intervención en Gerontología. Las metas y objetivos generales de estos procesos son útiles para armonizar la intervención gerontológica con las aspiraciones a una calidad de vida como variable de resultado, referidas tanto al ámbito general como al ámbito residencial (metas y objetivos que resumimos en el Cuadro 4.5). Pero la realidad es muy diferente, pues los estudios más consolidados son aquellos que se limitan a valorar la influencia que ejercen las enfermedades y algunos tratamientos sobre la CVPM. A falta de otros estudios que analicen más profundamente las diferentes formas posibles de medir la CVPM y su relación con la salud y otros determinantes sociales, las direcciones más consolidadas actualmente en los diferentes procesos de investigación, se agrupan principalmente en dos grandes líneas con objetivos diferenciados (Siegrist et al., 1996): estudios centrados en los resultados de una determinada intervención sobre la CV; y estudios centrados en la predicción de los efectos de la enfermedad sobre la CV.

Los primeros, agrupados bajo el epígrafe de *Paradigma de los Resultados*, evalúan el bienestar y la capacidad de funcionamiento físico y psicológico de la persona sobre la que se ha llevado a cabo un proceso terapéutico. A pesar de ser los más utilizados para la valoración de la CVRS, su validez es limitada en personas mayores con enfermedades crónicas, pues analizan solamente las características personales variables (dolor, capacidad funcional, síntomas...) sin valorar las *características estables* (apoyo social,

carácter, nivel económico...)^{70 71}. El segundo grupo de estudios, conocidos como *Paradigma Predictor*, se basa en la evidencia clínica y epidemiológica según la cual, un bajo nivel de CV se relaciona con una mayor intensidad en los brotes y síntomas de las enfermedades, reduciendo la probabilidad de supervivencia, por lo que su principal finalidad es predecir el curso futuro de la enfermedad y la esperanza de vida en función de la mejora o deterioro de la CV.

Finalmente, en cuanto a los objetivos generales de la medición de la calidad de vida en las personas mayores, hoy se acepta que tanto los modelos teóricos, como las investigaciones y sus resultados, tienen una relación directa sobre las estrategias de intervención en Gerontología. La Tabla 4.1 resume las metas y objetivos genéricos que pretenden armonizar la intervención gerontológica con las aspiraciones a una calidad de vida como variable de resultado, referidas al ámbito general y al ámbito residencial, mientras que el Cuadro Adjunto 4.1, recoge las metas y objetivos genéricos que se pretende con los estudios de determinación de la Calidad de Vida en Personas Mayores.

⁷⁰ La principal crítica de estos estudios, se basa en que según la teoría de la función-producción de Ormel et al. (1997: ver nota al pie nº 12), las personas con problemas importantes de salud, suelen producir su propio bienestar, realizando una adaptación u optimización de las limitaciones, lo que contribuye a una mejor situación en el nivel de calidad de vida, que no es consecuencia tanto de la intervención clínica realizada como de las dimensiones sociales (o características estables) de la persona, lo que deberá ser tenido en cuenta a la hora de realizar este tipo de estudios.

⁷¹ La Teoría de la Función de la Producción Social (Ormel, Lindenberg, Steverink y Verbrugge, 1999), establece las posiciones de bienestar a que aspiran los individuos para alcanzar óptimos niveles de calidad de vida, identificando los dos objetivos últimos que todo individuo procura optimizar: por una parte, el bienestar físico y, por otra, el bienestar social. Para satisfacerlos, las personas se procuran cinco objetivos instrumentales: estímulo; confort; estatus; confirmación de la conducta y afecto. Los dos primeros satisfacen el bienestar físico, y los tres últimos, el bienestar social. El núcleo de la teoría establece que las personas escogen y sustituyen los objetivos instrumentales con el objetivo de optimizar su calidad de vida. Esta teoría es un marco de referencia propicio y eficaz para investigar, medir y explicar los modelos cuya variable dependiente sea la calidad de vida, pues integran los rasgos definitorios de las teorías contemporáneas del bienestar.

TABLA 4.1: PARADIGMAS TEÓRICOS SOBRE LA MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS MAYORES

TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO
<i>Paradigma de los resultados</i>	<ul style="list-style-type: none"> • evalúan el bienestar y la capacidad de funcionamiento físico y psicológico de la persona. • Muy utilizados en estudios de CVRS de personas con enfermedades crónicas. • Los parámetros de interés en estos análisis son las <i>características variables</i> de la persona (dolor, capacidad funcional, síntomas...) y no las <i>características estables</i> (apoyo social, carácter, nivel económico...) ^{72 73}.
<i>Paradigma predictor</i>	<ul style="list-style-type: none"> • estudios basados en la evidencia clínica y epidemiológica establecida, según la cual un bajo nivel de calidad de vida se relaciona con una mayor recurrencia de los brotes y síntomas de las enfermedades y una menor probabilidad de supervivencia. • Este grupo de estudios utiliza los resultados obtenidos en la medición de la calidad de vida, mediante las expresiones de los pacientes sobre su bienestar y capacidad funcional, generalmente, aunque también mediante otros métodos, no para evaluar el resultado de los tratamientos, sino para predecir el curso futuro de la enfermedad y la esperanza de vida.

⁷² La principal crítica de estos estudios, se basa en que según la teoría de la función-producción de Ormel et al. (1997: ver nota al pie nº 12), las personas con problemas importantes de salud, suelen producir su propio bienestar, realizando una adaptación u optimización de las limitaciones, lo que contribuye a una mejor situación en el nivel de calidad de vida, que no es consecuencia tanto de la intervención clínica realizada como de las dimensiones sociales (o características estables) de la persona, lo que deberá ser tenido en cuenta a la hora de realizar este tipo de estudios.

⁷³ La Teoría de la Función de la Producción Social (Ormel, Lindenberg, Steverink y Verbrugge, 1999), establece las posiciones de bienestar a que aspiran los individuos para alcanzar óptimos niveles de calidad de vida, identificando los dos objetivos últimos que todo individuo procura optimizar: por una parte, el bienestar físico y, por otra, el bienestar social. Para satisfacerlos, las personas se procuran cinco objetivos instrumentales: estímulo; confort; estatus; confirmación de la conducta y afecto. Los dos primeros satisfacen el bienestar físico, y los tres últimos, el bienestar social. El núcleo de la teoría establece que las personas escogen y sustituyen los objetivos instrumentales con el objetivo de optimizar su calidad de vida. Esta teoría es un marco de referencia propicio y eficaz para investigar, medir y explicar los modelos cuya variable dependiente sea la calidad de vida, pues integran los rasgos definitorios de las teorías contemporáneas del bienestar.

CAPÍTULO 5: METODOLOGÍA

▪ DEFINICIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La Calidad de Vida Percibida por las personas, como ya hemos especificado anteriormente, se ha convertido en un referente de las sociedades postindustriales. La relación tan directa que se establece entre la Calidad de Vida y la totalidad de los ámbitos vitales, hace que su presencia pueda vincularse con la sensación de bienestar, salud y felicidad, o por el contrario, con la insatisfacción o la falta de garantías para tener una vida plena y saludable.

En este contexto, la Calidad de Vida de las personas mayores se vuelve todavía más trascendental, pues a la relativa pero evidente pérdida del potencial social o de los recursos materiales y económicos que a menudo acompañan al proceso de envejecer, se suma toda una serie de limitaciones físicas que pueden acabar por mermar la capacidad para vivir de manera independiente, menguando de esta manera tanto la calidad como la esperanza de vida. Por otra parte, cuando estas circunstancias generan la necesidad de la institucionalización del anciano en una Residencia, como alternativa para garantizar una adecuada atención a su situación de dependencia, asegurar que el nuevo domicilio reúna las condiciones de calidad de vida necesarias se hace aún más imprescindible. En general, tanto los motivos generadores del ingreso, como la incertidumbre y desvinculación social que genera el cambio de domicilio y forma de vida, provocan un estado de fragilidad sobre el que las condiciones y nivel de calidad de vida que permita la residencia pueden influir de manera sustancial.

Pero, ¿se puede conseguir una Calidad de Vida adecuada en una Residencia de Tercera Edad?; ¿Cuáles son los elementos que determinan y garantizan unos niveles adecuados de Calidad de Vida en una Residencia?; Dado que resulta frecuente que las personas que residen en una misma residencia compartan características sociales y de salud comparables a las que se dan en casi todos los centros del mismo tipo, ¿son las diferencias en cuanto a la cantidad y calidad de los recursos del centro, y la capacitación, formas de

organización del trabajo y preparación de sus profesionales, los aspectos que determinan diferentes niveles de calidad de vida percibida entre dos Residencias?, ¿o son, por el contrario, otros determinantes menos objetivables, los responsables de establecer esta diferenciación?

- **OBJETIVOS, HIPÓTESIS DE TRABAJO Y UNIDADES DE OBSERVACIÓN Y ANÁLISIS**

- **OBJETIVOS:**

El objetivo central de nuestro trabajo es en realidad doble, por un lado pretendemos un planteamiento más general con el que trataremos de *conocer los niveles de Calidad de Vida Percibida por los ancianos institucionalizados en Residencias de Tercera Edad*. Este análisis supone abordar los aspectos que fundamentan esa calidad de vida, por lo que la investigación desarrolla también un segundo objetivo, más específico y de mayor calado, que trata de profundizar en el complejo universo de los valores emocionales y culturales de los sujetos de esa calidad de vida, para poder *determinar qué tipo de factores se encuentran en la base de su conformación*.

Todavía no se ha investigado con suficiente profundidad el nivel de Calidad de Vida que pueden permitir las residencias a los ancianos. No obstante, empiezan a ser numerosos los estudios sobre los aspectos más fácilmente cuantificables de la misma. De hecho, como correlato de algunas de estas investigaciones se han establecido normativas que regulan el espacio, los servicios, el ratio de personal necesario y otros aspectos que asegurarían unas condiciones de 'calidad' en el entorno residencial. Sin embargo, dado que la idea de Calidad de Vida es un constructo multidimensional, integrado por componentes objetivos y subjetivos, y que afecta a ámbitos muy diversos de la vida, su análisis no puede quedar limitado a la simple medición de la presencia o ausencia de elementos materiales cuantificables que influyan en la satisfacción de los residentes. Hay que tener en cuenta también los

aspectos relacionados con la experiencia personal de los ancianos y con la forma en que éstos experimentan sus vivencias en el nuevo lugar de residencia. La salud física y los aspectos materiales del entorno, influyen profundamente en la percepción que un individuo tiene de su vida y de la calidad de ésta, pero su grado de independencia, sus relaciones sociales y su relación con los elementos esenciales de ese entorno, también influyen –y creemos que poderosamente– sobre sus expectativas, sentimientos e inquietudes vitales, que en función de la cultura que le orienta y modela, conforman una personal manera de definir e interpretar la realidad que le rodea, e influyen significativamente sobre su forma de vivir, la percepción de su existencia y lo que considera o no importante, deseable o satisfactorio.

▪ **HIPÓTESIS DE TRABAJO:**

La hipótesis principal que subyace de este estudio, es que la Calidad de Vida Percibida por los residentes, depende más directamente de los aspectos subjetivos de la misma que de sus variantes objetivas. Es decir, que no va a depender tanto de los aspectos relacionados principalmente con los factores materiales y económicos, como de los factores culturales, vinculados a la sensación de autonomía, seguridad personal y “*empowerment*”⁷⁴, que influyen en su percepción. Por ello, cabe esperar que en un centro con menor dotación estructural puedan obtenerse niveles iguales, o incluso superiores, de Calidad de Vida Percibida que en otro con mayores recursos.

A raíz de esa trascendente simbiosis entre los aspectos materiales de la Calidad de Vida y los determinantes culturales de la misma, surge el dilema sobre si los primeros son realmente tan trascendentales como el volumen de estudios publicados sugiere, o si por el contrario, son los segundos, directamente relacionados con la personalidad del anciano y sus vivencias

⁷⁴ Este concepto fue definido por Thursz en 1995, y hace referencia a la necesidad de revalorizar a las personas mayores estimulándolas a continuar desarrollando los roles para los que están capacitados, y contribuir de este modo a acabar con el mito de ‘vejez = dependencia’ e incapacidad.

diarias, los elementos más significativos sobre su nivel de percepción de Calidad de Vida, por lo que planteamos una segunda hipótesis, según la cual, la única forma posible de conocer e implementar niveles de Calidad de Vida que permitan realmente el bienestar personal y la satisfacción vital, es a través de la medición y análisis de ambos grupos de variables.

Finalmente, una tercera hipótesis a comprobar, se relaciona con el hecho de que el modelo mixto de análisis utilizado en este trabajo, integrando metodología de investigación cuantitativa y cualitativa, permite determinar la Calidad de Vida Percibida de un modo más fidedigno que los análisis realizados exclusivamente mediante uno sólo de esos métodos de investigación.

▪ **UNIDADES DE ANÁLISIS:**

Las unidades de análisis para nuestra investigación son las Residencias de Tercera Edad, recursos del sistema de servicios sociales destinados a la residencia permanente y común de personas mayores.

Para dilucidar las cuestiones planteadas, hemos seleccionado dos unidades de observación ubicadas en dos países diferentes, una Residencia Pública de Tercera Edad en Benetusser (Valencia, España), de reciente construcción y dotada con toda clase de recursos y servicios, y un Hogar de Ancianos o “*Casa de Abuelos*” en Guanabacoa (La Habana, Cuba), cuyos recursos y condiciones estructurales son muy precarios en comparación al centro anterior.

La decisión de establecer la investigación en estas dos unidades de observación no es casual. Entre los dos países elegidos, se establecen suficientes elementos diferenciadores (distancia geográfica, nivel de renta per cápita y otras características sociodemográficas), que determinan un nivel de recursos y estilo de vida distintos, pero a la vez mantienen sólidos y significativos elementos comunes (índices de envejecimiento elevados, similar

significado social de la vejez y un modelo asistencial público) que permiten que los resultados de su comparación puedan tener relevancia. Esta comparación, permitirá profundizar en la vertiente '*multicultural*' de las variables estudiadas, y descubrir cuales son los elementos comunes y cuales los diferentes sobre la Calidad de Vida Percibida en ambos contextos, teniendo así un valor muy significativo a la hora de acotar las dimensiones del significado conceptual de la Calidad de Vida Percibida para dos poblaciones cultural y geográficamente diferenciadas, y permitiendo de este modo, la extrapolación de los resultados a estudios posteriores.

▪ **METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN**

El proceso de trabajo pivota sobre tres métodos: técnicas cuantitativas, técnicas cualitativas y métodos comparativos.

La primera etapa de la investigación se afrontó mediante 2 fases consecutivas, una primera, subdividida a su vez en dos etapas, en las que se utilizaron de modo paralelo técnicas documentales y técnicas cualitativas, y una segunda fase, de trabajo etnográfico, en los dos contextos seleccionados (España y Cuba).

En la primera etapa (*etapa documental*) se realizó un análisis de contenido de todas aquellas obras que contenían información o referencias sobre las formas de valoración de la Calidad de Vida en las Residencias de Tercera Edad. La selección de estas fuentes secundarias se obtuvo de la revisión de libros, documentos de naturaleza teórica, metodológica, técnica y profesional. Este análisis de contenido bibliográfico y documental, sirvió de soporte para extraer los indicadores en los que basar nuestro estudio.

Paralelamente, se inició un proceso de sondeo pretest mediante la realización de entrevistas no estructuradas a residentes y a personal trabajador de residencias, en las que se preguntaba abiertamente sobre cuales eran los aspectos que hacían sentirse bien a un anciano en la

residencia, aportándole '*calidad de vida*', así como qué era lo que echaba en falta tras el ingreso. El análisis de contenido de estas entrevistas se contrastó con la información obtenida del análisis documental de las revisiones bibliográficas sobre otros estudios previamente realizados en Residencias, para decidir cuales debían ser finalmente las variables o *determinantes de la Calida de Vida Percibida* a analizar. Del resultado de esta comparación, se decidieron las seis variables que finalmente fueron objeto de nuestro estudio: la **salud percibida**, el **entorno residencial y social**, la **satisfacción social**, la **capacidad funcional**, la **utilización del tiempo** y la **satisfacción con la vida**.

Según la bibliografía consultada, la Calidad de Vida Percibida por los ancianos en las Residencias tiene una relación directa con el estado de salud y con los elementos materiales y estructurales del centro (acceso a determinados servicios, habitación individual o compartida, recursos en la zona...). Sin embargo, las metas en la vida, las expectativas, valores e intereses, que a su vez se relacionan con un contexto cultural, una personalidad, una estructura valorativa y emocional y una vivencia social determinada dentro del ámbito residencial, también ejercen una poderosa influencia sobre la percepción que los ancianos tienen de su vida y de su estancia en el centro. Por eso, convencidos de que la Calidad de Vida Percibida en las Residencias de Tercera Edad, es resultado de la conjunción entre factores materiales y culturales, decidimos establecer un análisis integrador y multidimensional, valorando tanto los aspectos materiales como los culturales de todos los determinantes de la Calidad de Vida seleccionados, utilizando simultáneamente técnicas de investigación cualitativa y métodos de análisis cuantitativo para cada uno de ellos. Los aspectos materiales se valoraron, en general, mediante herramientas estandarizadas y específicas que cuantificaban la variable determinada, o mediante cuestionarios ad-hoc confeccionados al respecto para permitir el recuento de los aspectos necesarios. La información sobre los determinantes culturales, se obtuvo por medio de entrevistas en profundidad mantenidas con los ancianos del centro y por observación participante. El Cuadro 5.1, muestra de manera esquemática la forma en que se recogió la información relativa a cada una de las diferentes variables de la Calidad de Vida, mientras que en el Documento

Anexo 5.1 se adjuntan las herramientas, cuestionarios y documentos utilizados para la recogida de la información de carácter cuantitativo.

CUADRO 5.1: DETERMINANTES DE LA CVP SELECCIONADOS Y SU FORMA DE ANÁLISIS.

VARIABLE	MATERIAL	CULTURAL
SALUD PERCIBIDA	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de la Hª Clínica (diagnósticos de enfermedades). • Estudio de frecuentación médica* • Consumo de fármacos • Dolores crónicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista en profundidad <ul style="list-style-type: none"> ○ Valoración subjetiva del nivel de salud.
ENTORNO SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> • Características del centro <ul style="list-style-type: none"> ○ Recursos estructurales y materiales • Características del barrio 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista en profundidad. <ul style="list-style-type: none"> ○ Valoración subjetiva de la satisfacción con el centro y el entorno.
SATISFACCION SOCIAL (ESPACIO RELACIONAL)	<ul style="list-style-type: none"> • Recuento de relaciones <ul style="list-style-type: none"> ○ Relaciones sociales ○ Relaciones íntimas 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista en profundidad. <ul style="list-style-type: none"> ○ Valoración subjetiva del tipo e importancia de las relaciones que mantienen o han iniciado los ancianos en su vida (especialmente en la etapa de vejez).
CAPACIDAD FUNCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> • Tests de Katz, Barthel y Lawton 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista en profundidad <ul style="list-style-type: none"> ○ Valoración subjetiva de la capacidad para valerse por sí mismo del anciano.
TIEMPO (LIBRE)	<ul style="list-style-type: none"> • Recuento de tareas/día y tiempo/tarea 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista en profundidad <ul style="list-style-type: none"> ○ valoración subjetiva de la oferta del ocio en el centro y el barrio y del aprovechamiento de la misma.
SATISFACCION CON LA VIDA	<ul style="list-style-type: none"> • SWLS: Escala de Satisfacción con la Vida (Pavot y Diener) 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista en profundidad <ul style="list-style-type: none"> ○ Valoración subjetiva de la satisfacción con la vida.

Fuente: Elaboración propia

Nota: Los conceptos de “MATERIAL” y “CULTURAL” hacen referencia a los aspectos “objetivos” y “subjetivos” de la valoración de la Calidad de Vida.

El indicador *salud percibida*, pretende conocer qué grado de influencia tiene el estado de salud sobre la percepción de la calidad de vida en los ancianos. Para su análisis, decidimos recoger una serie de indicadores de carácter cuantitativo sobre la salud (enfermedades, frecuentación médica, consumo de fármacos y dolores crónicos), y otros de carácter cualitativo mediante entrevistas en profundidad y por medio de observación participante

que investigaban sobre la percepción que de su estado de salud tenía la persona entrevistada. Para la recogida de la información de carácter cuantitativo se elaboró un documento en el que se registraban las enfermedades diagnosticadas, tomadas directamente de la Historia del Residente que dispone la administración del centro y de la información aportada por documentos del propio residente, la frecuentación médica, haciendo un recuento del número de visitas médicas mensuales que el anciano realizaba al Centro de Salud (en España) o a la propia consulta médica de la Residencia (en Cuba), dato que pudimos recoger porque en ambos casos constaba el registro de esta actividad⁷⁵.

El registro de los fármacos consumidos de manera habitual, así como la existencia de dolor de tipo crónico, también fueron registrados en una tabla de contenido, pero la información de ambas variables, al no haber una fuente documental específica, se obtuvo de la verbalización del anciano tras la comprobación de la existencia del fármaco. De un modo similar se procedió para registrar la prevalencia de dolores de carácter crónico manifestados por el paciente y cuya intensidad se valoraba según una escala visual analógica (desde 0: ningún tipo de molestia, a 10: un dolor absolutamente insoportable).

La *capacidad funcional* (habilidad para “valerse por sí mismo”) es uno de los aspectos más frecuentemente relacionados con la calidad de vida por las personas mayores. Su análisis se llevó a cabo cuantitativamente mediante cuestionarios estándar diseñados y validados internacionalmente para la determinación de esta variable (Tests de Katz y Barthel para las actividades básicas y Test de Lawton para las actividades instrumentales o avanzadas). Los Test de Katz y Barthel son dos cuestionarios para ser cumplimentados por el propio anciano o por una persona cuidadora. Ambos analizan la capacidad para la realización de las llamadas Actividades Básicas de la Vida Diaria,

⁷⁵ En el centro de Benetusser, además de solicitar al conserje que concertase la cita telefónicamente con el Centro de Salud (Cita Previa), los ancianos tenían que pedir permiso para la salida que quedaba anotada en el ‘Libro de Salidas y Entradas’, junto al motivo de la misma. En el centro de Guanabacoa, el servicio médico se ofrecía los viernes, y había que solicitar la cita para elaborar un parte con todas las visitas semanales.

puntuando entre 10, 5 ó 0, cuando la actividad (comer, vestirse, lavarse, usar el retrete...) se realiza sin dificultad (10), con una ligera dificultad (5) o no puede realizarse de manera independiente (0). El Test de Barthel tiene un planteamiento similar, pero su finalidad es la de valorar la capacidad de los ancianos para la realización de actividades instrumentales de la vida diaria (usar el teléfono, hacer la compra, preparar la comida...). Las actividades instrumentales se valoraron mediante el Test de Lawton, documento estandarizado que analiza la realización de 8 actividades. Por su parte, la valoración cualitativa de estos determinantes se obtuvo mediante el análisis de contenido realizado de las entrevistas y conversaciones informales mantenidas con los ancianos a lo largo del trabajo de campo.

El determinante *entorno residencial y social*, analiza cómo la dotación estructural del centro y su ubicación en el seno de la localidad, pueden influir en la Calidad de Vida percibida por los ancianos. Para ello se procedió a un recuento de los elementos estructurales y materiales del centro, así como de los recursos y servicios disponibles en el espacio territorial que ocupaba, lo que fue recogiendo en una tabla, mientras que por medio de las encuestas realizadas, descubrimos la opinión personal que tenían los ancianos sobre esos recursos.

La variable *satisfacción social* pretende relacionar las actividades sociales de los ancianos con el nivel de percepción de Calidad de Vida. Para profundizar un poco más en el conocimiento sobre el tipo de actividades que los ancianos mantienen o inician con el ingreso en el centro, se elaboró una tabla en la que se registraba dos tipos de relaciones: las que denominamos relaciones íntimas, que eran las que establecía el anciano con su pareja, o por medio de visitas de la familia y amigos más íntimos (las antiguas amistades de fuera de la residencia si las hubiere), y las que denominamos de manera genérica relaciones sociales, que eran las que el anciano establecía con el resto de residentes, los trabajadores o con otras personas de la localidad. El recuento se llevaba a cabo tras consultar la '*Hoja de Visitas del Centro*', pero en el cómputo de relaciones tuvo un valor muy importante la observación participante. Igualmente, se procedió a realizar un análisis cualitativo,

mediante entrevistas, de todas estas relaciones sociales e íntimas que habían establecido o mantenían las personas ingresadas en el centro de tercera edad.

El indicador *utilización del tiempo*, se valoró cuantitativamente mediante el recuento de las diferentes tareas realizadas durante el día (programadas y no programadas) y del tiempo dedicado por el anciano a cada una de ellas, en función del registro de las tareas de ocio programadas por la Técnica de Animación Sociocultural u otros profesionales de cada centro, las tareas sistemáticas del día a día en la residencia (comida, baño,...) y el trabajo etnográfico. El análisis subjetivo sobre el grado de satisfacción que estas actividades producían en los ancianos se determinó mediante entrevista.

La *satisfacción con la vida* es, para la OMS, el segundo factor más determinante de calidad de vida tras el estado de salud. Su valoración resulta muy complicada, pues el factor subjetivo es trascendental en esta variable. No obstante, existe una Escala de Satisfacción con la vida (SWLS) aceptada internacionalmente, que permite su cuantificación. Esta escala, desarrollada por Pavot y Diener (1993), pretende evaluar la satisfacción global con la vida planteando 5 afirmaciones que las personas analizadas deben puntuar entre 1 y 7 según su grado de acuerdo (1, totalmente de acuerdo, ó 7, totalmente en desacuerdo). La información subjetiva y más enriquecedora sobre este aspecto, se extrajo de las entrevistas mantenidas con los ancianos.

La satisfacción económica, que no se ha analizado en este estudio a pesar de ser citada en la bibliografía consultada, puede llegar a suponer un elemento sustancial de la calidad de vida de las personas mayores. El motivo por el que no se ha abordado esta variable es la poca trascendencia que la situación económica puede determinar entre las personas que viven en una residencia de carácter público, donde todas las necesidades y servicios básicos están cubiertos por la institución, al margen de la paga que en concepto de pensión de jubilación siguen percibiendo los residentes⁷⁶. Otro elemento que ha supuesto un peso importante a la hora de no abordar el análisis de la satisfacción económica es la gran diferencia existente entre los niveles

⁷⁶ Un porcentaje variable de la citada pensión (entre el 70 y 90%) se queda retenido por la institución pública, mientras que con el resto, los residente pueden hacer frente a pequeños gastos personales.

socioeconómicos de los dos países estudiados, lo que establece elementos a priori muy difíciles de delimitar. No obstante, consideramos que la satisfacción económica, aún a pesar de la poca dependencia que de este parámetro puedan tener las personas que residen en un centro público, sí tiene un importante valor subjetivo y condiciona la percepción que de su vida y de la calidad de la misma sienten los ancianos, como se ha podido comprobar en las diferentes entrevistas. Quizás posteriores análisis deberían abordar también este aspecto.

Las circunstancias personales, de salud y sociales de los hombres y mujeres que habitan en las residencias de tercera edad, generalmente caracterizadas por dificultades para la deambulaci3n, dolor cr3nico u otros achaques propios del envejecimiento, hacen que uno de los aspectos m3s significativos de la vida residenciada se relacione con el hecho de que las actividades diarias queden limitadas casi exclusivamente al contexto intrarresidencial, acotando la realizaci3n de sus tareas al reducido entorno del centro en que habitan, donde se conforma una minicomunidad de personas, extraídas de una comunidad mayor, la sociedad en la que vivían, y con la que se establece muy escaso o ning3n contacto. Esta reducida interacci3n con la sociedad general, progresivamente menor conforme la edad se va haciendo m3s elevada, provoca la aparici3n de nuevos y diferentes v3nculos sociales dentro del centro. Pensamos que estas nuevas formas de organizaci3n social, relaci3n y convivencia, tienen una influencia muy significativa en la vida de los ancianos residentes, por lo que deben tenerse en cuenta en el momento de estudiar los determinantes de la Calidad de Vida Percibida.

- **TRABAJO DE CAMPO**
- *PLANTEAMIENTO*

Se realiz3 una etnografía de la comunidad de ancianos residentes en cada uno de los dos centros estudiados. Ello precis3 de la integraci3n del

investigador como antropólogo en la comunidad constituída por los ancianos residentes en la institución (*‘institución total’*, al estilo descrito por Goffman), conviviendo con ellos y participando en las actividades diarias de ambas residencias. La *‘observación participante’*, aportó el beneficio añadido de poder aglutinar y contrastar, a la vez que iban siendo recogidos, tanto los datos aportados por la institución, procedentes de sus documentos y archivos, como los obtenidos de los propios ancianos a través de los cuestionarios cumplimentados. Por su parte, las entrevistas realizadas, permitieron profundizar de manera más directa en todos los aspectos culturales y personales que podían tener relación sobre la percepción de la Calidad de Vida en los centros.

Esta combinación de métodos de trabajo resultó un elemento clave para el análisis posterior de la información, pues la observación de las conductas y actividades desarrolladas día a día por los ancianos en el centro, permitía conocer más profundamente el entorno en que éstas se desarrollaban, y por tanto el grado de influencia de dichas actividades y del entorno sobre la Calidad de Vida, proporcionando además un mayor conocimiento y comprensión de los aspectos que diariamente pueden influir sobre su percepción.

Antes del trabajo de campo, se realizó una serie de entrevistas a diferentes trabajadores de las dos instituciones con la finalidad de establecer una primera aproximación a las unidades de observación y familiarizarse con el entorno y los sujetos que iban a ser objeto de estudio. En ambos casos estas entrevistas se mantuvieron primeramente con los Directores y posteriormente con diferentes trabajadores (3 en Valencia y 4 en La Habana) que tenían contacto directo con los residentes. Además de conocer la información que podíamos obtener de los archivos del centro y de garantizarnos los permisos para realizar el trabajo de campo, las entrevistas nos permitieron conocer la dinámica habitual de las actividades diarias, los horarios establecidos y los momentos más adecuados para aproximarse a los residentes sin entorpecer sus tareas.

Sólo después de haber establecido un contacto estable en las dos instituciones se iniciaron las entrevistas a los ancianos. Del total de residentes en ambos centros (26 en Benetusser y 104 en Guanabacoa), las entrevistas en profundidad se realizaron a un grupo de 15 ancianos de cada uno de dichos centros. Para la selección de la muestra se decidió realizar un *Muestreo por Cuotas*, estableciendo dos grupos homogéneos, uno en cada residencia, que representaban proporcionalmente las variables de edad y sexo de la población a estudiar. Dado que las características demográficas eran muy similares en ambas poblaciones, se decidió establecer dos grupos simétricos de análisis, de manera que cada entrevistado en un centro pudiese contrastarse con otro de las mismas características de edad y sexo en el otro centro. Se realizó un total de 30 entrevistas, aunque dos de las 30 personas inicialmente seleccionadas para el estudio, ambos de la Residencia de Benetusser, debieron ser sustituidas, una por abandono temporal del centro para ingresar en un hospital donde iba a ser intervenida quirúrgicamente, y otra por su deseo personal de no participar. Ambos casos fueron sustituidos por la siguiente persona seleccionada que cumplía los requisitos preestablecidos.

Como se ha dicho, la selección de las personas residentes a entrevistar se basó en criterios de edad y sexo. En cuanto al primer criterio, se estratificó a los ancianos en 3 grupos de edad: de 65 a 70 años, de 71 a 80 y más de 80 años, lo que permitía abarcar de manera proporcional la amplia variedad de edades existente entre el grupo de mayores residentes, mientras que la distribución por sexo se hizo en una proporción de 9 mujeres y 6 hombres en cada residencia, a tenor de la mayoritaria presencia femenina en ambos casos⁷⁷. No se establecieron diferenciaciones en cuanto a nivel socioeconómico ni cultural o de otra índole en ninguno de los dos grupos. En el caso de Cuba, no tenía sentido por las características sociopolíticas del país, pero en el caso de España, la posibilidad de este sesgo quedaba

⁷⁷ Quisiera destacar la sorpresa que supuso encontrar a un importante número de centenarios, o casi centenarios, en la residencia de Cuba, donde vivían cuatro personas con más de 95 años, frente a la ausencia de personas tan longevas en el caso de España, y que no pudieron tener paridad específica en cuanto a su estudio. No es esta una circunstancia paradójica del centro analizado en Cuba, pues existe una asociación de centenarios en la isla que reúne a un importante número de personas que superan esta edad, y que organiza reuniones bianuales para el estudio de la longevidad (*Evento Internacional de Longevidad: Reunión Bianual de Centenarios, Asociación Médica del Caribe*).

neutralizada por el carácter público del centro estudiado, lo que prácticamente homogeneizaba las características socioeconómicas de los residentes.

La información obtenida de los archivos de las instituciones, de los cuestionarios estándar y del recuento sistemático de los hechos objetivables, fue valorada, agrupada y clasificada por centro⁷⁸. Por su parte, la información de carácter cualitativo para la valoración de la Calidad de Vida Percibida por los ancianos, obtenida a través de entrevistas y de la observación participante, fue transcrita, analizada y contrastada con la que se obtenía de los métodos de investigación cuantitativa. Aunque la mayoría de entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas, también en ocasiones se realizaban sin grabación, tomando algunas notas, que en su mayor parte se transcribían inmediatamente para realizar el posterior análisis de contenido.

El momento para realizar las entrevistas se pactaba previamente con el director de la residencia y con la persona seleccionada, siempre tratando de no interferir en las actividades del centro ni en los deseos de las personas a entrevistar. Las conversaciones eran abiertas y espontáneas, aunque dada la necesidad de abordar todos los aspectos relacionados con las diferentes variables seleccionadas, los momentos que resultaban demasiado intrascendentes se orientaban hacia los temas deseados. Esta orientación pretendía conducir la conversación más con el fin de aglutinarla y de garantizar el abordaje de todos los aspectos necesarios, que con la intención de priorizar temas o de dirigir la entrevista, que por lo general se desarrollaron de manera distendida y agradable. La duración promedio de las sesiones fue de una hora y media, aunque la posibilidad de retomar la charla y de solicitar aclaraciones siempre estaba presente debido a mi frecuente presencia en los centros durante el período de estudio. Las entrevistas fueron

⁷⁸ De este modo, se obtuvo la información sobre el tipo y frecuencia de enfermedades más comunes en ambos contextos, el número de fármacos y de visitas médicas realizadas por cada anciano, el porcentaje de capacidad funcional conservada (mediante la aplicación de los test de Barthel y Katz, pruebas estandarizadas para determinar esta variable), el recuento de los recursos del centro, de las actividades diarias, del número y tipo de relaciones mantenidas y del nivel económico de cada persona.

mucho más largas en el caso de Cuba que en España y allí, en 3 ocasiones, la entrevista tuvo que desarrollarse en dos sesiones separadas.

▪ **DESARROLLO**

La labor de recogida de la información se desarrolló en La Residencia de Tercera Edad de Benetusser (España), durante los meses de enero, febrero y marzo de 2004, y durante los meses de mayo y agosto y septiembre de 2005 en el Hogar 13 de Marzo, de Guanabacoa (La Habana, Cuba).

El acceso a los escenarios donde se llevó a cabo la investigación no supuso una especial dificultad, porque en ambos casos contaba con la participación de un “*portero*” (persona que facilita al investigador la integración en el contexto etnográfico). El Director de la Residencia de Tercera Edad de Benetusser fue quien me facilitó el permiso para trabajar en el caso de España, mientras que la intermediación de una profesora del Instituto de Ciencias Médicas de La Habana, que había estado realizando una estancia en la Universidad de Valencia, fue la que medió para establecer el contacto con el director del Hogar de Ancianos de Guanabacoa en La Habana⁷⁹.

A pesar de que los objetivos y método de trabajo estaban perfectamente definidos desde un principio, y pretendía que fuesen los mismos en ambos centros, la forma de entrada y desarrollo de la investigación en los dos campos fue bastante diferente.

En el caso de Benetusser (España), decidí no establecer una investigación completamente abierta asumiendo el rol de Animador Sociocultural⁸⁰, por lo que jamás confesé mi propósito y mi verdadera

⁷⁹ Para poder realizar la investigación en el Hogar de Guanabacoa, tuve que solicitar un permiso oficial al gobierno cubano, a través del Instituto de Ciencias Médicas de la Habana que, por no haber manifestado mi intención de realizar la investigación en el momento de entrada al país, no pudo cursarse en el tiempo de mi estancia e inicialmente se me prohibió el acceso al centro. No obstante, algunos trámites del director del centro, me permitieron poder desarrollar mi labor sin problemas.

⁸⁰ Los Técnicos de Animación Sociocultural (TASOC) son trabajadores, generalmente contratados a tiempo parcial por los centros de atención a personas dependientes (mayores, niños discapacitados, etc.),

profesión, ni a los ancianos ni a la inmensa mayoría de los trabajadores del centro, salvo al director y a la Técnico de Animación Sociocultural (TASOC), trabajadora con la que establecí un vínculo más directo por el tipo de tareas que fui desarrollando y por el importante volumen de información que podía suministrarme. La condición de centro público de esta Residencia y mi experiencia en el campo de la geriatría (soy enfermero con experiencia en instituciones de este tipo), me sugirió adoptar esta actitud, pues la presencia de una persona desconocida por los residentes, y con interés por aspectos privados de su vida, podría crear ciertos celos tanto entre los ancianos como entre los trabajadores. Los primeros podían limitarme la información que necesitaba si de algún modo percibían que recogía datos personales (principalmente de los aspectos económicos o de salud)⁸¹, y los segundos podrían llegar a pensar que mi intención era valorar su trabajo mediante tareas de inspección, circunstancias ambas que a buen seguro podrían crearme dificultades o interferir en mi labor.

Por este motivo, pacté con el director del centro la estrategia de mostrarme como técnico en Animación Sociocultural. Esta estrategia me permitió ser visto casi como uno más por parte de los trabajadores del centro, reducir su inquietud y ganarme su confianza. Pero a la vez, dado que mi relación con los ancianos estaba fuera del rango de las '*actividades institucionalizadas*', pues el de TASOC es un servicio contratado a una empresa externa que los ancianos no ven como alguien tan directamente vinculado al centro (no lleva el mismo uniforme, no acude diariamente...), pasaba un buen número de horas a su lado. Esta permanencia me permitió establecer un magnífico nivel de empatía con ellos, mantener largas conversaciones (que a menudo y siempre con su consentimiento registraba en

cuya labor es la organización y desarrollo de actividades lúdicas o recreativas, aunque con finalidad formativa o terapéutica (Terapia Ocupacional).

⁸¹ Téngase en cuenta que, como ya hemos expresado en un capítulo anterior, al tratarse de un centro público creado y gestionado por la Conselleria de Benestar Social, el ingreso en el mismo y el acceso a los servicios que la Residencia oferta, es prácticamente gratuito (mediante el modo de financiación que también ha sido expuesto) pero precisamente por ese motivo la demanda de estas plazas es muy abundante y, junto al ínfimo número de recursos de este tipo con que cuenta la Comunidad Valenciana, provoca unas enormes listas de espera. Dado que los condicionantes económicos y de salud son dos de los elementos más determinantes a la hora de obtener una plaza, en ocasiones se genera cierto recelo entre los residentes que al ser investigados sobre estos aspectos pueden llegar a temer por la pérdida de la misma.

una grabadora) y realizar *'talleres de memoria'*, mediante los que a modo de juego, organizaba *'pseudogrupos de discusión'* en los que el acceso a la información de los ancianos se hacía, además de fácil, muy amplio e interesante, a menudo estimulado por el recuerdo de los demás, que sacaban temas o refrescaban la memoria de los que participaban en la sesión⁸².

El lunes 19 de enero de 2004, realice mi primera visita *'oficial'* a la Residencia de Tercera Edad de Benetusser y desde entonces decidí que acudiría todos los martes, jueves y viernes. Los martes y jueves los ancianos no recibían la visita de la TASOC a quien yo *'suplantaba'*, y que realizaba su trabajo (a tiempo parcial) los lunes, miércoles y viernes. Aprovechaba este tercer día para coincidir con dicha trabajadora, documentarme sobre la programación de tareas que tenía previstas para los próximos días, registrar los datos que me interesaban y hacer algunas actividades comunes con ella y con los residentes, además de observar como los ancianos realizaban sus actividades, lo que me facilitó la percepción de sus capacidades funcionales y de relación (que también quería observar), al verlos en tareas conjuntas con otros compañeros de residencia.

Pronto fueron acostumbrándose a mí y entonces empecé a realizar las entrevistas en profundidad. Elegía a la persona que me interesaba y quedaba con ella para el momento que mejor conviniésemos. Con el tiempo, observé que haberse reunido conmigo empezaba a ser considerado como un elemento de prestigio entre los ancianos y tuve que realizar alguna entrevista más de las que me había planteado en un principio para satisfacer la necesidad y curiosidad de algunos mayores. Aunque también obtuve algún rechazo entre las personas que con ayuda del director había seleccionado para formar parte

⁸² Quiero hacer constar que esa relativa ocultación de identidad o información hacia los ancianos, que tanto me facilitó las cosas en muchas ocasiones, se convirtió al final en un inconveniente que tuve que superar. Mi conocimiento sobre los aspectos clínicos de los pacientes ancianos que allí residían, me dificultaba establecer una relación totalmente neutra al principio y no verlos como "pacientes", como iguales a los que yo con frecuencia trato en el centro donde trabajo, en vez de como personas que habitaban un entorno que yo quería conocer y así, tuve que inhibirme de intervenir sobre la modificación de tratamientos o sobre la realización de actividades puramente clínicas, que yo opinaba que estaban realizándose de modo inadecuado. El hecho de que el centro de Benetusser fuese de ancianos "válidos", implica la ausencia de personal sanitario y esto, en muchos aspectos, provoca múltiples situaciones ante las que un profesional de la salud, siente verdadera necesidad de actuar.

del estudio, conseguí ganarme pronto su confianza, percibiendo muestras de afecto en muchas ocasiones.

El trabajo en el Hogar de Cuba fue muy similar a la residencia en España en cuanto al planteamiento, pero muy diferente en intensidad y vivencias. Contrariamente al caso español, el acceso al centro y la investigación fueron totalmente '*abiertos*'. Yo era un extranjero, con diferente acento y aspecto, y consideraba que los recelos que podían darse en el centro de Benetusser no iban a producirse en Cuba. Por otra parte, mi permanencia a diario (en muchas ocasiones nocturna, más de las que hubiese deseado), así como la especial afectividad de las personas en Cuba y la precariedad de los recursos existentes, que hizo que además de mis actividades programadas para la investigación desarrollase también otras de carácter voluntario como enfermero, me permitieron establecer unos vínculos mucho más intensos que en el primer centro. De este modo, las entrevistas en Cuba fueron mucho más distendidas, largas y variadas que en España, aunque los temas que surgían eran, curiosamente, muy parejos a los manifestados por las personas de nuestro país (los hijos, la salud, la pérdida de la pareja...).

Conversar con los ancianos resulta generalmente sencillo, pero puede llegar a suponer una experiencia desgarradora para el antropólogo. La aproximación al ambiente y cultura de las Residencias de Tercera Edad, que se establece desde una presunción de distanciamiento de la vida cotidiana del investigador, no sólo desde un punto de vista demográfico, sino también social y cultural, se revela pronto como una realidad más cercana de la que se podía presumir. Todos los aspectos allí identificados empiezan de repente a revelarse como conocidos, con lo que la propia realidad y la presunción de cercanía a los problemas observados, así como la casi automática identificación con muchas de las situaciones y vivencias estudiadas, parecen entonces mucho más próximas al entorno de quien investiga. El reconocimiento de esta proximidad, junto a la frecuente labilidad emocional de muchas personas mayores, puede introducir sesgos importantes que perviertan el análisis. Fueron varias las ocasiones en ambos centros estudiados, en que durante la entrevista afloraron las emociones y las

lágrimas con los recuerdos del pasado, de los seres perdidos o de la sensación de abandono. Puedo asegurar que, tras esta experiencia, cuando posteriormente revisaba mis notas, no fueron pocas las veces que éstas me hicieron reflexionar sobre mi propia vida y sobre lo que supone envejecer.

Por otra parte, la oralidad de los ancianos ingresados en una residencia de tercera edad, separados de sus familias, sus amigos, sus costumbres cotidianas y de su barrio o pueblo de toda la vida, implica para los oídos de las personas más jóvenes una forma distinta de ver el mundo, donde a la diferente relación con las cosas y personas, se mezclan además las características propias de género y generación (cultura, hechos históricos y vivencias). En general, la experiencia fue muy enriquecedora para mí, y espero que también para ellos, especialmente porque durante los meses que duró el trabajo me convertí, en los dos contextos, en una '*novedad*', un aliciente en medio de la tediosa y rutinaria vida de las Residencias de Ancianos, una excelente manera de llenar los vacíos días que provoca esta forma de envejecer.

CAPÍTULO 6: LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA

La atención asistencial geriátrica y gerontológica en España está basada actualmente en dos aspectos: la garantía de la atención sanitaria a todas las personas mayores, en los mismos términos y prestaciones que está establecida para el resto de ciudadanos del Estado y, a una considerable distancia, la atención a las situaciones de dependencia, con una serie de prestaciones específicas y particulares, todavía con un grado de desarrollo muy limitado pese a la actual Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia.

Los recursos y servicios destinados a la atención de la dependencia entre la población mayor en nuestro país, aunque han experimentado un incremento cuantitativo y cualitativo muy significativo en las últimas décadas, tienen todavía un camino muy largo que recorrer. Al estar amparados en el sistema público de servicios sociales, iniciado en la segunda mitad de los años 70, y al no existir una Ley General de Servicios Sociales que regule las prestaciones en todo el Estado, los niveles de evolución de las distintas modalidades de prestación, y las diferencias en servicios y precios entre las diversas Comunidades Autónomas, continúan determinando un escenario excesivamente diferenciado.

Con todo y con eso, las mejoras han sido considerables y continúan desarrollándose en el camino adecuado, aunque la impresionante y rápida evolución hacia índices elevados de envejecimiento de la sociedad española, exige formas más adecuadas de atender sus necesidades, no solamente sanitarias, probablemente bien atendidas, sino especialmente sociales o, como viene denominándose en los últimos años, sociosanitarias.

En las próximas páginas, analizaremos el sistema y servicios de atención sociosanitaria a las personas mayores desvinculándolo del sistema de atención sanitaria. Dado que éste último presenta un modelo de atención idéntico tanto para los ancianos como para el resto de colectivos sociales, a él

sólo nos referiremos de manera tangencial, cuando se relacione con alguna prestación específica para mayores.

▪ REFERENCIAS HISTORICAS

Como hemos dicho, el sistema de atención a las personas mayores en situación de dependencia, parte de la instauración del sistema público de servicios sociales hacia finales de la década de los años 70. La poca información existente sobre la atención específica a las personas mayores en las épocas anteriores, puede resumirse en dos aspectos: el escaso desarrollo de los servicios y la inexistencia de actividad investigadora relacionada.

Ya se ha citado en este texto el informe GAUR (1975), primer estudio sociológico español sobre la vejez, que detallaba las condiciones de vida de los jubilados españoles y las relacionaba con la pobreza, la mala calidad de las viviendas y la escasa dotación de recursos de todo tipo. En ese informe, también se hacía referencia a un análisis de los recursos destinados a las personas mayores que, en la práctica, se reducían solamente a uno: las residencias, a las que calificaba de: *“...herederas de los antiguos asilos, cuya descripción recuerda en ocasiones relatos tétricos del siglo XIX. ...Unos 40.000 de un total de cerca de tres millones y medio de ancianos españoles viven actualmente en asilos y residencias. De ellos, seis de cada diez son viejos de más de 75 años que han ingresado allí por indigencia, carentes de familia o alejados totalmente de ella... ...Uno de cada ocho asilados está insuficiente y deficientemente alimentado, según los propios directores/as. Seis de cada diez viejos viven y duermen en salas de más de siete camas cada una, alineadas unas junto a otras, sin espacio entre ellas. Obligando a una vida forzosa y forzadamente pública de exhibición permanente y total ante los demás...”*

Los cambios impulsados por la Constitución Española, a través de la aprobación del Plan Nacional de la Seguridad Social de Asistencia a los

Ancianos (Orden del Ministerio de Trabajo de 26 de febrero de 1971), permitieron el desarrollo de recursos mediante dos modalidades:

1. La creación de servicios de Ayuda a Domicilio, Clubes, Residencias, Sanatorios Geriátricos de Rehabilitación y Residencias Asistidas dependientes de la Seguridad Social.
2. La creación de Unidades Geriátricas por entidades públicas o privadas con el fin de extender por todo el territorio nacional una red de asistencia gerontológica.

En los años 80, la generalización en el acceso al sistema sanitario y al sistema de pensiones, así como el desarrollo del sistema público de servicios sociales en base a una nueva concepción (Sancho T, Rodríguez P, 1999), mejoraron la situación del colectivo de personas mayores. Pero a diferencia de la tendencia a la desinstitucionalización de los centros psiquiátricos y de ancianos que imperaba en los países del norte de Europa (Townsend, 1962; Tibbitts, 1960), en España se vivía una época dorada de construcción de macrorresidencias de ancianos, en especial de aquellas destinadas a personas mayores que se valían por sí mismas pero que tenían dificultades económicas.

La tendencia actual, basada en los principios del envejecimiento activo-productivo (OMS, 2002), y la mejora de las condiciones sociales de la población española, en especial de las generaciones de mayores, han provocado que veinte años después, estos centros basados en la referida Teoría de la Desvinculación⁸³ (Cumming y Henry, 1961) ya no tengan sentido.

Durante los años 90 se consolida en España esa transformación radical de la política asistencial a las personas mayores, y tras constatar el cambio demográfico que se producirá en las próximas décadas, el modelo se desplaza desde las residencias a los servicios comunitarios. El cambio vino protagonizado por la publicación del Plan Gerontológico (INSERSO, 1993), que se había iniciado tímidamente por algunos profesionales en 1988, y cuya principal aportación fue, además de promover un modelo público de corte

⁸³ Ya citada en el capítulo referente al concepto de envejecimiento y sus teorías.

comunitario en los servicios sociales para mayores, la de plantear un diagnóstico más preciso de las necesidades del sector⁸⁴, que permitió la creación de nuevos servicios, como los Centros de Día, las estancias temporales en residencias y los sistemas alternativos de alojamiento. Por fin España hacía un planteamiento sobre la vejez y sobre sus necesidades, en la línea de los países más avanzados en políticas sociales.

Como decíamos, el inicio de la atención geriátrica en España fue tardío en relación a otros países europeos y con una progresión lenta y desajustada a la velocidad de envejecimiento de su población, que hoy es una de las más envejecidas de Europa. La creación del Plan Gerontológico, su carácter sociosanitario y la apuesta pública por el desarrollo del mismo, en especial con la actual Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia, parecen abrir hoy una puerta a la esperanza. No obstante, aunque debe reconocerse el importante esfuerzo realizado por las administraciones públicas para aumentar cuantitativa y cualitativamente los servicios para mayores, el crecimiento es, a todas luces, insuficiente en relación al experimentado por el número de personas con problemas de dependencia. Los cambios sociales producidos en las familias y en el rol de las mujeres, protagonistas de estos cuidados, así como en las preferencias de las propias personas mayores por las formas de atención que desean, exigen nuevas y mejores formas de atención. Esta insuficiencia de recursos, que no solamente de residencias, es además preocupante cuando se compara con la situación europea. Como podemos observar en la siguiente tabla (Tabla 6.1), que relaciona los ratios de cobertura en Residencias y Servicio de Ayuda a Domicilio entre algunos países europeos, España queda muy por debajo del ratio de cobertura deseable.

A su vez, hay dos problemas que nos parece especialmente relevante señalar en este momento, antes de describir los diferentes recursos con los que cuenta el Estado Español para la atención a las personas mayores. Por un lado, la frecuente desvinculación que se produce entre la atención

84 El Plan Gerontológico se estructuró en cinco áreas de actuación (pensiones, salud y asistencia sanitaria, servicios sociales, cultura y ocio y participación) sistematizadas en líneas de actuación, objetivos, medidas para su desarrollo y entidades responsables de su aplicación.

institucional y el ámbito comunitario, en especial en el caso de las residencias, quedando éstas como un mundo aparte, cerrado e infranqueable, donde el contacto de los ancianos con la localidad donde se ubican es mínimo o nulo. Por otro, la desigualdad que se establece entre las diferentes autonomías respecto del grado de implantación y desarrollo, costes, normativas y otras características específicas de los recursos, que hacen que la equidad en la atención a los mayores no este garantizada en todo el Estado.

TABLA 6.1: COBERTURA EN RESIDENCIAS Y SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO EN ESPAÑA Y ALGUNOS PAÍSES DE EUROPA

PAIS	PLAZAS EN RESIDENCIAS	SERVICIOS DOMICILIARIOS
FRANCIA	6,7	12,5
HOLANDA	9	20
ALEMANIA	4,1	8,6
DINAMARCA	13	31
ESPAÑA	3,7	3,12

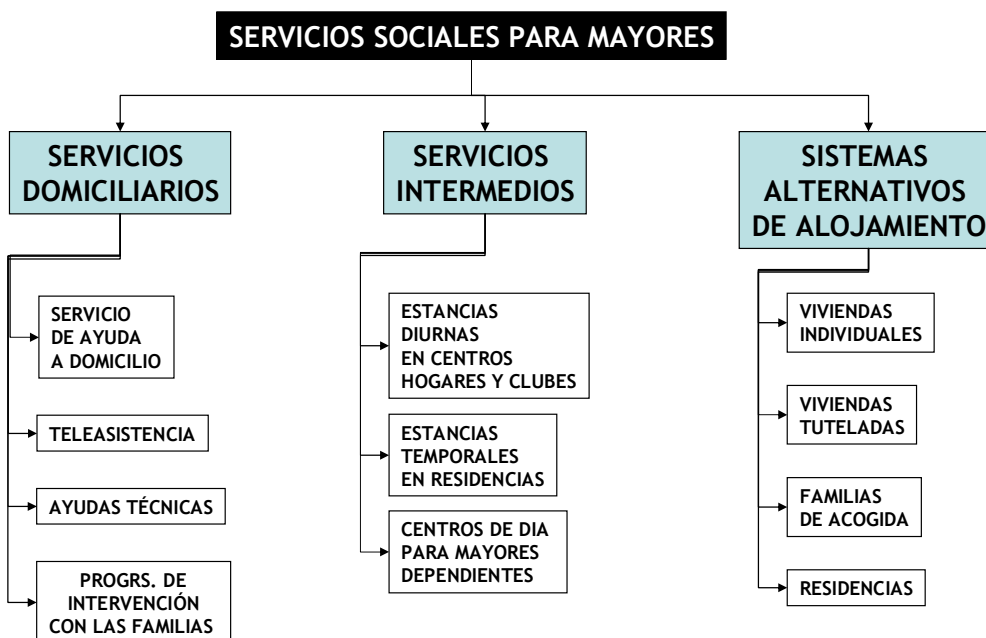
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del IMSERSO 2006

Por desgracia, durante la primera década de este milenio, estamos constatando que la ejecución del Plan Gerontológico, motor de los servicios y modelos asistenciales a los mayores, está dotada de un reducido presupuesto económico y limitada por el mínimo crecimiento presupuestario en recursos sociales, especialmente en algunas Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales (IMSERSO, 1999). Es más, dicho Plan, sigue determinado por una doble tendencia consolidada en nuestro país: por un lado, la creencia frecuente entre la sociedad de que la atención a las personas mayores es una responsabilidad del ámbito privado y no de los poderes públicos, por lo que no se presiona suficientemente para mejorar las prestaciones; y por otro, la tendencia de las administraciones públicas a consolidar un modelo asistencial clásico, basado en la creación de grandes centros residenciales, que desvinculan a las personas mayores de su sociedad. Las expectativas futuras para la creación de 50.000 plazas, tras la inversión realizada por grandes empresas en el sector residencial, podría por tanto ser un hecho contraproducente, al consolidar el modelo asistencial clásico en lugar de estimular la creación de recursos alternativos y más aconsejables.

▪ SERVICIOS SOCIALES PARA LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES

A lo largo de los siguientes apartados, vamos a exponer la situación actual, con datos hasta 2004 y 2005, de los diferentes recursos sociales destinados a las personas mayores en nuestro país y que se muestran de modo esquemático en la Figura 6.1. De cada uno de ellos se aportan datos relativos al número de usuarios atendidos y al índice de cobertura alcanzado. Esta información, como podrá comprobarse en las Tablas que irán exponiéndose, permite hacerse una idea general de la situación actual de estos recursos, pero debe tenerse en cuenta que el índice de cobertura del 9.43%, estimado para el total de la población española, tan sólo aporta un valor relativo, pues la mayoría de estos servicios, salvo el caso de las residencias, son tan escasos o presentan una intensidad tan absolutamente insuficiente, que tienen un carácter complementario.

FIGURA 6.1: RECURSOS OFERTADOS POR LOS SERVICIOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES EN EL ESTADO ESPAÑOL.



Fuente: Elaboración propia

- **SERVICIOS DOMICILIARIOS**

La escasa historia de los servicios sociales en nuestro país, como ya hemos referido, y la evidente coincidencia entre necesidades de salud y necesidades sociales que se da entre las personas ancianas, hace que la atención domiciliaria a las personas mayores se haya venido cubriendo más ampliamente desde el ámbito puramente sanitario, mediante los Equipos de Atención Primaria, que desde el ámbito estricto de los Servicios Sociales.

La importante labor de carácter domiciliario que estos Equipos de Atención Primaria, ubicados en los Centros de Salud, han venido prestando en nuestro país, con mayor variedad de atención y grado de cobertura desde la implantación de la Ley General de Sanidad de 1986, se ha visto ampliada en algunas Comunidades Autónomas por la existencia de Equipos Especializados de Soporte (PADES y ESAD), formados por profesionales de los Servicios de Geriátrica de los hospitales, que desarrollan su labor a nivel domiciliario. No obstante, en los últimos años se empieza a observar una mayor diferenciación entre los dos ámbitos de actuación, administrativa y profesional, y sin dejar de lado la actuación de los profesionales de la salud, la oferta y cobertura alcanzada por los servicios domiciliarios dependientes de los Equipos de Servicios Sociales, destinada a todas las personas en riesgo o situación de dependencia, se ha convertido en el eje fundamental sobre el que descansa el modelo de atención domiciliaria para las personas mayores, los cuales suponen el 90% de sus usuarios (IMSERSO, 2004).

- **SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO**

El SAD se define como un *“Programa individualizado, de carácter preventivo y rehabilitador, en el que se articulan un conjunto de servicios y técnicas de intervención profesionales, consistentes en atención personal, doméstica, de apoyo psicosocial y familiar y relaciones con el entorno, prestados en el domicilio de una persona mayor dependiente en algún grado”* (Rodríguez P., 2002).

Este servicio implica por tanto la ayuda personal, o de otro tipo, prestada en el domicilio de individuos cuya independencia funcional se encuentra limitada, o que atraviesan una situación de crisis personal o familiar (personas mayores, discapacitadas, enfermas, familias desestructuradas, etc.). La finalidad básica del servicio es la de garantizar un nivel adecuado de independencia para la vida diaria, por lo que, además de los cuidados y atención personal, el SAD incluye también otras prestaciones como la limpieza del domicilio, lavado de ropa, adquisición y preparación de alimentos, instalación de ayudas técnicas o la realización de gestiones.

La ayuda desarrollada por el SAD tiene un carácter profesional y pretende una gama muy amplia de objetivos, planificados de manera individualizada en función del contexto familiar y personal de cada usuario. Estas circunstancias, requieren que el servicio sea prestado por profesionales adecuadamente preparados (Auxiliares de Ayuda a Domicilio), cuyas actividades son a su vez programadas, supervisadas y evaluadas periódicamente por otros profesionales con un nivel de preparación superior (Enfermeras y Trabajadores Sociales)⁸⁵.

Su finalidad es tanto preventiva como de carácter rehabilitador, lo que permite evitar situaciones que contribuyan a aumentar el riesgo de dependencia (malos hábitos de higiene, falta de ejercicio físico y alimentación, riesgo de caídas o accidentes en el hogar, falta de vínculos familiares y sociales...) y tratar de recuperar las capacidades funcionales perdidas (entrenamiento para la realización de las actividades de la vida diaria). Una de las características más complejas del SAD es la pretensión de desarrollar la ayuda sin destruir las redes familiares y sociales con que cuente el individuo receptor del servicio. Por ello, resulta fundamental el análisis previo de los recursos de la persona, así como la posible ayuda de terceros. En un marco moderno de intervención social, cuyo objetivo es completar y facilitar la ayuda, pero no '*sustituir*' los recursos con que se dispone, siempre

⁸⁵ A diferencia del resto de Europa, la valoración inicial, supervisión y evaluación del trabajo domiciliario en España está gestionada por fundamentalmente por Trabajadores Sociales y sólo secundariamente por personal de enfermería, mientras que en el resto de países del entorno europeo, son los y las enfermeras los máximos responsables del servicio.

ha de tenerse en cuenta qué parte del cuidado y atención de una persona puede ser asumido por cada una de las mencionadas redes.

El Cuadro 6.1 muestra algunas de las posibles líneas de actuación del SAD y las actividades desarrolladas. Obsérvese que muchas de las mismas se limitan a paliar la sensación de soledad mediante la presencia de una persona junto al anciano durante algunas horas al día.

CUADRO 6.1: ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR EL SAD

OBJETIVO DE LA AYUDA	ACTIVIDADES DESARROLLADAS
Atención personal	Compañía, conversación y escucha activa, paseos y asistencia en las principales actividades de la vida diaria (levantarse/acostarse, bañarse, vestirse, comer, higiene íntima, etc.)
Atención doméstica	limpieza de la casa, compra de alimentos, cocinar, lavar, planchar, etc.
Apoyo psicosocial	Escucha activa con la persona mayor, estimularla para que practique el auto cuidado, para que permanezca activa, que se relacione, que salga; para fomentar su autoestima y la prevención y reducción de la dependencia.
Apoyo familiar	Actitud de refuerzo de la cohesión familiar, en un espíritu de colaboración y nunca de sustitución del papel de la familia.
Relación con el entorno	Estimular los contactos externos, tanto con las propias redes sociales del usuario/a, como con el conjunto de recursos sociales existentes en la zona del domicilio en el que se está interviniendo.

Fuente: Elaboración propia a partir de Rodríguez P. (1997), Rodríguez- Valdivieso (2006) e IMSERSO, 2004

Debido a la amplia variedad de actividades que puede abarcar el SAD, los dos aspectos más importantes a la hora de planificar el servicio son el tiempo total que se dedica a cada usuario y el grado de cobertura de la ayuda prestada. Uno y otro, van a depender directamente tanto del estado de dependencia de la persona que solicita el servicio, como del grado de implantación y capacidad de cobertura del mismo en la localidad donde el solicitante reside. El SAD es por lo general un servicio público y la empresa ofertante suele ser la propia administración (Ayuntamientos o Diputaciones

Provinciales), ya sea mediante sus propios recursos o a través de la concertación con una cooperativa o empresa privada con o sin ánimo de lucro. Esta doble vía, puede establecer diferentes niveles de calidad y cobertura entre las distintas entidades responsables de brindar la atención que a menudo son detectados por los usuarios. No obstante, salvo que éstos contraten directamente los servicios de una empresa privada, que sería una tercera opción aunque poco frecuente, la responsabilidad sobre la intensidad y el control de la calidad y características del servicio corresponde siempre a la institución de la Administración prestadora del mismo.

Porto y Rodríguez (1998), en un libro sobre la evolución y extensión del SAD en España, recogen los datos relativos a los primeros intentos de establecer un SAD en nuestro país en 1990. Su lectura revela como desde entonces a hoy, el servicio ha sufrido una gran transformación en cuanto a la cobertura –aunque todavía actualmente, con apenas un 3% es del todo insuficiente– y al tipo de prestaciones ofertadas. La característica principal de esa primera etapa del SAD en España, era la prestación de servicios casi exclusivamente domésticos a personas que prácticamente se valían por sí mismas y que contaban con una importante red social y familiar. Hoy, en cambio, se atiende principalmente a personas muy mayores (el 52% son mayores de 80 años y un 71% de las usuarias son mujeres), mucho más dependientes y con escasos o ningún apoyo social o familiar.

El importante incremento de la población mayor de 65 años, ha hecho que el aumento del índice de cobertura del SAD apenas haya mejorado en los últimos años, y que con un cobertura del 3.14%, sea, como hemos dicho, absolutamente insuficiente. Por otra parte, debe hacerse mención a las importantes diferencias existentes sobre la implantación de este servicio y, como veremos, de todos los recursos sociales para mayores entre las distintas Comunidades Autónomas, pues más de la mitad de los usuarios del SAD se encuentran en Andalucía, Cataluña y Madrid, aunque el mayor índice de cobertura se alcanza en las Comunidades de Castilla La Mancha y Extremadura. En el extremo opuesto, la Comunidad Valenciana, Cantabria, Murcia, Galicia o el País Vasco, no llegan al 2% de cobertura, aunque este

dato queda parcialmente paliado en las dos últimas, Galicia y País Vasco, porque superan con mucho el número de horas mensuales destinadas a cada usuario, con 29 y 25 horas respectivamente, frente a las 16 horas de asistencia semanal que refleja el promedio nacional.

La Tabla 6.2 recoge la implantación, en forma de número de usuarios, y el grado de cobertura de este servicio en el conjunto del Estado Español.

TABLA 6.2: SAD, POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS, USUARIOS ATENDIDOS (EN NÚMEROS ABSOLUTOS) Y GRADO DE COBERTURA ALCANZADO (EN PORCENTAJE) EN ESPAÑA.

	Población >65 á (enero de 2003)	Nº Usuarios atendidos	Índice de Cobertura
Andalucía	1.128.535	39.266	3.48
Aragón	262.460	8.064	3,07
Asturias	238.075	7.750	3.26
Baleares	133.383	2.784	2.09
Canarias	228.142	6.135	2.69
Cantabria	105.213	2.025	1.92
Castilla-León	569.834	17.805	3.12
Castilla-La Mancha	358.564	17.460	4.87
Cataluña	1.149.771	44.472	3.87
C. Valenciana	740.781	12.363	1.67
Extremadura	207.973	15.415	7.41
Galicia	585.977	11.220	1.91
Madrid	830.839	28.024	3.37
Murcia	178.983	3.153	1.76
Navarra	103.200	3.675	3.56
País Vasco	383.761	6.793	1.77
La Rioja	55.578	1.894	3.41
Ceuta	8.222	283	3.44
Melilla	7.329	231	3.15
España	7.276.620	228.812	3.14

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Observatorio para las personas mayores y datos de las diferentes C. Autónomas y C. F. de Navarra (2004)

▪ **SERVICIO DE TELEASISTENCIA**

El servicio de Telesistencia (TA) es un recurso complementario a la ayuda a domicilio, que consiste en la instalación de un terminal informático en el domicilio de la persona anciana, conectado a una central de asistencia. El usuario, dispone además de un dispositivo que lleva colgado al cuello y que al ser accionado emite una señal de alarma en la central de escucha, donde de manera automática se muestran los datos identificativos del mismo, a la vez que un operador establece contacto telefónico directo mediante

interfonos instalados en el domicilio. De este modo, los profesionales responsables del servicio pueden conocer la causa de la llamada, aportar soluciones o enviar la ayuda pertinente en caso necesario.

La Teleasistencia es un recurso muy valorado por las personas mayores, en especial por aquellas que viven solas o que pasan muchas horas sin compañía, porque además de poder mantener breves conversaciones diariamente, manifiestan sentirse más seguras y tranquilas. Por otra parte, los importantes avances tecnológicos de estos sistemas, permitirán en breve la extensión del servicio a áreas ubicadas fuera del domicilio, así como también la detección y control de determinados signos vitales y parámetros médicos sin que sea necesario el desplazamiento del usuario a un centro sanitario.

Los citados avances tecnológicos ya han permitido, además de una mayor fiabilidad y eficacia, un abaratamiento del coste del servicio. El precio promedio, a enero de 2004, era de 253,65 € anuales (21,13 €/mes), aunque hay comunidades donde este precio es bastante menor (Aragón, Navarra, País Vasco y Ceuta) y otras que lo superan en más de 100 € (Comunidad Valenciana y Murcia).

Al igual que sucede con el SAD, la implantación y grado de cobertura es muy dispar en el total de la nación. Llama la atención no obstante, que aunque este servicio es utilizado por un número de usuarios inferior al de los que utilizan el SAD, 4 Comunidades Autónomas: la Valenciana, Madrid, Navarra y el País Vasco, presentan en cambio mayor cobertura para la Teleasistencia que para el SAD. En general, la mayoría de usuarias son mujeres mayores de 80 años que se distribuyen entre Andalucía y Madrid, seguidas de Castilla-La Mancha y Castilla-León, siendo éstas las Comunidades Autónomas con mayor índice de implantación del servicio. Estas 4 comunidades concentran a casi el 60% de usuarios, mientras que Madrid y Navarra, con más de un 4%, son las que alcanzan la mayor cobertura nacional.

La Tabla 6.3 muestra la población mayor de 65 años y el número de usuarios y grado de cobertura del Servicio de TA.

TABLA 6.3: SERVICIO DE TELEASISTENCIA EN ESPAÑA. POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS, NÚMERO DE USUARIOS Y GRADO DE COBERTURA.

	Población >65 á (enero de 2003)	Nº Usuarios atendidos	Índice de Cobertura
Andalucía	1.128.535	20.242	1,79
Aragón	262.460	6.989	2,66
Asturias	238.075	4.188	1,76
Baleares	133.383	2.527	1,89
Canarias	228.142	1.422	0,62
Cantabria	105.213	500	0,48
Castilla-León	569.834	14.468	2,54
Castilla-La Mancha	358.564	14.078	3,93
Cataluña	1.149.771	9.105	0,79
C. Valenciana	740.781	13.837	1,87
Extremadura	207.973	2.789	1,34
Galicia	585.977	3.944	0,67
Madrid	830.839	37.93	4,57
Murcia	178.983	2.4251	1,35
Navarra	103.200	4.833	4,68
País Vasco	383.761	8.677	2,26
La Rioja	55.578	697	1,25
Ceuta	8.222	35	0,43
Melilla	7.329	218	2,97
España	7.276.620	148.905	2,05

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Observatorio para las personas mayores y datos de las diferentes C. Autónomas y C. F. de Navarra (2004)

▪ **AYUDAS TÉCNICAS**

Cada vez es más frecuente el uso de diferentes dispositivos tecnológicos y sistemas de ayuda para la atención de personas con necesidades especiales. Estos productos, que pretenden dar una respuesta específica a personas con limitaciones sensoriales, motrices, cognitivas, o de orientación, se conocen como ayudas técnicas y tienen una acción directa tanto en la independencia y calidad de vida de las personas mayores, como en el trabajo de los profesionales y familiares encargados de su atención.

Los productos más utilizados se relacionan con las órtesis y prótesis y las ayudas para la terapia y entrenamiento. Las ayudas para la movilidad, cuidado y protección personal, así como las ayudas para las actividades domésticas y mobiliario y adaptaciones de las viviendas son cada vez más frecuentes. No obstante, la gama de recursos ofertados por diferentes empresas es aún mucho mayor de la que popularmente se conoce, y en los

últimos años se ha avanzado mucho en los recursos de control domótico, en los dispositivos que evitan los accidentes y en los que facilitan la localización⁸⁶.

En 1998, el CEAPAT-IMSERSO (Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas) y la Universidad Complutense de Madrid, elaboraron un estudio sobre el uso de ayudas técnicas que mostraba la escasa utilización de estos recursos en nuestro país. El estudio relacionaba el poco uso con tres factores: la falta de medios económicos (46'5%), la falta de información sobre ayudas técnicas (38,4%) y la dificultad para encontrarlas en el mercado (18,2%), señalando además que el empleo de las mismas era muy superior entre personas jóvenes con discapacidad que entre personas mayores dependientes.

Existe la posibilidad de solicitar prestaciones económicas que sufraguen una parte del coste de la adquisición de estos recursos, pero actualmente estas ayudas están limitadas a la obtención de prótesis y órtesis y a la adaptabilidad de la vivienda. No obstante, los cambios que previsiblemente se producirán en la legislación, con el desarrollo de la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia, pueden mejorar el acceso a los mismos. Resulta paradójico en cambio que, así como la legislación exige la eliminación de barreras arquitectónicas y la adecuación de portales y elementos comunes de las viviendas que supongan una limitación para las personas con movilidad reducida (rampas de acceso para discapacitados o adaptación de los ascensores), las ayudas para afrontar esas obras, que por lo general son muy costosas, son en la práctica casi inexistentes.

⁸⁶ Con el fin de presentar la información referente a los múltiples recursos existentes, que aumenta considerablemente en períodos breves de tiempo, se editan dos Catálogos: Catálogo general de ayudas técnicas elaborado por el CEAPAT, con información de más de 5000 productos disponibles en el mercado nacional, sus características técnicas, distribuidores y fabricantes, que puede consultarse en CD ROM e Internet, y Catálogos específicos de las distintas casas comerciales.

▪ *PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN CON FAMILIAS*

La mejor garantía para mantener y evitar la claudicación de los cuidados familiares, principal institución aportadora de los cuidados a las personas mayores en nuestro país, es ofrecer apoyos desde los servicios sociales.

Hemos insistido reiteradamente que, en nuestro entorno, la mayor carga de los cuidados a las personas dependientes se desarrolla en el ámbito de las familias, y dentro de ellas, en la figura de la esposa, hija u otra mujer familiar de la persona asistida. Con este fin, el IMSERSO establece programas de intervención que pretenden reducir la carga del cuidador/a mediante la oferta de apoyos adecuados. Estos programas, dirigidos por Enfermeros o por Trabajadores Sociales, informan y orientan sobre cuestiones generales relacionadas con los cuidados, aportando a los cuidadores conocimientos y habilidades específicas, informando sobre los recursos existentes y dotando de estrategias para manejar el estrés que la actividad de cuidar genera en la persona cuidadora y la familia.

Paralelamente a estos programas, existe la posibilidad de que las familias contacten con grupos de Autoayuda o de Ayuda Mutua, todos con carácter independiente de la Administración Pública.

Al margen de las actividades relacionadas con la formación, las familias también tienen la posibilidad de solicitar ayudas económicas. Nuevamente la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia, establece un marco para regular los diferentes tipos de recursos o ayudas económicas que las familias pueden solicitar para facilitar la atención a las personas mayores dependientes. Hasta ahora, las diferencias este nivel son muy significativas entre las Comunidades Autónomas, tanto en la cantidad de las mismas como en las exigencias establecidas por cada administración para poder optar a su obtención. En algunas de ellas, el usuario recibe una única cantidad anual fija (que suele entregarse semestral o anualmente), mientras que en otras, el usuario puede acceder a diferentes tipos de ayudas ofertadas por las distintas administraciones públicas de su territorio (Diputaciones y Ayuntamientos

fundamentalmente). Esta divergencia provoca que en algunas zonas puedan percibirse ayudas de más de 600 € mensuales, mientras que otras apenas se llega a los 100 €, en el caso de que exista el programa de ayuda.

- **SERVICIOS INTERMEDIOS**

Se denomina servicios intermedios para las personas mayores, a aquellos recursos de la cadena asistencial que están a medio camino entre el domicilio y la residencia y su característica básica es que atienden a personas que residen en su domicilio (propio o familiar). Aunque en general son recursos todavía muy poco implantados en España, su finalidad es la de complementar a la familia en el cuidado de la persona dependiente y por tanto contribuir al llamado '*respiro familiar*'. De hecho, el tipo de servicio más recientemente incorporada a esta cartera de recursos son los llamados '*Programas de Respiro Familiar*'.

Actualmente, a propuesta de las Organizaciones Internacionales y de los expertos en Gerontología, son cada vez más los recursos disponibles dentro de esta gama de servicios, destacando las estancias diurnas o nocturnas en centros gerontológicos, las estancias temporales en residencias, los centros de día o las vacaciones para personas dependientes

- **ESTANCIAS DIURNAS EN CENTROS GERONTOLÓGICOS, HOGARES Y CLUBES**

Los servicios para estancias diurnas, ofrecen la oportunidad de que las personas mayores en situación de fragilidad o de dependencia que viven en su casa, puedan acudir durante el día a centros sociales, alojamientos o residencias, y beneficiarse de los servicios que ofrezca el centro (cafetería, peluquería, gimnasio, baño, actividades ocupacionales, socioculturales, etc.). De este modo, se consigue un doble objetivo, pues además de atender a la persona mayor, se facilita tiempo libre o '*respiro*' a la familia cuidadora.

Este recurso debe diferenciarse de los Centros de Día, que posteriormente describiremos como un recurso terapéutico, ya que las estancias diurnas no cumplen este cometido. Por otra parte, tampoco todos los Hogares y Clubes permiten el desarrollo de estos programas de estancias diurnas, pues se precisa de cierta infraestructura de personal, así como el diseño y programación de una serie de actividades específicamente dirigidas a las personas dependientes, por lo que en algunas Comunidades Autónomas, los centros acogidos al programa de estancias diurnas reciben un nombre que los diferencia (CEAM en la Comunidad Valenciana).

Los Hogares de Tercera Edad y Clubes de Jubilados que son objetivo de este servicio, en los que el IMSERSO contabilizaba 3.615.064 usuarios en 2003, dependen generalmente de las Administraciones Locales (Ayuntamientos), aunque también los hay de carácter privado, y suponen una amplia red de servicios para las personas mayores distribuida en toda la geografía española. Este recurso, que es utilizado por casi el 50% de la población de 65 y más años, es de acceso libre para todas aquellas personas que superen cierta edad (habitualmente los 60 años), aunque generalmente se exige la inscripción como socio. Su finalidad básica es la promoción de la integración social de los mayores en su comunidad, creando un espacio para la convivencia y desarrollando actividades recreativas, biblioteca, bar, peluquería, podología y, ocasionalmente, de asesoría por profesionales.

El programa de estancias diurnas pretende fomentar el acceso a dichos centros a personas en situación de fragilidad o dependencia y que habitualmente no los frecuentan. La persona mayor dependiente, se beneficia de este modo de los servicios ofertados por el centro (fundamentalmente actividades ocupacionales y socioculturales), a la vez que su familia dispone de tiempo libre para conciliar la vida familiar y profesional. Por otra parte, se consigue que los ancianos establezcan relaciones personales que contribuyan a mantener su autonomía personal y permitan un envejecimiento más satisfactorio.

Los principales usuarios de este recursos son mayores de dos tipologías: personas sin deterioro cognitivo, pero con limitaciones en su capacidad

funcional por problemas de movilidad reducida; y personas con deterioro cognitivo y disminución de su capacidad funcional que limita su participación y desarrollo social. La solicitud de acogida al programa conlleva una programación de visitas con diferente intensidad en días/semana y horas/día, que suele establecerse en función de las necesidades del usuario y de la familia, aunque por lo general, salvo en el caso de que el exceso de ocupación genere dificultades para atender las solicitudes, se suele atender la demanda planteada por la familia.

A pesar de lo necesario de este recurso, lo cierto es que su implantación y utilización en España es muy escasa (tan sólo en Madrid, Álava y Asturias) y en pocos de los escasos centros en que se desarrolla se hace de manera formal y estructurada, sin una concepción clara de su finalidad, lo que reduce su eficacia y grado de satisfacción entre los usuarios.

▪ *ESTANCIAS TEMPORALES EN RESIDENCIAS U OTROS ALOJAMIENTOS*

Al igual que el recurso anterior, en que se facilitaba el acceso de personas mayores que residen en su domicilio, a diferentes servicios sociales sin que ello implique el abandono del mismo, la estancia temporal en una residencia tiene la ventaja de permitir la atención de la persona mayor en periodos de enfermedad y convalecencia, o en situaciones de aislamiento por inclemencias climatológicas, a la vez que la familia puede disponer de tiempo libre durante una temporada de mayor duración, lo que le permite plantearse actividades como vacaciones, obras en la vivienda o traslados de domicilio. Con la extensión de este servicio intermedio a las instituciones de alojamiento, además de atender las necesidades de las personas mayores y de sus familias, se contribuye a romper el estereotipo que muchas personas perciben de las residencias, como lugares de estancia definitiva de donde una vez ingresado ya no se sale más.

La información que se dispone sobre el uso y grado de cobertura de este servicio es todavía escasa. No todas las Comunidades Autónomas disponen de este recurso y, en general, las administraciones se limitan a

informar sobre el número de plazas de este tipo existentes en sus residencias. No obstante, paralelamente a otros nuevos recursos como los programas vacacionales, parece ser una opción cuya demanda irá en aumento.

▪ **CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES**

En función de la institución responsable de su oferta, los Centros de Día para personas mayores dependientes son recursos que reciben definiciones muy diversas. La manera más generalizada de referirse a ellos es como *“Centros gerontológicos, terapéuticos y de apoyo a la familia que, de forma ambulatoria, prestan atención integral y especializada a personas mayores en situación de dependencia”* (Rodríguez P, 2004).

Son por tanto recursos destinados a mejorar la calidad de vida de los mayores y sus familias, en los que profesionales específicos, de manera multidisciplinar y ambulatoria, desarrollan una atención especializada a mayores que viven en su domicilio y acuden diariamente al centro, y que además ofertan un conjunto de programas dirigidos directamente a las familias.

Los objetivos específicos de los Centros de Día se recogen en el siguiente cuadro (Cuadro 6.2):

CUADRO 6.2: OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LOS CENTROS DE DÍA

OBJETIVOS DIRIGIDOS A LA PERSONA MAYOR DEPENDIENTE	OBJETIVOS DIRIGIDOS A LA FAMILIA CUIDADORA
Recuperar y/o mantener el mayor grado de independencia funcional y de autonomía personal.	Proporcionar tiempo libre y descanso.
Mejorar o mantener el estado de salud y prevenir la aparición de enfermedades o agravamientos de las mismas, mediante el desarrollo de programas sanitarios.	Ofrecer orientación y asesoramiento.
Frenar o prevenir el incremento de la dependencia a través de la potenciación y rehabilitación de sus capacidades cognitivas, funcionales y sociales.	Dotar de conocimientos, habilidades y estrategias de afrontamiento que contribuyan a una mejora de la calidad de los cuidados que dispensa a la persona mayor.
Desarrollar la autoestima y favorecer un estado psicoafectivo adecuado.	Desarrollar habilidades que permitan reducir el estrés así como mejorar el estado psicofísico de los cuidadores.
Incrementar el número y la calidad de las interacciones sociales, mediante el ofrecimiento de un entorno que favorezca las relaciones y facilite la participación en actividades sociales gratificantes.	Prevenir los conflictos familiares relacionados con el rol de cuidadores.
Evitar o retrasar institucionalizaciones no deseadas o desaconsejables.	Reducir el riesgo de claudicación en los cuidados y favorecer la colaboración de la familia con el centro.

Fuente: Elaboración propia.

Las opciones asistenciales ofertadas varían entre la asistencia continua y la asistencia parcial. La primera modalidad se reserva para aquellos ancianos que acuden diariamente al centro y durante la totalidad del horario de atención, personas que, por lo general, suponen una situación de sobrecarga familiar muy importante. La asistencia parcial permite cierta flexibilidad, tanto en la frecuencia de la asistencia como en el horario, lo que suele pactarse con el usuario/o y su familia. Algunos centros permiten también la atención durante los fines de semana o la ampliación de horarios. En sentido estricto, los centros son altamente especializados y, además de los servicios de enfermería y de transporte, alimentación, baño, peluquería, podología y cafetería, cuentan con programas específicos de carácter psicosocial para la atención de diferentes problemas de salud (deterioro cognitivo leve, entrenamiento de la memoria, rehabilitación y recuperación funcional de las AVDs...), que permiten una mejor atención de las necesidades relacionadas con las esferas física, psicológica y social.

Por otra parte, existen Centros de Día específicos para la atención de personas con demencia y centros que se ofertan para estancias nocturnas, pero en nuestro país, estos últimos todavía son prácticamente inexistentes.

Como ya se ha dicho, los Centros de Día públicos cuentan con una importante dotación de profesionales (auxiliar de enfermería o gerontología, enfermero/a, médico/a, psicólogo/a, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional y trabajador/a social) además de la frecuente presencia y participación de personas voluntarias y de estudiantes en prácticas. Sin embargo, la realidad muestra que la dotación de personal real de los centros públicos no es tan importante como parece, pues los mismos profesionales sanitarios deben repartir su actividad profesional entre la red de instituciones ubicadas en una misma área territorial (Centro de Salud, Centro de Servicios Sociales, Residencias...), lo que a menudo satura su dedicación y limita la eficacia de su trabajo.

TABLA 6.4: TOTAL DE CENTROS DE DÍA E ÍNDICE DE COBERTURA (2004)

	Población >65 años (enero de 2003)	Nº de Centros	Nº de Plazas	Índice de Cobertura
Andalucía	1.128.535	149	3.721	0.33
Aragón	262.460	37	905	0.34
Asturias	238.075	35	884	0.37
Baleares	133.383	22	322	0.24
Canarias	228.142	28	514	0.23
Cantabria	105.213	21	372	0.35
Castilla-León	569.834	284	1.978	0.35
Castilla-La Mancha	358.564	76	849	0.24
Cataluña	1.149.771	642	10.929	0.95
C. Valenciana	740.781	71	1.868	0.25
Extremadura	207.973	48	910	0.44
Galicia	585.977	29	1.036	0.18
Madrid	830.839	160	5.842	0.70
Murcia	178.983	31	755	0.42
Navarra	103.200	18	392	0.38
Pais Vasco	383.761	91	2.113	0.55
La Rioja	55.578	12	269	0.48
Ceuta	8.222	1	25	0.30
Melilla	7.329	1	25	0.34
España	7.276.620	1.756	33.709	0.46

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Observatorio para las personas mayores y datos de las diferentes C. Autónomas y C. F. de Navarra (2004)

La anterior Tabla 6.4 recoge la información disponible sobre los Centros de Día, sin distinguir públicos de privados, en las diferentes Comunidades del Estado. El mayor número de plazas se distribuye entre Madrid y Cataluña, lo que les permite alcanzar también el mayor grado de cobertura nacional, mientras que Galicia, Castilla La Mancha, Baleares, Canarias y la Comunidad Valenciana presentan los índices más bajos.

La cobertura alcanzada por este recurso en las distintas Comunidades Autónomas es realmente muy escasa y presenta, como ya es habitual, muchas diferencias. A enero de 2004 estaban registrados 1.756 Centros de Día, públicos y privados, que cubrían una oferta de 33.709 plazas. En los últimos años se ha seguido ampliando la oferta de centros y plazas, pero la distribución sigue siendo muy desigual.

Más allá de la insuficiente cobertura alcanzada por los Centros de Día en nuestro país, debido a la importante escasez de plazas de un recurso especialmente valorado por aquellos países europeos que mayor dotación de servicios ofertan a su población mayor (Dinamarca, Alemania, Francia), cuando se realiza la distinción entre la cobertura alcanzada por centros

públicos y los privados, se percibe esta escasez con mayor intensidad. Sólo un 41% de las plazas están cubiertas por el sector público, frente a un 59% que atiende el sector privado, y cuyo costo debe ser abonado por el usuario o cofinanciado entre el usuario/a y la Administración, lo que crea a su vez cierta desigualdad entre las Comunidades Autónomas debido a la disparidad de los precios establecidos⁸⁷. El precio medio para los centros de titularidad pública ronda los 6.400 €/año, aunque éste puede oscilar entre los 900 y los 12.000 €/año, como ocurre entre Melilla y País Vasco respectivamente, mientras que en los centros privados las diferencias son tan importantes que no permiten establecer comparaciones. Tanto en el caso de los centros de titularidad pública, como en los de acceso privado cuando se trata de una plaza concertada, el usuario/a debe aportar una cantidad del coste de la plaza en forma de copago —si la plaza no es concertada el usuario/a debe abonarla íntegramente—, que también tiene un costo muy diferente según la Comunidad Autónoma donde se ubique el centro. El copago se calcula en función de la pensión que percibe el usuario o, en algunos casos, entre el total de sus ingresos anuales. A diciembre de 2005, el IMSERSO sólo disponía de datos sobre el copago establecido por 11 Comunidades, entre las que destacaba Madrid, que fijaba en sólo un 12% el porcentaje del costo de la plaza a aportar por el usuario/a, y Galicia, en el otro extremo, al exigir un 40% de la financiación de la misma. El resto de comunidades se ubican entre el 17% y el 25%, salvo Castilla-La Mancha y Andalucía, con un 30% y la Comunidad Valenciana, que exige casi un 34% de la financiación.

▪ **SISTEMAS ALTERNATIVOS DE ALOJAMIENTO**

Además de las residencias de tercera edad, existen otras alternativas de alojamiento que, en ocasiones, se configuran como más idóneas para llevar a cabo una atención que garantice la calidad asistencial y un modo de vida

⁸⁷ Por otra parte, la escasa cobertura existente presenta además el inconveniente de que un 60% de ella es de titularidad privada, aunque a la vez, un 56% de las plazas están financiadas por el sector público como plazas concertadas, frente al 44% restante que las paga el propio usuario.

más similar al llevado por la persona a lo largo de su vida, cuando ésta ya no puede vivir de manera independiente en su domicilio. Su implantación en nuestro país es muy reciente, y por lo tanto escasa, y sólo en algunas Comunidades tiene un desarrollo significativo. Las principales formas son las viviendas con o sin servicios de apoyo, las viviendas tuteladas y las familias de acogida.

La escasa información disponible, apenas permite extraer conclusiones sobre la aceptación y uso de estos servicios, pero con seguridad éste será un recurso que se vera ampliamente incrementado en los próximos años, atendiendo a la demanda creciente y al grado de desarrollo y aceptación que está recibiendo en diferentes países europeos.

▪ **VIVIENDAS INDIVIDUALES O BIPERSONALES CON O SIN SERVICIOS DE APOYO**

Son apartamentos de entre 30 y 50 m², generalmente agrupados en un mismo edificio, que se ubican en entornos urbanos o semiurbanos y cuentan con una gama más o menos amplia de servicios (lavandería, restauración, asistencia doméstica, servicio médico y de enfermería, actividades de ocio y animación,...) ofertados en el mismo edificio o en algún centro gerontológico próximo. Las viviendas suelen estar dotadas de servicio de Teleasistencia y de servicios domiciliarios especiales para quien lo solicite.

▪ **VIVIENDAS TUTELADAS**

De todos los servicios de viviendas alternativas diferentes a las residencias, las tuteladas son el recurso más extendido. Suelen ubicarse cerca de algún centro geriátrico o residencia, que ejerce la función de tutela, y suponen la vivienda común de un grupo de entre 4 y 10 personas que conviven en régimen de ayuda mutua y *cuasi* familiar.

Las Comunidades Autónomas que hasta el año 2003 ofertaban un mayor número de plazas eran Castilla-La Mancha, Andalucía y País Vasco, sumando un total de 3.496 plazas distribuidas entre 502 viviendas. Con los datos

disponibles a partir de 2005, el aumento considerable del número de viviendas, en especial en Extremadura, Madrid, Galicia y Cataluña, suponían 861 viviendas que permitían 7.070 plazas. La buena acogida del recurso y su fácil gestión administrativa, hace sospechar que el número de plazas seguirá aumentando en los próximos años. Aún así, llama la atención que comunidades como Aragón, Canarias, La Rioja, Cantabria, Murcia o la Comunidad Valenciana, o no dispongan de viviendas de este tipo, o que el número de las mismas (4 en ésta última, a pesar del elevado contingente de población mayor) sea prácticamente simbólico.

El coste anual de una plaza en Vivienda Pública Tutelada varía de unas Comunidades Autónomas a otras y la información disponible es escasa. Su precio es de 5.700 €/año en la Comunidad de Madrid, 6.000-7000 €/año en Asturias, Baleares, Canarias o Castilla-La Mancha y 13.000 €/año en el País Vasco. No obstante, la diversidad de servicios que se agrupan bajo el término de viviendas tuteladas, puede justificar en parte esas importantes diferencias. Aun así, frente a los 14.000 a 18.000 euros anuales de promedio de coste de una plaza residencial, éste es un recurso a tener en cuenta por las administraciones.

▪ *FAMILIAS DE ACOGIDA*

Consiste en un servicio que permite que las personas mayores se integren en una familia diferente de la propia, y que los acogedores reciban una prestación económica a cambio de ofertar alojamiento, manutención, atención y compañía. En general, este tipo de recurso tiene mayor implantación y aceptación en el medio rural que en los entornos urbanos, pues el establecimiento de la nueva relación surge habitualmente de la existencia de un sistema informal de apoyos recíprocos previos entre personas convecinas, lo que facilita la integración familiar.

La administración que concede el servicio, otorga una prestación económica a la persona mayor según su nivel de renta, y ésta abona mensualmente a la familia de acogida la cantidad estipulada, siendo los

servicios sociales municipales, los responsables de la valoración sobre la adecuación y cumplimiento de los requisitos exigidos a la familia.

Este recurso se utilizó por primera vez en Guipúzcoa, que actualmente cuenta con 67 plazas, mientras que Galicia, con 467 plazas es actualmente la Comunidad Autónoma donde más se ha desarrollado. Madrid, Cataluña y Asturias, también ofertan este servicio que todavía no se ha generalizado al resto del Estado.

▪ *RESIDENCIAS DE TERCERA EDAD*

Dado que ya se ha hablado de las Residencias en un capítulo específico, donde hemos referido las diferentes formas de definición, tipos de centros, tamaños, servicios y formas de acceso, nos limitaremos ahora a resumir algunos datos relevantes sobre el grado de cobertura que las residencias alcanzan en nuestro país y sobre los precios de las plazas residenciales.

En España, el número de plazas residenciales viene aumentando considerablemente desde hace unos años. La oferta no sólo ha mejorado cuantitativamente, sino que la mejora en dotación estructural, personal y material de los centros —diseño, accesibilidad, profesionalidad, protocolización de las actividades, formación de profesionales y estándares de calidad—, ha sido muy destacable.

El número total de plazas residenciales, públicas y privadas, a enero 2004 era de 275.049, distribuidas entre 4.888 centros, de los que un 75,39% eran de titularidad privada y un solo un 24,61% de titularidad pública. Esta proporción entre centros privados/públicos, ha venido incrementándose de manera progresiva a favor de los primeros desde el año 1994, cuando la proporción era de un 32,55% de centros públicos, frente a un 67,45% de centros de titularidad privada. Las administraciones aducen al respecto que, si 76 de cada 100 plazas residenciales están ubicadas en centros de gestión privada (un 76%), sólo 58 serían verdaderamente privadas y financiadas íntegramente por el usuario/a, ya que las 18 restantes serían de las denominadas plazas concertadas, cofinanciadas en régimen de concierto por

el usuario/a y la administración (en las distintas formas de ‘*bono residencia*’ y otras). Sin embargo, la administración olvida mencionar que también las 24 plazas de titularidad y financiación enteramente pública exigen un copago por parte del usuario/a.

La actual oferta de centros y plazas, que además presenta una distribución muy desigual entre las diferentes Comunidades Autónomas del Estado, como queda recogido en la Tabla 6.5, que muestra el número de residencias, plazas e índice de cobertura en el total de la nación, tan solo alcanzaba una cobertura de 3,65 plazas por cada 100 personas de 65 o más años, de las que 2 estarían financiadas por el propio usuario y 1,5 mediante un sistema de financiación pública o concertada.

TABLA 6.5: RESIDENCIAS DE TERCERA EDAD EN EL TOTAL DEL ESTADO ESPAÑOL. POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS Y NÚMERO DE PLAZAS EN VALORES ABSOLUTOS, E ÍNDICE DE COBERTURA EN PORCENTAJE.

	Población >65 á (enero de 2003)	Nº de Centros	Nº Usuarios atendidos	Índice de Cobertura
Andalucía	1.128.535	580	32.094	2,84
Aragón	262.460	277	11.695	4,46
Asturias	238.075	260	9.664	4,06
Baleares	133.383	44	3.789	2,84
Canarias	228.142	130	6.599	2,89
Cantabria	105.213	47	4.223	4,01
Castilla-León	569.834	566	34.883	6,12
Castilla-La Mancha	358.564	318	18.135	5,06
Cataluña	1.149.771	1.238	50.190	4,37
C. Valenciana	740.781	290	18.646	2,52
Extremadura	207.973	155	7.646	3,68
Galicia	585.977	123	12.171	2,08
Madrid	830.839	482	37.886	4,56
Murcia	178.983	43	4.023	2,25
Navarra	103.200	74	5.492	5,32
País Vasco	383.761	281	14.957	3,90
La Rioja	55.578	29	2.620	4,71
Ceuta	8.222	3	137	1,67
Melilla	7.329	2	199	2,72
España	7.276.620	4.888	275.049	3,78

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Observatorio para las personas mayores y datos de las diferentes C. Autónomas y C. F. de Navarra (2004)

Como ya hemos señalado, una vez más las diferencias interautonómicas son muy importantes. Cataluña, Castilla-León, Madrid y Andalucía son las comunidades que disponen de mayor nº de plazas, aunque Castilla-León, Navarra, La Rioja y Castilla-La Mancha alcanzan un mayor grado de cobertura. Contrasta la C. Valenciana, Galicia, Murcia, y Ceuta, que presentan los índices de cobertura más bajos, sin alcanzar tan siquiera las 2,5 plazas por cada 100 habitantes.

Si hemos encontrado disparidad de precios sobre los diferentes recursos y servicios sociales ofertados en las distintas Comunidades Autónomas, el caso de las residencias es todavía más llamativo. Por término promedio, una plaza para una persona asistida (en situación de dependencia) estaría valorada en torno a 15.500 €/año, descendiendo a 14.550€/año cuando la persona es válida y ascendiendo a 16.523 € cuando esta plaza se ubica en un centro con atención psicogeriátrica (IMSERSO, 2004). Pero una plaza concertada en Canarias cuesta 27.708,55 €/año, mientras que en Asturias o Extremadura no supera los 11.000 €, siendo todavía más paradójica la diferencia que se establece entre Ceuta (8.760 €/año) y Melilla (34.675 €/año).

A pesar de la dependencia progresiva que el envejecimiento conlleva, la idea de envejecer en el domicilio propio sigue siendo la más arraigada entre las personas mayores. Bajo esta perspectiva trabajan los expertos y las Organizaciones Internacionales vinculadas a la atención gerontológica, que tratan de impulsar aquellos servicios que compatibilizan la atención a las necesidades sociales con la proximidad, buscando la permanencia en el propio domicilio como eje fundamental de la atención.

Mientras que en España se ha realizado un importante esfuerzo por generalizar los servicios sociales destinados a las personas mayores, en especial hacia la construcción de centros residenciales, en Europa en cambio, la tendencia se tiende a invertir, siendo las opciones más desarrolladas las que ponen el centro de atención en el domicilio propio, o en las nuevas fórmulas como las viviendas compartidas. Esta circunstancia hace que, pese a su escasez, en España las residencias tengan un peso desproporcionado dentro

de la cadena de servicios para personas mayores, en claro detrimento del resto de modelos de atención.

Aun a pesar de que este tipo de servicio aglutina la mayor parte de los recursos, la demanda asistencial de las personas mayores que precisan acceder a una plaza residencial esta desatendida. Las plazas existentes son del todo insuficientes en la actualidad a causa del importante aumento de la población usuaria y de los cambios en los modelos familiares, los roles femeninos y las preferencias personales. Recuérdese al respecto que el 93% de las personas mayores dependientes viven en sus domicilios, atendidos por sus familiares y sin apoyo de los servicios sociales (IMSERSO, 2003).

Este hecho, y las importantes diferencias en el grado de implantación y cobertura, formas de acceso y precio de los servicios entre las distintas Comunidades Autónomas, son quizás los aspectos más llamativos de la atención social a las personas mayores en situación de dependencia en nuestro país. Por otra parte, el poco impulso y desarrollo que las administraciones públicas parecen estar dedicando a los nuevos modelos asistenciales que se están imponiendo en muchos países europeos, junto al importante aumento de la población mayor, exigen una intervención más decidida en los próximos años.

CAPÍTULO 7: ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL Y ATENCIÓN GERONTOLÓGICA EN CUBA

En Cuba todo está mezclado; la raza, la religión, el arte, la literatura, la arquitectura, la música y todos los valores que pueda asumir el humano en su tránsito por la vida. Así piensan también los cubanos, mezclando.

Los 110.860 km² de la República de Cuba estaban ocupados, a junio del 2003, por una población proyectada de 11.177.743 habitantes (proyección oficial del censo de 2002), lo que supone una densidad poblacional de 101,4 hab./km² que, desde el punto de vista político-administrativo, se reparten en 14 provincias y un municipio especial, Isla de la Juventud. El volumen de los asentamientos poblacionales en todos estos territorios varía entre el medio millón y el millón de habitantes, a excepción de la ciudad de La Habana, donde viven algo más de 2 millones de personas, e Isla de la Juventud, que cuenta con 77.429 habitantes. En los últimos años se ha producido un aumento progresivo de la densidad de población urbana, pasando de los 69,0% hab./km² de 1981, a los 74,5% en 1995, según estimaciones intercensales de la Oficina Nacional de Estadísticas de Cuba (ONE) y a los 75,9% de 2002, según el actual censo vigente.

Al igual que en España, la despoblación de las zonas rurales y la emigración hacia a las urbanas es también un hecho frecuente, aunque pese a las grandes diferencias en volumen poblacional, porcentualmente se mantiene cierta homogeneidad en la composición por edades (infantil, adulta y anciana) de ambos contextos. El contingente de población en edad adulta que habita en las ciudades (entre los 15 y los 59 años según los datos que establece el censo oficial cubano), es ligeramente superior al mismo grupo de población residente en los municipios rurales, siendo los primeros un 65.4% frente a un 64.2% de los segundos, y lo mismo ocurre entre los niños (población menor de 15 años) y las personas ancianas (a partir de 60 años según el censo cubano), residiendo un 13.2% de ellos en las ciudades y un 11.5% en los pueblos.

Desde el final de los años 90 y hasta principios del presente siglo, la situación demográfica de Cuba ha sufrido importantes y significativos cambios que han influido de manera muy intensa sobre su pirámide poblacional. Estos cambios han sido determinados, directa o indirectamente, por diversos procesos sociales entre los que destacan: la transición demográfica, la migración externa, la crisis económica y la mejora de las condiciones sociales.

Respecto del primero de estos procesos, durante la última década del siglo XX, Cuba ya mostraba cambios muy peculiares en su patrón demográfico. Con una tendencia atípica en los países subdesarrollados de su entorno, y una evidente transformación hacia la occidentalización del patrón demográfico, tres circunstancias marcan la evolución del patrón demográfico de Cuba: la baja fecundidad, la importante reducción de la mortalidad y el aumento significativo de la esperanza de vida, aspectos que inevitablemente comportan un envejecimiento poblacional progresivo.

El brusco descenso de la natalidad, que ha pasado de los 27,7 nacimientos por cada mil habitantes en 1970 a la actual tasa de 12,4‰, ha provocado una reducción de 98.301 nacimientos sobre el pronóstico previsto (Gran Álvarez y López Nistal, 2003). Entre 1990 y 2001, la fecundidad general se ha reducido en un 27%, dejando una tasa bruta de reproducción inferior a 1 (0.76 hijos por mujer) desde 1978⁸⁸, lo que hace que actualmente en Cuba no se llegue a alcanzar el nivel de reemplazo generacional (ONE, 2001).

Paralelamente a nuestro país, junto a las mejoras en la salud pública y la higiene, se ha producido un significativo descenso de las tasas de mortalidad. Con una tasa general de 7,0 fallecimientos por cada 1.000 habitantes en 2003, la población cubana vive hoy más años y las capas más longevas de su población son progresivamente más numerosas. Como corolario de esa baja mortalidad, y también a consecuencia de los planes de intervención en salud pública y comunitaria, la esperanza de vida al nacer en

⁸⁸ En Cuba, como en los países desarrollados, el tamaño deseado de la familia es pequeño, la frecuencia del aborto inducido ha descendido, pero las regulaciones menstruales han aumentado y el uso de conocimientos y prácticas de la anticoncepción son elevados. El comportamiento de la fecundidad se corresponde con los patrones culturales de reproducción actuales de países de corte industrializado, que incluyen tener pocos hijos a una mayor edad.

Cuba ha mejorado de manera significativa y espectacular, siendo actualmente, con una media superior a los 77 años, la más elevada de América Latina, (78,97 para las mujeres y 75,13 para los hombres) (OPS, 2003).

De hecho, Cuba exhibe a este nivel indicadores de salud que podrían igualarse con los del Primer Mundo⁸⁹, habiendo cambiado su anterior patrón de mortalidad, típico de los países subdesarrollados, y caracterizado por tasas muy elevadas de muertes por enfermedades infecciosas y parasitarias, a un franco predominio de defunciones por enfermedades crónicas, degenerativas y accidentes. Las primeras causas de muerte para todas las edades fueron, en 2003, las enfermedades del corazón, los tumores malignos, las enfermedades cerebrovasculares y los accidentes, causas responsables del 65% del total de las defunciones, y que coinciden con los valores más representativos de la actual tasa de mortalidad de cualquiera de los países de corte occidental.

La Tabla 7.1 muestra de manera comparativa, cómo Cuba presenta mayor similitud en algunos indicadores demográficos con países económicamente más avanzados, que con aquellos con los que supuestamente tiene más coincidencias a nivel económico y de desarrollo.

TABLA 7.1: POBLACIÓN, TASA DE FECUNDIDAD Y ESPERANZA DE VIDA AL NACIMIENTO PARA ESPAÑA, CUBA Y OTROS PAÍSES LATINOAMERICANOS.

	Cuba	España	Argentina	Chile	Colombia	C.Rica	Ecuador	Guatemala	Venezuela	U.S.A.
POBLACIÓN	11.239	40.499	37488	15402	43074	4112	12880	11687	24632	280444
TASA FECUNDID.	1,0	1,25	2,5	2,4	2,7	2,7	2,8	4,5	2,8	1,9
E. DE VIDA	76,3	79,3	73,6	75,5	71,6	76,6	70,3	65,3	73,1	77,2
E. DE VIDA ♂	75,1	75,7	70,4	72,8	68,8	74,8	68,1	62,7	70,7	74
E. DE VIDA ♀	78,9	83,1	77,5	78,4	75,1	78,5	73,3	68,5	76,5	80,5

Fuente: Elaboración propia. Datos para América Latina: OPS 2001. Datos para España: INE, 2002

⁸⁹ La mejoría de la esperanza de vida del pueblo cubano alcanza edades similares a las personas de los países económicamente desarrollados. Esta elevada esperanza de vida (79 años) es, en parte, consecuencia del desarrollo científicotécnico alcanzado en el campo de la medicina y otras ciencias de la salud y a la política de salud pública, lo que hace que ningún otro país del Tercer Mundo pueda mostrar indicadores a la altura de los del pueblo cubano.

En cuanto a la migración externa, ésta es en Cuba un hecho palpable. Entre 1994 y 2000, pese al cierre de fronteras, la emigración neta total en Cuba fue de 210 mil personas (ONE, 2001), lo que supuso un balance negativo muy elevado al final de la década anterior. Esta circunstancia, que en base a un acuerdo migratorio con los Estados Unidos permite un flujo permanente de salida hacia aquel país de 20.000 personas/año, hace que la isla pierda sistemáticamente una gran cantidad de población, mayoritariamente masculina, blanca, menor de 35 años y residente en la ciudad de La Habana. Una parte importante de los habitantes de la isla percibe la emigración como una forma de afrontar la crisis económica, y en ese contexto, la fuga sistemática de población, junto a las bajas tasas de natalidad, está generando un desequilibrio demográfico y contribuyendo a consolidar la situación de envejecimiento poblacional actual.

Finalmente, por lo que respecta a la crisis económica como tercer elemento clave de la actual situación demográfica de Cuba, uno de los aspectos más determinantes es la aguda crisis padecida por el país en 1990, denominada "*Periodo Especial*". Esta situación, derivada del quinquenio anterior, cuando la economía cubana sufrió una importante desaceleración y posterior estancamiento a resultas del cambio del sistema socialista en la extinta URSS, se recrudeció por el bloqueo económico, comercial y financiero impuesto por los Estados Unidos mediante las Leyes Torricelli primero (1992) (Carranza, 1992) y Helms-Burton después (1996). Por otra parte, los ya clásicos fracasos en las políticas de planificación económica del gobierno cubano (la Zafra de 10 millones y otras) mermaron aún más la débil situación financiera del país. La consecuencia más directa de esta crisis sobre el patrón demográfico, fue una mayor reducción de las tasas de fecundidad y un aumento brusco de la tasa de emigración.

A pesar de la crisis económica, las políticas y medidas adoptadas por el Estado cubano han logrado, en lo fundamental, su objetivo de preservar los avances sociales previamente alcanzados, y en algunos casos (especialmente a

nivel de la salud), incluso mejorar los niveles de muchos indicadores (Chávez, 1998). Sin embargo, cuando son contrastados con los publicados por otras fuentes (FAO, UNICEF, OPS ...), los datos referentes a esos mismos indicadores no siempre son coincidentes, lo que obliga a otorgarles un grado de confianza relativo.

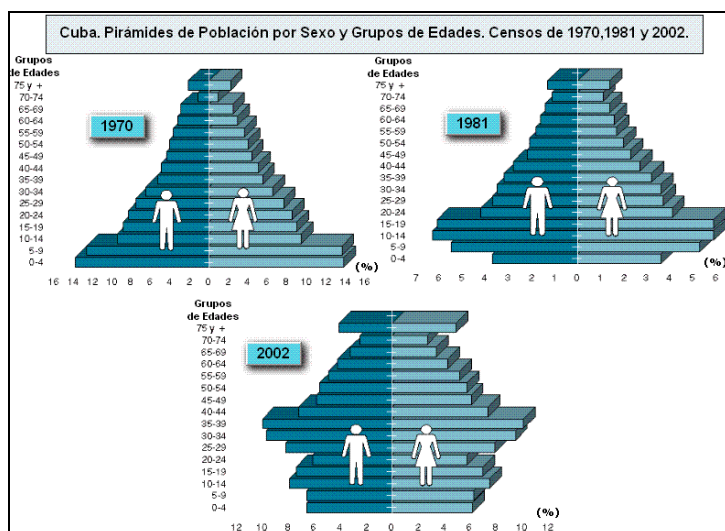
Como ya se ha dicho, la consecuencia más significativa e influyente de los cambios demográficos referidos es el proceso de envejecimiento poblacional. La baja natalidad y mortalidad, junto a la importante migración de personas jóvenes, produce un aumento en el número absoluto de adultos mayores, que no sólo conlleva a un notable incremento proporcional de éstos con respecto a los otros grupos poblacionales, sino que genera un crecimiento y evolución muy desigual entre los diferentes grupos de edad de la sociedad.

El intenso tránsito demográfico de la población cubana hacia las edades más longevas se nos muestra como el más rápido y avanzado de toda América Latina, tanto por su elevado índice de envejecimiento —un 14.7%, proyectándose un 24,3% para 2025 (US Bureau of the Census, 2002)—, como por la velocidad de su instauración. En pocas décadas, Cuba ha pasado de ser un país demográficamente joven, con una estructura poblacional propia de países en vías de desarrollo, a otra típicamente moderna, con una numerosa población en edades avanzadas y un número progresivamente menor de población de edades más jóvenes. Es precisamente la velocidad en la instauración del proceso, que recuerda bastante al caso español, lo más característico de la demografía cubana. En 1899, habitaban en Cuba tan sólo 72.000 personas de 60 años o más, lo que suponía que 1 de cada 22 personas eran ancianas. En 1953, los mayores de 60 años ya eran 400.000, 1 de cada 15 habitantes, y actualmente, según datos del censo de 2002, con una población total de 11.177.743 habitantes, esa cifra se ha incrementado hasta 1,6 millones, siendo por tanto ancianos 1 de cada 8 cubanos, lo que supone una tasa de envejecimiento del 14,7% (15.3% según datos estimados para 2005).

Un claro resumen de la situación demográfica cubana lo aportan los datos de la Oficina Nacional de Estadísticas de Cuba (ONE), recogidos en la Figura 7.1, y que muestran cómo la población menor de 15 años se ha venido

mantenido relativamente estable y los jóvenes (de 15 a 29 años) se han reducido en un 7,4%, mientras que la población adulta (30 a 59 años) ha crecido algo más de un 9,8% y los ancianos (60 años y más) lo han hecho en un 3,7% sobre el total de la población (CEE, 1992 y ONE, 2001).

FIGURA 7.1: EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN CUBA.



Fuente: Censo ONE, 1970, 1981 y 2002

Por otra parte, los cálculos realizados para el año 2020, previenen sobre la jubilación de un importante contingente de personas que actualmente tienen entre 30 y 45 años, y que son consecuencia del particular fenómeno de “baby boom” que la isla desarrolló entre 1960 y 1974, resultado de una campaña gubernamental que logró casi 3,6 millones de nacimientos (Gran y López, 2003). Aunque una parte importante de estas personas han emigrado o emigrarán fuera del país, las sospechas sobre las dificultades para la sostenibilidad social tienen cierto fundamento. La existencia de una gran bolsa de población jubilada en un país con importantes deficiencias económicas, con un alto índice de envejecimiento, una bajísima tasa de natalidad y con una elevada tasa migratoria, principalmente de las personas que conforman la masa cotizante, son demasiadas circunstancias como para

no llegar a suponer una significativa crisis desde el punto de vista económico y social⁹⁰.

De mantenerse la presente tasa anual media de crecimiento poblacional (0.7%), Cuba tendrá en el año 2025 a casi una cuarta parte de su población con una edad igual o superior a los 60 años, y será el país más envejecido de América Latina, con un índice de envejecimiento del 24.3% (OPS, 2002), sufriendo además un importante decrecimiento de población en términos absolutos. De persistir esta tendencia además, en 2050 ya no sólo será el país más envejecido de América Latina, sino que junto a España, Italia y Grecia, será uno de los más envejecidos del mundo.

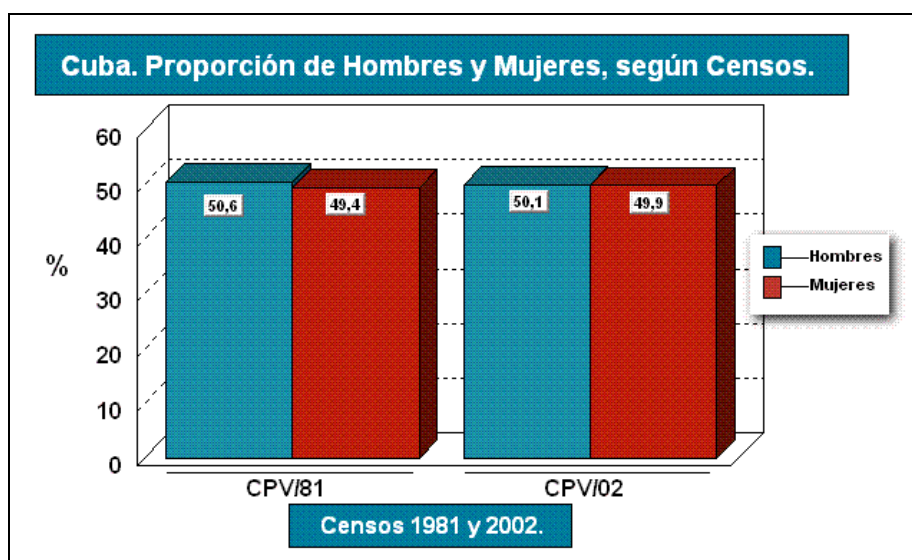
Las consecuencias del envejecimiento ya se perciben fácilmente en la sociedad cubana: el 73% de matrimonios menores de 30 años que había en la década de los 80 se ha reducido a un 55% y sólo un 70% de las parejas tuvieron hijos frente al 84% de la década anterior (Benítez, 1999). Las repercusiones del envejecimiento demográfico están dificultando el relevo de la fuerza de trabajo (especialmente en sectores como la agricultura, la industria y la construcción), están modificando las formas de organización social y familiar (Durán y Chávez, 2000) y han provocado un significativo aumento de los gastos en seguridad y asistencia social, sextuplicados en los últimos 30 años, incrementando la demanda de bienes y servicios destinados a los adultos mayores, Hogares, Círculos de Ancianos y Casas de Abuelos, a la vez que han disminuido las necesidades de Círculos Infantiles y Escuelas y Hospitales Pediátricos.

De igual manera, el envejecimiento demográfico ha modificado la dinámica de la distribución de la población por sexos. Si bien durante todo el

⁹⁰ Las consecuencias del envejecimiento ya se perciben en la sociedad cubana. Solo el 11,3% de los “propietarios” de una vivienda a nivel nacional (jefes de hogar es el término cubano), y apenas el 7,8% en Ciudad de La Habana, son personas jóvenes (Benítez, 1999). Hay actualmente un 55% de matrimonios menores de 30 años, frente al 73% de la década de los 80, y un 70% de las parejas tuvieron hijos frente al 84% de la década anterior. Las repercusiones del envejecimiento demográfico han provocado un significativo aumento de los gastos en seguridad y asistencia social, que se han sextuplicado en los últimos 30 años, incrementando la demanda de bienes y servicios destinados a los adultos mayores, dificultando el relevo de la fuerza de trabajo (especialmente en sectores como la agricultura, la industria y la construcción) y modificando las formas de organización social y familiar (Durán y Chávez, 2000), a la vez que han disminuido las necesidades de círculos infantiles y escuelas y hospitales pediátricos, mientras que han aumentado las de Hogares, Círculos de Ancianos y Casas de Abuelos.

pasado colonial, y todavía durante el primer tercio del siglo XX, Cuba mostraba un gran desequilibrio favorable a los hombres (Benitez, 1999, Censos 1953 y 1981), esta situación ha venido modificándose progresivamente y de manera acentuada en los últimos años. Aunque no se ha producido todavía la inversión de la sex-ratio (ONE, 2001), la Figura 7.2 muestra como en el censo de 2002, el porcentaje de mujeres (49.97%) prácticamente alcanza al de hombres (50.1%), y que probablemente será superado en pocos años (no hay datos al respecto en las proyecciones censales para 2005). Esto no es más que otra circunstancia característica de los países con un elevado envejecimiento poblacional, dado que las mujeres, con una mayor esperanza de vida, presentan una menor tasa de mortalidad y aumentan progresivamente su porcentaje poblacional frente a los varones. Un análisis pormenorizado de esa diferencia, revela que a partir de los 35 años comienza a ser progresivamente superior el número de mujeres, aspecto también más propio de los países avanzados y muy poco frecuente en América Latina, donde sólo Argentina, Uruguay y Chile muestran en la actualidad comportamientos análogos (CELADE, 1998).

FIGURA 7.2: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE CUBA SEGÚN SEXO.



Fuente: ONE, 2002

Pero si el análisis general del país revela una sex-ratio casi totalmente equilibrada, el análisis de la variable población urbana/población rural muestra diferencias significativas. Las mujeres cubanas ya predominan sobre los hombres en las localidades urbanas, donde hay 100 mujeres por cada 96 hombres, mientras que en las áreas rurales, con 113 hombres por cada 100 mujeres, todavía se mantiene la mayoría masculina (ONE, 2001). La Habana, con sólo 90 hombres por cada 100 mujeres, muestra la relación de masculinidad más baja entre todas las provincias del país, siendo éste un factor que empieza a trascender de manera clara en la vida social, pues no olvidemos que, al igual que en España, son ellas las que continúan cargando con la máxima responsabilidad (habitualmente la exclusiva) de las tareas del hogar, así como con la crianza de los hijos y el cuidado de los enfermos y ancianos que lo requieran (Durán y otros, 1999). Esta circunstancia tendrá muy pronto consecuencias sobre el proceso de cuidado de las personas mayores y enfermas en Cuba, ya que el modelo de cuidados para las personas con dependencia descansa en gran medida, al igual que el modelo español, en la participación de la familia y en especial en la figura femenina del '*ama de casa*'.

Todos estos determinantes demográficos, que pasarían por ser un caso más entre la tendencia generalizada que se ha establecido en la mayoría de los países desarrollados, llaman poderosamente la atención en el caso cubano fundamentalmente por dos motivos. En primer lugar, como ya se ha hecho referencia, por la extrema velocidad con que se ha implantado la actual situación demográfica, que casi ha dado la vuelta a su pirámide poblacional en tan sólo unas décadas, con especial intensidad durante los años 90 y principios del siglo XXI. Y en segundo, por el hecho de que la actual situación demográfica cubana, parece más propia de los países desarrollados, con economías fuertes y estables, que de un país económicamente deprimido y en vías de desarrollo.

▪ ATENCIÓN AL ENVEJECIMIENTO: SISTEMA SANITARIO Y ATENCIÓN GERIÁTRICA

Analizar el modelo de bienestar social en Cuba, país lleno de contrastes, resulta complicado. La consulta de las cifras oficiales del gobierno de la nación, así como de los diferentes documentos y leyes que establecen y garantizan la atención social y sanitaria del pueblo cubano, sugieren un escenario casi idílico, donde los recursos y las garantías sociales están perfectamente integrados y equitativamente repartidos en todo el ámbito social de la población. Sin embargo, como ya se ha dicho, en ocasiones se produce un acusado contraste de esas cifras '*oficiales*' con las que ofrecen otros organismos internacionales, no especialmente sospechosos de animadversión al régimen cubano (la OPS o UNICEF, por ejemplo). Por otra parte, la observación participante del día a día de los y las cubanas, muestra una situación contradictoria, que contrapone la actitud gubernamental y la de una buena parte del pueblo cubano por mostrar al exterior una imagen de satisfacción y desarrollo socioeconómico suficientes, frente a los importantes niveles de pobreza y la escasez de múltiples recursos, que remiten sistemáticamente a la subdesarrollada situación del país en el entorno internacional.

A pesar de estas dudas razonables, es evidente el gran avance alcanzado en igualdad y políticas de bienestar social, como consecuencia de la inversión gubernamental en programas sociales desde la Revolución. No obstante, se suele cometer el error de pretender comparar los indicadores del Estado de Cuba frente a los de otros países ricos del entorno internacional, tanto americanos como europeos, con los que puede competir en algunos aspectos pero queda muy alejado en otros. Quizás sea este un planteamiento sesgado, ya que lo correcto sería comparar su modelo de bienestar con el de aquellos países con recursos y condiciones similares: Centro América, los Estados Caribeños y muchos otros del este europeo, a los que supera con envidiable olgura.

Tampoco debe caerse en la tentación de examinar los logros y el estilo de vida cubanos, bajo la exclusiva perspectiva del mundo desarrollado. La realidad percibida desde la observación participante fuera de los círculos

turísticos, no permite afirmar con rotundidad ni que Cuba sea un país sin problemas económicos significativos, ni tampoco que éstos provoquen una situación asfixiante a sus habitantes. Más bien ocurre que, junto a unos aspectos claramente deprimidos (especialmente los relacionados con los indicadores económicos de carácter internacional, como el PIB, el salario mínimo o la productividad laboral), se contraponen otros significativamente desarrollados, progresivamente equiparables e incluso mejores que los de países desarrollados, en especial aquellos que tienen relación con la educación y la salud, como la esperanza de vida al nacimiento, las tasas de morbilidad y mortalidad, el índice de cobertura sanitaria o la tasa de alfabetización, ratificando de esta manera esa ambigüedad estructural de la sociedad cubana.

Positiva o negativa, la valoración de los resultados del modelo cubano debe llevarse a cabo teniendo en cuenta algunos aspectos que con frecuencia se olvidan. Independientemente de la pobreza en origen de la Cuba de Batista, su pequeña dimensión y escasez de recursos, y de los errores imputables al modelo cubano, con desastres sistemáticos en la planificación agraria, la escasa y relativamente incomprensible inversión en el sector turístico o el elevadísimo gasto en defensa⁹¹, junto a la agresión externa que el proceso cubano sufre desde sus inicios, son determinantes de las condiciones socioeconómicas de la nación. Estas circunstancias impondrían serias limitaciones a cualquier modelo de desarrollo social, más aún a un sistema socialista que, al margen de todas sus ventajas y también de todos sus inconvenientes, encuentra serias dificultades para ser aceptado y para establecer relaciones con la mayoría de Estados del entorno internacional.

⁹¹ Paradójicamente, y a pesar del escaso producto interior bruto del país y la crónica situación de crisis económica, Cuba emplea el 3,3% de su producción anual en defensa y orden interno, casi tres veces más que España, que dispone de una capacidad productiva varias veces mayor, lo que supone una importante lacra para desarrollo de la nación.

▪ EL MODELO DE BIENESTAR CUBANO: SANIDAD Y EQUIDAD

El modelo de bienestar cubano, integrado en el sistema socialista que abarca e integra todas las esferas sociales del país, se sustenta en el planteamiento de tres pilares básicos como ejes vertebradores y garantes del bienestar de la población: el desarrollo de la sanidad pública, la distribución de una renta básica que garantice la equidad y la educación.

Aunque analizaremos con mayor profundidad el bienestar de las personas mayores en Cuba a través del modelo asistencial a la salud, el establecimiento de la equidad a través de una renta básica y la educación, son también aspectos determinantes del estado de bienestar del pueblo cubano. La *'Revolución'* siempre ha dedicado gran parte de sus recursos y esfuerzos a la educación, en un principio para conseguir la alfabetización de la población cubana⁹², mediante campañas intensivas tras la instauración del régimen socialista, y actualmente con una especial apuesta por la formación de las personas jubiladas a través de la creación de la Universidad del Adulto Mayor. La educación, junto con la sanidad y la equidad, pretendida básicamente a través de la llamada *"canasta de racionamiento"*, que garantiza el aporte de una cantidad igual de recursos alimentarios y de primera necesidad (productos de higiene y algunos objetos para el hogar) a toda la población, constituye el orgullo social del modelo cubano, y a pesar de las serias dificultades económicas del Estado, los índices de gasto público en estas materias, especialmente en seguridad social y nutrición básica, han permitido alcanzar elevados rendimientos⁹³.

▪ SANIDAD: LA APUESTA POR LA SALUD PÚBLICA

Si hay un servicio social que otorgue a Cuba fama internacional, ese es sin duda el de la sanidad. En Cuba el Estado asume totalmente la responsabilidad de la atención de la salud de sus ciudadanos, y al margen de

⁹² La tasa de alfabetización en Cuba fue, en el año 2001, del 96,5%, tanto para hombres como para mujeres, tasa solo igualada por Argentina en todo el continente Americano.

⁹³ Cuba dedica a sanidad aproximadamente el mismo porcentaje de su PIB que España, algo más de la mitad en seguridad y asistencia social y 6 veces más que España a educación.

las acciones relacionadas con la santería, que gozan de gran arraigo popular, queda prohibida cualquier actividad de índole privado que pueda estar relacionada con la sanidad. Considerada como un componente principal de la calidad de vida, y un objetivo estratégico en el desarrollo social, el Parlamento cubano aprobó en 1983 la *Ley de Salud Pública*, en la que se establecieron de manera general, las acciones que debía desarrollar el Estado para la protección de los ciudadanos, la forma de organización del sector y los servicios que a éste le correspondía prestar. En esta Ley se regula, entre otros, la garantía de la atención sanitaria, el carácter social del ejercicio de la medicina y la educación para la salud, y está complementada con otros cuerpos legislativos, tales como la Ley del Medio Ambiente, el Decreto Ley sobre las Disposiciones Sanitarias Básicas, el Decreto Ley que reglamenta el Control Sanitario Internacional y la Ley de Protección e Higiene del Trabajo.

En los últimos años, la Ley de Salud Pública de 1983 ha iniciado un proceso de modernización con el fin de adecuarse a los nuevos factores y condicionantes que han modificado el entorno de la salud pública, tanto en el plano interno como en el externo. Entre ellos, destacan la nueva estrategia de salud enfocada hacia la Atención Primaria, que se concreta en el Programa del Médico y la Enfermera de Familia, el desarrollo de nuevos programas que pretenden la incorporación de alta tecnología al sector, y la necesidad de ajustar el Sistema Nacional de Salud a los cambios económicos del país, todo esto sin comprometer los principios básicos del Estado Socialista.

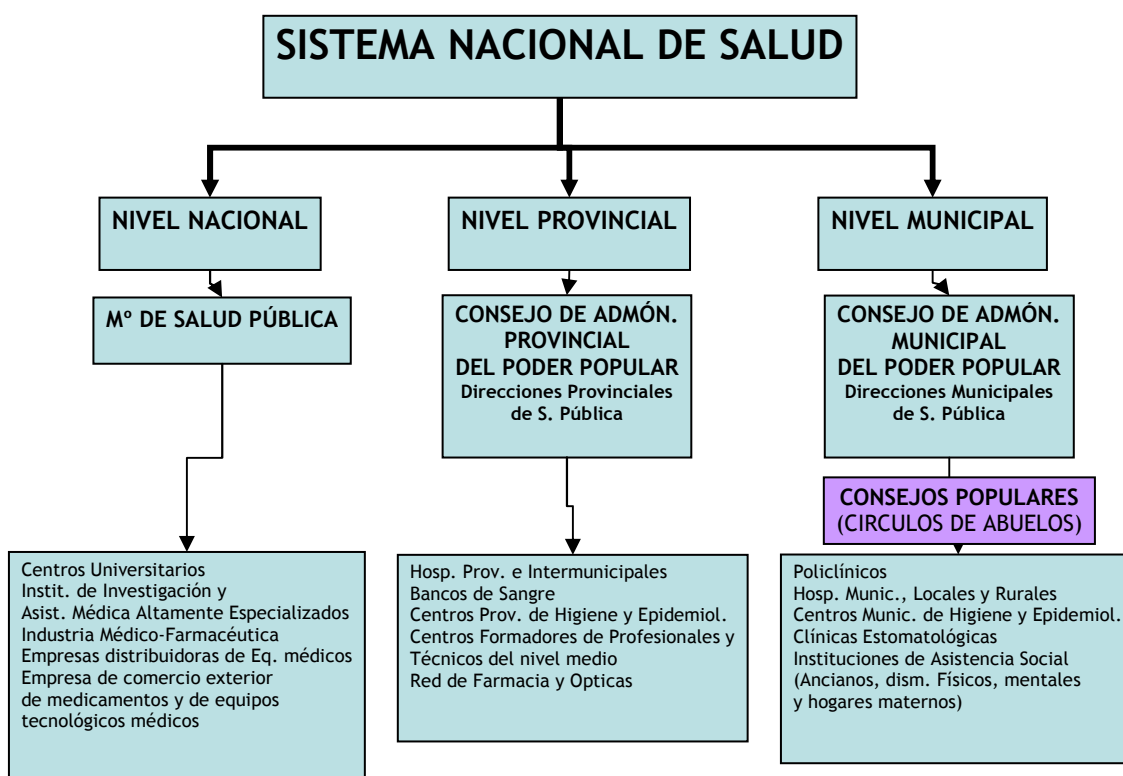
▪ ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El Sistema Nacional de Salud cubano se organiza en tres niveles: nacional, provincial y municipal. Este modo organizativo se corresponde con la estructura política administrativa del país, y tanto la Asamblea Nacional del Poder Popular (Parlamento), como las Asambleas Provinciales y Municipales, cuentan para su funcionamiento con comisiones permanentes de trabajo que participan en la gestión de los temas de salud. La Comisión Nacional de Salud comprende, además, las esferas de Deporte y de Medio Ambiente, y es la

encargada de ejercer el control y la fiscalización sobre las diferentes instituciones de gobierno a cargo de estos sectores.

El Cuadro 7.3 muestra de manera esquemática el Sistema Nacional de Salud de Cuba.

CUADRO 7.3: SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE CUBA.



Fuente: Elaboración propia.

A nivel nacional, el sistema sanitario está representado por el Ministerio de Salud Pública, que es el máximo órgano rector. Este Ministerio, establece y desarrolla las funciones metodológicas, normativas, de coordinación y de control sobre todas las actividades del sector salud. A él se adscriben los Centros Universitarios, los Institutos de Investigación y Asistencia Médica Altamente Especializados, la Unión de la Industria Médico-

Farmacéutica y sus Laboratorios, las Empresas Distribuidoras y Comercializadoras de Equipos Médicos, así como una empresa encargada de desarrollar el comercio exterior, importadora y exportadora de medicamentos y de equipos tecnológicos médicos. Evidentemente, no está permitida en el país ninguna otra actividad comercial, investigadora o formativa, que quede fuera del ámbito de estos organismos controlados por el Ministerio de Salud Pública.

A nivel provincial, el sistema sanitario está representado por las Direcciones Provinciales de Salud Pública, que se encuentran, a su vez, subordinadas administrativa y financieramente a los Consejos de la Administración Provincial del Poder Popular. Las principales unidades que conforman el sector de salud a este nivel, directamente dependientes de los gobiernos de cada provincia, son: los Hospitales Provinciales e Intermunicipales, los Bancos de Sangre, los Centros Provinciales de Higiene y Epidemiología, los Centros Formadores de Profesionales y Técnicos del Nivel Medio, y la Red de Farmacia y Ópticas de venta a la población.

Finalmente, el nivel más básico del sistema sanitario es el municipal, constituido por las Direcciones Municipales de Salud Pública, dependientes en el orden administrativo y financiero de los Consejos de la Administración Municipal del Poder Popular. Las unidades subordinadas a estas direcciones son: los Policlínicos (una mezcla entre nuestros Centros de Salud y los Centros de Especialidades), los Hospitales Municipales, Locales y Rurales, las Unidades y Centros Municipales de Higiene y Epidemiología, las Clínicas Estomatológicas, los Hogares Maternos y las Instituciones de Asistencia Social a ancianos e impedidos físicos y mentales. La coordinación de todos estos centros con el Sistema Municipal de Salud, se establece mediante los Consejos Populares, organismos formados por un grupo de representantes comunitarios que tienen determinadas facultades ejecutivas. Esta forma de intervenir en la gestión sociosanitaria municipal promueve la participación de la población en la toma de decisiones y garantiza la descentralización administrativa. Especial relevancia tienen a este nivel los '*Círculos de Abuelos*', que son instituciones formadas por colectivos de personas mayores, encargadas de la promoción y

prevención de la salud entre los ancianos de un municipio y que desarrollan un gran número de actividades encaminadas al mantenimiento de la calidad de vida y de la autonomía social de los mayores.

▪ **ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS ASISTENCIALES**

El Sistema Nacional de Salud cuenta con una red de instituciones que cubren la asistencia médica, social y estomatológica del 100% de la población y que se recogen en el Cuadro 7.4.

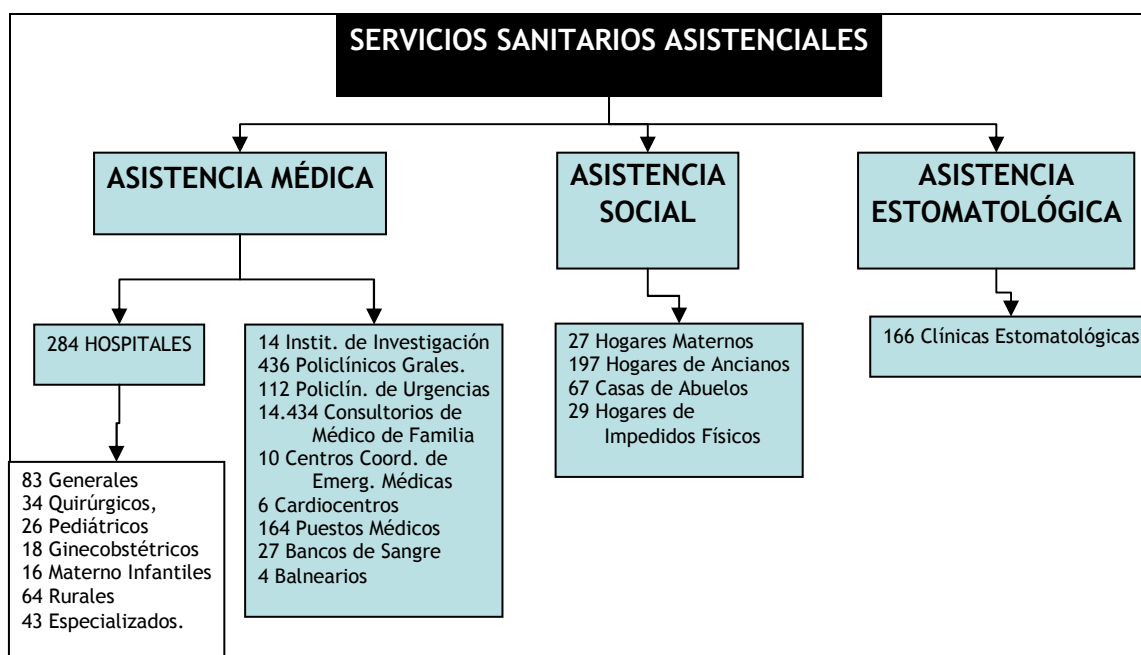
En 2001 había un total de 80.528 camas de asistencia médica y 14.265 camas de asistencia social (7.3 y 1,3 por cada 1000 habitantes respectivamente)⁹⁴. Según datos de 2005, no hechos oficiales todavía por el gobierno cubano, estas cifras han aumentado en un 12% las primeras y un 5% las segundas.

La isla tiene una red de 284 hospitales distribuidos por todo el país: 83 Hospitales Generales, 34 H. Quirúrgicos, 26 Pediátricos, 18 Ginecobstétricos, 16 Materno Infantiles, 64 Rurales y 43 Especializados. Además de esta red hospitalaria, existen 14 Institutos de Investigación, 8 de los cuales están concentrados en La Habana, 436 Policlínicos Generales, más 112 Policlínicos de Urgencias y un ingente número de médicos de familia y personal de enfermería, ubicados en 14.434 Consultorios de Médico de Familia, o distribuidos en la comunidad, en centros laborales y educacionales. Existen además, 10 Centros Coordinadores de Emergencias Médicas, 6 Cardiocentros, 164 Puestos Médicos, 27 Bancos de Sangre y 4 Balnearios minero-medicinales.

⁹⁴ Los hospitales españoles disponen de un total de 157.926 camas, lo que supone una tasa de 3,59 camas por cada 1.000 habitantes, menos de la mitad de lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud, entre 8 y 10 camas por cada 1.000 habitantes (Catálogo Nacional de Hospitales, 2005 e INE, 2005). Por comunidades autónomas, Cataluña es la que dispone de una mayor tasa de camas hospitalarias, con 4,52 por cada 1.000 habitantes, seguida de Cantabria (4,30), Aragón (4,29), Canarias (4,25), País Vasco (4,02), Asturias (3,94), Extremadura y Navarra (3,93) y Galicia (3,76). Baleares cuenta con la misma tasa per capita que la media nacional (3,59 camas por cada 1.000 habitantes), y por debajo se encuentran Madrid (3,51), Melilla (3,40), La Rioja (3,37), Murcia (3,22), Andalucía (2,91), Ceuta (2,84), Castilla-La Mancha (2,72) y la Comunidad Valenciana (2,71).

Por su parte, la asistencia social dispone de 27 Hogares Maternos, 197 Hogares de Ancianos, 67 Casas de Abuelos y 29 Hogares de Impedidos Físicos para diferentes situaciones y edades y, finalmente, cerrando esta relativamente impresionante oferta sanitaria y social, la atención a la salud bucodental se brinda en 166 Clínicas Estomatológicas (OPS, 2001).

CUADRO 7.4: RED DE SERVICIOS SANITARIOS ASISTENCIALES DE CUBA



Fuente: Elaboración propia

Resulta difícil obtener datos fiables y contrastables de la actividad asistencial y epidemiológica, así como del estado de salud de la población cubana. Se calcula que el 97.5% de la población, lo que equivale a un 100% técnico, recibe los beneficios del Programa del Médico y la Enfermera de Familia, estructura básica del modelo de Atención Primaria cubano y que supone el primer eslabón en la cadena de asistencia sanitaria, aunque también muchos centros de trabajo y escuelas cuentan con personal sanitario.

El desarrollo de este modelo, exportado en la actualidad por el gobierno a otros países del entorno latinoamericano (Venezuela y Bolivia), ha permitido que desde 1996 se haya revertido la tendencia al alza que

presentaba el número de ingresos hospitalarios, y que había venido mostrando un índice progresivamente mayor hasta 1993, momento en que se alcanzó el pico más elevado con una tasa de 17.4 ingresos por cada 100.000 habitantes⁹⁵.

Junto a la oferta de servicios, el modelo asistencial cubano ha hecho grandes esfuerzos por optimizar los escasos recursos disponibles. Además del fomento de los servicios de medicina tradicional y natural (*'Medicina Verde'*), el modelo asistencial cubano presenta la peculiaridad de haber desarrollado un servicio de cirugía ambulatoria. Probablemente forzados por la escasez de medicamentos y de material sanitario, la creación de estos servicios en 1996, junto a los Programas de Cuidado Domiciliario, que establece un régimen de visitas y permanencia del personal sanitario en los domicilios de los enfermos, y cuyo fin es evitar la hospitalización, en ocasiones inviable por la falta de recursos, posibilitó una mayor asistencia y control de los procesos mórbidos desde el ámbito de la asistencia ambulatoria.

El programa permitió un importante ahorro de recursos económicos, que se reinvertió en la reactivación y puesta en funcionamiento de más de 100 salas de cirugía que estaban cerradas por la escasez de recursos materiales, a la vez que permitió recuperar paulatinamente el nivel de intervenciones quirúrgicas, que entre 1990 y 1995 habían descendido de 777.737 a 598.329, para remontar hasta las 811.895 intervenciones en 1996. El dinero ahorrado también sirvió para poner en marcha un sistema de Emergencias Médicas en todas las provincias y perfeccionar el Sistema Integrado de Urgencias, que mediante los subsistemas de urgencias de los servicios de Atención Primaria (en 2005 funcionaban 33 subsistemas de urgencia y 18 más estaban en fase de implantación), contribuyen a reducir el índice de mortalidad en los servicios ambulatorios y permiten reservar recursos para que los servicios de atención a los enfermos graves puedan brindar la cobertura adecuada. De acuerdo con

⁹⁵ En 1996 se alcanzó la cifra de 1.419.895 ingresos (12,9 por 100.000 habitantes), se realizaron 77.499.250 consultas médicas (7,0 consultas por habitante), de las cuales, 57.563.213 (5,23 consultas por habitante) se llevaron a cabo en servicios de Consultas Externas y 19.936.037 (1,8 consultas por habitante) en servicios de urgencia. La relación consultas externas/urgencias fue de 2,9. Los médicos de familia, cuyo número llegó a 28.350, realizaron el 74% de las consultas externas, lo que da idea de la adecuada organización de este modelo de descentralización sanitaria, que evita la tan frecuente saturación de los servicios de urgencias hospitalarios en otros países.

las evaluaciones publicadas por el gobierno, este sistema demostró su eficacia al reducir en un 40% como promedio, el índice de morbilidad hospitalaria.

En cuanto a la vertiente social del modelo de salud asistencial, llama la atención el elevado volumen de recursos destinados a la población mayor. Dado que Cuba se encuentra entre los cuatro países con población más envejecida de América Latina y el Caribe (recordemos que el 14,7% de población tenía 60 años o más en 1996, y las proyecciones para el año 2025 son de más del 18%), la actual situación demográfica ha obligado a aumentar y adecuar la capacidad operativa del sistema de atención a los ancianos, con el objeto de mantener el mayor tiempo posible la vitalidad y salud de este numeroso colectivo, a la vez que se consigue evitar las enfermedades y hospitalizaciones. Con este fin, en 1996 se reestructuró el Programa de Atención al Adulto Mayor, para dotarlo de la actual estructura conformada por tres subprogramas: el Programa Comunitario de Atención al Adulto Mayor, el Programa de Instituciones Sociales (Hogares de Ancianos) y el Programa Hospitalario de Atención al Adulto Mayor. Los tres pretenden elevar el nivel de salud y la calidad de vida de las personas mayores, reduciendo la mortalidad, la morbilidad y las complicaciones y secuelas del padecimiento de enfermedades crónicas.

La participación de las Unidades Asistenciales de Familia, formadas por Médicos y Enfermeras de Familia en coordinación con el Programa Nacional de Prevención, Atención y Rehabilitación (cuya finalidad es disminuir la incidencia y prevalencia de discapacidades o minusvalías mediante la creación de una estructura de rehabilitación de base comunitaria), permite detectar a los pacientes discapacitados o con enfermedades que puedan generar discapacidad. Este programa, que beneficia especialmente a la población mayor y se coordina también con los subprogramas específicamente diseñados para la atención de la población geriátrica (Programa Comunitario de Atención al Adulto Mayor y otros), cuenta para esta tarea específica con un grupo multidisciplinario denominado Equipo Multidisciplinario de Atención Geriátrica (EMAG), del que forman parte geriatras, enfermeras, fisioterapeutas, psicólogos y trabajadores sociales, así como indirectamente,

un gran número de técnicos en fisioterapia y cultura física, que trabajan coordinadamente con las Unidades de Médico y Enfermera de Familia.

Directamente imbricados con los servicios de asistencia sanitaria y social, los Servicios de Salud Mental se orientan no sólo hacia los aspectos biomédicos, sino también hacia la promoción de la salud, la prevención de enfermedades mentales y la rehabilitación social. La atención mental ambulatoria, que se ofrece en todos los policlínicos del país, es atendida por 981 psiquiatras, 173 de los cuales son especialistas en psiquiatría infantil y cuentan con la participación de cerca de 1000 psicólogos. En esta línea asistencial, algunos hospitales pediátricos prestan también servicios de psiquiatría infantil. El objetivo más inmediato de este programa es aumentar la capacidad de resolución de los problemas de salud mental desde la atención primaria de salud y disminuir la hospitalización del paciente psiquiátrico, facilitando así la reinserción social de los enfermos de larga evolución.

Por su parte, el índice de consultas estomatológicas por habitante en 1996 (1,6 consultas), también fue muy superior al obtenido en los años precedentes a la misma década, que había mostrado un importante descenso. Ello indica la reactivación del uso de los servicios estomatológicos, la recuperación de la atención a los problemas de salud bucodental y la consecuente mejora de los niveles de salud pública.

En síntesis, el modelo de asistencia sanitaria y social cubano, se caracteriza fundamentalmente por su carácter público como pilar básico para el desarrollo social, y por una apuesta firme por la Atención Primaria y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales: nacional, provincial y municipal. Esta coordinación permite la cobertura de los ámbitos sanitario, estomatológico y social para la totalidad de la población. Resulta también destacable la apuesta que el sistema de salud está llevando a cabo con la población mayor en los últimos años, quizás con mayor sentido y éxito que en España. El modelo asistencial cubano, desde un planteamiento de intervención comunitaria, ha establecido y desarrollado instituciones específicamente dirigidas a garantizar la promoción de la salud, la prevención

de las enfermedades y la participación social de las personas ancianas, lo que parece relacionarse con una mejora de la satisfacción personal y del estado de salud. De hecho, aunque ya hemos comentado que los datos procedentes del gobierno cubano y referidos a la bondad del sistema deben tomarse con cierta precaución, resulta especialmente relevante el análisis de dos indicadores que se relacionarían tanto con un buen nivel de asistencia sanitaria y salud pública, como en especial, con un buen nivel de formación en materia de salud por parte de la población general: la disminución de las tasas de mortalidad y el aumento progresivo de la esperanza de vida de la población.

- **ASISTENCIA GERIÁTRICA**

Salvo las actividades exclusivamente vinculadas a las órdenes religiosas, no hay documentos en Cuba que muestren la existencia de programas, actuaciones o instituciones específicamente dedicadas a la atención de la salud y seguridad social de los ancianos con anterioridad a la Revolución. Esta circunstancia, no resulta sorprendente si tenemos en cuenta que la geriatría moderna nace como ciencia en 1935, a consecuencia de los trabajos de Marjory Warren en un hospital para crónicos de Londres.

Sin embargo, el modelo asistencial geriátrico cubano es, al menos en apariencia, un referente actual indudable, no solamente para los países en vías de desarrollo, sino también para muchos países económicamente más poderosos y tecnológicamente más avanzados.

Como prácticamente todas las actuales formas de organización social y política del país, el modelo es consecuencia de la revolución de 1959, que a pesar de los logros controvertidos en cuanto al índice de cobertura urbana/rural, impulsó cambios radicales en la atención médica y social de toda la población cubana. Aunque indirectamente se veía beneficiada por el modelo de atención general, la acción específica sobre la atención a las

personas mayores no quedó plasmada en ninguno de los documentos relacionados con las políticas de salud hasta bien avanzada la década de los 70. De hecho, no fue hasta 1978, en el contexto del programa de Salud Comunitaria, cuando aparece la primera referencia a la necesidad de organizar un modelo asistencial que garantice mejoras en el estado de salud de la población '*adulta mayor*'⁹⁶, proceso que se formalizaría poco después, con la incorporación de las materias relacionadas con la geriatría a los estudios de medicina. En 1984 se aprobó la Especialidad de Gerontología y Geriatría para los licenciados en medicina y durante el siguiente año comenzó la formación de especialistas en esta materia, creándose el primer servicio asistencial de la especialidad al que se fueron sumando rápidamente otros en los principales hospitales docentes del país (actualmente en 34 centros, de los que 11 son docentes). En el año 2002, Cuba contaba con 167 especialistas y más de 88 médicos residentes en las diferentes etapas de formación.

Este proceso formativo permitió ampliar los Servicios de Geriatría del Sistema Nacional de Salud, tanto en los centros hospitalarios como en las áreas de salud comunitarias, creándose entonces el Programa de Atención al Anciano⁹⁷. Progresivamente, y al amparo de sucesivas legislaciones, la asistencia geriátrica en Cuba entró en una dinámica muy activa que supuso la creación de diferentes instituciones y programas, la modificación de las estructuras y centros asistenciales para desarrollar servicios de Geriatría muy especializados, la incorporación de nuevos profesionales con un mayor nivel científico y el desarrollo de tareas asistenciales con recursos de mayor tecnología, todo ello con el propósito final de brindar asistencia médica cualitativamente mejor y con un nivel de cobertura muy elevado. Seguramente este cúmulo de factores, determina el actual modelo de asistencia geriátrica en Cuba y el estado de salud de la población anciana.

⁹⁶ 'Adultos mayores', y ocasionalmente 'abuelos' son los términos más utilizados en Cuba para referirse a la gente mayor, raramente referidos como de la 3ª edad.

⁹⁷ En España, aunque se hace referencia constante a la población mayor y se atienden parcialmente sus demandas mediante actividades y programas integrados en programas sanitarios de ámbito general, no existe de manera patente y generalizada un programa específico para la población mayor, sino solamente acciones parciales y con diferencias muy significativas entre las distintas Comunidades Autónomas.

Pero pese a estos precedentes, el cambio más significativo en la asistencia geriátrica se produce en 1992, cuando se inaugura en La Habana el Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, con objetivos de carácter asistencial e investigador (especialmente desde el punto de vista epidemiológico)⁴ y culmina en 1996, cuando el Ministerio de Salud Pública toma la decisión de dar un mayor impulso a la actividad geriátrica y gerontológica, haciendo que el nuevo Programa de Atención al Adulto Mayor sea uno de los cuatro programas priorizados por el Sistema Nacional de Salud. A partir de ese momento, y hasta la actualidad, los cambios y acciones en esa área de atención son muy directos: se proyectan políticas y estrategias para fomentar el desarrollo de la atención de este grupo de población, se trabaja intensamente en el desarrollo de las posibilidades de intervención en el sector comunitario y se crean los Equipos Multidisciplinarios de Atención Gerontológica (432 en todo el país), que realizan un trabajo de apoyo al Médico de Familia para la evaluación y la atención a los mayores que se encuentren en estado de fragilidad o necesidad.

No sólo se hace una clara apuesta por la atención geriátrica a nivel comunitario, sino que a nivel hospitalario e institucional, como ya hemos visto, se crean dos subprogramas para cada uno de estos niveles. Por otro lado, y además de los Servicios con que se contaba, se amplía el número de centros que disponen Servicio de Geriátrica, se crean salas de Psicogeriatría, salas de Cuidados Especiales para adultos mayores en las Instituciones Sociales y se inicia un proceso de adaptación para la geriatrización de todos los servicios hospitalarios.

Actualmente, el sistema no sólo se dedica a la atención de los problemas de salud en su vertiente de atención asistencial a la salud, sino que además, el Programa Nacional de Atención Comunitaria al Adulto Mayor, brinda servicios de alimentación a algo más de 42.000 personas ancianas, un 70% de las cuales se subsidia absolutamente, y proporciona servicio de limpieza del hogar, lavado de ropa y servicio de cuidados en el domicilio a un número progresivamente mayor de personas, a través de la figura profesional de la Auxiliar Geriátrica. Estas acciones, han contribuido en la práctica a la

gestación de un nuevo modelo de atención a los problemas sociales en Cuba, uno más, que está consiguiendo hacer frente a los problemas ya presentes por el exceso de población envejecida. Por otra parte, las proyecciones de atención progresiva y de geriatrización, han establecido una interrelación entre los servicios comunitarios e institucionales dirigidos al Adulto Mayor, que hacen del sistema de atención geriátrica un ejemplo modélico para los países con altas tasas de envejecimiento.

Como hemos visto, el cuidado de la salud de las personas mayores en Cuba, se desarrolla de manera específica a través de un programa marco, el Programa Nacional de Atención al Adulto Mayor. Este programa se organiza operativamente en tres subprogramas: Subprograma Comunitario de Atención al Adulto Mayor; Subprograma Institucional de Atención al Adulto Mayor; y Subprograma Hospitalario de Atención al Adulto Mayor. El objetivo general en todos ellos es priorizar aquellas acciones de salud que aumenten la expectativa y la calidad de vida de los adultos mayores, cada uno trabajando desde su contexto, y estimulando la permanencia de los ancianos en su contexto sociofamiliar.

La clave del éxito del desarrollo del programa marco (Programa Nacional de Atención al Adulto Mayor), se basa en la integración entre el Subprograma Comunitario del Adulto Mayor y el Programa de Medicina Familiar (médico y enfermera de familia). Hay que señalar que este último supone el sostén de la atención primaria de salud en Cuba, y que desde los Policlínicos ubicados en cada área de salud, posibilita un índice de cobertura de prácticamente el 100% de su población de referencia. La integración práctica de ambos programas se consigue mediante un Equipo Multidisciplinar de Atención Geriátrica (EMAG), formado por 5 profesionales: un geriatra, un fisioterapeuta, una enfermera, un psicólogo y una trabajadora social, que llevan a cabo un proceso de valoración de la salud y de otros aspectos relacionados con la misma, y deciden qué recursos de los establecidos en los tres subprogramas (comunitario, institucional u hospitalario) deben ser utilizados para cada caso específico de todos los ancianos de la zona. Estos equipos están en funcionamiento desde 1996 y en la actualidad su cifra

aproximada es de 500, habiéndose convertido en el pilar fundamental para el desarrollo de la relación entre el modelo sanitario y la atención gerontológica.

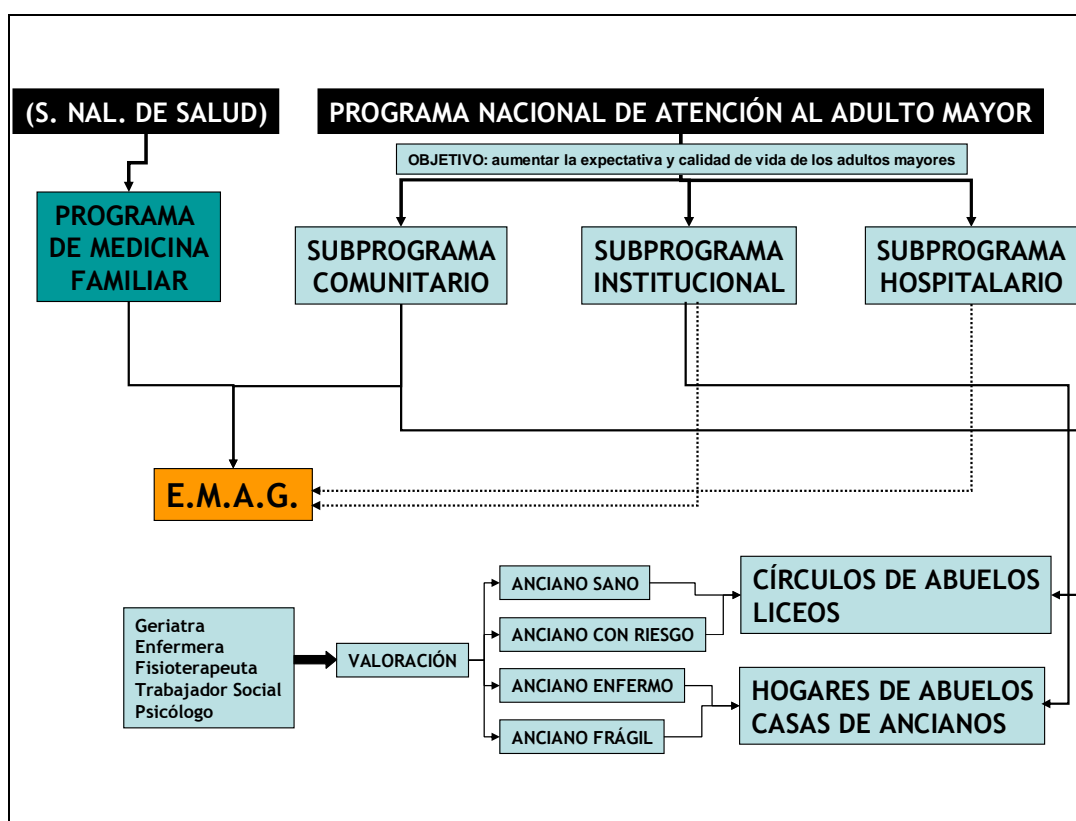
Aunque la vía más frecuente de contacto de la persona anciana con el EMAG es la consulta del médico de familia, también puede ser remitido desde los distintos servicios de atención comunitaria o por otros médicos o especialistas de los diferentes policlínicos u hospitales. A través de los EMAG se garantiza que todos los ancianos tendrán una atención adecuada a sus necesidades, reconocidas mediante el proceso de valoración al que hemos aludido. Esta valoración, que se realiza mediante diferentes escalas y parámetros de uso estandarizado (las mismas que se usan en España, y que a su vez también han sido utilizadas para nuestro estudio), está considerada internacionalmente como una de las etapas fundamentales del proceso de atención a las personas mayores y permite, además del conocimiento del estado de salud, de la capacidad funcional y de la situación social de todos los ancianos pertenecientes al área de influencia de cada policlínico, clasificar a los ancianos en cuatro posibles categorías que dirigirán el proceso de intervención posterior: ancianos sanos; ancianos con riesgo de enfermedad; ancianos enfermos; y ancianos frágiles (en situación de dependencia o con problemas graves de salud). A partir de esta clasificación, los equipos de profesionales aplican los estándares de cuidados y toman las decisiones específicas sobre cual de los recursos establecidos para la población mayor (comunitarios, institucionales u hospitalarios) deben ser utilizados.

Tras la valoración por el EMAG, los ancianos clasificados como sanos y los ancianos clasificados como '*con riesgo de enfermedad*', considerados ambos '*independientes para las actividades de la vida diaria*', y que por tanto pueden mantener unas condiciones de vida y de salud aceptables en su propio domicilio, quedan bajo el control del primer nivel asistencial, el Subprograma Comunitario. Al respecto, Cuba cuenta con una serie de recursos comunitarios cuya finalidad es la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la rehabilitación y recuperación de los problemas leves o crónicos no graves. Dichos recursos, son una serie de programas basados en los principios de la

ayuda mutua, y se desarrollan desde las instituciones denominadas Círculos de Abuelos y Grupos de Orientación y Recreación o 'Liceos' que posteriormente describiremos.

Por su parte, los ancianos valorados como frágiles o enfermos, pasan a ser subsidiados y/o controlados domiciliariamente hasta que se gestiona el ingreso en un Hogar o en una Casa de Abuelos.

FIGURA 7.5: PROGRAMA NACIONAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR



Fuente: Elaboración propia

El modelo asistencial para las personas mayores descrito, ofrece una oferta variada y abundante de recursos sanitarios y sociales. A diferencia del modelo asistencial español –que generalmente sólo actúa tras la solicitud de asistencia por parte del anciano o de su familia, tras el padecimiento de algún problema que haya provocado un avanzado deterioro de la salud de la persona solicitante–, el proceso de valoración sistemático desarrollado por el

Programa Nacional de Atención a la Tercera Edad a través de los EMAG, establece unos protocolos que garantizan el conocimiento de la situación social y de salud de cada uno de los ancianos residentes en Cuba, previniendo el deterioro de la misma o adelantándose a las nuevas necesidades que vayan surgiendo.

En la anterior Figura (Figura 7.5) se sintetiza el proceso de atención a las personas ancianas que se desarrolla mediante el Programa Nacional de Atención al Adulto Mayor.

- *RECURSOS DEL SUBPROGRAMA COMUNITARIO*
- *CÍRCULOS DE ABUELOS*

Los Círculos de Abuelos son organizaciones de carácter local, formadas por agrupaciones voluntarias de ancianos y planificadas centralmente por la Dirección General de Salud y Deportes, que están dirigidas y gestionadas por un Comité de Mayores, constituido por los propios ancianos que las forman, y que asesoran y facilitan actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y rehabilitación entre la población mayor. En la práctica, estos Círculos se establecen con la finalidad de realizar ejercicio físico para los mayores en áreas cercanas a sus domicilios, a la vez que para estimular el intercambio de experiencias, mantener las redes de sociabilidad, recreación y otras actividades que, en sentido general, promocionan la salud y mejoran la calidad de vida de las personas mayores al contribuir a mantener una vida activa durante la época de jubilación.

Su equivalente en España vendría a ser los Hogares y Clubs de Jubilados, pero en el caso de Cuba, los Círculos de Abuelos están impregnados de un dinamismo social y de una capacidad de autogestión, seguramente impulsado por el espíritu más político de sus ciudadanos, que los hace parecer mucho más vitales y activos.

Presentes en Cuba desde 1984, los Círculos de Abuelos son las instituciones más desarrolladas de las áreas rurales, donde los hospitales no suelen tener servicio de asistencia geriátrica (hospital geriátrico de día), viniendo en cierto modo a paliar este déficit. En ellos, se reúnen tanto ancianos sanos como ancianos con problemas leves de salud, aunque por lo general, la mayoría de centros suele establecer una clara diferenciación entre las zonas y actividades destinadas a cada uno de los dos grupos. Las actividades que diariamente se desarrollan en los Círculos tienen carácter formativo-cultural, destacando la educación para la salud y las actividades recreativas, como los juegos de mesa, las actividades deportivas (gimnasia) y alguna otra actividad de carácter lúdico (audiciones de música, baile y lectura de poesía o del diario Granma). Para los ancianos con problemas de salud se lleva a cabo un programa de actividades específico que incluye, además del ejercicio físico y de las actividades recreativas, las consultas de salud, los talleres de formación destinados a mejorar el conocimiento y control de sus enfermedades (enseñanza de la autoinyección de insulina y otros), talleres de rehabilitación y sesiones de orientación a la familia y personas cuidadoras.

Otro de los objetivos más significativos de los Círculos de Abuelos es la promoción de las relaciones intergeneracionales, aspecto que los Círculos cuidan y tratan de potenciar con mucho interés. Algunas de las actividades que desarrollan con esta finalidad pretenden la participación e integración de los familiares de los ancianos en las sesiones de ejercicio, organizando talleres, eventos culturales y salidas conjuntas, así como actividades para promover la participación de los ancianos en discusiones públicas y en visitas a colegios y otros centros educacionales o laborales, donde su experiencia y sabiduría se utiliza en la resolución de problemas. Dado que los ancianos participantes en los Círculos viven en su domicilio, en estos centros no se suministra alimentación. No obstante, al ser una de sus actividades la valoración periódica del estado de salud de los ancianos, también desde el

punto de vista nutricional, aquellos que presentan o tienen riesgo de desnutrición pueden ser remitidos a un programa de ayuda alimentaria⁹⁸.

Actualmente funcionan más de 7.500 Círculos en toda la isla, que asocian a 688.101 ancianos, y suponen un pilar sociosanitario básico para el desarrollo del Programa de Atención al Adulto Mayor. Cada Círculo, que como mínimo suele ser uno por cada localidad, es independiente y autosostenible, actuando como punto de referencia tanto para los servicios de salud como también para otros servicios públicos de la zona. Algunos Círculos cuentan adicionalmente con un sistema de '*Casas de Abuelos*', o casas diurnas, que ofrecen servicios de apoyo a la salud (cuidado de ancianos encamados, higiene, lavado de ropa...). Estos Círculos son centros más especializados, que actúan como enlace entre el nivel comunitario y el nivel institucional, pues atienden temporalmente a aquellas personas que están pendientes de ingresar en un centro asistencial. Estos centros más especializados, que no existen en todas las localidades, también son autónomos y están dirigidos por los mismos miembros mayores del Comité del Círculo, pero en este caso, se diseña un sistema de coordinación entre el Círculo y un grupo de profesionales sociosanitarios y un administrador externo, pertenecientes ambos al nivel institucional.

▪ *LICEOS (GRUPOS DE ORIENTACIÓN Y RECREACIÓN DEL ADULTO MAYOR)*

Los Liceos, a modo de federación comarcal, surgen de la unión de varios Círculos de Abuelos para formar una asociación más compleja, con estructura autónoma. La finalidad más peculiar de estos grupos es, además de fomentar las actividades lúdicas, recreativas y formativas entre las personas

⁹⁸ Desde 1993, la disponibilidad de alimentos en Cuba se encuentra situada en niveles por debajo de los requerimientos nutricionales básicos. Aunque actualmente el consumo alimentario de los hogares ha crecido cerca de un 6%, y hay una mejora progresiva de la situación alimentaria, aún persisten niveles de insatisfacción al respecto en muchas zonas y bolsas sociales. Ante esa situación de escasez de alimentos, se diseñaron programas nacionales para garantizar la adecuada distribución de los recursos alimentarios, en especial a las personas ancianas y a los niños, desarrollados en 3 líneas preferentes: 1) acciones para el seguimiento y evaluación del estado nutricional y de alimentación de la población, y la adopción de medidas preventivas de salud, o curativas, acordes con las situaciones que detectadas; 2) medidas para incrementar la producción y la disponibilidad de la cantidad y la calidad de los alimentos; 3) medidas de política social, dirigidas a toda la población, al control y reparto de los productos disponibles y a atender en especial a los grupos vulnerables en materia de alimentación y nutrición.

mayores, la de organizar eventos culturales, ferias, exposiciones o actividades similares, con objeto de recaudar fondos económicos, mediante la venta de productos manufacturados por los propios ancianos, y que será destinado a la gestión y manutención de los centros. Paralelamente, también desarrollan talleres para los ancianos y promueven las relaciones intergeneracionales mediante charlas, ‘encuentros’ y actividades de interés compartido por diferentes grupos de edad. En estos grupos también se incluyen las asociaciones de jubilados, más vinculadas a los gremios laborales, que dependen administrativamente de algunos Círculos de Abuelos y que en los últimos años han adquirido un papel protagonista en la organización y desarrollo de las ‘Universidades del Adulto Mayor’. Esas Universidades están dedicadas a la preparación y estimulación de las personas de edad y de sus familias, con el objetivo de alcanzar un ‘envejecimiento exitoso’. Al margen de las actividades que estos grupos desarrollan para su autofinanciación, reciben apoyo de las direcciones de Salud, Cultura, Deportes, Trabajo y Educación, aunque éste apoyo suele ser más de carácter administrativo que económico.

▪ **RECURSOS DEL SUBPROGRAMA INSTITUCIONAL**

Una vez superadas las alternativas y recursos que forman parte del Subprograma Comunitario de Atención al Adulto Mayor, cuando las capacidades de salud (o sociales) de la persona mayor son valoradas por el EMAG como de situación de incapacidad para la permanencia en el domicilio, el anciano suele ser derivado a alguno de los recursos que forman el segundo nivel o nivel institucional. Este tipo de recursos queda limitado para aquellas personas cuya situación física o social —caracterizada por problemas sociales, enfermedades crónicas invalidantes o problemas de salud mental—, a pesar de no requerir un ingreso hospitalario, precisan un nivel de ayuda, control y cuidados mantenidos en el tiempo. Los recursos más importantes a este nivel son las Casas de Abuelos y los Hogares de Ancianos, además de las Casas

Diurnas, aunque con frecuencia suelen utilizarse también otras alternativas y actividades aisladas o programas específicos de carácter social. Este tipo de centros tienen más similitud con los recursos sociosanitarios que en España conocemos como Centros Geriátricos de Día y Residencias de Tercera Edad.

- **CASAS DE ABUELOS**

La asistencia social garantiza en Cuba tres aspectos básicos: la protección económica, que puede ser eventual o continua; la protección en especie, mediante la cual se entrega calzado y ropa y también algún recurso para el domicilio, como aparatos electrodomésticos u otros; y la protección en servicio, que contempla la garantía en la alimentación, lavado de ropa, limpieza del hogar y el desarrollo de actividades recreativas. Esta última vertiente, se atiende mediante las actividades desarrolladas por una serie de instituciones denominadas '*Casas de Abuelos*'. En 2005, había en Cuba 67 Casas de Abuelos específicamente dedicadas a la atención de los ancianos durante el día, y en las que se proporciona alimentación e higiene y se organizan actividades de promoción y prevención de la salud. Su equivalente en España serían los Centros Geriátricos de Día, y para su ingreso se requiere la valoración y la solicitud previa por parte del EMAG correspondiente.

Las Casas de Abuelos son un tipo de recurso especialmente destinado a ancianos que viven solos y requieren un grado mínimo de asistencia, pero también acuden a ellas ancianos con dificultades económicas o ancianos que, a pesar de vivir en el seno de una familia, no pueden ser correctamente atendidos por la existencia de dificultades para conciliar el cuidado y la actividad laboral de sus miembros. En principio, los ancianos acogidos en las Casas reciben la atención de forma transitoria, por un periodo no superior a 3 meses, aunque en la práctica, este tiempo siempre suele ser sobrepasado.

Como las Casas tienen un carácter comarcal, suelen estar coordinadas con los Círculos de Abuelos de cada una de las localidades que conforman la comarca. Desarrollan una labor más específica ante los problemas de indigencia y dependencia que puedan detectarse, pues movilizan un mayor

volumen de recursos comunitarios para su aplicación a nivel exclusivamente local (en el barrio o pueblo donde se ubican), lo que permite llevar la ayuda al propio domicilio del anciano. Dos programas de trabajo se desarrollan actualmente desde las Casas de Abuelos: el denominado Plan Cantina, que aporta alimentos a los ancianos necesitados, y el programa o Servicio de Planchado, Lavado y Limpieza, cuyo contenido es muy similar a nuestros Programas de Ayuda a Domicilio.

En ocasiones, cuando la situación de salud del anciano lo aconseja, cabe la posibilidad de activar otros dos recursos más desde este nivel institucional: por un lado, la solicitud de un ingreso definitivo, o por un periodo de tiempo determinado, en un '*Hogar de Ancianos*'; por otro, la asignación del anciano a una '*Familia Cuidadora*'. En caso de que el anciano ingrese en un Hogar de Ancianos, pasa a residir allí las 24 horas del día a fin de recuperar el estado de salud y regresar posteriormente (o no) a su domicilio, volviendo a ser entonces controlado diariamente desde su Círculo de Abuelos. En caso de que se asigne al anciano '*frágil*' a una Familia Cuidadora (sustituta o de acogida), ésta recibe una asignación económica del Programa Estatal de Salud Comunitaria, para actuar como cuidadora diurna o nocturna, según la necesidad. Ambos recursos tienen la finalidad de que el anciano se mantenga el máximo tiempo posible en el seno de una familia y en su entorno y ámbito social más próximo y conocido.

- *HOGARES DE ANCIANOS*

Los Hogares de Ancianos, son instituciones asistenciales que brindan cuidados sociales y de salud a largo plazo a personas mayores que no están capacitadas para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria, y carecen de familia o presentan problemas graves de salud. A pesar de ser instituciones que funcionan en régimen de internado, con un ámbito de trabajo dedicado prioritariamente a las personas ingresadas en la misma, con el objetivo de maximizar y aprovechar los recursos existentes, los Hogares brindan también atención médica y de enfermería, así como de rehabilitación

integral, en régimen ambulatorio, e incluso domiciliario, a otras personas del entorno comunitario y local donde están ubicados. La institución homóloga en el modelo asistencial español serían las Residencias de Tercera edad para ancianos asistidos, pues estos centros suponen el hogar permanente y común para los ancianos sin familia, o con enfermedades que los incapacitan seriamente para su independencia social (enfermedades crónicas de larga evolución, demencias, discapacidades, problemas sociales...), situaciones ante las que las actividades y programas desarrollados por las Casas de Abuelos resultan insuficientes para garantizar una vida digna.

Por lo general, los Hogares están diseñados para una cobertura mínima de 25 camas por centro, pero lo más frecuente es que atiendan a un número muy elevado de residentes, superando con frecuencia los 100 ancianos por centro, lo que en muchas ocasiones tiene como resultado el hacinamiento y la falta de recursos. Como hemos dicho, aunque el régimen de estancia es la residencia permanente, la mayoría de estos Hogares destina también una parte de sus recursos a la atención de ancianos semiinternos, personas que aunque continúan viviendo en su domicilio, y que deberían ser atendidos por el programa de atención comunitaria, se benefician de los servicios de alimentación, rehabilitación integral y otros que proporcione el centro mediante el pago de los servicios utilizados, lo que sirve para financiar la gestión del centro. Muchos de estos pacientes semiinternos, se encuentran en espera de obtener una plaza para ingreso permanente, por lo que mientras ésta llega, reciben de este modo una asistencia parcial que evita el deterioro grave de su salud.

Los 197 Hogares de Ancianos que actualmente están en funcionamiento, atienden a más de 10.000 ancianos. Tras el ingreso, estos tienen derecho a recibir los cuidados de la salud y la asistencia médica y social que proporciona el centro, que incluye la alimentación (3 comidas diarias: desayuno, almuerzo y cena), ropa, tabaco y alojamiento⁹⁹.

⁹⁹ Todas las personas en Cuba están suscritas a una 'Libreta o Canasta de Abastecimiento' mensual, que les garantiza el aporte de una serie de alimentos y enseres básicos. Cuando los ancianos ingresan en un Hogar de manera permanente se cancela la vinculación a la Cartilla, pues toda su alimentación corre a

El coste de la plaza debe ser abonado por la persona anciana (de su pensión o jubilación). Por lo general, el coste de los Hogares de Ancianos depende de su categoría, pudiendo ser de categoría A, cuyo precio no suele superar los 60 pesos mensuales, o de categoría B que cuestan alrededor de 40 pesos (datos para La Habana, mayo 2005). No obstante, aunque la falta del pago de la mensualidad conllevaría la pérdida automática de la plaza, las pensiones que reciben los ancianos permiten afrontar holgadamente el gasto y no es frecuente que la economía personal sea un hándicap para el ingreso. La edad de la jubilación en Cuba está establecida a los 55 años para las mujeres y a los 60 para los hombres. Al alcanzarla, el Estado aporta una pensión que oscila entre los 160 y los 300 pesos mensuales, distinguiendo dos tipos de situaciones: los jubilados y los pensionados. Los primeros son aquellos que mantuvieron una actividad laboral y que reciben una jubilación, o *'retiro'*, proporcional al salario devengado y a los años trabajados. Los pensionados son aquellos que no trabajaron, pero cuyo cónyuge sí lo hizo, por lo que reciben una pensión al fallecimiento de éste. Para aquellos ancianos que no trabajaron, que no reciben una pensión por viudedad, ni tampoco tienen hijos que los atiendan, el Estado aporta una pensión por Asistencia Social, que es ligeramente inferior a los 160 pesos de pensión mínima que recibe un pensionado¹⁰⁰.

La dinámica y funcionamiento de los Hogares se describirá en un capítulo posterior, pero uno de sus rasgos característicos es su amplia y numerosa plantilla de trabajadores. La gran variedad de profesionales que desarrolla sus servicios en el centro (enfermeras, médico, trabajadora social, cocineras, auxiliares, psicólogo, fisioterapeuta, personal asistente, cuidadores, peluqueros, chófer, ...), permite un ratio de trabajadores/usuarios muy elevado, aunque ésta suele ser una circunstancia habitual en todas las instituciones que prestan servicios en Cuba.

cuenta de la Institución. Paradójicamente, la reducción de un miembro de la familia, que podría interpretarse como mayor disponibilidad de recursos para los que quedan en el domicilio, tiene la particularidad de reducir también el aporte de alimentos y enseres básicos para el grupo familiar, que se otorga con carácter personal a cada miembro.

¹⁰⁰ En 2006, un peso cubano equivale a 0,04 €; 160 pesos mensuales equivalen a 6,4 €.

Aunque no se conciba así por muchos de sus profesionales, los centros para mayores en España están socialmente percibidos, como un lugar donde derivar a las personas mayores que presentan un deterioro importante de su estado salud y en los que desarrollar medidas de carácter paliativo, con el objeto de permitir que los últimos meses o años de su vida se vivan con la mayor comodidad y dignidad. De modo totalmente contrario, en los Hogares de Cuba se trabaja siempre con el objetivo de reintegrar al anciano a la comunidad de la que procede, por lo que su finalidad es eminentemente rehabilitadora y no resulta infrecuente que algunos ancianos, tras un periodo más o menos largo de permanencia y cuidados, abandonen el Hogar y regresen a su domicilio, aunque esta situación es mucho más frecuente cuando la causa del ingreso fue motivada por un problema social. Asimismo, la frecuente utilización del programa de '*respiro familiar*', que consiste en la posibilidad de ingresar a una persona anciana durante un tiempo que oscila entre uno y tres meses, con el fin de dar un respiro a sus cuidadores agotados, mejorando así la salud del anciano y, a menudo, las relaciones y dinámica familiar, es otra de las diferencias significativas entre los Hogares de Ancianos de Cuba y el sistema de trabajo en las Residencias españolas, que aunque también disponen de este modalidad de servicio, no es habitualmente utilizado.

A pesar de la importante labor de los profesionales sanitarios en los Hogares, cuando se produce un deterioro importante del estado de salud del anciano, este será remitido a un hospital. Se llega así al tercer nivel del Programa Nacional de Atención al Adulto Mayor, integrado por el Subprograma Hospitalario, y que incluye los Servicios de Geriátrica en Hospitales Clínico-Quirúrgicos y Generales. Actualmente, todos los hospitales cuentan con un Servicio de Geriátrica y están coordinados con el Servicio de Geriátrica de Enlace, lo que permite una mejor y más específica atención, por profesionales especialmente preparados para la atención de los problemas de salud de las personas mayores.

En síntesis, el análisis pausado de los datos expuestos, donde se analizan los importantes y progresivos cambios acaecidos en el modelo de atención a las personas mayores desde el año 1978, y muy especialmente

desde 1984, permite aventurar que Cuba, como pocos países, y desde luego como ninguno en el ámbito de los países en vías de desarrollo, supo 'leer' precozmente la necesidad de cuidar su bolsa de población mayor. Incluso a pesar de todos los hándicaps que la actual situación económica de país plantea, Cuba puede presumir de ser un referente para América Latina, y también para muchos países europeos, en cuanto a esperanza de vida y sobretodo en organización, gestión y administración de asistencia geriátrica, pues este modelo que estimula la participación social de los ancianos, facilita la sensación de bienestar, de envejecimiento 'activo' y evita el desarraigo familiar y comunitario resulta muy atractivo.

Sin embargo, la constante paradoja cubana vuelve a mostrarse a este nivel. Cuando se observa la estructura del modelo asistencial específicamente destinado a las personas mayores, se comprueba que, sobre el papel, parece un programa ejemplar. Igualmente, al conversar con los responsables encargados de su gestión y ejecución, así como con los diferentes profesionales que intervienen en su desarrollo, todos muestran un elevado grado de satisfacción e implicación. Pero cuando el observador intente analizar con mayor profundidad los logros de dicho modelo, se enfrentará a la imposibilidad de conocer datos oficiales '*fiabiles*' sobre los indicadores de cobertura, sobre los índices de estancias medias y sobre las actividades de los diferentes programas. Y observará también múltiples deficiencias que no pueden ser atribuidas al modélico diseño del programa, sino a la incoherencia establecida entre los objetivos y actividades propuestas con los recursos disponibles para llevarlos a cabo.

CAPÍTULO 8: ESPAÑA: RESIDENCIA DE TERCERA EDAD DE BENETUSSER (VALENCIA)

▪ EL PUEBLO DE BENETUSSER

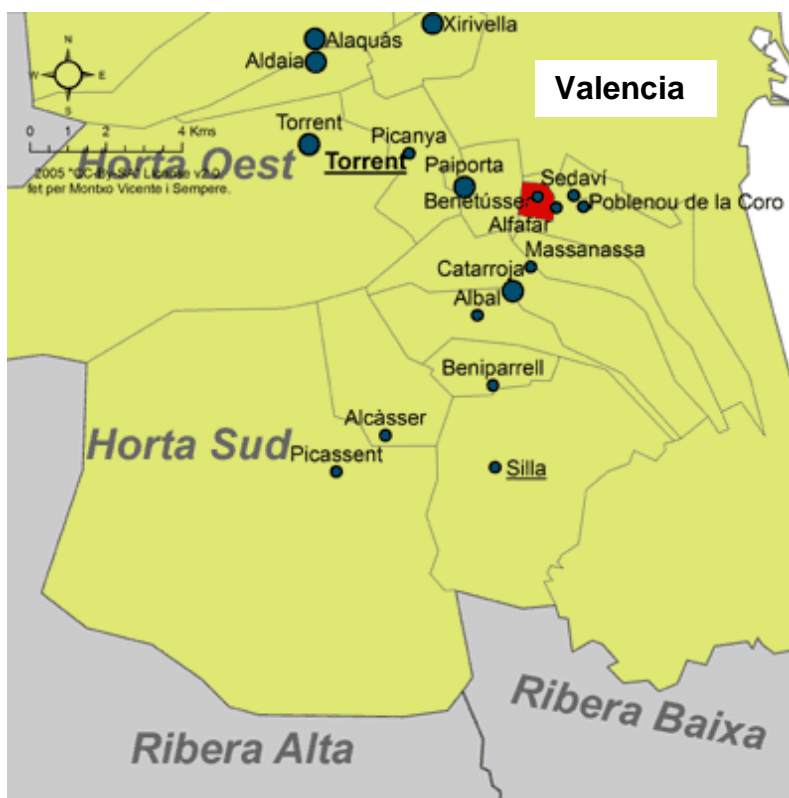
La Residencia de Tercera Edad donde se desarrolló el proyecto correspondiente a la población española se ubica en Benetússer, un municipio de la provincia de Valencia perteneciente a la Comarca de l’Horta Sud. Como muchos otros pueblos valencianos, el nombre de la población proviene de la cultura árabe y sus primeros pobladores dejaron la primera referencia escrita en el año 1240, con una reseña en el *Llibre del Repartiment*¹⁰¹, en el que aparece citado como *Benitúzem*. Tras la época feudal, Benetússer fue repoblado principalmente por familias originarias de Cataluña, Aragón y Montpellier (Francia).

▪ LOCALIZACIÓN Y ECONOMÍA

Como se puede observar en el plano de la Figura 8.1, Benetússer está ubicado al sudeste de la Provincia de Valencia y tan sólo dista a unos escasos 5 kilómetros de la gran ciudad, aunque el importante crecimiento de ésta en los últimos años hace que, de no ser por la frontera natural que establece el nuevo cauce del Río Túria, en la práctica apenas exista delimitación entre ambas poblaciones.

¹⁰¹ Código en el que se detallaba el reparto de las tierras tras la conquista de Jaime I. Benituzem es la forma árabe compuesta de Beni- (plural de Ibn = hijo de) y Túzem (antiguo topónimo de Túnez).

FIGURA 8.1: PLANO SITUACIONAL DE BENETUSSER Y SU RELACIÓN CON LA CIUDAD DE VALENCIA Y OTRAS LOCALIDADES COLINDANTES.



La ciudad limita geográficamente con la población de Paiporta por el costado oeste, con el Barrio de la Torre, ya término municipal de Valencia por el norte y con los municipios de Sedaví y Alfafar por el este y el sur respectivamente. Es precisamente con estos dos últimos municipios con los que se establece mayor vínculo social, pues se da la circunstancia de que muchos puntos geográficos de los tres municipios están únicamente separados por el asfalto que divide las dos aceras de una misma calle. Sin embargo, a pesar de esta casi inexistente separación física, la sensación de territorialidad y defensa de la pertenencia a uno u otro pueblo sigue siendo un aspecto muy reivindicado por las gentes de cada población.

El pueblo se asienta sobre una extensa llanura, donde también se ubican las otras poblaciones arriba mencionadas, que se fue conformando por el depósito de los fértiles aluviones procedentes de las cuencas hidrográficas de los ríos Júcar y Túria y que confieren al suelo una especial idoneidad para

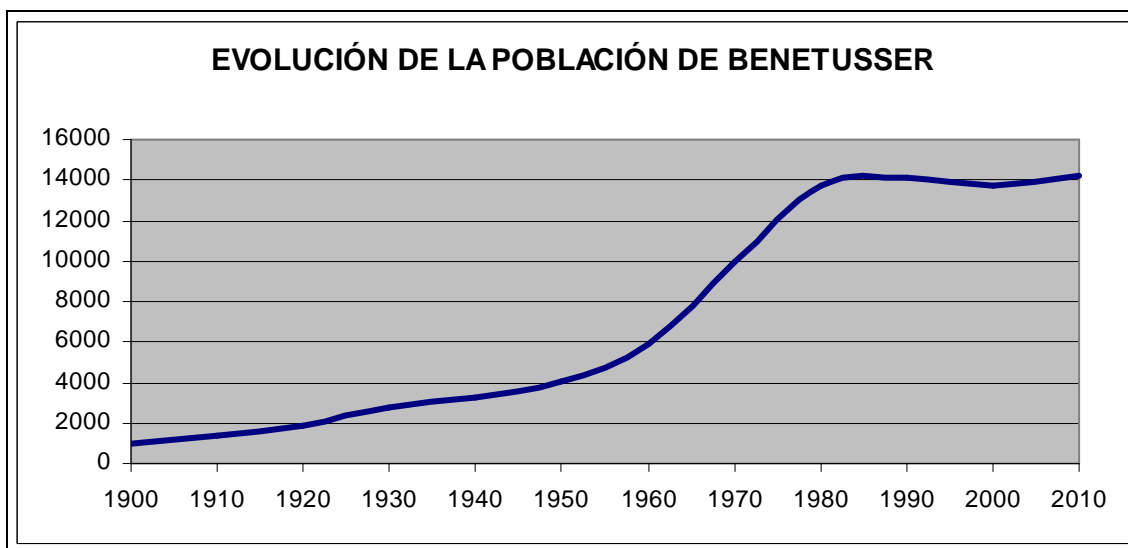
la agricultura. La zona desarrolla todavía una destacable actividad agrícola de regadío, fundamentalmente de maíz y hortalizas, gracias a la gran cantidad de agua para riego que recibe de los diferentes brazos de la Acequia Favara, que actualmente discurre canalizada por debajo núcleo urbano, y que va a abocar finalmente en la Albufera. Además de la importante actividad agrícola, el desarrollo de las industrias de la metalurgia, la explotación avícola, la alimentación y, especialmente, el mueble, son actualmente las bases de la economía de la población. Precisamente esta última actividad tiene tan gran desarrollo en la zona, que ha hecho que el municipio reciba el sobrenombre de “*Ciudad del Mueble*”.

El hecho de que Benetusser se encuentre tan próximo a la ciudad y situado sobre el trazado del histórico Camino Real de Valencia a Madrid (actualmente avenida del Camí Nou), ha supuesto una ventaja añadida para el pueblo, ya que tanto por carretera como por ferrocarril, siempre han existido buenos accesos y comunicaciones entre ambas capitales (carretera Alicante-Valencia por el interior y ferrocarril a Madrid y Alicante). Esta circunstancia ha permitido que el municipio se haya modernizado y avanzado casi al mismo ritmo de la ciudad de Valencia, mostrándose en la actualidad como una pequeña ciudad dinámica, provista de toda clase de comercios y servicios para sus residentes, que además dan ocupación actualmente a gran parte de su población activa.

▪ **POBLACIÓN**

El número de habitantes de Benetusser ha venido creciendo sistemáticamente, y con especial intensidad entre las décadas de 1960 hasta 1980, aunque se ha ralentizado en los últimos años. El Gráfico 8.1 muestra la progresión de la población desde el año 1900 hasta 2006 (INE, 2006).

GRÁFICO 8.1: PROGRESIÓN DE LA POBLACIÓN DE BENETUSSER (1900-2006)



Fuente: Datos Padrón Municipal 2006 y progresión a 2010.

Los 13.940 habitantes de la actualidad (49,6% varones y 50,4% mujeres), se reparten en una pequeña superficie, que no llega a ocupar un kilómetro cuadrado (0.8 Km²) y genera una significativa densidad demográfica (18.342,11 hab./Km²). No obstante, la intensa actividad industrial y la proximidad del municipio al núcleo del área metropolitana de Valencia, no han restado peso a la identidad de la gente de Benetússer, que como ya se ha dicho, sigue identificándose como “*gente de pueblo*”, lo que fue remarcado en una entrevista con la Concejala de Cultura del Ayuntamiento, la socialista M^a Dolores Duran Macías, que comentó que:

“...jamás ha sido un obstáculo para la localidad acoger gente de diferentes culturas para conformar en el municipio una trama de ciudadanos activos y emprendedores, como se demuestra por la gran cantidad y diversidad de asociaciones que trabajan para promover la cultura, las fiestas y el deporte: Bandas de Música, Casinos, Peñas y Clubes Deportivos, Fallas, Comparsas de Moros y Cristianos, Grupos de Folklore, Asociaciones de Mujeres, Grupos de Teatro, “AMPAS” y

grupos de jóvenes implicados en actividades musicales, de ocio y aventura, de cine y otras”.

M^a Dolores Duran. Concejala de Cultura del Ayuntamiento de Benetússer.

Sin embargo, resulta curioso que pese a este importante asociacionismo, que queda patente en la relación que se adjunta como Tabla 8.1, y que recoge las diferentes asociaciones de la localidad, no existe vinculación de ninguna de estas asociaciones con la Residencia de Tercera Edad ubicada en el pueblo, ni siquiera de manera ocasional.

TABLA 8.1: RELACIÓN DE ASOCIACIONES REGISTRADAS EN AYUNTAMIENTO DE BENETÚSSER (MAYO 2005)

1. Centro Cultural Extremeño	21. Falla Lepanto
2. AMPA C. P. Colón	22. Unión Democrática de Pensionistas
3. Associació Saó	23. Club de Correr “a la Marxeta”
4. Club Ciclista Benetússer	24. Asoc. “Sábado Negro”
5. Cofradía Sant ^o Cristo Misericordia	25. Asoc. D. Fabara Fútbol
6. “ALOMA” Grup de Dones	26. Agrupación Peñas de Fútbol Benetússer
7. AMPA Nuestra Señora del Socorro	27. Grup de Teatre “Els Escalons”
8. Club Pescadores “Els Escalons”	28. Falla Vte. Navarro Soler y adyacentes
9. “ANANDA” Amigos del Yoga	29. Cáritas Parroquial
10. Cofradía Nuestra Señora del Socorro	30. Sekaya Siroco
11. Juniors “Nuestra Señora del Socorro”	31. Falla Joventud
12. Artística Unió Musical de Benetússer	32. Club d'Handbol Benetússer
13. Cofradía Virgen de los Dolores	33. Club Frontenis Benetússer
14. Sociedad Colombófila “El Porvenir”	34. Comunidad Gitana Virgen del Carmen
15. Cofradía Jesús Nazareno	35. Comparsa Mora Bereberes
16. AMPA C. P. Vicent Ricart	36. Hermandad Santo Sepulcro
17. Penya Valencianista Benetússer	37. Comparsa Saragüells Defensors
18. Clavariesas V. de los Desamparados	38. Amás de Casa y Consumidores Tyrius
19. Triángulo del Mueble	39. Banda Primitiva de Benetússer
20. Falla el Rajolar	40. Espirac Integració

▪ RESIDENCIA DE TERCERA EDAD DE BENETUSSER

La Residencia de 3ª Edad de Benetússer ocupa un edificio de nueva planta que se terminó de construir en 1987 y fue inaugurada por el Honorable Conseller de la entonces Conselleria de Trabajo y Asuntos Sociales, Sr. Doménech. El centro, que presenta una ocupación media anual del 99%, cuenta con una capacidad para 26 camas y se destina exclusivamente a residentes válidos. A pesar de las diferentes tentativas de privatización que ha sufrido a lo largo de estos años, en la actualidad su gestión continúa estando bajo la competencia de la Generalitat Valenciana, por lo que los ancianos que ingresan lo hacen tras un proceso público de selección y regido por una larga lista de espera que establece la propia Conselleria. Su estancia es gratuita, financiada por los presupuestos del Gobierno Valenciano, aunque el residente debe aportar un co-pago del 80% de su pensión (independientemente de la cantidad que ésta alcance).

Ubicada en la C/ Major nº 28, la zona más céntrica de la población, la Residencia se levanta sobre el solar que ocupaba un antiguo grupo de casas que el Ayuntamiento expropió para la construcción del centro y junto al edificio se encuentra también el Centro Municipal de Convivencia de 3ª Edad de Benetússer (*'Club de Jubilados'*), construido a principios de los años 90, aproximadamente 4 años después de la Residencia. Este centro supone un recurso social muy importante para los ancianos de la Residencia, pues gracias a su proximidad se pueden beneficiar de los servicios ofertados por el mismo.

Además de colindar con el Hogar o Club de Jubilados, la Residencia tiene la ventaja añadida de estar situada frente a un gran parque ajardinado. La construcción de este parque, que se llevó a cabo durante el año 2005 sobre un grupo de fábricas que estaban situadas frente a la Residencia, ha contribuido a revalorizar su entorno y, seguramente, influye en la calidad de vida que permite a sus residentes. Al quedar emplazado frente a la entrada del centro, proporciona un gran espacio abierto, parcialmente ajardinado, que resulta idóneo para el paseo y para que los ancianos realicen actividades al aire libre, además de que al acoger una gran actividad y tránsito de personas, en especial a las horas de salida de los colegios y a media tarde,

contribuye a dotar de cierta vitalidad a la zona de la Residencia y a la monótona vida residenciada.

La proximidad de la Residencia al Club de Jubilados y al parque que acabamos de citar, el reducido tamaño de la localidad y, especialmente, la ubicación de la Residencia en el centro geográfico del pueblo, constituyen grandes ventajas que facilitan el acceso de los residentes a todos los comercios y servicios del mismo. De hecho, la Residencia no dista más de 10 minutos caminando del desplazamiento más alejado, quizás la estación de tren. Por otra parte, la ubicación de un mercado semanal, que se instala los jueves en una calle muy próxima al edificio, resulta un gran atractivo para sus residentes, lo que se puso de manifiesto en varias entrevistas.

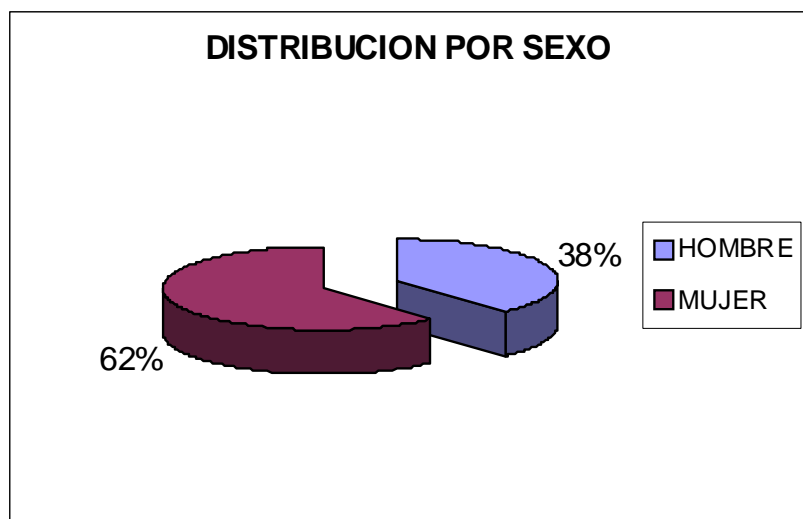
La Residencia se halla muy bien comunicada para los desplazamientos a la ciudad de Valencia, trayecto que algunos de los residentes todavía realizan ocasionalmente, al igual que los familiares de estos que viven en Valencia. Además de la estación de tren se puede utilizar una red de autobuses públicos (AUVACA), que con una frecuencia de paso de 30 minutos, tiene ubicada una de sus paradas a menos de 100 metros de la entrada del edificio. Existe finalmente la posibilidad de solicitar un taxi por teléfono que acude a la puerta de la Residencia a la hora convenida, aunque este tipo de servicio apenas era utilizado por los ancianos¹⁰².

¹⁰² Ciertamente, la cercanía de todas las instalaciones mencionadas debe ser valorada como una gran ventaja, a diferencia de lo que viene siendo frecuente en los centros residenciales para mayores. Resulta habitual la edificación de las residencias en terrenos alejados del centro de la población, habitualmente más baratos y listos para la construcción. Este hecho aleja a la residencia y a sus residentes de la actividad neurálgica del pueblo, dificultando su integración y el potencial uso de los diferentes servicios sociales y culturales que pueda ofrecer la localidad, sin olvidar las posibles dificultades de acceso para los familiares que no dispongan de vehículo propio y quieran visitar a sus ancianos, lo que en definitiva redundaría en el mayor aislamiento de las personas residentes.

LOS RESIDENTES

En la Residencia de Benetusser viven 26 ancianos, de los que 16 son mujeres (61,53%) y 10 hombres (38.46%), como se muestra en el Gráfico 8.2 que recoge la distribución por sexo. El reducido número de residentes es sin duda un hecho poco frecuente para una Residencia de Tercera Edad, en especial por tratarse de un centro público, pues en la actualidad, la cifra más habitual de residentes en las residencias públicas supera ampliamente las 90-100 personas por centro. Los criterios que se utilizaban cuando se construyó la Residencia de Benetusser aconsejaban la creación de centros de escasas dimensiones, algo que en los años posteriores se puso en discusión, principalmente por motivos de financiación.

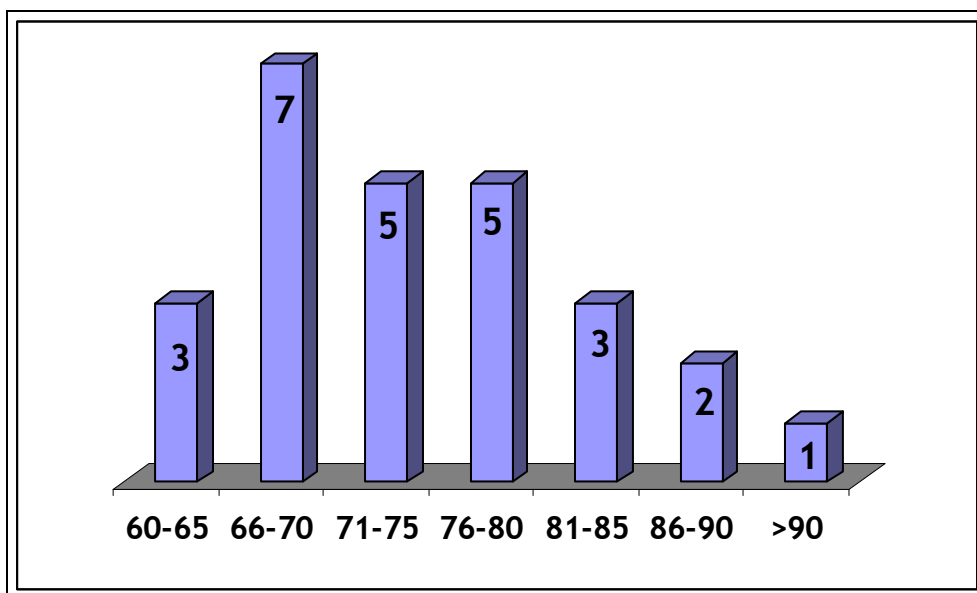
GRÁFICO 8.2: RESIDENCIA DE BENETUSSER. DISTRIBUCIÓN POR SEXO:



Fuente: elaboración propia

La edad mínima para el ingreso en las residencias españolas se cifra en los 60 años. El residente más joven en Benetusser tiene 62 años y el más mayor 92, estableciéndose una edad promedio de 74,3 años. El Gráfico 8.3 muestra la distribución de los residentes por edad agrupados en franjas de 5 años.

GRÁFICO 8.3: EDAD DE LOS RESIDENTES DE LA RESIDENCIA DE BENETUSSER.



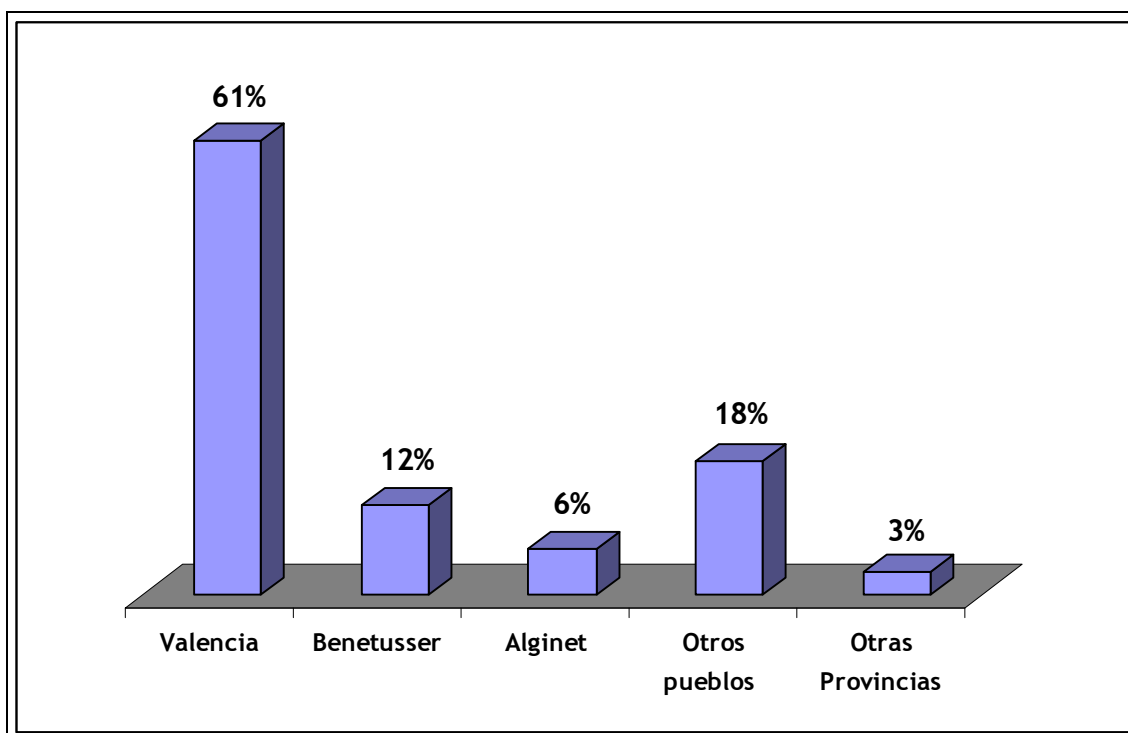
Fuente: Elaboración propia

La población del centro no es especialmente mayor. La mayoría de los ancianos residentes tienen menos de 75 años de edad (cerca de un 60% de ellos), y algo más del 40% tienen una edad superior. Debe tenerse en cuenta que el centro de Benetusser está destinado a ancianos válidos, y que los estados de dependencia se relacionan directamente con el aumento de la edad; aún así, un 60% supone un elevado porcentaje de personas que con menos de 75 años no pueden vivir en su domicilio, aunque sí pueden valerse por sí mismos (recuérdese el criterio de anciano válido). Seguramente una mejor adecuación de los servicios sociales y comunitarios, que en general tienen un escaso desarrollo en nuestro país, evitaría la institucionalización de muchas de las personas aquí ingresadas.

Respecto a su lugar de procedencia, dado el carácter público del centro y que la Comunidad Valenciana cuenta con escasos recursos para atender este tipo de demanda, suele ser común en todas las residencias públicas que los ancianos procedan de un área geográfica muy amplia. No obstante, la mayoría de ellos residían en la ciudad de Valencia antes del ingreso, como se observa en el Gráfico 8.4. Llama sin embargo la atención, que algunos de ellos manifestasen en las entrevistas realizadas no haber residido en Valencia más

que una corta temporada en la etapa previa al ingreso en el centro^{103 y 104}, lo que a menudo tiene relación con una procedencia no registrada desde otras ciudades e incluso otras Comunidades Autónomas.

GRÁFICO 8.4: RESIDENCIA DE BENETUSSER. LUGAR DE PROCEDENCIA DE LOS RESIDENTES.



Fuente: Elaboración propia

▪ **ESTRUCTURA Y SERVICIOS DEL CENTRO**

La Residencia de 3º Edad de Benetússer está construida sobre un amplio espacio de terreno de forma rectangular en el que se ubica tanto el centro como el Hogar del Jubilado. Como puede observarse en el plano que se adjunta en la Figura 8.2, la construcción es un bloque que consta de planta

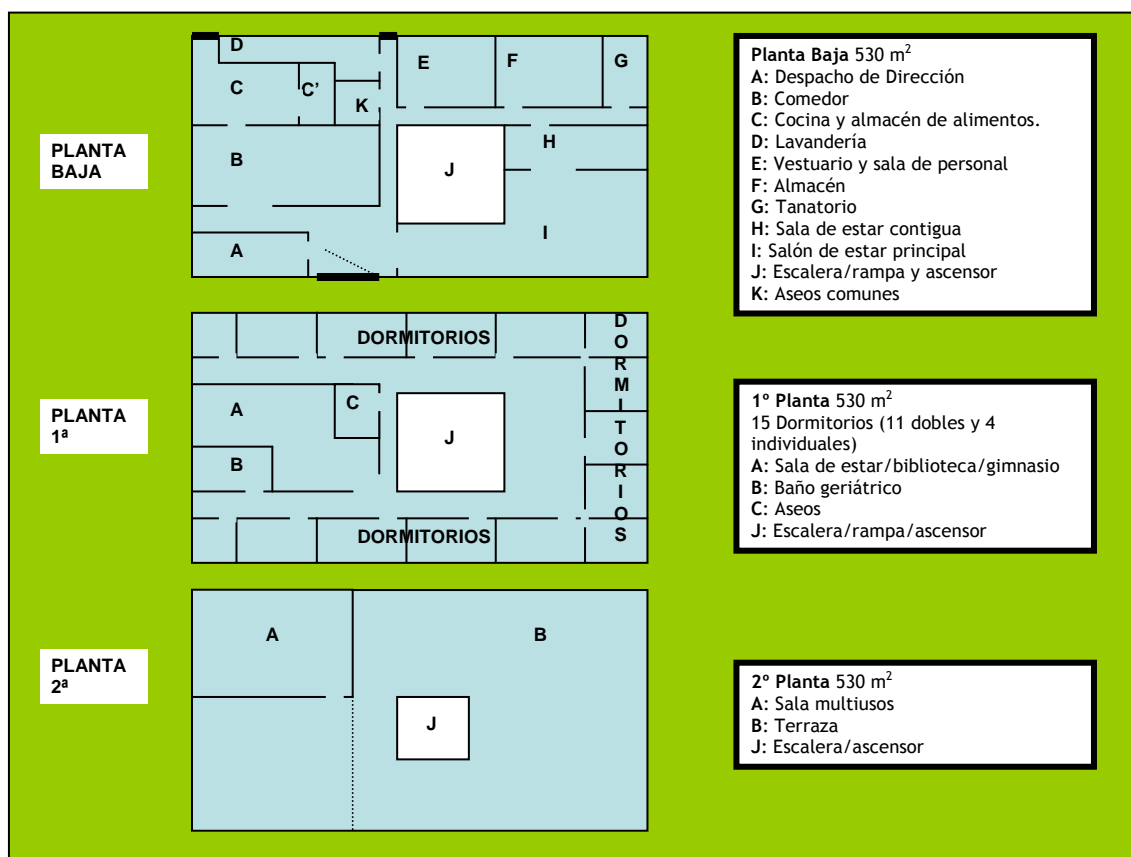
¹⁰³ Este hecho resulta frecuente cuando los ancianos han llegado a Valencia desde su pueblo natal —fuera de la ciudad, e incluso de la Comunidad Valenciana—, para residir en casa de sus hijos tras el fallecimiento de uno de los miembros de la pareja. Es en ese momento, o poco después, cuando se solicita el ingreso en el centro, figurando por tanto en la solicitud el domicilio de los hijos.

¹⁰⁴ Las historias de vida de los ancianos ingresados son muy variadas. Algunos, directamente relacionados con la marginación han ido a parar a este centro y se encuentran realmente bien aquí. Otros, en cambio, aun sin saberlo, se encuentran en una situación de pseudo marginación desde su ingreso.

baja y dos alturas; cabe añadir que la segunda planta tiene un uso muy limitado, pues en ella se ubica solamente una sala multiusos que se utiliza habitualmente como taller para manualidades (o taller de la Falla) y una terraza parcialmente techada. En total, el centro tiene una superficie edificada próxima a los 1600 m² (530 por planta), aunque el terreno sobre el que se asienta es mucho mayor. El espacio de terreno que no ocupan los edificios de la Residencia y del Hogar del Jubilado, conforma un amplio jardín de aproximadamente 800 m², pero aunque su uso está destinado exclusivamente a las personas mayores del pueblo, y sólo puede accederse a él través de las dos instituciones citadas, en general suele estar muy poco concurrido. El acceso a las plantas superiores se realiza por medio de una escalera y de una rampa que permiten subir hasta la primera planta y también hay un ascensor con capacidad para camillas que alcanza hasta la segunda. El centro tiene además una planta sótano, pero no es accesible a los residentes y en ella se ubican los depósitos de fuel y de gas para la calefacción y la cocina, así como parte de la maquinaria del ascensor.

La distribución y uso de los espacios del centro apenas ha variado desde su construcción, aunque se han ido realizando pequeños ajustes y adaptaciones conforme se detectaban nuevas necesidades que han modificado ligeramente la estructura del mismo. Analicemos los espacios más significativos.

FIGURA 8.2: PLANO DE LA RESIDENCIA DE BENETUSSER



Fuente: Elaboración propia

PLANTA BAJA 530 m²	A: Despacho de Dirección
	B: Comedor
	C: Cocina y almacén de alimentos.
	D: Lavandería
	E: Vestuario y sala de personal
	F: Almacén
	G: Tanatorio
	H: Sala de estar contigua
	I: Salón de estar principal
	J: Escalera/rampa y ascensor
K: Aseos comunes	

A: Despacho de Dirección.

La gestión de todos los asuntos del centro, tanto económicos como administrativos, así como los temas relacionados con los asuntos personales y

sociales de cada residente, corre a cargo de la figura del Director del mismo, aunque ocasionalmente cuenta con el asesoramiento de la Trabajadora Social del Ayuntamiento y con el personal específico de la Conselleria de Benestar Social. Su despacho es una pequeña habitación junto a la entrada principal, y como no hay conserje, aunque la entrada de la Residencia se encuentra abierta durante las horas del día, a menudo debe atender la puerta y a las ocasionales visitas, tanto de familiares como de otras personas (cartero, vendedores comerciales, etc.).

B: Comedor.

El comedor es una amplia sala rectangular donde se sirven las 4 comidas diarias para los 26 residentes: desayuno, comida, merienda y cena. Cada anciano tiene asignado un lugar fijo en el comedor. Con objeto de fomentar la convivencia y estimular la relación entre todos los residentes, se tomó la decisión de que los ancianos que ya compartían habitación (las habitaciones son mayoritariamente dobles) no se sentasen también juntos en la misma mesa, pero con la asignación de un lugar fijo en el comedor también se buscan otros objetivos, como explica el director del centro:

Es importante mantener el espacio que cada anciano tiene asignado en el comedor. En primer lugar por motivos, digamos puramente de organización. La mayoría de ellos tienen enfermedades que precisan seguir alguna dieta y es más fácil para las personas de la cocina saber donde va sentado cada uno para ponerle la comida que le corresponde. Pero por otra parte, se fomenta la sensación de “poseer” un lugar propio. El individuo institucionalizado se ve desposeído de prácticamente todas sus pertenencias y aquí los espacios completamente propios son mínimos. La sensación de posesión es una forma de vincularse a la

vida, de mantener el interés y dotar, aunque sea poco, de mayor calidad a su estancia.

Director del Centro.

Existen una serie de normas rígidas sobre el comedor y su funcionamiento, que el personal se encarga de hacer cumplir férreamente. El menú, que es único para todos los residentes, se anuncia semanalmente en el tablón de anuncios del comedor y sobre él sólo se ajustan las restricciones o modificaciones pertinentes que por motivos de salud, o atendiendo a pequeñas variaciones o preferencias personales, sean necesarias. A la vez, se cambia de menú dos veces al año, porque hay un menú de verano y otro de invierno, cada uno con semana A y semana B, pero las innovaciones en materia culinaria no suelen tener mucho éxito entre los residentes, por lo que la variación y diversidad de platos no es muy significativa. Para acceder al comedor se exige el cumplimiento estricto de los horarios de entrada y de salida a las horas convenidas, exigencia que pretende evitar trastornos y retrasos en el servicio. También existe la posibilidad, siempre con notificación previa, de no hacer uso del servicio ofertado. En caso de que algún residente desee comer fuera, con la familia o, excepcionalmente, a solas, debe notificarlo al servicio de cocina al menos con 4 horas de antelación. Aunque éste último no es un criterio tan estricto, sí lo es en cambio el de no permitir introducir o sacar ningún alimento que no sea servido en la sala por el personal del centro, salvo aquellos casos que se hayan notificado y autorizado previamente por el director. La finalidad de esta norma es evitar que la comida se acumule y estropee en las habitaciones, aunque se establece cierta laxitud al respecto de algunos alimentos envasados, como galletas o yogures.

C (y C'): Cocina y almacén de alimentos.

La cocina ocupa un amplio espacio contiguo al comedor al que se anexa una sala para almacenar alimentos. En esa sala se ubica a su vez una gran

cámara frigorífica que se utiliza como almacén para alimentos que precisan conservación en frío. Todas las comidas que se sirven en el comedor son elaboradas sin excepción por el personal de cocina en el propio centro. Para la confección de los menús, la Residencia no cuenta con la asesoría de ningún profesional en dietética y nutrición, y se siguen las pautas establecidas por el Director y el personal de cocina, que a su vez, se orientan en los modelos de menú que se ofertan en otros centros públicos que disponen de comedor, como los comedores sociales o colegios, también dependientes de la Conselleria de Benestar Social.

En la cocina trabajan dos personas que reciben la ayuda ocasional de algún miembro del personal, y si bien los profesionales manifestaron que la instalación se había quedado pequeña y que no ofrecía la comodidad deseable para el importante volumen de trabajo desarrollado, ambas dependencias, cocina y almacén de alimentos, reúnen las condiciones exigidas en la Orden de 9 de abril de 1990, de la Conselleria de Trabajo y Seguridad Social, en cuanto al espacio y equipamiento en los Centros de Servicios Sociales.

D: Lavandería

La lavandería está dotada de lavadoras, secadoras y planchadoras industriales y en ellas se realiza el lavado de la ropa de cama y de aseo de los residentes (toallas), así como todas sus prendas de vestir personales. Los ancianos dejan sus ropas en unas cestas destinadas a tal fin los días de la semana convenidos, generalmente lunes y jueves, para que sean lavadas y planchadas, si procede. Igualmente se puede solicitar que se repare o hagan pequeñas composturas en la ropa, aunque muchas de estas labores todavía las realizan algunas mujeres residentes, bien por encargo del personal, al que se prestan voluntariamente, bien por amistad o relación con el residente que se lo pide personalmente. Todas las prendas personales depositadas para el lavado deben estar convenientemente marcadas con un número que identifique a su propietario, y que es el que figura en el expediente de ingreso (no el de la habitación que ocupan para evitar que los cambios de

habitaciones provoquen confusión a este respecto). Existe la posibilidad de que cualquier residente lave personalmente su ropa, aunque para ese menester no les está permitido el uso de las máquinas de lavar o planchar del centro, sino que deben hacerlo a mano y utilizando las pilas y productos del cuarto de lavandería y posteriormente tender la ropa en la terraza del 2º piso para que se seque. Esta opción era preferida por algunas mujeres del centro para lavar su ropa interior o las medias, aunque la mayoría lo hacían en la pila del cuarto de baño de su propia habitación, donde decían sentirse más a gusto.

E: Vestuario y sala de personal

Este espacio está dividido en dos áreas, una ocupada por una sala para vestuario para los trabajadores, de aproximadamente 20 m² y en la que se ubican 12 taquillas para guardar la ropa (a pesar de que el número de trabajadores del centro son actualmente 10 a jornada completa y una a tiempo parcial), y otra zona, denominada “Sala de Control”, de aproximadamente 10 m², dotada de un intercomunicador que recoge las llamadas de emergencia realizadas mediante un timbre ubicado en cada habitación, y que además permite hablar con los residentes cuando estos están en su dormitorio o dar un aviso que se escucha en todas las dependencias del centro. No existen timbres para poder avisar de alguna emergencia desde las zonas comunes, aunque el personal comenta que estas zonas, además de estar frecuentemente vigiladas por los trabajadores, son espacios muy concurridos durante todo el día y cualquier otro residente podría dar la alarma en caso necesario.

Realmente esta zona no se utiliza más que en los momentos de entrada y salida del personal al empezar o acabar su turno de trabajo, o por la noche. Durante el resto del día, el personal no permanece en la sala de control, pues además de atender las abundantes tareas, los espacios de tiempo libres transcurren habitualmente en el comedor, donde hay una televisión y se aprovecha para comer algo o tomar un café con el resto de compañeros.

Durante la noche sí que se utiliza la sala de estar, que también dispone de un televisor, un sofá y una mesilla baja, y es donde el personal de turno pasa la velada.

F: Almacén

De aproximadamente 25 m², su utilidad principal es la de guardar todo el material que pueda necesitarse para el día a día de la Residencia: ropa de cama, toallas, material de aseo personal, material de cocina, material de limpieza,... además de servir como almacén de algunos trastos y muebles que ya no se utilizan, que se han roto o que están pendientes de reparación o ubicación definitiva. En la Residencia, al no haber personal para realizar las tareas de conserjería o de mantenimiento, no existe ningún trabajador responsable directo del control de esta dependencia, y aunque la única llave de acceso está en poder del director, las trabajadoras suelen llevarla encima a menudo para poder coger el material que precisen para la realización de sus tareas.

En este taller también se almacena el material necesario para el mantenimiento del jardín. Aunque es una empresa privada la responsable de estas tareas, y los utensilios y herramientas en el centro son muy escasos, algunos ancianos comentaron que estarían dispuestos a realizar esas labores por el mero hecho de entretenerse, labores que, sin embargo, al ser realizadas por una empresa externa, los ancianos no pueden participar en su ejecución. Vicente, un antiguo labrador y residente en el centro desde hace algunos años, se lamenta de cómo no le dejaban trabajar para cuidar algunas plantas de las que él decía saber muy bien como encargarse:

Si aquí hubiese más material yo mismo me encargaría de cuidar esto, porque hacer esas cosas siempre me ha gustado y seguro que me entretendría.

Lo que pasa es que traen a gente de fuera y no les viene bien que toques nada.

Varón, 69 años

G: Tanatorio

Recibe el nombre de Tanatorio una pequeña sala ubicada en un rincón poco transitado del centro, junto al almacén. El espacio no es realmente un tanatorio, pues no dispone ni de cámara frigorífica ni de otros enseres relacionados con la finalidad que se le ha asignado, pero en caso necesario, sirve como depósito provisional para un cadáver hasta que éste sea trasladado por los servicios funerarios particulares contratados por la persona fallecida o su familia. Los fallecimientos de residentes en una residencia de válidos no son tan frecuentes como en los centros asistidos, pues estos centros son, por lo general, un lugar de tránsito durante los años en los que poco a poco va apareciendo la situación de dependencia, momento en que se solicita el traslado a un centro para ancianos asistidos, que sí suelen contar con este recurso. Sin embargo en Benetusser se decidió reservar un espacio como tanatorio tras sobrevenir el fallecimiento de un residente, pues al ser compartidas la gran mayoría de las habitaciones de la Residencia, la situación obligaba a que el cadáver permaneciese en su cama, junto a otro residente, hasta su traslado.

H: Sala de estar contigua

Es una sala de unos 30 m² donde se ubica un televisor, un reproductor de DVD, otro de video, un equipo de música y radio, un depósito de agua mineral con vasos de plástico y diferente mobiliario, aparentemente muy cómodo. Este mobiliario resulta sin embargo poco útil para los residentes, pues muchos de ellos dicen que les cuesta sentarse en los sillones, y sobre todo levantarse, porque son demasiado bajos, por lo que prefieren utilizar las

sillas. La presencia de aparatos electrónicos es abundante en todo el centro y especialmente significativa en esta sala. De los numerosos espacios comunes dotados de televisión que posee el centro (en esta misma sala, en la sala del primer piso, en el Taller de la Falla y en el comedor¹⁰⁵), el ubicado en esta sala es el aparato que concita a más gente de manera simultánea. El televisor está encendido un gran número de horas a lo largo del día y frente a él se congregan los diferentes residentes que coinciden en las preferencias sobre los programas emitidos, o que simplemente coinciden en la forma de pasar el tiempo. Curiosamente no suele haber demasiados conflictos a la hora de elegir el programa a visionar y quizás la abundancia de aparatos privados en las distintas habitaciones contribuye a ello. Pero sobre todo, parece haber cierto consenso en que el mando a distancia de la televisión esté controlado por uno o dos residentes que son los que tienen el poder de decisión sobre el programa a ver, decisión aparentemente aceptada por el resto. Entrevistado el Director sobre este tema, nos comentó que no había recibido ninguna queja al respecto y que él también estaba sorprendido de la falta de conflictos. Conocía perfectamente la situación y al residente que *'gubernaba'* la TV, pero como no había observado ninguna conducta agresiva por su parte, ni tampoco había recibido ninguna queja de otros residentes, prefería no interferir. Volveremos a abordar este tema en el capítulo de los resultados, pues la actividad de ver la TV es una de a las que más horas dedican los residentes.

I: Salón de estar principal

Esta sala es, como puede observarse en el plano, mucho más espaciosa que la anterior. Está también dotada de sillas, sillones, sofás y mesas tipo camilla que pueden utilizarse para jugar a cartas, charlar, leer u otras actividades. Esta sala no dispone de TV por decisión personal del Director, que prefería darle un uso diferente. Recibe una gran cantidad de luz natural a través de dos grandes ventanales que dan directamente al exterior y en uno de sus laterales se ubica un teléfono público en el que los residentes realizan

¹⁰⁵ Aunque en éste último, al igual que en la sala de personal, los aparatos no son habitualmente accesibles a los residentes).

y reciben llamadas. Sin embargo, llama la atención que, pese a su buena disposición y ubicación, la sala apenas es frecuentada por los residentes a lo largo del día, que o bien utilizan la sala contigua para ver la TV, o bien pasan el tiempo en la zona del pasillo del primer piso. Dado que las actividades de ver la TV, taller de manualidades o gimnasia son las que más gente congregan en el interior del centro a lo largo del día, y en esta sala no se realiza ninguna de ellas, el espacio permanece vacío la mayor parte del tiempo y sólo ocasionalmente es ocupado por alguien que está hablando por teléfono o esperando una llamada de un familiar, sobre todo hacia el final de la tarde. Fue el lugar donde se realizaron la mayor parte de las entrevistas por su comodidad y silencio.

J: Escalera/rampa y ascensor

Al primer y segundo piso del edificio se puede acceder por una escalera central o por un ascensor con los que cuenta el centro desde el primer momento de su construcción. Posteriormente, se construyó una rampa con la intención de salvar la escalera para las personas con movilidad reducida que no quisiesen utilizar éste último. Sin embargo, la falta de espacio obligó a planear esta rampa con excesiva pendiente, y aunque no resulta del todo incómoda para aquellas personas que disfrutan de buena movilidad, es demasiado inclinada para los que les cuesta caminar. En cualquier caso, muchos ancianos dicen que les gusta utilizarla para hacer un poco de ejercicio antes de acostarse (caminar un rato después de la cena) o también en los días de lluvia que no pueden salir a la calle o al jardín a pasear.

K: Aseos comunes

Independientemente de los instalados en cada habitación, el centro dispone de un total de 7 servicios para ser usados por los residentes. En la planta baja hay dos servicios para hombres y dos para mujeres, en la primera planta uno para hombres y otro para mujeres y en la segunda planta, junto al

Taller de la Falla, hay un solo servicio mixto. Ninguno de estos aseos son muy utilizados porque la mayoría prefieren acudir a su habitación cuando lo necesitan, pero en especial algunos hombres con problemas de próstata, decían que resultaba muy cómodo tener un servicio casi en cada zona de la Residencia.

Jardín exterior.

El jardín, que ocupa un espacio de 800 m² y que no hemos dibujado en el mapa, es un amplio terreno ajardinado que se abre en la parte posterior del centro, dotado de bancos, un pequeño estanque con una fuente ornamental y una pista de petanca. A esta zona puede accederse tanto desde la Residencia como desde el Hogar de Jubilados, pues como ya se ha comentado el espacio es compartido por ambas instituciones. La privacidad del mismo y su acondicionamiento, del que se encarga una empresa de servicios contratada por la Generalitat Valenciana, hace que en los días de sol el entorno se muestre como un lugar muy agradable para el paseo o el relax. Sin embargo, la zona apenas es frecuentada por los ancianos de la Residencia, que con excepción de la temporada de Fallas, porque es el lugar donde se planta el monumento que los ancianos hacen en el Taller, no suele estar muy concurrida por los residentes. No obstante, aunque sólo de manera ocasional, algunos residentes se acercan para mirar como los ancianos del Hogar celebran partidas de petanca en una parte del jardín, juego muy popular entre los socios de esta institución en el que nunca participan los de la Residencia. Salvo estas dos circunstancias citadas, sólo ocasionalmente algún residente se da un breve paseo por el jardín interior o se sienta en un banco a pasar el rato, mientras que el jardín exterior, ubicado frente a la Residencia y de uso general para todo el pueblo, suele tener un uso más generalizado y frecuente.

PLANTA PRIMERA 530 m2	15 Dormitorios (11 dobles y 4 individuales)
	A: Sala de estar/biblioteca/gimnasio
	B: Baño geriátrico
	C: Aseos comunes

Dormitorios.

Para el alojamiento de los 26 residentes, el centro cuenta con un total de 15 habitaciones, 11 dobles y 4 individuales, ubicadas todas en la primera planta del edificio. A excepción de las referidas habitaciones individuales, no existen en el centro más espacios para uso exclusivamente individual, pues el resto de habitaciones y salas son todas de carácter común y compartidas por la totalidad de los residentes.

Todas las habitaciones están provistas de un sistema de llamada de emergencia, consistente en un interfono que permite comunicarse directamente con la sala donde se ubica el personal del centro durante la noche. Igualmente cuentan con baño adaptado y están equipadas con dos camas no hospitalarias (a excepción de las individuales, que sólo tienen una), armario empotrado, 2 mesillas de noche, 1 mesa escritorio y 2 sillas. Al ser ésta una residencia para ancianos válidos, el baño no se construyó inicialmente con las adaptaciones que hoy en día se han habilitado, pero se decidió acometer la obra tras comprobar como los problemas de movilidad o las caídas por resbalones en esta zona eran relativamente frecuentes. En la actualidad, tanto el lavabo, como el sanitario y la ducha, están dotados de barandillas de sujeción y además en ésta última se ha adaptado un asiento para que quien lo desee pueda ducharse sentado. Igualmente se procedió a cambiar las losas del suelo por un pavimento antideslizante, y se ubicó el desagüe de la ducha sin desnivel: no existe plato de ducha, sino que el desagüe está directamente empotrado en el suelo, a modo de regata cubierta con una rejilla, lo que evita tener que alzar los pies para entrar o salir de la misma.

La disposición arquitectónica de las habitaciones, construídas en la cara externa del edificio, permite que todas estén abiertas al exterior y reciban buena iluminación y ventilación natural. Igualmente todas tienen radiadores de calefacción, por lo que la temperatura suele ser agradable en invierno y no demasiado calurosa en verano, pues aunque la temperatura exterior suele ser elevada, existe la posibilidad de abrir las ventanas que dan todas al exterior. No obstante, un mayor espacio en las mismas sería deseable y ha sido manifestado por los ancianos, pues las habitaciones dobles miden alrededor de 15 m² y algo menos de 10 las individuales. Apenas se mencionó el hecho de que las habitaciones fuesen compartidas, aspecto que parecía estar perfectamente asumido y aceptado por todos los residentes que fueron entrevistados, y aunque alguno dijo que quizás solo o sola no estaría mal, ninguno dijo haber solicitado que le cediesen una habitación individual. La distribución de los ancianos en las habitaciones, dobles o individuales, se lleva a cabo siempre por decisión de la dirección del centro y mediante criterios inicialmente relacionados con las disposiciones periódicas de espacio. El residente recién llegado ocupa la habitación que ha quedado libre tras el traslado o fallecimiento del residente que la ocupaba, lo que otorga a éste hecho un carácter poco definido y azaroso. Sin embargo, una vez ubicado el nuevo residente en la habitación, y trascurrido un período de '*adaptación*', el director, oídos los comentarios de los trabajadores, de la Junta de Residentes, y valoradas también las características personales y de integración al entorno del nuevo residente, puede proponer los cambios pertinentes. La dirección del centro manifestó en las entrevistas que los criterios de salud tienen un peso importante a la hora de establecer las parejas de ocupantes de una misma habitación, de manera que se tiende a reservar los espacios individuales para aquellas personas con peores condiciones de salud, y que por tanto suelen necesitar algún tipo de atención durante la noche o se levantan más menudo, interfiriendo el sueño de quien está al lado. No obstante, pudimos comprobar que este criterio no siempre se cumple, y que también en ocasiones, estas habitaciones se reservan para los de peor carácter.

Por otra parte, a través de las entrevistas supimos que con frecuencia, es voluntad de algunos residentes permanecer con su compañero ‘de siempre’, a pesar de que un empeoramiento de la salud pudiese sugerir un cambio de habitación para evitar molestias al acompañante. Algunos ancianos comentaron que preferían soportar esas posibles molestias y continuar compartiendo habitación con el compañero o compañera actual, con el que tenían una buena relación, a cambiar de compañero y recibir a otro u otra con el que quizás no acabasen de establecer una relación afectuosa.

Sin embargo, en opinión de los trabajadores del centro, no parece que vaya ser posible mantener por más tiempo el criterio de reservar las habitaciones individuales para las personas con peor estado de salud. Su opinión se basa en el hecho de que el estado general y de salud de las personas que han ido ingresando durante los últimos años en la Residencia, ha venido siendo progresivamente peor, de manera que en la actualidad, el número de habitaciones individuales debería ser mucho mayor de las existentes para poder cubrir esta necesidad. Así lo explica una de las Ayudantes de Residencia con más años de experiencia en el centro:

Desde que yo entré a trabajar aquí he visto cambiar mucho las cosas. Por ejemplo, antes todos los abuelitos que venían estaban muy bien de salud y esto funcionaba más como un pequeño hotelito que como una residencia. Pero de unos años a esta parte, lo que he notado es que la gente viene peor, más enfermos y más mal. Ahora mismo tenemos gente que lleva oxígeno y todo, y eso que aquí no hay enfermeras, porque nosotras estamos para cuidar la casa perono a los abuelos. Bueno, sigue viniendo de todo claro, también viene gente que está bastante bien, pero esos son los menos, porque así como antes la mayoría venían porque no tenían hijos que los cuidasen o porque no tenían

dinero para vivir cuando se moría el marido, ahora casi todos los ancianos que ingresan llegan muy enfermos.

Auxiliar de Geriátrica

Los residentes pueden decorar sus habitaciones y dotarse de aparatos de confort propios, como cuadros, figuras, televisores, ventiladores..., siempre y cuando no supongan riesgo para las instalaciones comunes, generen molestias o dificulten la convivencia o las tareas del personal. Las televisiones en la habitación están permitidas y son un elemento común y bastante distintivo de los tiempos actuales, pues muchos de los ancianos dicen que en su casa no tenían televisión en su cuarto pero que al ingresar en el centro algún familiar le había regalado algún aparato que éste había sustituido por otro nuevo o se han traído el que tenían en su domicilio. Actualmente hay televisión en 11 de las 26 habitaciones y no suelen ser motivo de conflicto entre los dos residentes que comparten el espacio, aunque el personal se queja de que muchas noches tiene que andar apagando los aparatos que se quedan encendidos. No hay una normativa específica al respecto de hasta qué hora puede estar encendido un aparato, aunque el personal del turno de noche, que suele dar una vuelta por las habitaciones entre la 1 y las dos de la noche, apaga aquellos televisores que en ese momento todavía estén en marcha. Además de la TV, que suele estar sobre la mesa escritorio, la decoración de las habitaciones es bastante homogénea: fotos de familiares, algún rosario colgado en el cabecial de la cama, fármacos en la mesilla de noche y, en algunas de ellas, algunos de los objetos realizados en los talleres de manualidades, como nos comenta esta residente:

Todos estos dibujos los he hecho yo, me gusta mucho pintar y desde que está Celia (la animadora sociocultural) no hago otra cosa, aunque ya me han dicho que tengo que quitar alguno pero yo no quiero. La nevera me la trajo mi nieto y así puedo tener yogures y otras cosas, aunque normalmente la tengo vacía porque

aquí nos dan de todo. La televisión también es mía. Muchas veces la que vive en la habitación de al lado viene conmigo a ver la novela, es lo único que veo porque lo otro que hacen no me gusta.

Mujer. 73 años.

A: Sala de estar.

La Sala de Estar de la primera planta, que mide aproximadamente 56 m², además de un salón para sentarse un poco distante de la zona central, más transitada, también hace las veces de sala de reuniones, sala para actividades socioculturales (con la TASOC: animadora sociocultural), sala de lectura o biblioteca, e incluso de gimnasio o taller de psicomotricidad, también organizado por la misma profesional. La Residencia no dispone de gimnasio ni tampoco de una sala dotada con aparatos para tal fin, y es en esta sala de estar donde, organizadas y dirigidas por la TASOC, se llevan a cabo sesiones de actividad física generalmente todos los martes y jueves, hacia las 11 de la mañana. Las sesiones de gimnasia, aunque son el momento en que más gente se reúne simultáneamente en la sala, no son muy concurridas ni parecen tampoco especialmente animadas. En una de las paredes hay un armario de madera, junto a una estantería con libros, donde se almacena el material de psicomotricidad que se utiliza en estas sesiones (balones, aros y bastones de gimnasia), pero ni la TASOC, según ella misma nos comenta, es especialista en estos temas, ni tampoco hay establecida una exigencia por parte del centro para que los ancianos asistan a estas reuniones, sino que son siempre de carácter voluntario, con lo que la adaptación de las mismas no es siempre la más adecuada para los mayores. Ambas circunstancias hacen que la actividad física, tan importante, no sea un elemento que se esté utilizando ni para mejorar o mantener el estado de salud de la gran mayoría de residentes, ni tan siquiera para llenar el tiempo vacío de actividades. En la sala, además de un televisor, hay un equipo compacto de vídeo/DVD y un reproductor de CD para música que suele estar en marcha durante las sesiones de gimnasia.

Respecto de los libros de la estantería, hay diferentes tipos de volúmenes, aunque se pueden resumir en dos grandes grupos: libros editados por la Generalitat Valenciana, generalmente monográficos relacionados con aspectos de gestión de la salud y de los Servicios Sociales, que no se sabe muy bien cual es el motivo de que estén en esa estantería, pues no despiertan el más mínimo interés entre las personas residentes; y novelas, de ediciones antiguas y escaso valor literario, aunque también hay algunos ejemplares que fueron verdaderos best seller en su época, y que han sido aportados por los residentes al ingresar o por alguno de los trabajadores, cuando los retira de su domicilio. Según comenta la TASOC, muy pocos ancianos son aficionados a la lectura y no es muy habitual verlos leer algo más que el periódico. Hay una nevera en uno de los rincones de esta sala donde algunos residentes guardan alimentos que ellos mismos se proporcionan, aunque a menudo suele estar vacía, pues la desaparición de algunos objetos ha supuesto, en alguna ocasión, un importante motivo de conflicto.

Como hemos dicho, el momento más concurrido de la sala son las sesiones de gimnasia, dos días por semana, a las que voluntariamente acuden un promedio de 8 ó 10 ancianos. Estas sesiones duran alrededor de media hora. En ocasiones, también se hace algún taller de memoria u otra actividad dirigida por la TASOC, pero no son muy frecuentes este tipo de actividades, sino que por lo general, esta trabajadora sube al Taller de la Falla tras la sesión de gimnasia, para organizar actividades de manualidades entre los que voluntariamente acudan.

Durante el resto del día, la sala acoge a residentes que se sientan a charlar, a coser, a ojear el diario o a ver la televisión, aunque otras zonas del centro son más utilizadas para estos menesteres y este no es un espacio especialmente transitado. En los pasillos centrales de esta misma primera planta, que rodean a modo de balconada el hueco central del edificio donde se ubica la escalera, y muy próximos a esta sala, se han colocado sillones y mesas bajas que son un lugar frecuente para estar y según algunos residentes, son más agradables que la propia sala de estar porque *“ves pasar a la gente arriba y abajo”*.

En cualquier caso, tanto en esta sala como en el resto de espacios compartidos, llama la atención la falta de comunicación entre los residentes. Salvo algunas parejas muy concretas, mayoritariamente de mujeres, no es frecuente ver a las personas charlando amistosamente, sino que por lo general simplemente se sientan y miran la televisión, haciendo a lo sumo algún breve comentario. Aunque hay excepciones ilusionantes, la sensación que se percibe es, en general, de soledad, de aislamiento personal, de estar esperando a que el tiempo pase, como reflejando que el día a día no tiene ningún sentido especial, más allá que esperar a que llegue la hora de la próxima comida, la visita de un familiar o el día de la visita al Centro de Salud.

B: Baño geriátrico.

Todas las residencias de ancianos de la Comunidad Valenciana, según la Orden de 9 de abril de 1990, de la Conselleria de Trabajo y Seguridad Social, relativa a los Centros de Servicios Sociales, deben disponer de un 1 baño geriátrico por cada 20 residentes. El baño geriátrico es un cuarto de baño adaptado, que además de los elementos ya referidos en los cuartos de baño de las habitaciones, consta también de una '*camilla-bañera*' (o bañera adaptada), que permite que el personal auxiliar lleve a cabo la higiene de las personas con problemas de movilidad física. Este recurso resulta imprescindible para aquellas personas que no pueden llevar a cabo de manera autónoma y adecuadamente su propia higiene. Sin embargo, en la Residencia de Benetusser no se hace uso de este recurso en la actualidad, pese a que sería necesario, porque el centro no cuenta con personal específico para realizar esta labor. Debe tenerse en cuenta que el hecho de que el centro sea una Residencia para ancianos válidos implica que los residentes son capaces de llevar a cabo su propia higiene. No obstante, según refiere el propio personal, hay ancianos a los que se debería auxiliar en esta labor y para los que el uso de este recurso sería fundamental. La necesidad de bañar a algunos residentes en este baño, frente a la negativa a hacerlo por parte del personal, era uno de los conflictos que en el momento del estudio estaba establecido entre el director y los trabajadores como él mismo nos refiere:

El problema es que el personal que trabajaba en el centro se niega a realizar ciertas tareas que, evidentemente, no están recogidas en la cartera de servicios relacionada con su puesto de trabajo. He reclamado más personal específico a la Conselleria, pero se me dijo que, al ser un centro de válidos, cuando aparecen esos problemas los ancianos deben ser trasladados a otro tipo de centros que cuentan con los recursos y el personal adecuados. El problema es que con una mínima dotación más de personal, podríamos hacer frente a esos problemas porque la infraestructura la tenemos y conseguiríamos que los ancianos se quedasen aquí, donde ya tienen compañeros y conocen al personal, pero...

Director de la Residencia de Benetusser

C: Aseos comunes

Al igual que en la planta baja, y en la misma ubicación que en el primer piso, se encuentran dos aseos, uno para mujeres y otro para hombres. A diferencia de los aseos de la planta baja, estos del primer piso son muy poco utilizados, pues al estar en la misma planta y a poca distancia de las habitaciones, los residentes prefieren desplazarse a su cuarto cuando tienen necesidad.

PLANTA SEGUNDA 530 m2	A: Sala multiusos
	B: Terraza

A: Sala multiusos.

En la segunda planta del edificio solo se permite el acceso a los residentes a pequeña sala y a la terraza. En la actualidad, la sala multiusos de la segunda planta se utiliza como taller de actividades manuales, aunque los residentes suelen referirse a ella como '*Taller de la Falla*', porque es a esa actividad a la que dedican la mayor parte de las horas que transcurren en ese espacio. Durante el periodo en que fue realizado este estudio, el taller estaba dedicado exclusivamente a la elaboración de la Falla por los propios ancianos, pero en otras épocas del año, más alejadas de estas fechas, suelen desarrollarse también otro tipo de tareas manuales. La actividad que se desarrolla en la sala no esta sistemáticamente programada por la TASOC o por otro trabajador del centro, sino que suele abrirse a determinadas horas para que los ancianos que voluntariamente quieran, puedan hacer allí manualidades o tareas similares. Como la TASOC no acude al centro todos los días, sino que su turno de trabajo abarca solamente dos mañanas y una tarde a la semana, la llave está depositada en el despacho del Director, que lo abre a demanda de algún residente. Esta falta de programación hace que el recurso no sea suficientemente aprovechado, y a pesar de que la dotación de material y herramientas para la realización de manualidades es muy abundante y variada (cola, papel de colores, plásticos, cartones, cintas, pinceles, maderas...), que la TASOC renueva o repone periódicamente con un fondo económico que aporta la propia Residencia, son muy pocos los ancianos que acudían a la sala porque decían no encontrar ninguna satisfacción. Por otra parte, la poca implicación del personal y la falta de programación sistemática de tareas a realizar en esta sala, hace que se halla formado un pequeño grupo de residentes que ha monopolizado la actividad en torno a la realización de la Falla y ha asumido cierto poder sobre la sala, impidiendo, o al menos desanimando, a aquellos otros que desearían acudir ocasionalmente al taller. Una de las residentes aportó este testimonio:

Yo que quiere que le diga, a mi lo de la Falla no me gusta mucho porque cuando vas, ese señor que se cree el amo y señor, es el que te dice lo que puedes hacer y lo que no. Si no eres de los del grupo sólo te mandan pintar y hacer lo que no quiere hacer nadie. A mi me gustaría ir y hacer cosas de bordados o de ganchillo que salen en las revistas y quedan preciosas, pero eso allí no lo quieren, ellos sólo quieren la Falla y ya está.

Mujer, 71 años.

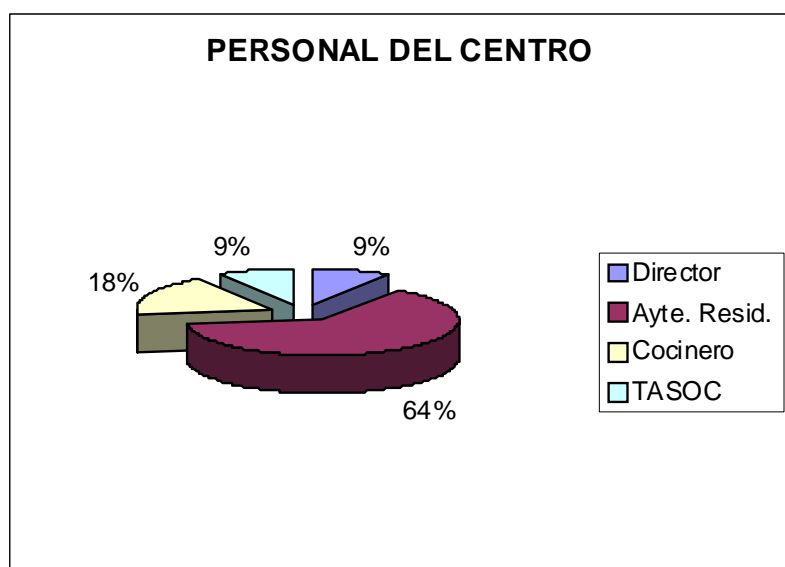
B: Terraza

El resto de espacio de la segunda sala (aproximadamente 435 m²) está ocupado por la terraza, además de otra zona cerrada en la que se ubica parte de la maquinaria del ascensor. A esta zona puede accederse por la escalera o mediante el mismo ascensor, que se abre a un descansillo con dos puertas, una que da al Taller de la Falla y otra que da a la terraza. La terraza, a pesar de no ser una zona de acceso restringido, no es un lugar muy frecuentado por los ancianos. Se han colocado hilos para tender la ropa y, ocasionalmente, cuando la secadora se ha estropeado, se utiliza también por el personal del centro para esa finalidad. También alguna residente sube a tender en alguna ocasión, y algunas partes de la Falla, conforme van siendo construídas, se almacenan en una zona de la terraza que está cubierta por una Uralita. Pero aunque tienen unas fenomenales vistas y resulta un lugar ideal para ver atardecer, al margen de estos usos marginales, lo cierto es que la terraza apenas es visitada.

▪ **EL PERSONAL DEL CENTRO**

El Gráfico 8.5 muestra la distribución de personal que constituye la plantilla de trabajadores del centro. En la actualidad trabajan en la Residencia 11 personas: 7 auxiliares de gerontología (Ayudantes de Residencia), 2 cocineras, una TASOC y el director.

GRÁFICO 8.5: RESIDENCIA DE BENETUSSER. PLANTILLA DE TRABAJADORES.



Fuente: elaboración propia

El director tiene un horario fijo de 9 a 17 horas de lunes a viernes, aunque las incidencias derivadas de la atención residencial durante las 24 horas de todos los días de la semana le obligan a estar disponible mediante contacto telefónico permanente. Por su parte, las Ayudantes de Residencia, que son las responsables de la atención directa a los residentes y de la limpieza del centro, son el grupo más numeroso de trabajadoras y suponen casi el 70% de la plantilla. Este colectivo desarrolla su trabajo en turnos de mañana, tarde y noche, con entradas y salidas a las 7.30, 15 y 22.30 horas respectivamente. Los dos cocineros (un hombre y una mujer) cubren las cuatro comidas diarias y su horario laboral es de las 8 de la mañana hasta las 16 h., para el que debe preparar desayuno y comida del mediodía, y de las 12.30 hasta las 21 h., para el que prepara la merienda y la cena. Cada uno de ellos cubre un fin de semana completo de manera alterna.

Con estos tres grupos se completa la plantilla de trabajadores del centro, aunque se contrata una gran cantidad de servicios con otras empresas (mantenimiento del jardín, electricidad, trabajos de albañilería u otros), porque ese tipo de tareas no están adscritas a ninguno de los trabajadores referidos.

Como la Residencia es un centro perteneciente al sector de servicios públicos, todos los empleados del centro son personal perteneciente a la Generalitat Valenciana, a excepción de la TASOC, que trabaja para una empresa privada con la que se ha concertado el servicio y que tiene programadas dos sesiones de mañanas, martes y jueves de 10 a 13 horas y una de tardes, los miércoles, de 17 a 19.30 h.

La actual dotación de personal es considerada deficiente tanto por los trabajadores como también por la dirección de centro, que manifestó haber solicitado reiteradamente un aumento de recursos en ese sentido. Al observar la planilla de trabajo, comprobamos que 12 de los 21 turnos semanales (si contamos a razón de 3 turnos diarios: mañana, tarde y noche), quedan cubiertos solamente por una de las 7 ayudantes de residencia, lo que supone un elevado riesgo de dejar el servicio desatendido ante una baja laboral o la ausencia sobrevenida del trabajador que le toca acudir al puesto de trabajo. Este aspecto fue mencionado por los trabajadores que fueron entrevistados y también por algunos de los residentes, que hicieron referencia al deseo de que hubiese más personal o servicios en el centro, en especial durante el turno de noches. Curiosamente, se da la circunstancia de que el centro no solamente cumple con los requisitos mínimos establecidos en la Orden de la Conselleria de Trabajo y Asuntos Sociales (actualmente de Benestar Social), de 9 de abril de 1990, respecto al número y tipo de trabajadores según las diferentes tipologías de los centros para mayores, sino que su ratio de personal/residente sobrepasa los criterios establecidos en la citada Orden¹⁰⁶.

¹⁰⁶ Esta Orden establece un ratio mínimo de 0,35 trabajadores por residente, mientras que la residencia alcanza un ratio de 0,38. No obstante, dada la escasa variación en la topología de trabajadores del centro, la ocupación del mismo en muy diferentes funciones acaba por producir cierto grado de saturación.

Aun así, la presencia de trabajadores en el centro es poco significativa durante el día y sí parece percibirse en cambio cierta falta de personal. No hay ni conserje ni un operario de mantenimiento, y aunque uno de los Ayudantes de Residencia realiza habitualmente las tareas más sencillas a este nivel, como cambiar alguna bombilla o similar, el centro se ve en la necesidad de contratar todas las pequeñas reparaciones y actividades de mantenimiento a través de empresas externas, lo que supone un importante dispendio anual.

Otro aspecto muy mencionado en las conversaciones de los ancianos, éste todavía con mayor insistencia, fue la ausencia de personal sanitario propio en el centro (enfermeras), como nos refiere un residente de los más veteranos:

En la Residencia no hay médico ni ATS. Cuando uno está que no se puede valer por sí mismo se lo llevan de aquí y ya está. A los que están mal no se les puede dejar desvalidos, hay que llevarlos a sitios donde puedan estar bien, que si se ponen malos de noche, o cuando sea, ellos mismos llaman al medico y esta allí en la misma residencia, pero claro, si aquí pusieran aunque fuera una enfermera por las noches, no le digo yo que todo el día, pero sí por las noches..., porque seguro que más de uno se ha tenido que ir a otro sitio cuando se ha hecho más mayor y si hubiera ATS habría aguantado aquí hasta que se fuese al “otro barrio”. Porque yo le digo una cosa, si yo me tuviese que ir a otro sitio no sé, no es que tenga aquí amigos de verdad, pero al menos te has hecho con la gente y tener que irse de repente...

Varón, 73 años

La no inexistencia de personal sanitario en el centro viene siendo un tema recurrente en las conversaciones entre los ancianos y fuente de

polémica con la dirección, en general siempre que algún residente necesita atención sanitaria. Como hemos dicho, la Residencia carece de personal sanitario propio y las necesidades a ese nivel deben ser cubiertas, como para cualquier ciudadano, por los servicios sanitarios generales ubicados en el pueblo (Centro de Salud) o por los servicios de Atención a Urgencias, que pueden ser solicitados por teléfono cuando sean necesarios. Los residentes, pese a reconocer que la asistencia sanitaria recibida desde el Centro de Salud es satisfactoria, preferirían disponer de personal sanitario en la misma Residencia para poder ser atendidos ante posibles emergencias, especialmente durante la noche o los días festivos y fines de semana, como refiere Carmen, una residente:

Haría falta al menos un practicante como hay en otras residencias. La otra noche esa mujer que ha pasado se puso mala y la chica que se queda aquí por las noches salió y llamó al médico y vino una ambulancia. Porque en las camas hay un timbre y si te pasa algo llamas, pero médico no hay. Menos mal que estamos en el centro del pueblo y cualquier cosa que pase estas a la vista de todos, pero tranquila no estás nunca porque hasta que llegan y te atienden.

Mujer, 77 años

La Residencia de Benetusser reúne una importante cantidad de condicionantes positivos para la convivencia e integración de los mayores. Al margen de los abundantes recursos materiales, destaca en especial su ubicación en el centro del municipio y que acoja un escaso número de residentes. Estas dos circunstancias, junto al hecho de contar con una dotación estructural y presupuestaria suficientes, en especial la primera, deberían permitir un nivel de calidad de vida y satisfacción muy superior al

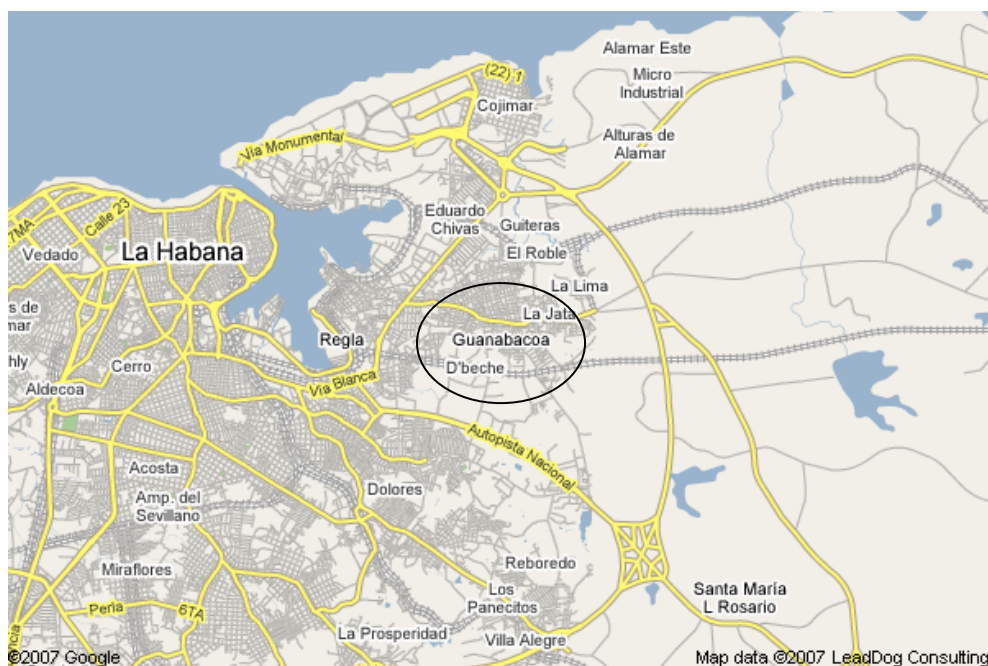
que en términos generales percibe el observador externo. Esta insatisfacción, aunque no fue abiertamente manifestada por casi ningún residente, viene posiblemente motivada por la falta de actividades programadas, la apatía de los residentes y la escasa relación entre los ancianos y los trabajadores, que parece establecerse casi exclusivamente con las ayudantes de residencia, de manera mucho más limitada con el personal de cocina y prácticamente inexistente con el director. La ausencia de tareas programadas que contribuyan a llenar los días y a dar cierto sentido y organización a sus vidas, son un elemento muy determinante. Por otra parte, parece los ancianos de Benetusser no sienten que su permanencia y actividades en el centro tengan ninguna influencia en la mejora o deterioro de su calidad de vida ni de la propia Residencia. No se les ha hecho percibir que forman parte de una institución que más allá de un centro público es en realidad su propio domicilio. Residen en el centro de la localidad pero se comportan como si vivieran aislados en una zona periférica. Se constata además la escasa, prácticamente nula, integración de la Residencia en el municipio, de manera que los aspectos solidarios y comunitarios del pueblo carecen de influencia en la dinámica del centro, dificultando que los ancianos sientan que son vecinos del municipio en el que residen, y que el municipio sienta a su vez, que tiene alguna obligación con estos vecinos.

CAPÍTULO 9: CUBA: HOGAR DE ANCIANOS 13 DE MARZO (GUANABACOA)

▪ EL MUNICIPIO DE GUANABACOA

El centro donde se desarrolló la investigación correspondiente a la población cubana está situado en Guanabacoa, uno de los veintiséis municipios que componen la provincia de La Habana y que ocupa la zona centro-norte del territorio de la provincia (Figura 9.1). Guanabacoa cubre una superficie de 289 kilómetros cuadrados, limita al oeste con los municipios de Ciudad de La Habana y Regla, al sur con los de San Antonio de las Vegas, San José de las Lajas y Santa María del Rosario, y al este, además de con éste último, con los términos de Santa Cruz del Norte y Jaruco. La parte norte del municipio mira al mar que conforma el Golfo de México, en cuya costa se encuentran algunas de las playas consideradas como las mejores de toda la isla.

FIGURA 9.1: UBICACIÓN DE GUANABACOA RESPECTO DE LA HABANA



El actual municipio de Guanabacoa se fundó como pueblo en base a las Leyes de Burgos del año 1512 y las Leyes Nuevas en España, en las que se establecía “...la libertad para el hombre indio y se permite su ubicación en la isla formando pueblos libres”. Así, el 12 de junio de 1554, el *Cabildo Habanero* decidió la fundación de un pueblo para los indios dispersos que habitaban su jurisdicción, pueblo que fue establecido finalmente en el sitio nombrado *Guanabacoa*, próximo a la Villa de San Cristóbal de la Habana.

La contemplación del Escudo de La Villa (Figura 9.2) permite conocer con precisión topográfica la jurisdicción que abarcaba antiguamente Guanabacoa. En su primer tercio muestra el nombre de la población y su comarca, en otro los dos torreones que todavía resaltan en la actual arquitectura del pueblo, y en el último, la porción de mar azul que corre a lo largo del litoral norte, amparando los puntos de Bacuranao y Cojímar, antiguamente parte de la propia jurisdicción de Guanabacoa pero actualmente pertenecientes al Municipio de Habana del Este.

FIGURA 9.2: ESCUDO DE LA VILLA DE GUANABACOA



La localidad cuenta con antiguas instituciones entre las que destaca el Liceo Artístico y Literario, fundado en 1861 y que ha mantenido su actividad incesante hasta la actualidad. Desde el principio, aunque con diferente intensidad, esta institución se convirtió en el motor de las ideas científicas, literarias y político-patrióticas del pueblo. Hoy este centro tiene especial

trascendencia en la vida local por ser una potente herramienta social y cultural para la población más mayor. Desde él se organizan actividades dirigidas por y para los adultos mayores, además de para el resto de población, siendo, con el resto de Liceos de muchas poblaciones de toda la isla, uno de los elementos de integración intergeneracional más activos.

▪ **LOCALIZACIÓN Y ECONOMÍA**

Guanabacoa, cuyo nombre aborigen significa “*el palmar de lo alto*” (o de arriba), en contraposición a la vecina Guanabo (“*el palmar*”), se encuentra a 12 Km. de la ciudad de La Habana. Ubicado en la parte central de la provincia de La Habana, es el segundo municipio en extensión de la provincia y muestra una topografía muy irregular, en la que se mezclan llanuras extensas, que favorecen la agricultura, con zonas más agrestes de pequeñas elevaciones reiteradas. Las llanuras están sembradas con amplios cultivos de caña y tabaco junto a otros de frutas y hortalizas, éstos últimos significativamente más reducidos, mientras que en las zonas más agrestes, más frescas, se levanta la zona urbana. Destaca en su monótona orografía “*La Loma de la Cruz*”, que con tan sólo 75 m. de altitud, constituye un excelente mirador desde donde se puede contemplar la total extensión del pueblo y una fenomenal vista de parte de la Ciudad de La Habana y su Bahía.

Las bondades de sus aguas y su clima, respecto de la zona más próxima a la costa, hicieron que gran parte de la antigua nobleza residente en La Habana eligiese esta ciudad para establecer su residencia, lo que ha dejado un abundante y variado conjunto de mansiones y casas señoriales de estilo colonial conformando un espectacular Centro Histórico que fue declarado Monumento Nacional en 1990.

Desde el punto de vista económico, Guanabacoa esta ubicada en un lugar estratégico en relación a Ciudad de La Habana. Su proximidad al núcleo urbano, con numerosas y relativamente buenas vías de comunicación (Vía Blanca, Carretera Monumental, Carretera de Cojímar, Carretera Vieja de

Guanabacoa, Carretera de Santa María del Rosario y Calle Real), permitirían un rápido y frecuente tránsito de vehículos comerciales, industriales y de pasajeros durante todo el día, si no fuese por la escasísima red de transporte público y privado existente en Cuba. La precariedad de los vehículos comerciales o industriales, hace que el transporte de mercancías y de personas sea uno de los inconvenientes con que el municipio cuenta para mejorar su comercio o sus relaciones con la gran ciudad. No obstante estos inconvenientes, la distancia que separa Guanabacoa del núcleo urbano de La Habana está constantemente transitada por personas que van y vienen de la ciudad. El paso de camiones, coches, autobuses y motos, pero sobre todo de bicicletas y también de animales que entran y salen durante todo el día, genera la sensación de un intenso tráfico y hace del municipio un lugar de gran dinamismo comercial. De hecho, la ciudad tuvo siempre un importante desarrollo ganadero y sobre todo agrícola, especialmente durante los siglos XVII y XVIII, con la producción de azúcar y tabaco. Más tarde, en el siglo XIX, cobró auge el comercio y comenzó una época de prosperidad industrial que fue afianzándose a lo largo del siglo XX, aunque a la vez, la zona todavía mantuvo vigente su actividad agrícola, lo que le permitió ser uno de los baluartes de la Zafra de los 10 millones¹⁰⁷. En la actualidad, pese a la deprimida situación económica cubana, la actividad agrícola del municipio continúa siendo muy importante y a ella se destina un 66% del territorio municipal, que se beneficia de las políticas gubernamentales al respecto.

Aún así, la situación económica de las familias de Guanabacoa es muy similar a la del resto de familias de las zonas urbanas de Cuba. La "*Encuesta sobre la situación económica de los hogares*", elaborada por la Oficina Territorial de Estadísticas de Ciudad de La Habana en Marzo de 2000, mostraba que:

- El 53.4% de los hogares de Guanabacoa tienen un ingreso per cápita en moneda nacional entre 50 y 150 pesos, con un ingreso promedio de 148

¹⁰⁷ Campaña estratégica de recolección de caña de azúcar, propuesta por el gobierno cubano con objeto de monopolizar el mercado internacional, y que supuso un fracaso económico y social muy importante para todo el país.

pesos y que un 77.2% de las familias de Guanabacoa no tiene ingresos suficientes para cubrir sus gastos, lo que parece justificado si tenemos en cuenta que el salario medio alcanza los 387 pesos y que una pensión de jubilación mínima en Cuba ronda los 160 pesos mensuales (1 euro son 25 pesos cubanos).

- Como el contenido de la canasta de racionamiento no permite cubrir las necesidades de alimentos, un 77.9% de los gastos de alimentación de los hogares se realizan en los mercados agropecuarios y en las tiendas de carácter privado (las Shopping), con precios en general muy elevados, y limitando la posibilidad de destinar el dinero a cubrir otras necesidades.
- Respecto de la calidad de las viviendas, el 59.3% de los hogares presenta desperfectos en las fachadas o en el interior y aunque el 98.3% de ellas recibe suministro de agua del acueducto municipal, sólo al 49.8% le llega diariamente.

▪ **POBLACIÓN**

Guanabacoa tiene una población de 112.702 habitantes (censo Cuba, 2002), de las que algo más de la mitad (51,1%) son mujeres. Tiene una densidad poblacional de 800 hab./Km² y un total de 18.087 habitantes mayores de 60 años, lo que genera un importante índice de envejecimiento, superior al 16%. Debe tenerse en cuenta que la población femenina en Cuba se jubila a partir de los 60 años, mientras que la masculina lo hace a los 65, circunstancia por la que hemos catalogado como '*población anciana*' a aquellas personas con una edad igual o superior a los 60 años. La Tabla 9.1, recoge los datos más relevantes de la población del municipio, así como la distribución de su población más mayor.

TABLA 9.1: GUANABACOA. CENSO DE POBLACIÓN

GUANABACOA						
POBLACIÓN			POBLACIÓN ANCIANA			
TOTAL	HOMBRES	MUJERES	60-65	66-79	80 ó más	TOTAL
112.702	55.154	57.548	5.819	10.386	1.882	18.087
PORCENTAJE	48.9%	51.1%	5.2%	9.2%	1.7%	16.0%

Fuente: Censo de Cuba (2002) y Dirección Municipal de Salud de Guanabacoa (2003)

La Villa de Guanabacoa posee un rico patrimonio cultural, reflejo de los elementos étnicos que integraron esta comunidad en el pasado, y en la que las culturas española y africana han sido las más relevantes e influyentes sobre la tradición actual. Así, las Fiestas Patronales –denominadas oficialmente “*Festejos Populares*” por la actual Dirección Municipal de Cultura para evitar las connotaciones religiosas del término, que en cambio el pueblo no oculta–, constituyen el fenómeno festivo más importante del municipio, sirviendo además para aglutinar múltiples actividades populares colaterales, en las que las personas mayores tienen un protagonismo destacado. Las tres festividades más significativas se reparten entre las diferentes zonas del municipio: Guanabacoa (15-agosto), Las Minas (12 de septiembre) y Peñalver (12 de diciembre), estas dos últimas, pedanías de la localidad cabeza de partido.

Otro de los aspectos culturales relevantes es el desarrollo de un variado plan de Eventos y Festivales que se celebra con carácter sistemático (y alta popularidad) todos los años. Destacan el Concurso de Música “*Juan Arrondo*”, el Coloquio de Historia Local, el Simposio de Identidad Cultural, el Concurso “*Ernesto Lecuona*”, el Encuentro de Teatro para niños y el Evento Wemilere, festival de raíces africanas que desde 1989, y siempre en la última semana de noviembre, reúne a estudiosos, investigadores, músicos, artistas plásticos, cineastas y agrupaciones de danza Cubana y del mundo, así como a múltiples turistas y otros interesados que han encontrado en esta gran fiesta cultural los matices esenciales de una tradición viva.

Hay además otros eventos, resumidos en la Tabla 9.2, que demuestran la amplia y variada oferta cultural que tiene lugar en el municipio,

permitiendo que la literatura, las artes plásticas y otras disciplinas, se den cita anual o bianualmente en el pueblo. No obstante, si hubiese que seleccionar un aspecto identitario de la cultura popular de Guanabacoa en particular, y de toda Cuba en general, éste sería sin duda la música. Los guanabacoenses se ufanan de que su pueblo haya sido cuna de muchas figuras musicales, actuales y pasadas (Ernesto Lecuona, Rita Montaner, Ignacio Villa “Bola de Nieve” y Juan Arrondo Suárez), y tanto las gentes del pueblo, como diferentes instituciones, les rinden verdadero culto.

TABLA 9.2. EVENTOS CULTURALES DE GUANABACOA.

Evento	Fecha	Objetivos
Concurso literario "Alfredo Torruella"	Anual - Enero	Fortalecer la creación literaria y propiciar un vínculo más directo entre Creadores e Instituciones. Rescatar y difundir una importante figura literaria de la localidad, Alfredo Torruella.
Coloquio de Historia Local	Bienal - Abril	Promover la investigación sobre la historia local. Contribuir a la superación de nuestros profesores con relación al estudio de la historia del territorio.
Festival de Comunidades Especiales	Anual - Mayo	Promover el desarrollo del movimiento de artistas y aficionados del territorio. Impulsar el desarrollo cultural en comunidades alejadas del centro histórico urbano.
Concurso Violonchelo	Anual - Mayo	Elevar el nivel interpretativo y vocacional de los estudiantes. Valorar los niveles de calidad en la interpretación de los concursantes.
Semana de la Cultura	Anual - Junio	Exponer los resultados alcanzados en la aplicación del Programa Cultural del municipio y los proyectos culturales del Sistema de Instituciones y Consejos Populares. Difundir los rasgos más representativos de nuestra identidad cultural elevando el nivel de conocimiento de la población sobre nuestras tradiciones e historia local. Contribuir a que la programación de actividades se convierta en un acontecimiento de carácter sociocultural y de estímulo al pueblo de Guanabacoa para el disfrute de su tiempo libre.
Simposio de Identidad: Cultural y Comunidad	Bienal - Junio	Estimular y promover la labor investigativa de investigadores y colaboradores del municipio. Propiciar la difusión de la obra investigativa de diferentes organismos de la localidad como expresión de un concepto abarcador de identidad cultural local. Incrementar el nivel de conocimiento de la población sobre la historia y la realidad sociocultural de la localidad.
Concurso de Música Popular "Juan Arrondo"	Anual - agosto	Promover la música popular cubana. Estimular la creación musical. Promover la obra artística de Juan Arrondo
Festival de Raíces Africanas "Wemilere"	Anual - Noviembre	Promover y preservar los valores del legado africano. Ofrecer al público una oferta cultural e instructiva de nuestras tradiciones folclóricas. Estrechar las relaciones de colaboración, intercambio y asesorías con instituciones y organismos especializados en la temática del evento.
Fesvien	Anual - Diciembre	Propiciar un encuentro entre los estudiantes del nivel de instrumentos de vientos, convirtiendo cada presentación en una fiesta de virtuosismo y ejecución. Homenajear la obra de un músico destacado

Fuente: Elaboración propia

Elemento clave para el desarrollo de todos esos eventos culturales son las Asociaciones e Instituciones Culturales del municipio, como la *Casa de la Cultura Rita Montaner*, el *Museo Municipal*, la *Escuela Elemental de Música "Guillermo Tomás"*, la *Biblioteca Pública "José Machado Rodríguez"* o la *Tribuna del Liceo Artístico y Literario*. Al margen de las actividades particulares de cada una de estas instituciones, todas tienen un destacado carácter social y, en especial en los últimos años, una vinculación muy directa con las personas mayores, desarrollando actividades conjuntas con la población mayor del municipio y del Hogar 13 de Marzo, o participando de alguna manera en la financiación de las actividades destinadas a la gente mayor.

▪ HOGAR DE ANCIANOS 13 DE MARZO

La residencia de ancianos de Guanabacoa se denomina Hogar de Ancianos "13 de Marzo" y en él se alojan 104 ancianos en régimen de internado, además de acoger diariamente a otros 40 ó 50 ancianos más que reciben atención exclusivamente diurna. Está ubicado entre las calles de Versalles y Calixto García, lo que hace que, aunque no queda fuera de los límites urbanos como se señala en la Figura 9.3, esté relativamente apartado del centro neurálgico de la ciudad, próximo a una zona ocupada por fábricas e industrias.

Residencias de Tercera Edad existentes en España. El Hogar 13 de Marzo de Guanabacoa es uno de los 15 Hogares con que cuenta la provincia de La Habana, aunque probablemente sea el mejor dotado estructural y materialmente, pues cada uno de ellos cuenta con una partida de recursos muy diferenciada. Quizás por ello, este Hogar se presenta en la actualidad, como el centro insignia de todas las instituciones de La Habana destinadas a la atención geriátrica residencial, que pretenden dar alojamiento temporal o definitivo a aquellas personas mayores que, por sus características de salud física o social, no pueden hacerlo en su domicilio.

Desde el momento de su inauguración, el Hogar ha estado sometido a un proceso de constante reforma y construcción, siendo progresivamente ampliado y reestructurado, a pesar de lo cual, muchas partes del edificio se encuentran en un franco estado de deterioro. Destaca además el hecho de que pese a este proceso de remodelación constante, las escaleras u otras *'barreras arquitectónicas'*, que suponen una importante limitación para las personas con dificultades de desplazamiento, todavía no se hayan eliminado. El Hogar no dispone de rampas, ni por supuesto de ascensores, que faciliten el acceso de los ancianos a la planta superior del edificio o a alguna de las salas que presentan algún desnivel desde el espacio que conforma el Jardín Interior (zona I en el plano), que constituye el verdadero centro neurálgico del Hogar. El director comenta que *"en 1987, cuando se construyó, no había conciencia de las barreras arquitectónicas"*, y aunque está programada y pendiente de ejecución una reordenación del complejo en ese sentido, actualmente supone un verdadero hándicap para la movilidad de los ancianos dependientes discapacidad. Con la ejecución de la obra, se espera también la dotación de un *'elevador'* (ascensor o montacargas) y la instalación de rampas en algunas zonas que faciliten el acceso de los mayores. No obstante, los problemas de la isla para la realización de obras por la escasez de materiales y por las dificultades para su distribución, hacen que el proceso de reforma, para el que ya hay confeccionada una larga lista de ciudadanos voluntarios, esté actualmente paralizado.

También la ubicación del Hogar, como se ha dicho relativamente alejado del centro neurálgico del pueblo, aunque no supone una distancia insalvable para los residentes con buena movilidad, sí lo es en cambio para aquellos que presentan limitaciones para el desplazamiento cuando quieren acercarse desde el Hogar al centro de la población. Por otra parte, dado que el centro acoge también a personas que no pernoctan en el mismo, a la manera de lo que en España constituyen los Centros de Día, y que muy pocas familias disponen de vehículo propio para acercar al anciano hasta el Hogar, supone nuevamente una desventaja, pues tampoco el municipio, ni mucho menos el propio centro, cuentan con una infraestructura que permita fácilmente el transporte de los usuarios. Esta evidente limitación se ha conseguido paliar mediante la implantación de un Programa de Atención Domiciliaria, que permite la extensión de la asistencia que brindan los profesionales del centro hasta el domicilio de aquellos casos más necesitados y que no puedan desplazarse hasta el Hogar. No obstante, aunque la asistencia a los aspectos estrictamente sanitarios quede cubierta por medio de este programa, las dificultades para el traslado de los ancianos dependientes reducen considerablemente sus posibilidades de participación en los diferentes eventos, que con diversa periodicidad, organizan las instituciones responsables de la atención a los ancianos en La Habana, y cuya finalidad principal es fomentar la interrelación intergeneracional y entre los ancianos de diferentes Hogares¹⁰⁸.

Ya ayer mismo vinimos de la visita a la ciudad que nos organizó el compañero Joaquín, y esta vez tuvimos la suerte de poder llegar casi todos en la misma 'guagua'. Le pedimos al compañero del Hogar de Habana Vieja que buscara la manera de acudir a los eventos que organizaron allá, y ya vio como fuimos casi todos los abuelos de la Casa de Guanabacoa. Pero esto es la primerita vez que ocurrió,

¹⁰⁸ Según un e-mail recibido en el mes de abril de 2006, el Hogar ya cuenta con un autobús propio para el desplazamiento de los ancianos.

porque en las otras veces que quisimos ir, se preparó la camioneta, pero en ella no caben más de diez o doce abuelos, todos bien juntos.

Nivia Margarita. Presidenta del Consejo de Ancianos

Como se ha explicado al principio, el centro tiene una capacidad de 104 camas para ancianos internos, además de dar servicio a una media de entre 40 y 50 ancianos más que acuden a recibir asistencia exclusivamente diurna. A diferencia de lo que es habitual en las Residencias de España, que suelen brindar asistencia exclusivamente en régimen de internado, todos los Hogares de Abuelos cubanos llevan a cabo también una asistencia a no internos, como la que desarrollan nuestros Centros de Día. En Cuba, esta atención desde los Hogares se denomina asistencia a '*semiinternos*', personas que residen en sus propios domicilios, pero que acuden diariamente al Hogar para recibir alimentación, higiene, cuidados a sus problemas leves de salud o estimular sus necesidades sociales. Para este tipo de atención, el Hogar 13 de Marzo dispone oficialmente de 40 plazas, aunque con frecuencia vienen siendo superadas durante los últimos años. Los usuarios semiinternos tienen derecho gratuito a la asistencia sanitaria y a la participación en las actividades de ocio organizadas por el centro, pero deben abonar una cantidad económica suplementaria cuando desean utilizar los servicios de alimentación y lavandería.

Esta modalidad asistencial, que mezcla a personas permanentemente residentes en el Hogar con personas semiinternas que duermen en su domicilio no es frecuente en España (aunque poco a poco se va implantando), pero parece una interesante alternativa con múltiples beneficios para todos los ancianos. Los mayores semiinternos llenan el espacio de tiempo vacío de actividades que tienen todos los días, y a la vez que reciben la alimentación y algunos de los servicios de higiene, actividad física y atención sanitaria que contribuyen a mejorar su salud, se benefician también de la compañía de otras personas de su edad, lo que les permite realizar actividades fuera de su

domicilio y suele mejorar sus relaciones, su estado emocional y su autoestima. Por su parte, los mayores internos, merced al mayor número de personas ancianas que diariamente visitan el centro, incrementan las posibilidades de establecer relaciones de amistad y mantienen cierto contacto con la sociedad externa al Hogar, con la que por lo general suelen tener una escasa interacción (aunque como se verá infinitamente mayor que en España). Esta ‘*comunicación con el exterior*’, que con frecuencia pude observar y analizar, se plasmaba a menudo en forma de ‘*encargos*’ de tabaco u otros enseres, o de ‘*recados y mensajes*’ para familiares o antiguas amistades, que los ancianos externos se encargaban de cumplir.

No obstante, pese a esta aparente modélica organización del sistema de atención a las personas mayores en Cuba, los recursos materiales en el centro son tan limitados, que la sensación que se percibe nada más penetrar en el interior del Hogar de Ancianos es de acentuada pobreza y abandono. Quizás el centro refleja la misma imagen de pobreza y desesperanza que pueden llegar a transmitir muchas partes de Ciudad de La Habana, pero en este caso, acentuada por la presencia de personas muy mayores, con evidente deterioro de su estado de salud o mental, y acrecentada por lo ajado y estropeado de las instalaciones de la mayor parte del edificio.

▪ **LOS RESIDENTES**

Los usuarios del Hogar se distribuyen en dos grandes grupos: aquellos que presentan un relativamente buen estado de salud y aquellos otros que tienen un nivel más deteriorado. Aunque los dos grupos, junto al de ancianos semiinternos, participan en muchas actividades de manera conjunta, lo habitual es que no mantengan una vida relacional fluída. Esta circunstancia hace que en la práctica, los dos grupos se conviertan de hecho en 3: los ancianos internos con peor estado de salud (*ancianos dependientes*), los ancianos internos con mejor estado de salud junto a muchos de los ancianos semiinternos (*ancianos válidos*), y finalmente los ancianos semiinternos que

no mantienen apenas relación con el resto de ancianos¹⁰⁹. El siguiente fragmento de una conversación con un anciano semiinterno, refiere algunos de los motivos por los que no se mantiene el mismo grado de relación entre todos los residentes:

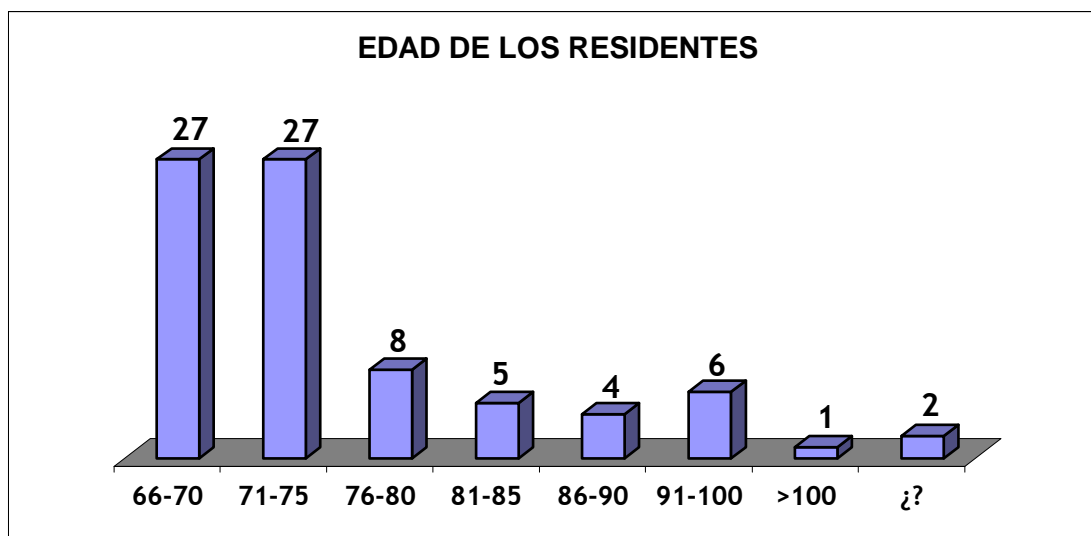
Yo prefiero estar acá con los que venimos todos los días porque yo a los demás los respeto, pero ya ellos están muy enfermos y no pueden hacer las cosas que hacemos los otros. Con los que viven arriba (se refiere a los ancianos internos que no tienen discapacidad y presentan mejor estado de salud) sí nos juntamos más y a veces alguno viene al pueblo, pero los de acá abajo que están en el patio, ya tienen la cabeza loca y causan tremenda molestia.

Varón Semiinterno, 74 años.

El rango de edad de los residentes es muy amplio, desde los 61 años de la persona más joven hasta los 104 años de la más longeva, aunque la edad media en el Hogar es de 71.7 años. No obstante, resulta llamativa la importante presencia en el Hogar de personas casi centenarias e incluso supercentenarias (con más de 1 siglo de vida), pues hasta 7 residentes tienen una edad cercana o superior a los 100 años, al igual que llama la atención que en el Hogar no se conociese la fecha exacta del nacimiento de 2 ancianos. El Gráfico 9.1 muestra las edades de los ancianos residentes agrupadas en tramos de 5 años.

¹⁰⁹ Debido a la dificultad que la itinerancia de este grupo de semiinternos presentaba para su seguimiento, y por su menor concordancia con los criterios de inclusión en la investigación que se habían establecido, a pesar de ser “ancianos válidos”, los semiinternos no fueron incluidos en el estudio. No obstante, algunas de las charlas de carácter informal mantenidas con ellos contribuyeron a enriquecer la información sobre la situación de la vejez en Cuba y sobre las formas y dificultades para la vida de los cubanos y cubanas más mayores.

GRÁFICO 9.1: RESIDENCIA DE GUANABACOA. DISTRIBUCIÓN POR EDADES (AÑOS Y N° DE RESIDENTES):



Fuente: Elaboración propia

NOTA: "¿?" se pone para hacer referencia a que dos residentes no tienen edad conocida

Como puede observarse en este gráfico, la distribución por edad para el total de residentes está claramente desviada hacia la 3ª edad (personas de entre 60 y 75 años), ya que de los 104 ancianos, un 75% de ellos pertenecen a este grupo. Sin embargo, el análisis más detallado de los datos presentados muestra como existe proporcionalmente una mayor cantidad de ancianos con discapacidad entre los de menor edad que entre los más longevos. De los informes sobre estado de salud de los residentes aportados por el personal sanitario del Hogar 13 de Marzo, se desprende que 41 de los ancianos menores de 75 años presenta algún grado significativo de discapacidad, lo que equivale a decir que algo más del 53% de ellos requiere diariamente un volumen importante de cuidados, mientras que paradójicamente, esta circunstancia la padecen solamente 13 personas mayores de 75 años, lo que supone algo más del 47%.

En España, la distribución de personas de dichas categorías de edad en las residencias es justamente la contraria: un elevado porcentaje de residentes de la cuarta edad, con estados altos o muy altos de dependencia, frente a un menor número de residentes de la tercera edad en esta situación. Pero por otra parte, también resulta significativo el elevado número de

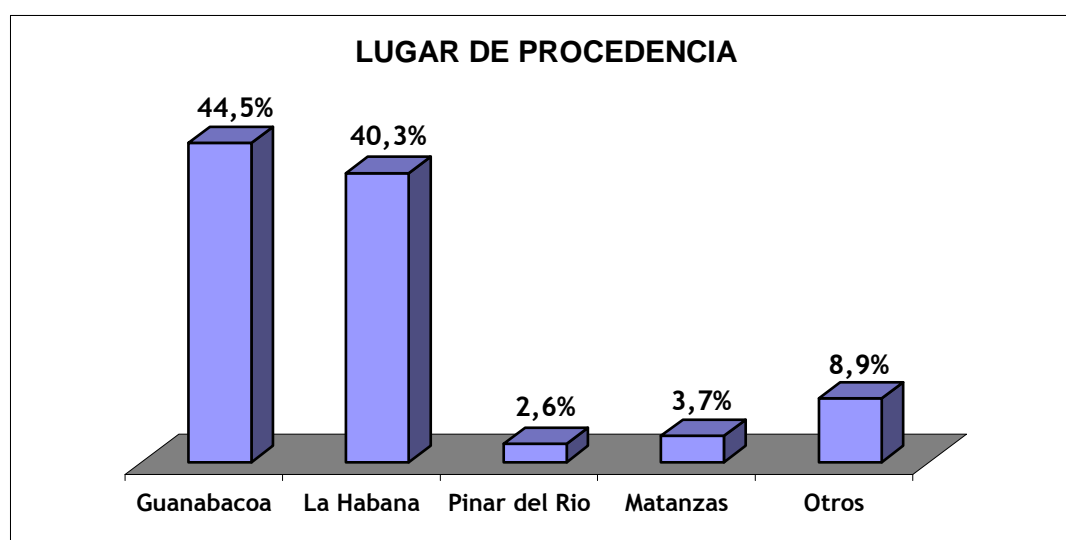
personas menores de 75 años que, sin presentar un estado de dependencia considerable, residen en centros sociosanitarios públicos o privados de nuestro país (Portal Mayores, nov-07). Quizás resulte aventurado extraer conclusiones de estos datos sin realizar un análisis más profundo, pero sin ánimo de parecer pretencioso, parecería ser que el elevado número de residentes españoles del grupo de la 3ª edad, estaría revelando una insuficiente red de recursos sociales para mantener al anciano en su domicilio y en su medio social habitual, mientras que este hecho no parece darse en Cuba, que sólo institucionaliza a aquellos ancianos con edades muy avanzadas, o a aquellos otros que realmente presentan importantes tasas de discapacidad, aunque su edad no sea muy elevada. Esta es precisamente la filosofía del modelo cubano de atención geriátrica: mantener al anciano en su domicilio el máximo tiempo posible, activando la red estatal y solidaria de recursos sociales. Podría parecer, no obstante, que las cifras de ancianos residenciados en Cuba son bajas porque no hay plazas para dar cobertura a todos aquellos que lo necesitan. Todo lo contrario. No sólo esta circunstancia es más propia de nuestro país que de Cuba, sino que el gran contingente de modalidades asistenciales activadas en Cuba para atender a la población mayor en su domicilio y mantenerla integrada en la comunidad donde residen, puede llegar a suponer un modelo ideal para aplicar en nuestro país.

También la distribución por sexo de los residentes muestra diferencias con respecto a la del centro estudiado en España, pues de los 104 ancianos residentes 61 son hombres (casi 59%, frente al 38% en España) y 43 mujeres (41% frente al 62% en España), aunque al igual que en nuestro país, la mayor parte de los residentes de la 4ª edad pertenecen a este último grupo, por lo que la selección de personas a entrevistar de cada sexo se hizo inversamente a como se había hecho para España, 9 hombres y 6 mujeres en Cuba en lugar de 9 mujeres y 6 hombres.

En cuanto al lugar de procedencia, mostrado en el Gráfico 9.2, aunque la distribución presenta variaciones importantes, la mayoría de los ancianos residentes son del propio Guanabacoa (44,5%) o de municipios cercanos pertenecientes a la provincia de de La Habana (un 40,3% lo son de la propia

Ciudad de La Habana). El resto de residentes proceden de provincias relativamente cercanas: Pinar del Río, Matanzas y San Nicolás; aunque también de otras más alejadas: Cienfuegos y Santa Clara, todos ellos en proporción muy poco significativa. La existencia de importantes y variados recursos para la atención de los adultos mayores en cada una de las zonas del país, así como las dificultades para la movilidad de la población y la menor disgregación de las familias respecto de lo que ocurre en países más desarrollados, implica con frecuencia que un anciano mantenga a lo largo de toda su vida, la misma localidad de nacimiento, de residencia y, finalmente, también de residencia en un Hogar¹¹⁰.

GRÁFICO 9.2: LUGAR DE PROCEDENCIA DE LOS RESIDENTES EN EL HOGAR 13 DE MARZO.



Fuente: elaboración propia.

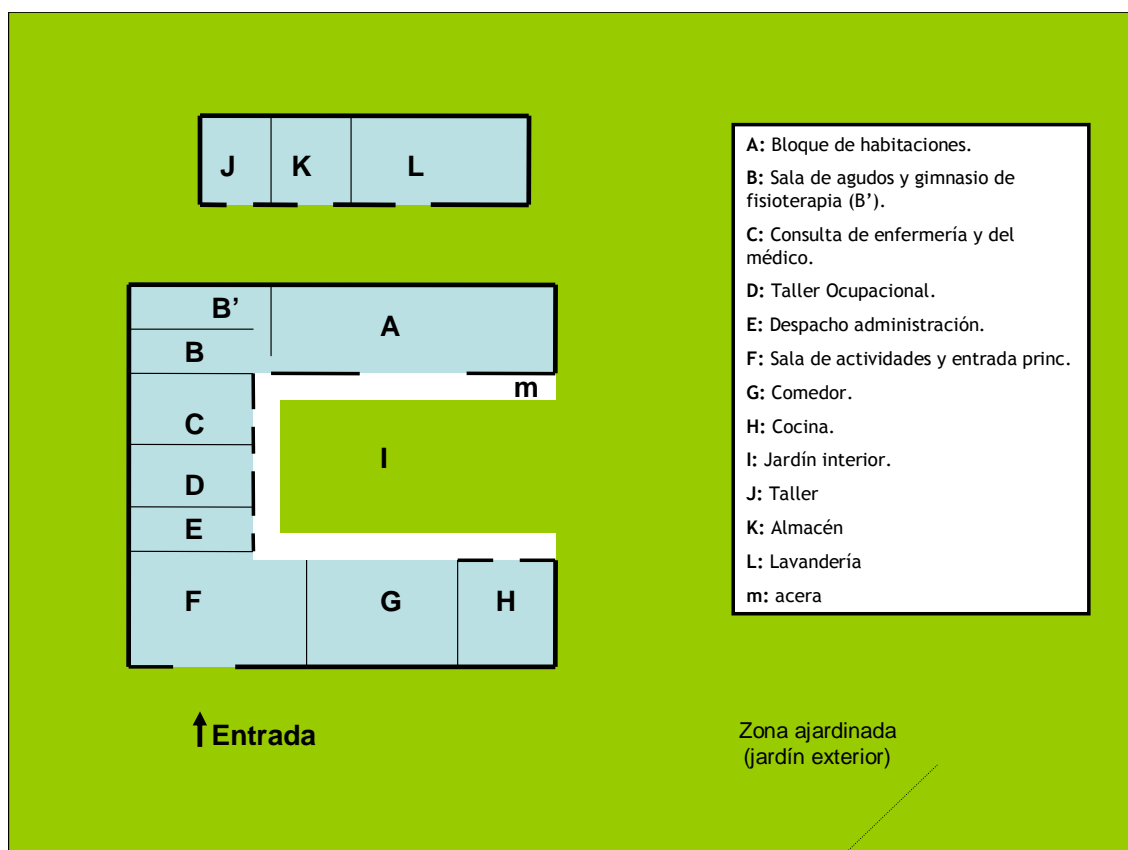
¹¹⁰ Además de la escasez de viviendas y las dificultades económicas, que hace que en un mismo domicilio coincidan diferentes generaciones, la actividad en los Círculos y Casas de Abuelos, Liceos y otros recursos comunitarios, contribuye en gran medida a que se mantenga la permanencia del anciano en su domicilio hasta que el deterioro de salud sea tal que ya no deje opción a ese posible traslado a casa de sus hijos, opción que en cambio, suele ser previa al ingreso en la residencia en nuestro país.

- **ESTRUCTURA Y SERVICIOS DEL CENTRO**

El Hogar abarca una extensión de unos 3000 m² de terreno, de los que aproximadamente 1200 están ocupados por tres bloques edificados y unidos en forma de U, dejando un espacio abierto y ajardinado en el centro. Por detrás de esta zona central hay un cuarto bloque, mucho menor e independiente del resto de la construcción, como puede observarse en el plano que se adjunta en la Figura 9.4. Uno de los bloques de la estructura central (zona A en el plano), tiene dos alturas y esta ocupado por las habitaciones, mientras que el resto de construcciones, los dos bloques anexados al de las habitaciones más el bloque independiente, son de una sola planta y están destinados a acoger dependencias comunes y despachos privados del centro, como luego se detallará.

Aunque el número teórico de plazas para personal residente en el Hogar son 104, la capacidad del mismo suele verse superada con frecuencia. La habitual saturación de la sala habilitada para la atención de los ancianos que presenten problemas agudos de salud (Sala de Agudos, zona B en el plano), junto a la ocasional itinerancia de algunos ancianos a lo largo del año, y que pernoctan en el Hogar durante cortos períodos de tiempo, hace que con frecuencia sea necesario habilitar camas supletorias por un período de tiempo indefinido.

FIGURA 9.4: PLANO DEL HOGAR 13 DE MARZO



Fuente: Elaboración propia

A. Bloque de habitaciones.

Las camas del centro se distribuyen en los 800 m² del bloque A que dan cabida a 25 habitaciones repartidas en dos plantas: 10 habitaciones en la planta baja, que alojan alrededor de 60 ó 70 ancianos, y 15 en la primera planta para alojar hasta un máximo de 45 (ya hemos mencionado como la habitación de camas supletorias es bastante frecuente). Las habitaciones de la planta baja, con una capacidad para un máximo de seis ancianos cada una, se reservan para las personas con peor estado de salud y mayores dificultades para la movilización (*impedidos* según el término usado por los trabajadores del Hogar). Esta zona presentó durante todo el tiempo que duró el estudio una ocupación superior al máximo número teórico de plazas. Tanto la

mencionada habilitación de camas supletorias, como la propia estructura de las habitaciones, sin baño, de reducidas dimensiones, tan escasa dotación mobiliaria y ocupadas por tan elevado número de personas, están muy lejos de poder cumplir los criterios que la legislación española exige para la acreditación de los centros para mayores, lo que haría impensable encontrar estas condiciones en cualquier centro de nuestro país. La separación entre algunas de las habitaciones mediante cortinas, en vez de tabiques, facilita el trasiego del personal y de los ancianos por la planta, aunque evidentemente, reduce de manera considerable la sensación de intimidad y confort.

Como se ha dicho, la mayoría de los ancianos que residen en las habitaciones de esta planta inferior tienen dificultades para acceder a los espacios de uso común del centro por presentar problemas de movilidad. El avanzado deterioro del estado de salud de muchos de ellos, así como las múltiples barreras arquitectónicas a las que ya hemos hecho referencia, junto a la escasa dotación de recursos para el desplazamiento de los ancianos (sillas de ruedas, andadores, etc.), provocaba que durante largos periodos de tiempo a lo largo del día tuviesen que permanecer en la cama o sentados en la habitación. Sin embargo, durante estos períodos, siempre había algún trabajador del centro pendiente del cuidado permanente de estas personas, al igual que muchas de las actividades del centro se programaban de manera que pudiesen paliar, relativamente, esta situación de aislamiento¹¹¹. Aún así, y a pesar del esfuerzo y trato amable de los trabajadores, la calidad de vida de este grupo de ancianos altamente dependientes parecía ser muy escasa.

Para el resto de ancianos residentes, alojados en la primera planta del bloque de habitaciones y objeto de nuestro estudio, las condiciones, calidad y estilo de vida son muy diferentes.

Los ancianos residentes con mejor estado de salud ocupan 15 habitaciones con tres camas en cada una de ellas. Estas habitaciones tampoco

¹¹¹ Las visitas de grupos de música (*rondos*), los recitales de poesía, u otras actividades que se realizasen en el Hogar, pasaban indefectiblemente por cada una de las habitaciones que acogían a ancianos que no habían podido salir al lugar donde se hubiese celebrado el acto, por lo general en el jardín o en la sala de actividades.

disponen de baño propio, y al igual que en la planta baja, los 2 baños comunes se encuentran ubicados a ambos extremos del pasillo, junto a cada uno de los cuales hay instaladas dos duchas. Ninguna de las habitaciones dispone de dispositivos de aviso o alarma para solicitar la atención de los cuidadores, aunque el elevado número de residentes en cada habitación suele paliar esa deficiencia. A diferencia de la imagen más característica de las habitaciones de las residencias en España, dotadas de armario ropero, a veces mesa escritorio, sillón, a menudo TV y en ocasiones nevera, las habitaciones del Hogar 13 de Marzo, al igual que en general todas las estancias del centro, cuentan con un mobiliario muy escaso y sencillo. Por lo general, los muebles existentes son propiedad del anciano porque la residencia no cuenta con recursos económicos suficientes como para dotar de los mismos a todas las habitaciones, y por ello podemos encontrar una gran variación entre los muebles de unas y otras estancias. No obstante, aunque algunas disponen de mesa y de otros enseres que los residentes han trasladado desde su domicilio anterior, la mayoría de ancianos almacena la ropa en estantes de madera colocados en la pared por la falta de armario. Tampoco hay electrodomésticos en ninguna de ellas y resulta llamativo que muchas de ellas carezcan de puerta o que en la mayor parte falten los cristales de las ventanas. La escasez de espacio en las habitaciones, compartidas por tres usuarios, contribuye igualmente a generar cierta sensación de hacinamiento, pero la limpieza diaria de las diferentes estancias y la imaginación y el ánimo de los trabajadores, tienden a compensar la evidente limitación de los recursos.

Un aspecto muy interesante es comprobar la relativa coincidencia de los motivos decorativos que figuran en las habitaciones del Hogar de Cuba (fotos de familiares, dibujos hechos por algún nieto, estampas o fotos de santos de la religión cristiana, aunque también de la religión Yoruba, algún jarrón con flores y muchas muestras de los trabajos realizados en los talleres de manualidades), respecto de los que encontramos en las habitaciones de los ancianos en la Residencia de España. Sin embargo, contrariamente a lo que sucede en nuestro país, en bastantes de las habitaciones de la planta superior del Hogar podía verse una mayor y más abundante presencia de libros de lo que suele encontrarse en las residencias públicas españolas. Tal vez la

inexistencia de biblioteca propia en el Hogar pueda ser la causa de que los libros permanezcan en las habitaciones, en vez de estar ubicados en un espacio común. Aún así, pude comprobar como muchos de los libros pertenecían a la Biblioteca del Liceo de Guanabacoa, institución que en los últimos años se ha convertido en un importante motor para la educación e instrucción de los más mayores.

B. Sala de Agudos y Gimnasio de Fisioterapia.

Junto a la zona de habitaciones se ubican la sala de Agudos y el Gimnasio de Rehabilitación y Fisioterapia (zonas B y B' en el plano). En la primera se ubican 4 camas que son ocupadas temporalmente por aquellos residentes que sufren un agravamiento en su estado de salud, pero que no requieren el traslado a un hospital para ser atendidos. Estas camas también se utilizan para aquellos ancianos que se encuentran en situación terminal (se prevé su muerte en un periodo corto de tiempo) o como tanatorio hasta que el cadáver sea trasladado. En esta sala también está ubicado el depósito de farmacia y de hierbas terapéuticas¹¹².

Por su parte, el Gimnasio es un espacio con 2 camillas y muy pocos recursos más para el desarrollo del trabajo de rehabilitación. Un aspecto chocante con respecto de las formas de trabajo y organización de la asistencia geriátrica en nuestro país, es que el gimnasio, al igual que ocurre con los servicios de enfermería y del médico, se dedica tanto a cubrir la asistencia de las personas residentes y semiinternas, como la de las personas del municipio que soliciten atención, incluso no ancianas. Así pues, la importante afluencia de usuarios que en ocasiones se produce, hace que los espacios destinados a

¹¹² En Cuba está prohibido el libre comercio y la producción y comercialización de los fármacos y el equipamiento médico no escapa a esta normativa. La escasez de recursos económicos, junto a los problemas para el comercio internacional relacionados con el bloqueo, hacen que la disposición de estos productos sea muy limitada, por lo que desde hace unos años, el gobierno lleva a cabo una campaña de recuperación de terapias naturales y fitosanitarias, estimulando el uso de sustancias naturales para el tratamiento de las enfermedades y conocida popularmente como '*medicina verde*'. En la consulta de enfermería del Hogar se ubica el depósito de estas sustancias, que surte también al consultorio médico de Guanabacoa. Resulta chocante ver como se almacenan los diferentes botes con hojas y raíces junto a fármacos modernos, conservados en su presentación original.

las consultas citadas aparenten ser más reducidos que el resto de instalaciones del centro. Sin embargo, salvo en el caso de la consulta de fisioterapia, cuyas profesionales hicieron referencia a la necesidad de ocupar otra sala más amplia, el resto de trabajadores que desempeñan su actividad en las estancias descritas no manifestó necesitar un local de mayores dimensiones.

C. Consultas de Enfermería y del Médico.

Las consultas de enfermería y la del médico ocupan una pequeña sala compartida, anexa a la sala de pacientes agudos, de no más de 30 m². En ellas, el personal de enfermería realiza tareas de control de la salud de los residentes, aunque gran parte de su actividad se desarrolla en las diferentes habitaciones. El médico, por su parte, no acude diariamente al centro, sino que pasa consulta 3 veces por semana y como se ha dicho, extiende su atención también a personas no residentes.

Al Hogar también acude diariamente una psicóloga y una responsable de las actividades culturales. Ambas suelen utilizar estas dos consultas para guardar sus materiales o realizar otras tareas cuando no están ocupadas por los profesionales de enfermería o por el médico, aunque su labor se suele desarrollar más a menudo de manera itinerante por todo el centro. Es especialmente destacable la labor de la responsable de actividades culturales, cuya coordinación tanto con el personal como con otras instituciones (incluidos centros de educación), permite el desarrollo de un amplio y variado programa de actividades que a menudo rompe con la usual monotonía de los centros de ancianos.

D. Taller Ocupacional.

El Taller Ocupacional se encuentra anexo a las consultas de enfermería y del médico y es una sala pequeña, de unos 20 m², donde se llevan a cabo los

talleres de manualidades, especialmente de pintura y de papel maché, así como otras actividades que pretenden llenar de tareas el día. Muchos de los trabajos que realizan los ancianos en el taller son regalados a las familias o a las instituciones del pueblo, pero con frecuencia son también destinados a la venta en los puestos que se ubican en los mercados y ferias de artesanía con ocasión de las fiestas populares o 'eventos'. Con el dinero obtenido de estas ventas, se sufragan algunos gastos del centro, se adquieren nuevos materiales para manualidades o se organizan otras actividades de ocio en el Hogar. De la coordinación de esta labor se encargan por una parte la responsable de actividades culturales del Hogar y por otra el Círculo de Abuelos de Guanabacoa, institución social que en el marco de actuaciones que le otorga el Programa Nacional de Atención al Adulto Mayor, facilita la realización de actividades conjuntas entre diferentes entidades y servicios destinados a las personas mayores de la localidad, y que además de optimizar el aprovechamiento de los recursos sociales existentes, facilita la obtención de recursos económicos, lo cual supone una estrategia muy beneficiosa para los ancianos.

Muchos de los objetivos que pretenden la integración de los ancianos del Hogar en la vida social del municipio, y que a la vez contribuyen a mantener activas a las personas mayores, se llevan a cabo a través de las actividades en este taller. La responsable de las actividades culturales del Hogar diseña un programa de actividades a desarrollar en el taller o en el entorno del Hogar y se encarga además de motivar y estimular la participación de los ancianos, mientras que por otra parte, diferentes instituciones municipales, pero especialmente el Círculo de Abuelos, remiten al Hogar a personas del municipio, incluso personas no ancianas, que participan en estas actividades de ocio y que, al margen de ocupar su tiempo vacío de actividades, contribuyen a la preparación de los objetos que serán presentados o vendidos en los sucesivos eventos o festividades. Además de la responsable de las actividades culturales, que vela por estimular la participación de la mayor cantidad de personas posible en las manualidades, también resulta clave la participación de una residente, Nivia Margarita,

pintora profesional todavía en activo, que colabora con esta trabajadora en la organización y dirección de los talleres y actividades.

E. Despacho de Administración.

El Hogar dispone de 2 despachos privados, uno utilizado como oficina para la administración del centro, y que gestionan los llamados '*gestores del gobierno*' y otro para uso personal del director. El despacho destinado a los gestores gubernamentales es una pequeña habitación donde se ubican 3 mesas en las que trabajan diariamente los delegados de la Administración del Estado. Estas personas se encargan de la fiscalización, gestión y administración de todos los asuntos económicos relacionados con el Hogar, pero también de la gestión administrativa y económica del Círculo de Abuelos de Guanabacoa y de otras instituciones del municipio¹¹³. Una habitación contigua a estas oficinas, y aun más reducida, es el despacho del director.

F. Sala de actividades.

La sala de actividades es un salón rectangular de unos 70 m². Esta sala constituye un espacio muy peculiar del centro, tanto por su estructura, que se encuentra ubicada en la entrada principal pero que se utiliza como sala de estar en lugar de recibidor, como por las actividades que en ella se realizan a lo largo del día. Como puede observarse en el plano, la sala está conformada sólo por 3 paredes, pues se han derribado las dos paredes posteriores, que dan a la zona ajardinada central con el fin de mejorar el acceso a la misma, y sólo se mantienen, además de la que da a la entrada principal, la que separa la propia sala del despacho de administración (sala E) y la que separa la sala del espacio destinado al comedor (zona G en el plano). La pared que constituye el

¹¹³ No pude llegar a comprender, durante el periodo de investigación, como se justificaba tanta actividad gestora y de administración que, al margen de la labor del director del centro, precisase del trabajo diario de tres personas.

acceso principal al Hogar, aunque no se ha derribado completamente también queda en la práctica abierta al exterior, pues el hueco que debería ocupar una gran puerta, solamente queda limitado por los marcos de la misma y una cortina que trata de limitar el paso de la excesiva luz del día en las horas de más sol.

A pesar de las modificaciones estructurales que se han hecho, principalmente para facilitar el acceso y movilidad de los ancianos dependientes, la presencia en la sala de este grupo de ancianos es muy escasa. Los dos escalones que se deben sortear para acceder a ella, y que evitan que se llene de agua cuando hay lluvia, suponen un importante inconveniente para que las personas que llevan carrito de ruedas, o que deambulan con dificultad, puedan entrar y salir sin problemas. No obstante, cuando alguna actividad destinada al conjunto de ancianos se realiza en este espacio, el personal acomoda a los ancianos con mayor grado de dependencia en la zona más próxima del jardín, de manera que puedan tener un fácil acceso visual y disfrutar de los actos que se estén desarrollando. Mejorar la visibilidad de lo que ocurre en el interior de la sala, fue precisamente el motivo por el que se decidió derribar la pared que da al jardín.

La Sala de Actividades es una sala multiusos, con sillas y mesas, que alberga la única TV del centro y en la que se desarrolla un sinfín de actividades. Es principalmente la sala de TV, pero también es la sala de estar, sala de juegos (dominó), sala de juntas del Consejo de Ancianos, sala de visitas para los familiares, y también se convierte en improvisado gimnasio, en ampliación auxiliar del comedor e incluso en sala de aseo (la sempiterna peluquería), durante los días de lluvia.

A la sala se anexa otro pequeño espacio, separado de la primera por una cortina, que se utiliza como comedor privado para el personal del centro, aunque fuera de los horarios destinados a este menester, la cortina suele estar plegada y el espacio también se utiliza para múltiples usos. Esta sala de actividades, al estar abierta al jardín y no tener puerta, recibe luz natural y está bien iluminada y ventilada durante todo el día, aunque resulta demasiado

calurosa por las tardes durante muchos meses del año, al igual que escasamente iluminada cuando empieza a declinar la luz del día.

En cualquier caso, la sala es, junto al jardín interior, la zona más concurrida del Hogar a lo largo de todo el día, tanto por los ancianos residentes internos como por los externos. En ella se juegan animadas partidas de dominó (juego muy popular en el centro), se ve la TV, se charla (y se discute) y se congrega a las visitas de músicos, jóvenes u otros grupos del pueblo que organizan actividades de ocio para los mayores. Las actividades en la sala son muy variadas a lo largo de los días, pero quizás con excepción de la música en directo, ningún otro acontecimiento reúne a más gente de manera simultánea que la emisión de *'la novela'*. La novela (telenovela), que se emite diariamente a las 19.30 h. por la única cadena de televisión del país, es el momento más esperado del día para el numeroso grupo de ancianos que se congregan en esta sala, generando interesantes debates y posicionamientos tras la emisión de cada capítulo. Esta fidelidad en el seguimiento de la novela no es exclusiva de las personas mayores ingresadas en el Hogar 13 de Marzo, sino que desde hace años, las telenovelas (especialmente venezolanas) son todo un fenómeno social de enorme difusión y arraigo entre la población cubana.

Seguramente la actividad e interacción de los ancianos en la sala es, en síntesis, muy similar a la que podemos observar en cualquier sala de estar de una residencia en España, sin embargo, los cubanos son más discutidores, más habladores, más extrovertidos. Quizás sea este el motivo por el que esta sala parece ser un poco más vital que las salas de estar de las residencias de nuestro país.

G. Comedor.

El comedor está situado junto a la sala de actividades y anexo a la cocina. Es una gran sala sin puertas, abierta al jardín interior, en la que se han ubicado dos grandes mesas de tableros de madera con sus

correspondientes filas de bancos, y seis mesas independientes, de 4 plazas, algunas con sillas y otras no para que se sitúen las personas con silla de ruedas. La mayoría de personas que tienen buena movilidad ocupan las plazas disponibles en las bancadas que rodean las mesas largas, mientras que los espacios independientes se reservan para las personas que van en silla de ruedas (aunque no todos los que la precisan disponen de ella). El personal del centro (director, enfermeras, trabajadora social, psicóloga y esporádicamente el médico), dispone de un espacio independiente para comer en la sala destinada a actividades de ocio y multiusos, mientras que las cocineras comen habitualmente en la cocina.

Me pareció que esta disposición de las mesas con bancadas suponía una dificultad añadida para las personas mayores, pues cuando un residente ha terminado su comida, suele tener que esperar a que el resto de personas que comparten banco con él se levante para poder salir (aunque puede fomentar la conversación de sobremesa). Igualmente, reconocer la ubicación precisa en una mesa alargada, resulta más difícil para una persona mayor que hacerlo en una mesa cuadrada, en la que puede reconocerse más fácilmente el lateral asignado; todo ello dificultaba el control de la dieta (que cada anciano tome su plato con los alimentos recomendados y no el del compañero) o de la medicación que suele acompañar a los alimentos y requería una mayor vigilancia. No obstante, la constante presencia y atención del personal en el momento de la comida, así como la escasez de medicación (infinitamente más escasa que en nuestro país) hacía que no se produjesen demasiados errores.

Debido a la imposibilidad de que el comedor albergue simultáneamente a todos los ancianos que realizan su comida en el centro, las tres comidas que se sirven diariamente en el Hogar se reparten en dos turnos, siendo el primero para los semiinternos y el segundo para los residentes. Aunque el menú es común para todos y, con excepción de las particularidades relacionadas con los problemas de salud, no hay diferencias entre la dieta de los ancianos internos y los semiinternos, sí que observé que las raciones de los primeros parecían ser más abundantes (probablemente porque pagaban su comida en

metálico directamente al centro, mientras que a los internos se les descuenta el precio de su pensión de jubilación o viudedad).

El horario del inicio de las comidas es bastante flexible, con un margen a veces muy significativo sobre la hora teóricamente prevista, y por lo general, con un tiempo destinado a la misma relativamente corto, ya que en media hora habían terminado de comer la mayoría de ancianos semiinternos. El tiempo que utilizaban los ancianos internos era algo superior porque muchos de ellos necesitaban ayuda para comer, pero tampoco demasiado extenso. Aunque se mantienen los menús terapéuticos y las restricciones de alimentos para algunas personas, la dieta es en general muy poco variada a lo largo de los días: leche, fruta y galletas para desayunar; ‘*congrí*’ (arroz con habichuelas o frijoles) y un trozo de pollo, fiambre o carne de cerdo, o pescado (este menos frecuentemente) para la comida; y arroz o maíz y alguna cortada de fiambre de cerdo para cenar, aunque la gran mayoría de ancianos (generalmente los ancianos enfermos), tomaban solamente leche y galletas también para cenar. Llama la atención la escasez de verduras frescas en la dieta habitual. Los ‘*extras*’ en las dietas son muy poco frecuentes. Alguna sopa un poco más elaborada, algo más de carne, ‘*papas*’ (patatas) y algún dulce en ocasiones excepcionales. Curiosamente, mientras que los aspectos relacionados con la restauración son uno de los temas que más quejas suelen recibir en las residencias Españolas (Portal de Mayores, noviembre 2007), y en general en todos los centros de internado (hospitales, colegios...), resulta paradójico observar como en Cuba, aun considerando la escasez y monotonía de la dieta, la gran mayoría de los ancianos opinaba que eso no le molestaba y que creían que se comía muy bien, a menudo mejor que en casa. Seguramente la falta de alimentos, uno de los problemas endémicos de Cuba, haga que residir en el Hogar, donde se tiene la garantía de que todos los días habrá algo para comer, suponga una especie de ‘*abundancia en medio de la escasez*’, que determina la satisfacción.

H. Cocina y almacén de alimentos.

La cocina y su almacén ocupan aproximadamente 75-80 m². En ella se ubican cuatro fogones de grandes dimensiones, bancos de cocina y 4 frigoríficos del tamaño habitual de los domicilios (no industriales), uno de los cuales es de gas. Hay además una cafetera 'de calcetín' de enormes dimensiones, que puede preparar alrededor de 2 litros de café. En esta cocina, en la que trabajan simultáneamente cuatro personas (una cocinera y tres ayudantes) se preparan diariamente las tres comidas que se ofrecen a lo largo del día: desayuno, almuerzo y cena, aunque en ocasiones también se organizan y preparan comidas para algún evento que, organizado por el Círculo de Abuelos, se lleva a cabo en el Hogar.

Los alimentos son llevados al centro directamente por camiones dependientes del Estado. El equivalente a la suma de las partidas de alimentos incluídas en cada una de las cartillas de racionamiento de los diferentes residentes del centro, son depositados semanalmente en el centro. Junto a esta cantidad de alimentos, se incluye también una partida alimentaria destinada a los ancianos semiinternos, que semanalmente se calcula en función del número de solicitudes cursadas. Las cocineras son las responsables de hacer durar estos alimentos hasta la siguiente entrega, lo que en ocasiones resulta muy complicado, como refiere una de las responsables de la cocina del Hogar:

No vaya a pensar que acá fue todo tan fácil. Llegar el camión y ya. Pues no, ya estos años la canasta viene siendo más abundante y podemos manejarnos mejor, pero tuvimos tremenda dificultad. Ni tan siquiera el arroz llegaba para todos y ni se sabía como hacer una comida con lo que nos mandaban. Ahora tú puedes cambiar y un día se hace una cosa y otro otra, pero antes era siempre lo mismo y poco.

Carmen María. Cocinera

Probablemente las instalaciones de la cocina tampoco superarían los controles de calidad establecidos por la legislación española sobre seguridad e higiene alimentaria. Sin embargo, durante el periodo de estudio, a pesar de que las infecciones intestinales son todavía un problema frecuente entre la población cubana, no tuve notificación de ningún proceso intestinal relacionado con la alimentación.

I. Jardín Interior.

El jardín interior es el tramo de terreno conformado por el espacio que limitan los tres bloques construidos y al que encaran las fachadas de cada uno de ellos. Está circundado por una porchada sobre la acera que rodea a los citados edificios (señalada como “m” en el plano), bajo la que se ubica a los ancianos en las horas de mayor sol, cuando no se les lleva a la habitación y es, junto a la sala multiusos, el otro espacio que congrega a la mayoría de la población residente durante el día, pues el clima de la isla permite que la vida diaria transcurra en el exterior de las habitaciones durante todo el año. La fotografía de un momento inespecífico del día en el Hogar (si hubiese permiso para hacerla¹¹⁴), recogería sin duda la actividad en el jardín. En esa foto imaginaria, podríamos ver a un buen número de personas ancianas sentadas en la zona central del jardín generando en el observador la sensación de estar demasiado apretadas para el gran espacio disponible. Están repartidas en sillas, bancos de madera y antiguas sillas de ruedas, mientras las cuidadoras, también muy numerosas, casi todas vestidas de blanco pero bajo cuyas batas asoman vestidos de múltiples colores, se dedican a las tareas de higiene, aseo y afeitado de los ancianos discapacitados, o a otras actividades de carácter más lúdico, como el baile, la gimnasia o simplemente la charla y la contemplación del paso de las horas. Las conversaciones suenan de fondo casi constantemente, mientras el sol de la mañana provoca un brillo intenso

¹¹⁴ En el centro no está permitido hacer fotografías. No obstante, se han podido recoger un escaso número de imágenes propiedad del director del Hogar, que muestran aspectos muy parciales y hábilmente “maquillados” para la foto.

en las cabezas y en las ropas de los ancianos, generando la extraña sensación de que el tiempo se va a parar para siempre.

El jardín interior se abre por un lateral al terreno ajardinado que rodea todo el perímetro del Hogar y que, en su mayor parte, está cultivado con flores y otras plantas, y donde crece una gran variedad de vegetación y algunos árboles frutales (en especial mangos), cuyos frutos son a menudo cogidos por los ancianos. También posee una zona de bosque y una pequeña huerta donde algunos residentes y gente del pueblo realizan sencillas labores de agricultura que, a modo de taller ocupacional, está desarrollado por los jóvenes del pueblo y cuyos productos se consumen en el propio Hogar.

Precisamente el cuidado del jardín, es otro claro ejemplo de cómo en Cuba se fomentan las relaciones intergeneracionales, aspecto especialmente potenciado desde los programas y políticas de atención a los adultos mayores. Mientras los jóvenes del municipio son los encargados de la limpieza, cultivo y mantenimiento del jardín, algunos ancianos se dedican a enseñarles a realizar manualidades de papel maché u otras pequeñas piezas de artesanía. Esta actividad compartida, permite a los jóvenes obtener un dinero extra con la venta de estas manualidades a los turistas, a la vez que beneficia a los ancianos al mantener su entorno ajardinado, amén de los beneficios sobre su autoestima, al mantenerlos activos otorgándoles responsabilidades y compromisos.

Entre las personas mayores '*válidas*' del centro, el hecho de participar en este tipo de tareas es un importante motivo de orgullo. La expresión "*yo soy anciano activo*", para hacer referencia a que se realiza alguna actividad que contribuye a mantener un buen estado de salud y la preocupación personal por las relaciones sociales, el desarrollo propio y el mantenimiento del Hogar y del país, se escucha con frecuencia entre muchos mayores y se fomenta desde todas las instituciones y programas que tienen relación con la atención a los mayores.

Alrededor de jardín, hay un vallado irregular que pretende separar el terreno ajardinado que se sitúa en el perímetro del edificio, de la zona que lo

circunda, una amplia franja boscosa tras la que se ubica un pequeño polígono industrial. Sin embargo, entre ambas zonas no se percibe una diferencia notable, pues la falta de continuidad del vallado, junto a la abundante vegetación y la agreste orografía del terreno, hacen que en muchos tramos, la zona ajardinada de la residencia no presente un límite claro con su entorno exterior.

En la zona posterior del edificio, detrás de las dependencias que se instalan en los tres bloques que acabamos de describir, se ha construido un cuarto bloque, de alrededor de 250 m² y de una sola planta, en el que se han ubicado un taller, un almacén y la lavandería.

J. Taller.

El Taller es una nave que, en condiciones muy precarias, dispone de herramientas para la construcción, carpintería, jardinería, reparación de vehículos, electricidad y otras múltiples tareas de mantenimiento. En él trabajan de manera presencial dos personas, aunque la plantilla de trabajadores vinculados a este servicio es superior (hasta seis operarios), que además de en el centro, desarrollan sus labores en las casas de los ancianos del pueblo coordinados por el Círculo de Abuelos. No obstante, también es habitual la presencia de gente del pueblo que acude a hacer pequeñas reparaciones en sus vehículos o enseres domésticos personales.

K. Almacén.

El almacén es una dependencia donde se acumulan, por una parte, los enseres de uso común en el Hogar, como toallas, ropa de cama, material para la cocina, jabón y útiles de limpieza personal y del centro, y por otro, gran cantidad de muebles y otros objetos que se han ido retirando o que aún no han sido ubicados en las habitaciones y demás dependencias. A esta sala se

puede acceder por la entrada en su parte frontal, que siempre está cerrada, o desde la lavandería, que es la sala contigua.

L. Lavandería.

La lavandería ocupa un espacio aproximado de unos 150 m². La sala, en la que trabajan 9 personas por turnos, dispone de 6 lavadoras y dos planchadoras industriales, además de 3 pilas de grandes dimensiones para lavar a mano. Esta actividad es bastante frecuente debido a que a los habituales apagones y cortes de luz, se suman las frecuentes averías de las ya viejas máquinas de lavar, como nos comenta Mariela, una trabajadora de este servicio:

No más entramos, la primera mirada va para las máquinas. Yo casi les hablo como si fuesen mis niños, porque el día que alguna lavadora dice “no voy”, ya una no puede parar en todo el día. Y además no se rompen de una en una, que parece que se pusieran siempre de acuerdo. A veces se escucha “ya se rompió” y si hay suerte por uno o dos días podrá estar de nuevo en marcha. Pero a veces se alarga muchos días más. Y tremenda pila de ropa se forma.

Mariela García. Lavandería

Estas antiguas lavadoras industriales, procedentes de la extinta URSS, requieren reparaciones cada vez más frecuentes y difíciles de realizar, no sólo por su antigüedad, sino sobre todo por la inexistencia de repuestos. Por otra parte, el servicio de lavandería, además de la atención a las personas residentes, también cubre las necesidades de aquellos ancianos que viven en su domicilio y que están acogidos al programa de “*Planchado, lavado y limpieza*”, una de las alternativas asistenciales que establece el Programa de

Atención al Adulto Mayor, por lo que la presión de trabajo en esta dependencia suele ser muy alta.

El personal encargado de la lavandería también realiza las tareas de costura y repaso de la ropa de los residentes y semiinternos, a la vez que son los responsables del almacenaje y control de todo el material necesario para la higiene del centro y de los ancianos, que se guarda en el almacén adjunto al que nos hemos referido anteriormente y al que se accede desde la propia lavandería. Debido a la existencia de estos materiales, y a su alto valor relativo por la escasez y carestía de los mismos, el acceso a la lavandería suele estar muy vigilado. Como en la mayor parte de las instituciones cubanas, el personal que tiene acceso a materiales considerados caros o difíciles de conseguir (como el que estamos refiriendo), suele ser objeto de un estricto control al salir de su puesto de trabajo, tarea que se llevaba a cabo diariamente por dos militares.

No obstante esta vigilancia, como el personal que trabaja en el centro no dispone de sala para estar propia, ni vestuario, ni duchas o lavabos independientes, y como la lavandería es una zona bastante separada de los espacios que frecuentan los ancianos, la sala se convierte con frecuencia en sala del personal y está muy concurrida a primera hora de la mañana, cuando empieza la jornada. Allí, alrededor de una de las grandes mesas que se usan como bancos de trabajo, los trabajadores suelen compartir una taza de café o algo de fruta (mangos), que a menudo toman de los árboles del jardín. También allí se encuentra el lavabo más utilizado por el personal, y es el lugar elegido para cambiarse de ropa (que a menudo lavan también allí), aunque en Cuba es costumbre acudir al lugar de trabajo con la ropa laboral puesta desde casa.

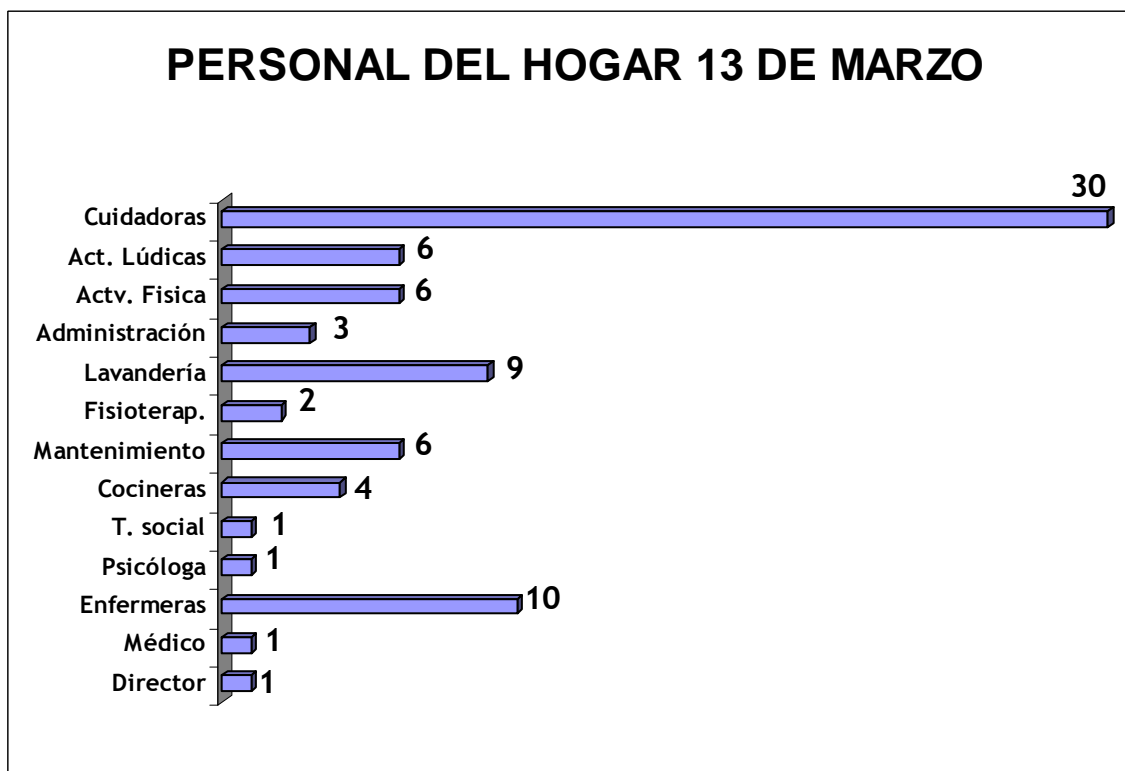
▪ *EL PERSONAL DEL CENTRO*

La plantilla del Hogar 13 de Marzo esta formada por 80 trabajadores. De ellos, algunos desarrollan parte de su jornada de trabajo fuera del Hogar,

acudiendo a los domicilios de los ancianos atendidos por los programas de Ayuda Domiciliaria, en coordinación y colaboración con otros profesionales que trabajan en la zona. Llama la atención la importante cantidad de trabajadores con que cuenta el centro si se compara con los números que al respecto suelen establecerse en España. Si las ratios en nuestro país son, para residencias de válidos, de un trabajador de atención directa por cada 4 residentes (Decreto 91/2002, de la Generalitat Valenciana sobre Acreditación de Centros Sociosanitarios), en el Hogar 13 de Marzo queda establecida una ratio del doble: 1 trabajador por cada 2 usuarios (computando tanto a residentes como a semiinternos y tras descontar los 3 administradores y el director). Curiosamente, si analizamos los criterios para centros de personas asistidas, que en España establecen una ratio mínima de 2 auxiliares de enfermería para cada 9 usuarios (0,22), en el Hogar de Cuba la ratio es paradójicamente algo menor: 2 auxiliares para cada 10 (0.2). Sin embargo, debe tenerse en cuenta que este Hogar no es exclusivamente para ancianos asistidos y cuenta con un elevado número de ancianos válidos. Con esta premisa, y si se computa solamente a los ancianos internos, entre los que además se encuentra el mayor porcentaje de personas asistidas, la ratio asciende a 2 auxiliares para cada 7 (0,29). No obstante estos datos, que parecen mostrar unas ratios de trabajadores/usuarios superiores a las de nuestro entorno, la realidad es que la amplia cobertura de tareas y población que realizan los trabajadores cubanos de los Hogares de ancianos, que atienden también a personas semiinternas y domiciliadas, obligándoles a desplazarse fuera del centro, hace que en muchas ocasiones estas ratios resulten en realidad insuficientes.

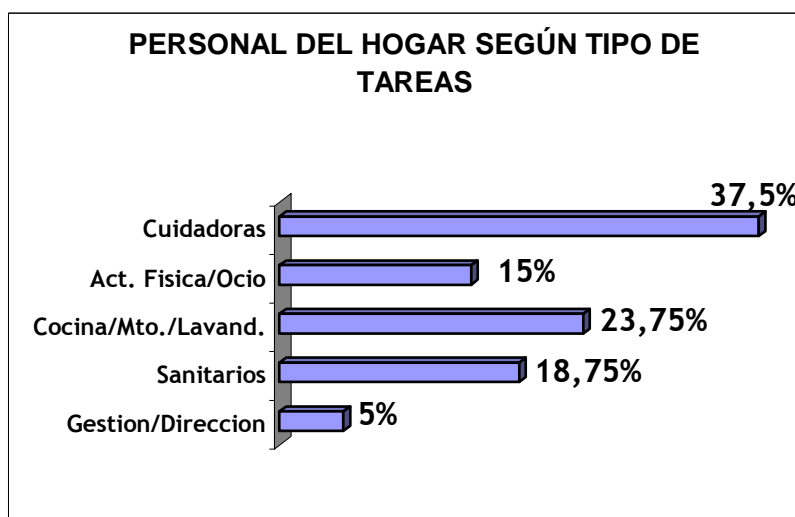
Los gráficos siguientes (Gráfico 9.3 y Gráfico 9.4) refieren el tipo y número de trabajadores del Hogar. El primero de ellos refleja el número total de trabajadores del Hogar, mientras que el Gráfico 9.4 recoge, de manera porcentual, la distribución de los trabajadores agrupados por el tipo de actividad que desempeñan.

GRÁFICO 9.3: HOGAR 13 DE MARZO. PERSONAL QUE TRABAJA EN EL CENTRO.



Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 9.4: HOGAR 13 DE MARZO. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL PERSONAL DEL CENTRO AGRUPADO POR TIPO DE TRABAJO.



Fuente: Elaboración propia

Como puede verse en este segundo gráfico, la mayor parte de los trabajadores corresponden al grupo de las Cuidadoras (37,5 %). Este dato no es demasiado trascendente en este tipo de centros asistenciales, pues resulta similar al de otros centros de iguales características, también en nuestro país. Pero si acumulamos todo el personal que desarrolla actividades de atención directa a los ancianos (cuidadoras, sanitarios, y actividades físicas y de ocio), observamos que este porcentaje asciende al 80%, valor que resulta superior a lo que suele existir en España.

La organización particular de las sesiones de trabajo de los profesionales del centro es muy diferente entre sí, de manera que los horarios de entrada y salida, así como la duración de los turnos de trabajo, no son iguales para los distintos grupos de trabajadores. La mayoría de ellos inician su jornada laboral a las 7 de la mañana y en general, todos desarrollan su trabajo en jornadas de 8 horas, salvo el personal de enfermería que tiene establecidos turnos de 12 horas, desde las 7 de la mañana hasta las 7 de la tarde, momento en que se incorpora el personal que va a cubrir el turno de noche hasta nuevamente las 7 de la mañana. La responsable de actividades culturales, y también el personal de cocina y los responsables de las tareas en domicilios, tienen un horario diferenciado en turnos de mañanas y de tardes. Esto hace que de manera frecuente a lo largo del día, pueda observarse a trabajadores que se van o se incorporan a su puesto de trabajo. La mayoría de personal realiza su jornada en horario de mañanas o tardes, y sólo 2 enfermeras y 7 ó 5 cuidadoras, según desempeñen su trabajo en período de entre la semana o de fin de semana, realizan jornadas nocturnas. 12 trabajadores del centro (el director, el médico, 3 enfermeras, 1 responsable de mantenimiento y 6 cuidadoras) están sujetos a lo que ellos denominan '*horario de consagración*', que supone la obligación de acudir al trabajo siempre que sean requeridos.

No obstante la aparente rígida y coherente organización laboral de turnos y horarios, las jornadas de trabajo en Cuba tienen en realidad un planteamiento muy laxo y relativamente caótico. El trasiego de trabajadores entrando y saliendo del centro, tanto a las horas teóricamente previstas para

el inicio o la finalización de la jornada laboral, como en otros momentos a lo largo del día, así como las injustificadas ausencias de algunos de ellos durante largos períodos de tiempo, son relativamente frecuentes. Los motivos de la ausencia, o en ocasiones de la excesiva presencia de trabajadores en el centro, eran muy variados. Respecto de los incumplimientos sobre los horarios de entrada, los problemas de transporte de la isla justifican ciertamente los retrasos a la hora de incorporarse al puesto de trabajo, aunque la cercanía al centro de todos los trabajadores, que son vecinos del municipio, evita en gran medida esta dificultad. También es habitual mantener una gran flexibilidad para modificar el turno de trabajo, cambiándolo de la mañana a la tarde, así como la duración de las jornadas, que en unas ocasiones se acortan para ser compensadas en otras, o que la necesidad de realizar las tareas fuera del Hogar dificulte la programación de los trabajos a realizar. Esto provoca que no se cumplan siempre las ratios de trabajador/residente inicialmente establecidas. En definitiva, por estos y otros motivos, no es habitual que todos los días se puedan cubrir todas las tareas programadas para atender los distintos programas que lleva a cabo el Hogar, como explica el Director del mismo:

En el Hogar siempre hay quien está al cuidado de las personas mayores, la atención queda cubierta para las 24 horas y nunca faltó quien quisiera acercar una mano. Tenemos compañeros con consagración, tenemos compañeros voluntarios, tenemos estudiantes y tenemos compañeros que vienen de otros centros para apoyar los programas nuevos... El buen trato es fundamental, nunca nadie puso una queja contra ningún compañero cuidador y por eso este centro es de referencia para el desarrollo de los programas que luego se llevan a otros centros. También somos sede del Estudio de Centenarios y tenemos por abrir acá mismo una delegación de la Universidad del Adulto Mayor.

El principal problema es que muchos de los compañeros trabajan en los servicios externos del Hogar, ya

usted conoció de los Programas de Lavado y Planchado y otros que acá se pusieron en marcha, como los Cuidadores Diurnos, y a veces falta personal para cubrir todas las cargas que se producen.

Joaquín Cutiño. Director

El Hogar 13 de Marzo, reúne a un colectivo muy numeroso de personas mayores en un centro con escasos recursos estructurales e importantes déficits económicos, materiales y sanitarios, pero que en cambio cuenta con una amplia red de recursos comunitarios y solidarios, lo que contribuye a paliar la escasez de los anteriores. La escasez de recursos en el Hogar no es un dato relevante si se tiene en cuenta la situación que al respecto presenta el resto del país. Pero sí llama la atención la sensación de suficiencia en cuanto a los recursos alimentarios en el Hogar cuando se compara con el mismo parámetro en los domicilios particulares, donde la necesidad de ajustarse a la *'canasta alimentaria'* produce una notable situación de privación que los ancianos no padecen desde el momento que ingresan en el Hogar. Podríamos decir que en el Hogar se vive una especie de *'escasez en la abundancia'* que no se da en el resto del país. Por otra parte, la actitud personal de los trabajadores y de gran parte de los ancianos, que se sienten vinculados al centro, no sólo entendiéndolo como su lugar de residencia, sino vinculándose a él como parte fundamental del buen funcionamiento del mismo, hace que la vida diaria se desenvuelva con mayor grado de actividad y, probablemente, de satisfacción, que en otros centros residenciales. La mayoría de ancianos sienten (o se les ha hecho sentir) que su permanencia en el centro no debe limitarse a disfrutar de los servicios que se ofertan, sino que, en la medida que sus capacidades físicas y psicológicas se lo permiten, muestran un deseo personal de participación y contribución en las actividades que se desarrollan diariamente en el Hogar. También entre los vecinos de la localidad se percibe este sentir, pues gran parte de colectivos y personas del municipio colaboran y participan altruístamente en aquellas actividades que se desarrollan en el Hogar o que tienen alguna relación con el mismo,

circunstancias que, ni por parte de los residentes, ni por parte de la comunidad local, parece darse habitualmente en España.

SEGUNDA PARTE:

TRABAJO DE CAMPO

CAPÍTULO 10: RESIDENCIA DE TERCERA EDAD DE BENETUSSER (VALENCIA-ESPAÑA)

En las páginas siguientes, vamos a recopilar toda la información recogida durante el trabajo etnográfico realizado en la Residencia de Benetusser —al igual que se hará posteriormente con los datos recogidos en el Hogar de Guanabacoa—. Abordaremos los diferentes determinantes en los que en nuestro estudio hemos basado la satisfacción y calidad de vida de los residentes: salud percibida, habilidades funcionales, valoración del entorno, espacio relacional, ocupación del tiempo y satisfacción con la vida, y sentaremos las bases sobre las que en un capítulo posterior estableceremos la comparación de los resultados obtenidos.

Mostraremos los datos relativos a las enfermedades que padecen los mayores y cómo éstas afectan a la percepción personal que tienen sobre su propio estado de salud. También se mostrará el índice de consumo farmacológico, el número de visitas médicas y el grado de percepción del dolor, como elementos que influyen de manera directa en la satisfacción con el estado de salud y por tanto en la calidad de vida. En segundo lugar, se analizará el nivel de independencia para la realización de las actividades de la vida diaria que presentan los residentes, análisis que se ha llevado a cabo mediante la cumplimentación de una serie de cuestionarios estandarizados que permiten reconocer sus *'habilidades funcionales'* y que son frecuentes en el ámbito geriátrico y gerontológico. La medición de la satisfacción de los mayores con el centro donde residen y también con el entorno donde éste se ubica será el siguiente paso. El recuento de los aspectos materiales y estructurales de la Residencia, así como la satisfacción que hallan los ancianos con su vida en el centro respecto de las características con que éste cuenta, son los puntos que se desarrollarán en este apartado, pero también se analizará la opinión que les merece el pueblo de Benetusser y los recursos

comunitarios. Posteriormente analizamos el '*espacio relacional*', computando el número y tipo de relaciones que llevan a cabo los residentes, diferenciando entre relaciones de carácter más íntimo, con su familia y personas más allegadas, y relaciones de carácter más social con el resto de individuos con quien se relacionan a menudo. El análisis de este espacio relacional se aborda también, como para el resto de determinantes, desde una perspectiva cualitativa que nos permitirá obtener información básica sobre la importancia que los residentes otorgan a estas relaciones y el grado de satisfacción que les aportan. Las relaciones sociales nos llevan directamente a la valoración sobre el uso del tiempo y la realización de actividades. Los ancianos cuentan con una gran cantidad de tiempo vacío de actividades que deben llenar para poder dotar de sentido su día a día. En el siguiente apartado se mostrará en qué actividades ocupan su tiempo y qué nivel de satisfacción obtienen mediante esas actividades. Finalmente, la satisfacción con la vida será el último determinante de la calidad de vida analizado. Mediante una escala que pretende cuantificar el nivel de satisfacción con la vida de los residentes, se tratará de obtener datos con los que establecer el nivel de satisfacción a la vez que se relaciona esa información con la obtenida mediante el trabajo etnográfico.

▪ **SALUD PERCIBIDA**

La salud es uno de los determinantes de la calidad de vida más frecuentemente reflejados en todos los estudios que sobre los aspectos subjetivos de la misma se han realizado. El establecimiento de una serie de criterios que permita desarrollar su análisis cualitativo, frente a los aspectos cuantitativos, más habitualmente evaluados, puede ayudar a conocer el nivel de influencia que esta variable imprime en la calidad de vida. Como se ha referido en el capítulo sobre la metodología de estudio y en la introducción de este mismo apartado, para valorar la salud de las personas mayores hemos decido combinar 4 parámetros recogidos desde una perspectiva cuantitativa: (1) el recuento de las enfermedades registradas en la Historia Clínica del

Residente, (2) el número de visitas médicas que mensualmente realiza, (3) el consumo de fármacos y (4) la existencia o ausencia de dolor. Junto a esos determinantes cuantitativos, se incluye un quinto elemento de análisis, la percepción cualitativa que el residente tiene de su propio estado de salud, valorada mediante una entrevista personal y por medio de la observación participante. Esta combinación permite obtener una visión mucho más amplia del parámetro que hemos denominado *salud percibida*. La integración de ambas formas de medida, no sólo abarca un mayor espectro de la valoración del estado de salud que entre las personas mayores resulta especialmente cambiante y muy ligado a las circunstancias y adaptaciones personales y sociales de cada individuo, sino que permite además valorar la salud como la existencia de un equilibrio armónico, dinámico, físico y psíquico que lleve a una sensación de bienestar, aspecto que sólo puede ser analizado desde una mirada personal y subjetiva¹¹⁵.

La dimensión Salud Percibida analizada en este estudio, permite por tanto conocer la existencia de enfermedades crónicas y/o invalidantes, las quejas o dolores establecidos de manera permanente y las veces que precisa de atención médica, a la vez que hace referencia a cómo siente el anciano su estado de salud general, su vitalidad y su disposición para afrontar la vida¹¹⁶.

Para recoger la información relativa al número y tipo de enfermedades más frecuentes entre los residentes se consultó el informe de salud personal de cada uno de ellos. Dado que la Residencia de Benetusser no cuenta con

¹¹⁵ Además de las sensaciones relacionadas con la existencia de enfermedades, la percepción de la salud va a depender de la capacidad vital para el afrontamiento de las mismas y de la experiencia vital y recursos de adaptación (especialmente de carácter social) de que se disponga. Estas múltiples y tan variadas circunstancias, hacen que las formas de entender y valorar la salud por las personas sean tan dispares. Es frecuente observar cómo un anciano que se desplaza con dificultad, tras haber ingerido una estricta “*dieta hiposódica*” para controlar un problema de salud, y gran cantidad de fármacos, manifieste que su salud no es mala porque tiene todo lo que necesita una persona de su edad y sus hijos están bien y vienen a verle de vez en cuando. Paradójicamente ocurre también que, una persona que presenta un buen estado general, se queje de su salud porque no puede comer lo que quiere o porque el médico no le hace todo el caso que él desearía.

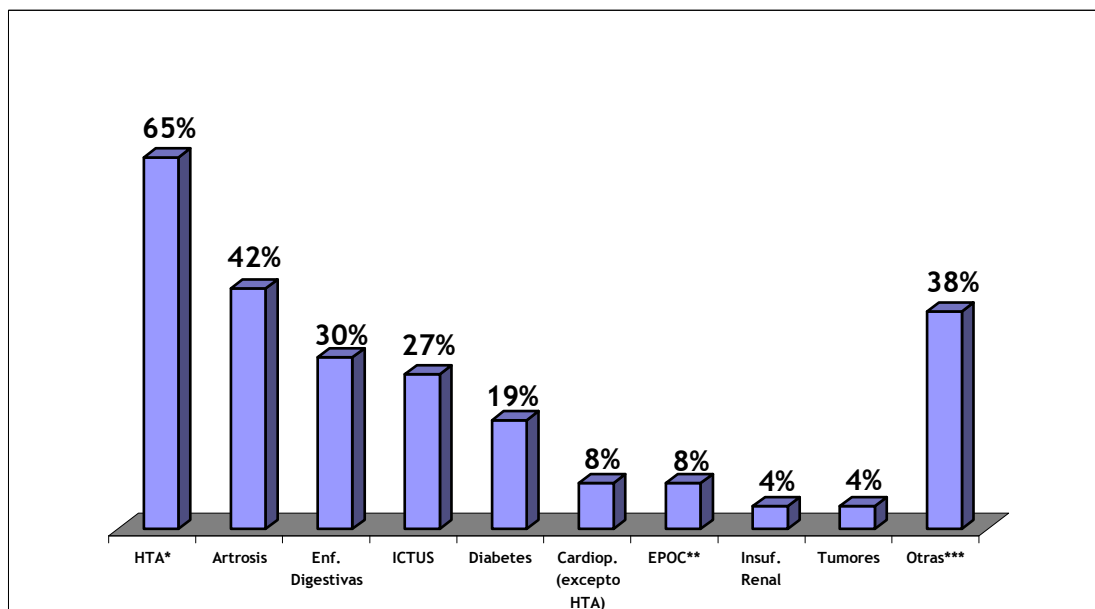
¹¹⁶ Hay que tener en cuenta también, que estas circunstancias nombradas, además de modelar un determinado sentimiento y percepción de la propia salud, conllevan la adaptación del estilo de vida al obligar a la persona a someterse a diferentes revisiones clínicas, a consumir determinados fármacos (que a su vez implicarán la disposición a sufrir determinados efectos secundarios), a mantener restricciones sobre algunos alimentos, o a realizar “obligatoriamente” ciertas actividades terapéuticas, así como a evitar otras que puedan interferir en el control de su problema primario de salud.

personal sanitario, y que las visitas médicas que puedan precisar los ancianos se llevan a cabo en el Centro de Atención Primaria (CAP) y por personal ajeno a la Residencia, el citado informe sólo hace referencia a la situación de salud del residente en la fecha del ingreso al centro, en la mayoría de ocasiones muy anterior al actual período de estudio. Para mejorar la información, se decidió añadir a esos datos todas aquellas enfermedades o problemas de salud diagnosticados con posterioridad al momento del ingreso, de las que se podía tener una constancia fiel por medio de los informes que obraban en poder del centro o del propio anciano (Hoja de Asistencia en Servicios de Urgencia, Informes médicos, cartillas de visita periódica en médicos especialistas, etc.). También los medicamentos consumidos por el residente, que suelen guardar en la mesilla de noche o almacenados en una caja en el armario, orientan a menudo sobre el tipo de patologías que padece. El Gráfico 10.1 recoge toda la información referida a las enfermedades más frecuentes. Es importante destacar que, dada la escasa población del centro, hemos decidido incluir en este cómputo a los 26 ancianos residentes, circunstancia que no se mantuvo para el análisis de los datos cualitativos por medio de entrevistas en profundidad, y que se realizaron exclusivamente al grupo de 15 personas seleccionadas para el estudio.

A la vista de los resultados mostrados en el Gráfico 10.1, y comparando con los existentes para el conjunto de población española mayor de 65 años (INE/Salud, 2006), puede comprobarse que, en cuanto a datos cuantitativos se refiere, la salud de los residentes de este centro no es mala. La Tabla 10.1 recoge algunos de los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2006, donde se puede comprobar como el estado de salud de la población general, cuantificada según porcentaje de personas enfermas y distribuída por grupos de edad, es muy similar al de los residentes de Benetusser, quienes incluso presentan menores tasas de prevalencia para algunas patologías¹¹⁷.

¹¹⁷ El valor de la morbilidad (porcentaje de personas enfermas) se ha comparado con respecto a la población mayor distribuída a su vez en dos grupos de edad: de 65 a 74 años y mayores de 75. No se ha podido comparar con datos de población exclusivamente ‘no dependiente’, pues la información existente tiene carácter global. Sí existen datos referidos al número de personas dependientes frente a no dependientes de entre el total de la población, pero estos datos no muestran el estado de salud desagregado entre ambos grupos.

GRÁFICO 10.1: RESIDENCIA DE BENETUSSER: ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES, SEGÚN LA HISTORIA DE SALUD, ENTRE EL TOTAL DE ANCIANOS RESIDENTES.



HTA*: Hipertensión Arterial; EPOC**: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y otras enfermedades respiratorias crónicas.

Otras***: Otras enfds. respiratorias, cataratas, estreñimiento, problemas de la piel, varices, dolor espalda, incontinencia, hemorroides, ttnos. próstata, ttnos. tiroideos,...

Fuente: Elaboración propia. Se ha recogido información del total de residentes. La información procede directamente de los propios residentes.

TABLA 10.1: ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES ENTRE LA POBLACIÓN GENERAL Y ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES EN LOS RESIDENTES DE LA RESIDENCIA DE BENETUSSER.

POBLACIÓN GENERAL: ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES (%)						
	HTA	ARTROSIS	CARDIOPATÍAS	EPOC	DIABETES	TUMORES
65 - 74 AÑOS	47%	52%	10%	8%	17%	3,3%
75 Y MÁS	50%	57%	17%	11%	18,5%	2,3%
RTE. BENETUSSER	65%	42%	8%	8%	19%	4%

HTA: hipertensión arterial. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Fuente: ENS/2006 para los datos de la población general. Elaboración propia para los datos de la RTE. de Benetusser.

Como entre la población mayor no institucionalizada en residencias, la HTA y las enfermedades musculoesqueléticas (artrosis, reumatismo y osteoporosis) son las más frecuentes en la Residencia de Benetusser: hay un 65% de residentes hipertensos y un 42% de personas con artrosis u osteoporosis –mayoritariamente mujeres–. También el accidente vascular cerebral

(ICTUS), que alcanzaba a más del 27% de los residentes, es un trastorno frecuente, aunque debe matizarse que, dentro de la gran variedad de grados de dependencia que puede ocasionar el padecimiento de esta enfermedad, los residentes afectados tenían un nivel de secuelas muy reducido. A cierta distancia se presentan las enfermedades respiratorias crónicas (EPOC) y los trastornos digestivos, pero llama la atención en cambio, que el número de casos de Diabetes (19%) sea proporcionalmente mucho mayor en la Residencia que la tasa de casos que se produce entre la población general (8-10%). Sin embargo, debe tenerse en cuenta que al igual que la ligeramente mayor prevalencia de otras enfermedades en el centro con respecto a la población no institucionalizada, este dato puede estar motivado por el hecho de que la población de las residencias, aunque comparte muchas características con la población mayor que reside en sus domicilios, no es homogénea respecto de ésta precisamente en cuanto al estado de salud y padecimiento de enfermedades, ya que en el entorno residencial se aglutina una mayor proporción de personas con peor estado de salud, seguramente uno de los motivos fundamentales por los que no están residiendo en su propio domicilio.

En cualquier caso, a pesar del relativo buen estado de salud de los residentes, o al menos similar al de la gente de su edad, valorado mediante el recuento de sus enfermedades objetivables, el análisis de la salud desde el punto de vista subjetivo no refleja en absoluto la misma bonanza. La mayoría de los residentes manifiesta sentirse *'mal'* o *'muy mal'* y relatan prolijamente todas las enfermedades y síntomas que padecen a la menor ocasión disponible, así como también las lesiones sufridas y los fármacos u otros cuidados que precisan. Esta *'mala salud'* percibida, se sintetiza en un denominador común de la mayor parte de las entrevistas realizadas y que fue verbalizada como la sensación corporal de *'cansancio'*, acentuada todavía más en el caso de los ancianos que sufrían algún tipo de dolor de manera frecuente. Los siguientes fragmentos, correspondientes a dos mujeres residentes, de 74 y 83 años respectivamente, reflejan esta forma de percibir la *'salud en la vejez'*:

[1]. *Ya no tengo fuerzas, todo son dolores. Estoy desde navidad constipada, me han puesto dos cajas de antibióticos, pasan 4 ó 5 días y ya estoy otra vez constipada. Estoy por dejarme las pastillas porque hacerme no me hacen nada, mas que mal en el estómago y no me tengo que curar nunca.*

Mujer. 74 años

[2]. *Me canso mucho y los brazos me hacen mal. A veces cojo el bolso para venir a cenar o a comer y el bolso, que no lleva nada, me pesa mucho. Me duelen las piernas y la espalda y me canso mucho al caminar. Que quiere que le diga, si eso no es estar mala...*

Mujer. 83 años

La mayoría de los residentes perciben tener un estado de salud deteriorado y lo expresan significativamente, a pesar de que los datos cuantitativos no siempre permitan corroborarlo. Dado que en esta percepción influyen los aspectos psicológicos, el carácter y otros elementos sociales, como la propia situación de institucionalización, esta circunstancia da lugar a diferencias importantes entre el grado de salud referido, y hace que un mismo nivel de salud se perciba como positivo para unos, y como negativo para otros. Las siguientes verbalizaciones constituyen dos claros ejemplos de lo que queremos expresar, pues en ellas se refleja cómo una mujer y un hombre minimizan la afectación sufrida por sus problemas de salud en función de otros condicionantes vitales actuales:

[1]. *Yo sí que estoy sana, porque para mí, tener salud es estar bien, poder hacer mis cosas yo sola, que no me tengan que ayudar, que no me duela nada ¿sabe que quiero decir? Yo si no me duelen los huesos estoy bien, se puede decir que tengo salud. Pero claro,*

esto de la artrosis hay veces que me deja que no me puedo casi ni mover. Aunque así fuerte y de mucho dolor sólo son algunos días. Por eso yo le decía que sí, que creo que tengo salud, porque aparte de eso no me pasa nada malo.

Mujer. 73 años

[2]. Pues yo estoy bien. Hombre, cuando me operaron de la cadera y luego cuando ya me vi que me iba a quedar cojo pues, claro, eso no se lo deseo yo a nadie, y al principio uno se siente que ya ni es hombre ni nada, pero yo he tenido suerte. Yo, no se lo creerá, pero me veo bien porque tengo un sitio donde estar. Aquí me lo dan todo hecho y yo no tengo que preocuparme por nada. Cuando vivía con mi hermana, allí sí que era peor porque ella es muy mayor y a mí me sabía mal tener que pedirle las cosas, pero aquí... se lo digo de verdad que yo estoy mejor que nunca.

Varón. 69 años

En estas dos formas de referir el estado de salud, los protagonistas valoran positivamente una situación que probablemente no tendría esta percepción si se atendiese de manera exclusiva a los aspectos objetivos de la misma (existencia de enfermedades importantes y de síntomas invalidantes). Sin embargo, la situación actual, que suponemos ha aportado una serie de mejoras externas a la enfermedad que padecen los dos residentes entrevistados, condiciona positivamente su valoración. En cambio, el siguiente testimonio, al contrario que los dos fragmentos expuestos anteriormente, recoge la opinión de una mujer con una percepción muy negativa de su estado de salud, aunque la ausencia de signos evidentes de enfermedad (enfermedades diagnosticadas o síntomas, consumo de fármacos, etc.), deberían generar una percepción mucho más positiva, que sin embargo no se produce:

No se crea, que aunque usted me vea muy bien yo estoy muy mala. Aquí es que son todos mayores y los hay que casi no pueden caminar o que les tienen que ayudar a dar la comida. Pero donde yo estaba antes era de las más enfermas, no se crea, aunque aquí los hay que están peor que yo porque son muy mayores.

Mujer. 81 años

Quizás esta mala percepción de la salud sea una forma de manifestar y expresar algún grado de insatisfacción. A menudo ocurre así en las personas mayores. No es infrecuente que muchos ancianos hagan referencia a su salud y a los múltiples achaques, muchas veces propios de la edad, para justificar así su actual (e incluso deseada) situación de institucionalización, con el objetivo de demostrar que merecen los fármacos que toman y los cuidados que reciben, y también para otorgarse cierto grado de ‘importancia’ frente a los otros, utilizando sus problemas de salud como si de una especie de valores personales con los que entrar en competición con otros ancianos¹¹⁸.

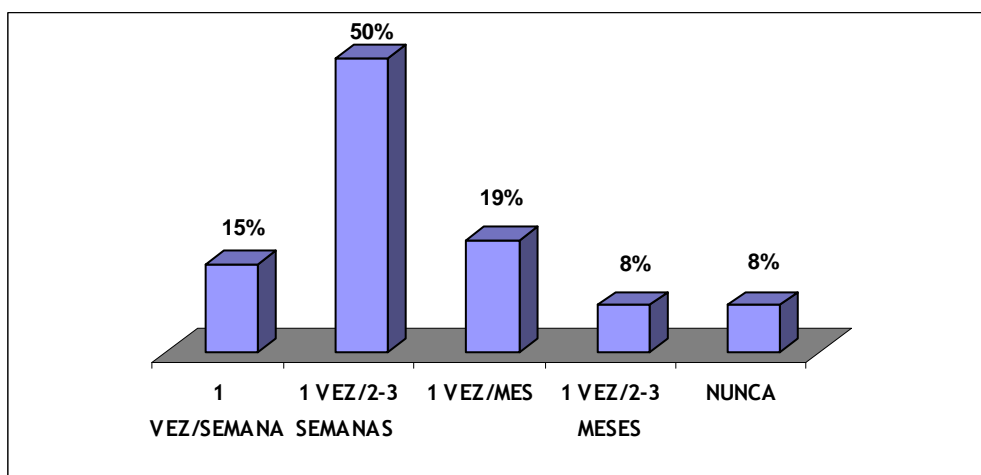
En ese sentido, la utilización de los servicios sanitarios, analizada en función del número de visitas que realizan los residentes al Centro de Atención Primaria (CAP), se muestra como un dato relevante no sólo para valorar el estado de salud actual, sino también el grado de satisfacción percibido¹¹⁹.

¹¹⁸ Si en general resulta complicado analizar la percepción subjetiva de la salud de cualquier persona, su valoración entre el colectivo de mayores es todavía más compleja, al tener como característica más destacable la inestabilidad, en relación a un estado de bienestar cambiante y enormemente influido por las diferentes enfermedades, pero también por las necesidades percibidas y las demandas de atención.

¹¹⁹ El análisis de las visitas realizado por cada residente, computa el número total de veces que cada persona ha acudido al CAP durante el período de estudio y los tres meses inmediatamente anteriores al mismo. En el recuento de visitas no se ha tenido en cuenta la finalidad de las mismas, es decir, se han computado sin distinguir si el motivo de la visita era la adquisición de recetas o para recibir la atención directa del médico. El motivo de ésta no discriminación fue la imposibilidad de recuperar de manera fidedigna la información referente al tipo de visita realizada durante el período previo al estudio, pues así como en el Libro de Salidas de la Residencia quedaba constancia registrada de la solicitud de permiso para acudir al CAP, lo cual permitió recoger esta información, no había en cambio ningún apartado del registro que identificase el motivo de esa solicitud.

El Gráfico 10.2 recoge los resultados de este análisis, que al igual que en el recuento de las enfermedades más frecuentes, se realizó para el total de residentes del centro.

GRÁFICO 10.2. VISITAS MÉDICAS POR PERSONA*.



Fuente: Elaboración propia. * Datos para el total de residentes

Se puede afirmar que los ancianos de la Residencia de Benetusser presentan un índice de frecuentación médica elevado, en este caso algo superior al que presenta la población anciana no institucionalizada, que realiza una frecuencia de 1,1 visitas al mes (ENS/2006). Un 19% de los residentes de Benetusser realiza un promedio de 1 visita/mes, que es el que hace la población mayor no institucionalizada. Sin embargo, un 50% acude al CAP cada dos o tres semanas, lo que supone realizar el doble de visitas, y un 15% realiza las vistas con una frecuencia 4 veces superior¹²⁰. Resulta especialmente relevante este dato de que un 15% de ellos acuda semanalmente al CAP, pues aunque algunas de las visitas se realicen para recibir la atención del médico o del personal de enfermería, la gran mayoría de veces tienen como finalidad obtener las recetas necesarias para la adquisición de fármacos de consumo crónico. Las particulares características

¹²⁰ La imposibilidad de diferenciar entre el motivo de la visita quizás puede introducir cierto sesgo a la hora de comparar los datos obtenidos con respecto a los de la población general, cuyos estudios de frecuentación sí distinguen el contenido o finalidad de la visita (médico, enfermería, fisioterapia, especialista).

de salud de la población estudiada, personas ancianas y con enfermedades crónicas, justifican sólo en parte esta elevada frecuencia de visitas, pero el hecho particular de la institucionalización en la residencia podría justificar en gran medida estos resultados y, aunque este aspecto será analizado con más detenimiento en otro apartado de este capítulo, la falta de actividades diarias con que entretenerse, puede estar provocando que la visita al CAP se utilice como una alternativa con la que llenar espacios de tiempo vacíos y ociosos, como se comprueba en este fragmento¹²¹:

A mi me gusta ir [al CAP] casi todas las semanas porque, aunque me podrían dar las recetas para más tiempo, yo prefiero que cada vez que se me acabe la caja de las pastillas me hagan una nueva. Así si hace falta me pueden dar un vistazo. Además, 'mante', ¿aquí que otra cosa puedes hacer? Pues si estás mala el mejor sitio donde puedes estar es cerca de los médicos.

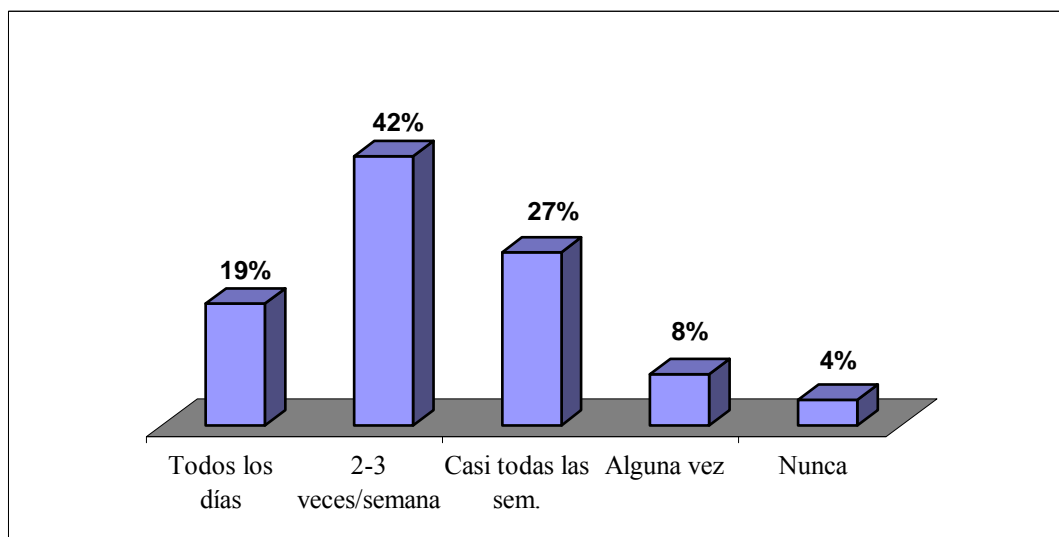
Mujer. 77 años

Algo similar puede estar ocurriendo con la percepción de dolor y el consumo de fármacos analgésicos, e incluso también respecto al consumo de fármacos en general como se analizará enseguida. Para conocer el consumo de los primeros, dado que la sensación de dolor o molestias es muy determinante del bienestar, se hizo una selección de aquellas personas que padecían dolor de carácter crónico (entendiendo por tal circunstancia la presencia de un dolor que persiste más de seis meses, aunque no necesariamente esté presente a diario) y se registró el número de veces a la semana que la persona percibía los síntomas dolorosos. No se hizo una distinción expresa entre aquellas ocasiones en las que aparecía el dolor y se requería el consumo del analgésico para controlarlo, de aquellas otras en las

¹²¹ El peso que pueda ejercer esta circunstancia nos hace plantearnos el carácter 'cualitativo' que pueda tener el dato de la frecuentación médica a la hora de valorar el estado de salud, en lugar del peso 'cuantitativo' que suele otorgársele en la mayoría de estudios.

que a pesar de sentir la molestia no se llevaba a cabo el consumo del fármaco. El Gráfico 10.3 recoge los resultados obtenidos al respecto.

GRÁFICO 10.3. FRECUENCIA DE DOLOR DE CARÁCTER CRÓNICO*.



Fuente: Elaboración propia. * Datos para el total de residentes

Hasta un 61% de los residentes manifestó tener dolor de manera muy frecuente: “*todos los días*” o “*entre 2 y 3 veces por semana*”. Si se computa también a las personas que manifiestan sentir dolor “*casi todas las semanas*”, el porcentaje de personas que padecen dolor con una elevada frecuencia alcanza hasta el 88% de los residentes, mientras que tan sólo un 12% de ellos decía tener dolor sólo “*alguna vez*” o “*casi nunca*”. Son cifras muy elevadas aunque difícilmente comparables¹²² debido a la falta de estudios sólidos al respecto (Yuste, 1995). Entre la mayoría de quienes manifestaban sentir dolor de manera frecuente, la causa se relacionaba principalmente con las patologías osteoarticulares de carácter crónico (artrosis y artritis), aunque también era habitual la existencia de antiguas lesiones relacionadas con traumatismos o accidentes, especialmente entre los varones. El uso de escalas visuales analógicas (EVA) para valorar la intensidad del dolor (señalar un

¹²² A pesar de los múltiples estudios sobre el consumo de analgesia consultados, no existen trabajos que sean comparables a la población estudiada, pues no se han desarrollado análisis adecuados al respecto entre la población mayor, sino entre grupos de personas afectadas por diferentes patologías sin discriminar por medio del factor edad.

punto en una línea entre 0 y 10) o valorar la intensidad de dolor según escalas tipo Likert (nada, leve, moderado, fuerte, muy fuerte) ha permitido comprobar que la mayoría de personas padecen un grado de dolor entre leve y moderado, aunque otras padecen un grado de dolor importante que no calma con el tratamiento. La mayoría de estos residentes con mayor nivel de dolor, consumen los fármacos analgésicos que en alguna ocasión les fueron recetados, pero el paso del tiempo, el inadecuado establecimiento de un tratamiento correctamente pautado, la tendencia a la automedicación o incluso la baja efectividad del tratamiento prescrito, que solamente convierte el dolor en una molestia soportable sin llegar a hacerlo desaparecer, son las características más frecuentes. Uno de ellos nos refería su opinión al respecto del dolor y del tratamiento que sigue para su control:

Hace mucho que las tomo [los analgésicos] y a veces me van bien pero otras no. Al principio sí que notaba que me las tomaba y me quitaban el dolor casi del todo, pero yo creo que ahora ya no me hacen tanto. Yo no las dejo de tomar porque si no las tomo el dolor se me come, y además, algo más fuerte para qué, te tomas una pastilla para una cosa y te sale otra por haberte tomado la pastilla.

Varón. 81 años

Respecto al consumo de fármacos, otro elemento directamente relacionado con el estado de salud, se trataba de analizar el número de sustancias consumidas por cada persona, para lo que se tuvo en cuenta tanto los medicamentos para los que el residente tenía una prescripción específica (se lo había mandado su médico y ésta recomendación se había producido o renovado en los últimos 6 meses), como también aquellos otros que eran consumidos de manera regular, aunque no hubiese una prescripción médica específica o actual. El cómputo total de los mismos se agrupó según su 'finalidad' (el tipo de enfermedad que se pretende tratar) y según el número de veces que eran consumidos, obteniéndose el siguiente resultado:

- 1) Del total de ancianos residentes, el 61,5% consumían tres o más fármacos, mientras que un 15% consumía más de 6. El 23,5% restante consumía uno o dos fármacos y no había ningún residente que no estuviese medicándose en el momento del estudio.
- 2) Del total de fármacos consumidos entre todos los ancianos del centro, un 38% de ellos se consumían sin prescripción médica actual, aunque sí habían sido prescritos en alguna ocasión. “*Porque los tomo hace mucho tiempo*”, “*porque me va muy bien*” u otras expresiones similares, eran los principales motivos aducidos para su consumo.
- 3) Casi el 74% de los ancianos utilizaba fármacos para tratar la Hipertensión Arterial, siendo éste el tipo de sustancias farmacológicas más consumidas, seguidas por los fármacos para tratar las molestias gastrointestinales (dolor de estómago, acidez o estreñimiento), utilizados por el 62% de los ancianos, y los fármacos inductores del sueño, utilizados por el 54% de ellos. A cierta distancia se sitúan el uso de analgésicos (27%) y de fármacos para tratar problemas del aparato locomotor (16%). Finalmente, hay un gran número de fármacos (dermatológicos, genito-urinarios, órganos de los sentidos u otros) que tenían un bajo índice de consumo. Cabe destacar que el grupo de los fármacos para tratar las molestias gastrointestinales y los dermatológicos, a diferencia de los destinados a tratar la hipertensión arterial, los problemas para dormir u otros, presentaban un elevado índice de autoprescripción, mientras que por su parte, los fármacos analgésicos eran escasamente utilizados, en relación al elevado número de personas que manifestaban padecer algún tipo de dolor.

Pero volviendo al análisis cuantitativo sobre el estado de salud según el tipo y número de enfermedades entre los residentes, y su contraste con respecto a la percepción subjetiva del mismo, resulta chocante que aunque se

objetivó que la Hipertensión Arterial era la enfermedad más frecuente (65%), la mayoría de los ancianos entrevistados hacía primero referencia a la artrosis¹²³, al reuma o a las “*enfermedades de los huesos*” (en la expresión que utilizan los ancianos), y a la Diabetes, como sus principales problemas de salud. Curiosamente, la artrosis ocupa el segundo lugar en el análisis cuantitativo, con un 42% de casos, y la Diabetes el 5º, con un 19%. Probablemente la falta de percepción de los síntomas que genera la Hipertensión Arterial, a pesar de su potencial mayor riesgo para la salud, frente a la importante percepción y limitación que produce el dolor en el caso de la artrosis, sea el motivo de que la Hipertensión, a pesar de requerir el consumo diario de fármacos, no fuese percibida subjetivamente como tan significativa entre los residentes. No obstante, la Hipertensión (*‘la tensión’* en palabras de los mayores) cuando es citada, también es reconocida como una enfermedad que genera preocupación, aunque a menudo esa preocupación sólo se hace patente en el deseo de medirse ocasionalmente las cifras de presión arterial *‘para saber como estoy’*. La conversación sobre temas de salud y fármacos con personas mayores, suele tomar a menudo la forma que se muestra a continuación, extraída de una entrevista con una mujer de 81 años con problemas de artrosis, osteoporosis e hipertensión:

Tengo artrosis y osteoporosis, me tengo que sentar siempre en silla porque si me siento en el sofá no me levanto de lo que me duele. También voy a hacerme análisis del azúcar... Sí, si, también voy a tomarme la tensión, claro, todas las semanas, y me tomo pastillas para el azúcar y para la tensión y para el riego sanguíneo del cerebro.

¹²³ La artrosis afecta en España a casi cuatro millones de personas, de las cuales el 73% son mujeres. Su mayor incidencia se da en las personas mayores, en las mujeres (especialmente después de la menopausia), en obesos y tras traumatismos articulares. En los hombres, la enfermedad suele aparecer a una edad más temprana. Aparece cuando se degenera el cartílago articular y sus causas son múltiples, incluidas las formas hereditarias (la forma más común, que causa deformidad de los nudillos). Las articulaciones más afectadas son las de la cadera, rodillas, dedos, y con menor frecuencia, las vertebrales. Los síntomas característicos son el dolor, la disminución de la movilidad articular, la rigidez y en ocasiones la inflamación articular. El tratamiento incluye medidas farmacológicas y no farmacológicas, dirigidas a aliviar el dolor y a mejorar la función articular. En articulaciones gravemente dañadas, puede ser necesaria la cirugía reparadora o reemplazadora (prótesis articulares).

En síntesis, el análisis de las diferentes entrevistas realizadas permite afirmar que los ancianos de la Residencia de Benetusser tienen una mala percepción de su estado de salud. Las frecuentes verbalizaciones sobre las sensaciones de cansancio, dolor, necesidad de tomar fármacos o acudir a visitas o revisiones médicas a las que los mayores hacen mención frecuente así parecen corroborarlo. En la totalidad de entrevistas realizadas se citaron estos aspectos, aunque con diferente insistencia. Sin embargo, aunque se haya encontrado un elevado consumo farmacológico y una significativa presencia de personas que padecen dolor de manera frecuente, la negativa percepción sobre el estado de salud que se ha recogido mediante el análisis cualitativo no parece muy justificada. En primer lugar porque el tipo de centro donde residen estos mayores (residencia para ancianos válidos) evidencia que ninguno de ellos padece una situación de dependencia, pues en caso contrario no podría permanecer en este tipo de centro exclusivo para personas autónomas y sin graves mermas en su estado de salud. En segundo lugar, porque como se ha dicho, aunque los estudios cualitativos que existen sobre el estado de salud de las personas mayores (ENS/2006) no permiten comprobar si el estado de salud de los individuos estudiados es comparable al de otras personas mayores no institucionalizadas, los datos recogidos sobre los aspectos cuantitativos de su salud no revelan una situación peor de la que presentan otras personas de la misma edad y que viven en sus domicilios, como sí se desprende de las comparaciones de los datos obtenidos con otros estudios existentes sobre morbilidad o consumo de fármacos y a los que se ha hecho referencia anteriormente en este mismo texto. El trabajo etnográfico permitió además comprobar que, aunque el consumo de fármacos en la Residencia era elevado y las frecuentes visitas médicas no siempre estaban justificadas (pues se pueden obtener recetas con carácter mensual e incluso trimestralmente), el estado general y la capacidad de realización de actividades, aspecto que se analizará a continuación y que tiene una evidente

relación con el nivel de salud, permitía en general un elevado grado de comodidad e independencia.

▪ HABILIDADES FUNCIONALES

Las habilidades funcionales van a determinar la capacidad del anciano para realizar las actividades necesarias que le permitan vivir de manera independiente y digna. De ésta idea parte el concepto de '*estado funcional*', definido como la capacidad de una persona para llevar a cabo de manera autónoma, funciones de las esferas física, mental, social y afectiva (I.G.A., 1987).

La interrelación entre envejecimiento, enfermedad y ambiente, tienen en este ámbito residencial de los mayores una vía común y muy compleja, ya que las enfermedades físicas y las disfunciones cognitivas pueden influir de manera directa sobre estado o capacidad funcional de un individuo, a la vez que el deterioro funcional puede influir de modo adverso en el estado afectivo y por tanto en la calidad de vida. Para el anciano, sentirse activo y útil es algo muy importante y junto a los cambios que se producen con la edad, la posibilidad de realizar sus tareas y actividades, o la adaptación a las nuevas formas de realizar algunas de ellas, es de primordial importancia para su satisfacción con la vida (Netto, J.P., 2002)¹²⁴. Por ello resulta tan importante el análisis de las habilidades funcionales cuando se quiere conocer la calidad de vida de las personas mayores. Desgraciadamente, la mayoría de centros sólo utiliza esta valoración con fines taxonomistas y clasificadores, es decir, o bien para decidir si el anciano puede o no puede permanecer en el centro, según se valore como un anciano válido o asistido tras la realización de la prueba, o bien, en el caso de personas dependientes, para saber qué

¹²⁴ Al respecto surge el concepto de autonomía como aspecto relevante y determinante tanto de la salud como de la Calidad de Vida de las personas mayores. La autonomía hace referencia a cómo el anciano percibe su estado de independencia y capacidad para la realización de sus actividades más rutinarias y cotidianas, relativas a actividades personales, sociales, ocupacionales y recreativas, que voluntaria e íntimamente se relacionan con la calidad y el estilo de vida.

tipo de tareas puede hacer y en cuales se le debe prestar ayuda, sin plantear posibles mecanismos o sistemas para mejorar la adaptación del individuo a su existencia, y con ella mejorar su satisfacción, en lugar de atender la mera sustitución¹²⁵.

Pero si la medición de la capacidad de la persona para asearse, comer sin ayuda, vestirse, utilizar el retrete o caminar, entre otras, trata de cuantificar las respuestas del individuo anciano a sus propias disfunciones mediante el uso de cuestionarios estandarizados, resulta evidente que éstas se verán también directamente influenciadas por sus atribuciones, creencias y, especialmente, por su capacidad de afrontamiento, es decir, por aspectos cognitivos, emocionales y socioambientales y no solamente por determinantes exclusivamente fisiológicos¹²⁶. Por este motivo, y también para analizar la influencia de los determinantes motivacionales, afectivos y sociales de cada persona, hemos incorporado la entrevista y la observación participante a las herramientas más frecuentemente utilizadas para el análisis cuantitativo de la capacidad funcional en ancianos: los tests de Katz o Barthel (preferentemente el segundo), que miden cuantitativamente las actividades consideradas básicas para la vida diaria (ABVD), y el test de Lawton para las actividades instrumentales¹²⁷.

¹²⁵ Este grupo de medidas, que en forma de cuestionarios estandarizados trata de evaluar la capacidad de los ancianos para realizar las actividades que todos desarrollamos de manera independiente y fundamental para la vida, se ha visto últimamente muy fortalecido al haber constituido la génesis de un debate entre la actitud de la medicina contemporánea hacia el hombre enfermo (muchas veces anciano) y la preocupación creciente por las repercusiones de los logros médicos sobre el mantenimiento de la vida ‘*a toda costa*’ en determinadas situaciones.

¹²⁶ El contexto social e institucional en el que se desenvuelve el anciano influirá de manera importante, de manera que no arrojará los mismos resultados cuando se evalúe la capacidad de asearse de un anciano que viva solo en su domicilio, sin apenas relaciones, que la de esa misma capacidad en el ámbito de una residencia, en la que el mismo anciano deba compartir espacios y experiencias sociales, y donde el resto de personas mantenga unos estándares de comportamiento e higiene establecidos que influirán en su actitud y deseo de sentirse aceptado y apreciado por los demás.

¹²⁷ Ya se ha hecho referencia a estos cuestionarios en otros apartados de este texto, en especial en el de metodología. Los dos primeros cuestionarios, test de Katz y Barthel, son herramientas en forma de escalas de medición, establecidas de manera formal para esta finalidad y que cada día presentan un uso más generalizado. Ambos se limitan a presentar en modo de autoinforme poco más que la exploración de actividades de autocuidado y la capacidad de desplazamiento de los ancianos, descuidando otro tipo de elementos importantes vinculados a otras actividades diferentes o al significado y sentido personal que las mismas tienen para el individuo en particular. El test de Lawton analiza aspectos más avanzados para la posibilidad de una vida social independiente, no valorada exclusivamente desde el plano fisiológico.

Lo primero a destacar en el análisis de estos determinantes de la calidad de vida, es que las personas mayores establecen una gran vinculación entre la idea de ‘*vivir bien*’ y su capacidad para realizar estas ‘*actividades básicas*’, es decir, su autonomía. La mayoría de los residentes hicieron referencia a la mala calidad de vida que pensaban que tenían todas aquellas personas que no podían ‘*valerse por sí mismos*’, uno de los términos más frecuentemente utilizados por los mayores para referirse a la capacidad de realización de estas actividades. A este hecho se referían dos mujeres y en sus palabras se puede percibir la gran trascendencia que le otorgan, llegando incluso a preferir la muerte antes que perder su capacidad de autonomía:

[1] *Yo me valgo con las piernas y me voy donde sea, pero el que esta malo allí se queda y no puede salir. Ya le digo que valerse una sola es lo mejor que se puede esperar cuando eres vieja. El día que no me valga por mi misma prefiero que me dejen morir. Yo me encargué de mi marido desde que tuvo la embolia. Lo lavaba, lo afeitaba y le daba de comer y lo cambiaba. Y le tengo que decir que eso no es vivir. Porque yo estaba y lo hacia todo, aunque no tenia ni fuerzas, pero a mí, ¿quien me ha de cuidar a mí? Porque aquí las chicas te hacen la cama y poco más. Eso sí que me da miedo porque para vivir así, sin valerte tú, más vale no vivir.*

Mujer. 77 años

[2] *Conforme me hago mayor las cosas van peor para mí porque las piernas no te arrastran y los brazos tampoco. Yo aun me puedo arreglar pero el día que me caiga un porrazo y me pase algo ¿qué? Ese día al hospital a que te den unas pastillas que te maten porque ya no valdrá la pena vivir.*

Mujer. 81 años

Sin embargo, la situación de dependencia no era en absoluto un elemento presente en el centro estudiado. Como ya se ha dicho, las características de la Residencia de Benetusser (*'Residencia para ancianos Válidos'*), exigen que todos los ancianos ingresados sean *'independientes'* para la vida diaria, por lo que los cuestionarios de Katz y Barthel, que miden cuantitativamente la capacidad para realizar estas actividades más básicas, y que se adjuntan como anexos al final de esta tesis, otorgan sistemáticamente una valoración positiva en todos los residentes. Tampoco resulta posible la interpretación de diferencias entre hombres y mujeres, pues la valoración de estas capacidades mediante los cuestionarios citados sólo arroja un único resultado para el caso de personas autónomas: válido o independiente sin connotaciones posibles¹²⁸⁻¹²⁹. La valoración cualitativa mediante las entrevistas tampoco aporta datos muy diferentes¹³⁰. El nivel de independencia para realizar las actividades básicas de la vida diaria es completo en todos los ancianos entrevistados y al preguntarles sobre estas capacidades no se obtuvieron resultados que modificasen apenas los obtenidos mediante los cuestionarios, aunque sí permitieron ahondar en algunos aspectos relacionados con el grado de dificultad percibida sobre la capacidad para realizar algunas de las tareas que el cuestionario solamente valora como realizada o no realizada, a la vez que también permitió obtener información sobre los motivos a los que atribuían esta reducción en las capacidades. En ese sentido, los hombres parecen percibir en general un mayor nivel de

¹²⁸ En el centro estudiado, este tipo de valoración se repite con una periodicidad de seis meses a cada uno de los residentes, con el fin de garantizar el cumplimiento de este requisito. La persona encargada de llevar a cabo este proceso es el director del mismo, aunque reconoce que necesitaría algún tipo de colaboración cuando llega el período de análisis.

¹²⁹ Sí que se establecen matices y diferentes niveles de dependencia en caso de pérdida de la autonomía en alguna de las capacidades, pero no así para las personas que mantienen la totalidad de su capacidad de autonomía.

¹³⁰ Quizás la ausencia de diferencias a este nivel pueda considerarse como un elemento limitador en nuestra investigación. Sin embargo, la excesiva determinación que la enfermedad física puede ejercer sobre la capacidad funcional, y subsidiariamente sobre la calidad de vida, fue uno de los principales motivos que nos indujo a plantear el estudio en un centro para mayores con autonomía personal, en los que la determinación de la calidad de vida no pudiera verse tan directamente mediatizada por los efectos de las enfermedades físicas o mentales, sino más directamente condicionada por otros aspectos relacionados con el proceso de envejecimiento y la institucionalización.

autonomía, aunque las mujeres parecen ser más reflexivas, más realistas y tener una opinión más meditada al respecto.

Una vez realizada la valoración de la capacidad física mediante los cuestionarios, en el caso de que un residente no alcance la puntuación que le clasifica como 'válido', pasa a adquirir la condición de 'dependiente' y se solicita su traslado a una Residencia Asistida, centros que cuentan con las características estructurales y la dotación de personal necesarios para garantizar una atención de calidad para ellos. Esta posibilidad, que se mantiene frecuentemente presente en la mente de algunos residentes y aflora en muchas de las entrevistas, es interpretada por algunos de ellos como la consecuencia inevitable del proceso de envejecimiento: el precio que se paga por la longevidad. Estas personas suelen imaginar su futuro vinculado a una residencia asistida, donde la presencia de otras personas con sus mismas limitaciones es habitual, lo que en cierto modo genera cierta sensación de tranquilidad, como explica esta residente que convivía con una mujer que fue trasladada al perder su capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria:

Yo me lo hago todo sola. La mujer que estaba antes conmigo (compañera de habitación) no podía agacharse y yo la ayudaba a ducharse, pero al final se la han tenido que llevar a Manises porque allí te lo hacen todo: te duchan y si te hace falta te ayudan a vestirse o lo que necesites. Es que ella estaba mala de artrosis en las piernas y como luego tuvo una embolia muy fuerte pues medio cuerpo se le quedó mal. Y entre una cosa y la otra yo la ayudaba siempre a vestirse pero es que yo moverla ya no podía. Pero allí dicen que está muy bien, no se crea. Yo no quiero que me pase, pero si me pasara igual, pues que me lleven a un sitio así ¿Qué has de hacer si no?

Mujer. 73 años

Sin embargo, esta no es la actitud más habitual entre los residentes. La mayoría se manifiesta más próxima a la reflexión que nos aporta este

residente, viudo, que percibe la pérdida de autonomía y el posible traslado a una residencia asistida, como uno de los principales motivos de ansiedad y tristeza en su actual existencia:

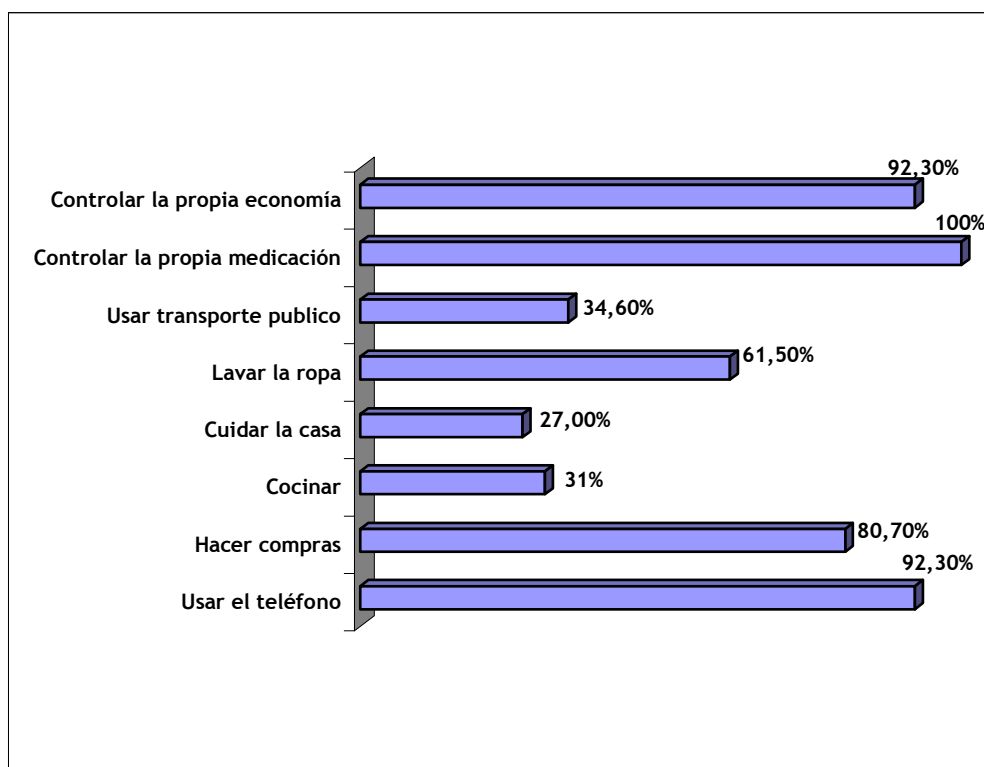
Lo de no poder guisar o lavar la casa, ya le digo, desde que mi mujer faltó que estoy aquí y no tienes ningún problema. Pero por eso no pasa nada, te apañas de una manera u otra. Ahora, lo de no poderte vestir o hacértelo todo encima... Yo veo a esa gente que sale en la tele, que no puede ni moverse ni nada y pienso que si me pasara a mí no querría vivir. Muchas veces me creo que me va a pasar algo de eso y esa noche no pego ojo. Aunque hay sitios que vas y te cuidan. Aquí a una señora se la llevaron a otra residencia que tiene enfermeras. Hoy en día es fácil de arreglar porque hay también residencias que valen su dinero y te lo dan todo de calidad y se ve todo muy limpio y cuidado. Y aquí no se esta mal ¿eh? Esto es de primera, pero le quiero decir que aunque todo sea de lujo, eso no es como lo de no poder comer sólo o quedarse sin poder caminar. Como se suele decir, eso no se paga con dinero.

Varón. 76 años

En lo que respecta en cambio al segundo tipo de análisis, la cuantificación de las capacidades instrumentales mediante el Test de Lawton, sí se han encontrado diferencias entre los residentes, aunque como podía intuirse, tampoco muy significativas. La valoración de las actividades instrumentales mediante el citado test, permite reconocer la capacidad para realizar 8 tipos de tareas: cocinar, cuidar el hogar, realizar compras, lavar la ropa, usar el teléfono, usar transporte público, tomar medicamentos y auto administrarse la economía y los gastos personales. Debe señalarse no obstante, que aunque ninguna de estas habilidades es un requisito imprescindible para la permanencia en la Residencia de Benetusser, su mantenimiento es importante para una vida de calidad en un centro donde se supone una completa autonomía a los residentes. Recuérdese al respecto la

ausencia de personal de atención directa a los mayores. El Gráfico 10.4 refleja los datos obtenidos mediante el Test de Lawton para el total de ancianos del centro.

GRÁFICO 10.4: RESIDENCIA DE BENETUSSER: CAPACIDAD DE REALIZAR LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES. HOMBRES Y MUJERES*.



Fuente: Elaboración propia. * Para el total de los ancianos residentes

En general hay un alto nivel de independencia para estas actividades. La totalidad de ancianos se encarga de adquirir y tomar los fármacos que precisan para tratar sus enfermedades y también prácticamente todos (92%) son capaces de controlar su propia economía, obteniendo el dinero directamente del banco y realizando las compras que precisen. Los que no se sienten capaces de realizar estas tareas, suelen asistirse con algún familiar (hijas, etc.), aunque también pueden solicitar (mediante un documento escrito), que sea el director del centro quien realice las gestiones oportunas tras la autorización en su cuenta corriente bancaria. También el uso del teléfono era una capacidad conservada por casi todos los residentes. De

hecho, las dos únicas personas que no podían hacer uso del mismo eran una mujer muda y un hombre que decía no haberlo utilizado nunca. El resto, pese a manifestar problemas de visión que les limitaba el marcado de los números, podían utilizarlo gracias a la participación de alguien que les ayudase en esa labor.

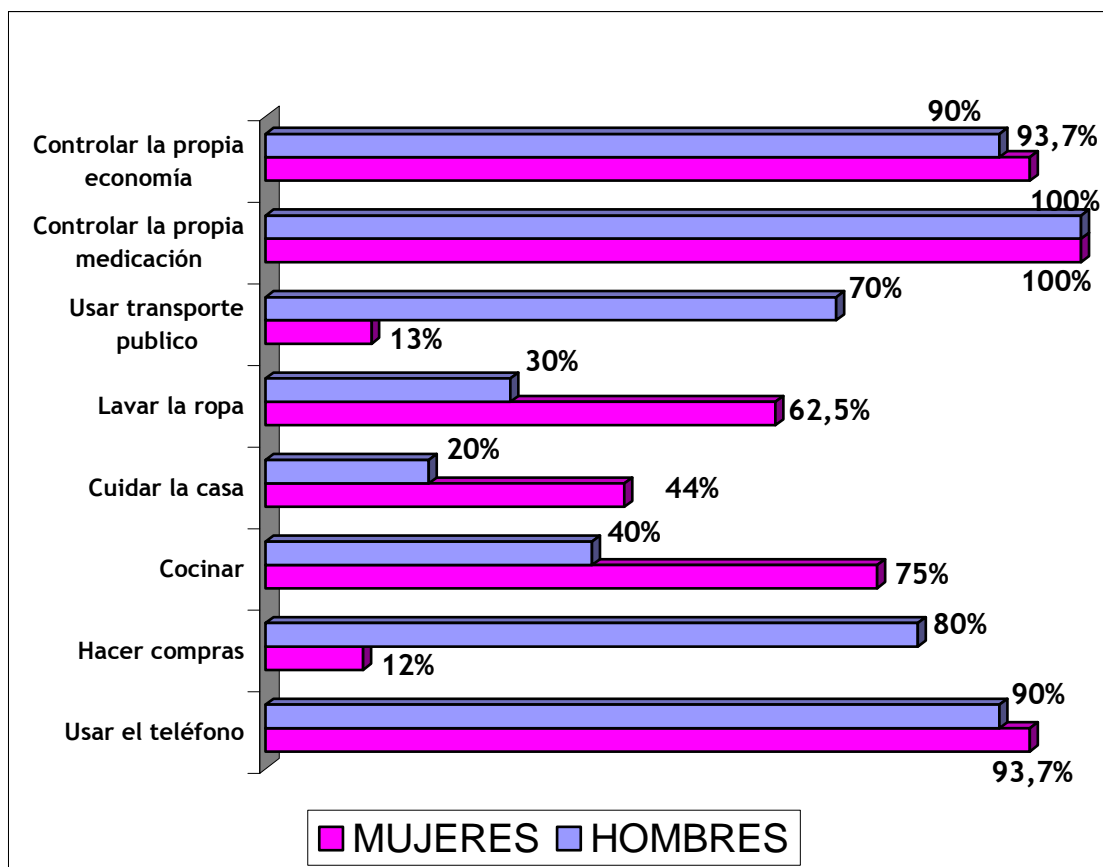
Los niveles de independencia instrumental se reducen considerablemente en cambio, cuando se analizan las capacidades relacionadas con el cuidado del hogar (valoradas de manera retrospectiva o indirecta, pues casi ninguna de estas actividades es ya realizada por los residentes en el actual contexto residencial). Cocinar, lavar la ropa o atender el hogar, fueron actividades a las que los hombres contestaron negativamente de manera mayoritaria y también muchas mujeres afirmaban ya no sentirse con capacidad para hacerlo. Sin embargo, el resultado del análisis de estas capacidades arroja resultados muy diferentes cuando se realiza de forma conjunta para hombres y mujeres, del que se obtiene cuando se lleva a cabo una diferenciación por sexos. Al respecto, es de destacar que las tareas propias del hogar, como *lavar la ropa*, *cuidar la casa* y *cocinar*, a pesar de mostrar un nivel de independencia ligeramente reducido para el total de residentes (61%, 27% y 31% respectivamente), se mantenían bastante más elevadas entre las mujeres que entre los hombres, mientras que el *uso del transporte público*, que era de un 34% para el total de residentes, y *realizar la compra* (80%), mostraba en cambio valores de independencia mucho más elevados entre los hombres que entre las mujeres. El resto de actividades no muestra diferencias significativas. El Gráfico 10.5 de la página 332, detalla estos resultados diferenciando entre hombres y mujeres.

Pueden añadirse diferentes matices al respecto de estos datos. Dado que el cuestionario utilizado clasifica como totalmente independientes, a aquellos individuos que obtienen una puntuación de 8 (a razón de un punto por cada una de las 8 actividades evaluadas), y como totalmente dependientes a los que obtienen un 0, los resultados obtenidos pueden estar influenciados por dos hechos determinantes: en primer lugar, porque el cuestionario valora como capaz de realizar una actividad, y por tanto otorga

un punto, a aquellas personas que realicen de modo autónomo la tarea analizada, pero a la vez, también a aquellas que la realicen con el auxilio de alguien de quien reciba indicaciones o una pequeña ayuda. Por esta razón la mayor parte de los ancianos del centro obtienen un resultado positivo en los diferentes ítems. En segundo lugar, y en sentido contrario, este cuestionario no tiene en cuenta la variable de género en su análisis, cuando muchas de estas actividades pueden estar altamente determinadas por los aspectos culturales y educativos de cada individuo. De hecho, es frecuente que en nuestro contexto todavía sea habitual encontrar un varón anciano que se declare incapaz para cocinar o para realizar actividades domésticas, no porque no sea físicamente capaz de hacerlo, sino porque jamás lo ha hecho durante sus etapas vitales anteriores. En ese caso, estaríamos valorando erróneamente como perdida, una capacidad que jamás se ha adquirido y otorgaríamos una puntuación de 0 a alguien que probablemente sí sería capaz de realizar la tarea. Finalmente, y en cuanto a las diferencias hombre/mujer, parece que las mujeres presentan una mayor dificultad para realizar aquellas tareas que pueden requerir de mayor fuerza física o equilibrio, como hacer la compra o utilizar el transporte público, y que probablemente la mayor frecuencia de enfermedades musculoesqueléticas entre ellas suponga un elemento limitador, circunstancia que no parece manifestarse entre los varones¹³¹.

¹³¹ Quizás a este nivel también influya la variable de género, pues en general las mujeres mayores se muestran menos capaces de desenvolverse en el medio social, y en cambio son los hombres quienes se muestran más torpes en el entorno domiciliario.

GRÁFICO 10.5: CAPACIDAD PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES SEGÚN TEST DE LAWTON.



Fuente: Elaboración propia

No obstante estos matices, los resultados a este nivel instrumental son buenos y permiten en general una gran independencia, aunque parece pertinente destacar una idea que surge tras el análisis de las conversaciones. Como se ha dicho, es cierto que los ancianos otorgan, en general, una gran importancia al mantenimiento de su capacidad funcional, a lo que ellos denominan '*valerse por sí mismo*'. Pero así como la pérdida de la capacidad para realizar actividades consideradas como básicas (comer, vestirse, usar el retrete...) es un motivo generalizado de elevada preocupación entre los residentes, la posible pérdida de la capacidad para realizar actividades instrumentales, aunque puede llegar a pesar, no es un elemento significativo en el conjunto de preocupaciones que perciben las personas mayores, como parece deducirse de este fragmento de una entrevista:

Hombre, si estás en tu casa y no puedes bajar a comprar o arreglar la casa, pues así no se puede vivir. Pero aquí nos lo hacen todo. Yo no sé porqué se puede quejar la gente. Yo sé que las hay que les gustaría coger un autobús e irse de excursión, pero hay que comprender que ya somos muy mayores. A mí eso me da igual. Lo que me hagan de comer me lo como y ya está, y cuando vienen a hacer la cama yo ya me la he hecho. Lo malo es que no te puedas arreglar sola, como le pasaba a la mujer que le he dicho y que yo le ayudaba. ¿Pero lo de la comida y eso?, en casa sí, pero aquí....

Mujer. 73 años

▪ VALORACIÓN DEL ENTORNO

El entorno en el que las personas desarrollan su vida y actividades de carácter cotidiano tiene una gran trascendencia en la construcción del individuo (Pol y Varela, 1994) y en la calidad que de su vida percibe. El medio con el que se interacciona influye de manera directa tanto en el proceso de envejecimiento, como en las relaciones sociales y en la capacidad de mantener la autonomía y la independencia de las personas mayores, por lo que la adaptación al nuevo medio resulta vital para garantizar su salud y su desarrollo. Baste recordar aquí, que la incapacidad para adaptarse al entorno, en este caso la imposibilidad de continuar residiendo de manera independiente en el propio domicilio a consecuencia de un problema social o de salud, es precisamente el determinante que en la mayor parte de los casos inicia el proceso de institucionalización de los adultos mayores. La finalidad del ingreso en la residencia, es también el logro de la ‘resiliencia’ (Werner, 1998) por parte del anciano, concepto que parte del ámbito de la psicología, y que aplicado al contexto gerontológico pretende que la persona institucionalizada rehaga su vida en el nuevo entorno y se vincule al mismo con similar apego al que mantenía con su casa, sus pertenencias (a las que en su inmensa mayoría ha tenido que renunciar), su gente y su comunidad,

elementos que, de conseguirse, serán casi garantía absoluta de una aceptable calidad de vida en el nuevo hábitat. Resulta curioso en cambio, que en muy pocos centros para mayores se lleve a cabo una verdadera labor específica para conseguir este objetivo.

La dimensión definida como ‘*Valoración del entorno*’ hace por tanto referencia en nuestro estudio a cómo percibe el anciano el nuevo ambiente en que vive: la residencia y el pueblo donde ésta está ubicada, así como también a los recursos de que dispone y a la sensación de satisfacción-insatisfacción que estos le generan.

La valoración cuantitativa de los elementos materiales y estructurales de la Residencia de Benetusser puede considerarse como buena, o incluso muy buena, a tenor del cómputo de los diferentes recursos analizados y que se adjuntan en la Tabla 10.2. Desde el punto de vista meramente estructural, esta valoración positiva podía llegar a intuirse antes del análisis detallado, puesto que el centro cumple todos los requisitos establecidos por las normativas que regulan en nuestro país la acreditación de Centros Sociosanitarios (Ley 5/1997, Decreto 91/2002 y Orden de 4/02/2005). Una rápida consulta a la citada Tabla 10.2 muestra la existencia de mobiliario suficiente y variado en todas las áreas de la Residencia y la importante y moderna dotación de recursos para la restauración, alojamiento, seguridad e higiene de los mayores. Igualmente, se debe reconocer la adecuada estructura, tamaño y distribución de los espacios en el centro, así como la habilitación de medidas y recursos que facilitan la accesibilidad, el ocio, el descanso y la intimidad, aunque quizás pudiera considerarse una limitación a este nivel, la existencia de un gran número de habitaciones dobles en lugar de individuales. No obstante, este hecho no parecía generar controversia en casi ninguno de los residentes, aunque para quienes sí lo refirieron suponía un elemento trascendente que limitaba su satisfacción y calidad de vida, como puede deducirse en este fragmento de una de las dos únicas personas que lo mencionaron:

No se si puede decirse aquí, pero lo de tener compañeros de habitación a estas alturas, que uno ya esta harto de todo... Yo he

vivido solo toda la vida y ahora me toca estar con otro en un mismo cuarto. Qué quiere que le diga. Y no es que sea mala persona, pero cada uno es como es y eso ya no lo cambia nadie. Si yo estuviese solo en mi cuarto, estaría más a gusto. Ya he pedido más de una vez que me pongan en una habitación solo, pero siempre me dicen lo mismo: que no puede ser, que son para los que están peor... En fin...

Varón. 76 años.

A pesar del testimonio citado, comprobar que sólo dos personas se refirieron al tema, y que incluso otros que lo citaron lo hicieron valorándolo como una circunstancia positiva para la satisfacción, pues les permitía tener compañía durante muchos momentos a lo largo del día, parece demostrar que el hecho de compartir habitación no influye demasiado en el grado de satisfacción con el entorno. Quizás los residentes valoran más positivamente la amplitud y buena dotación mobiliaria del centro, frente al impacto negativo que la necesidad de compartir el espacio pudiera generar. De hecho, como se observa en este fragmento, compartir habitación fue reconocido por muchos de los ancianos entrevistados como un factor positivo y hasta deseable:

Yo con mi compañera estoy muy bien, porque es lo que yo digo, para qué vas a estar sola pudiendo estar con alguien. Siempre que esa persona sea buena, claro. Aquí muchas viven con un desespero: hacer esto, hacer lo otro, que si fulanita... ¿no lo puedes hacer ahora? pues déjalo y ya lo harás en otro rato. Y mi compañera es como yo y por eso nos llevamos bien. A veces estás en la cama y como no puedes dormir, pues hablas un ratito y te relajas, y si estás sola no puedes hablar con nadie y todo son darle vueltas a la cabeza y pensar en las penas.

Mujer. 73 años

TABLA 10.2: RESIDENCIA Y PUEBLO DE BENETUSSER: DOTACIÓN ESTRUCTURAL Y DE SERVICIOS.

ELEMENTOS ESTRUCTURALES Y MATERIALES DEL CENTRO	BENETUSSER	RECURSOS Y SERVICIOS DEL ENTORNO	BENETUSSER
Materiales de audio y video (televisión con mando a distancia, Video/DVD, Equipo de música)	ABUNDANTES	Club de Jubilados	SI
Mobiliario auxiliar en las habitaciones (mesilla, silla, mesa escritorio, armario)	COMPLETO	Asistencia Sanitaria y Social	SI
Mobiliario en zonas de descanso y estar (sofás, sillas, mesas, aire acondicionado u otros)	COMPLETO	Mercado	SI
Baño en las habitaciones	TODAS	Comercios	SI
Recursos para el alojamiento (restauración, lavandería, ...)	SI	Parques/zonas verdes	SI
Accesibilidad para discapacitados y recursos para el desplazamiento	SI	Iglesia/Lugar de culto	SI
Recursos específicos para higiene y atención de las personas mayores (baño adaptado, material ergonómico...)	SI	Biblioteca, museos	SI
Taller de actividades	SI	Transporte público	SI
Jardín, Terraza	SI	Actividades culturales para mayores	ESCASAS
Recursos o estructuras que garanticen la intimidad	SI	Asociaciones u organizaciones vinculadas con la población residente	NO
Recursos o actividades que garanticen la participación e integración (talleres, actividades de bienvenida o acogida...)	ESCASO		
Atención sanitaria y social en el centro	NO		

Fuente: elaboración propia

Directamente relacionada con la capacidad estructural del centro, la dotación material parece ser también adecuada. Resulta especialmente llamativa la existencia de numerosos aparatos de TV, que incluyendo los televisores propios de algunos residentes sumaban 16: 11 propios de residentes más 5 en espacios comunes o para uso del personal, así como 2 equipos para la reproducción de música, 2 reproductores de vídeo y otro de DVD. Por otra parte, el centro también dispone de equipos de aire acondicionado en diferentes zonas, 2 frigoríficos para uso común y todo el mobiliario y recursos necesarios y suficientes para garantizar el confort en las zonas de estar y en las habitaciones. La disponibilidad de diferentes herramientas y la existencia de abundante y variado material para realizar actividades en el Taller Ocupacional son también destacables y se llevan una importante parte del presupuesto anual del centro.

Sin embargo, llama la atención que una residencia tan bien dotada en recursos, no disponga en cambio de un servicio de asistencia sanitaria en el propio centro. Si bien esta circunstancia se ajusta a la normativa existente en los centros sociosanitarios públicos para ancianos válidos¹³², y en especial cuando atienden a una población tan reducida como la de la Residencia de Benetusser, este aspecto no era muy bien aceptado por los residentes y fue valorado muy negativamente por prácticamente todos aquellos que trataron el tema de la atención a la salud en las diferentes entrevistas, como se recoge en este fragmento:

Aquí haría falta al menos un practicante. Anoche esa mujer que ha pasado se puso mala y la chica que se queda aquí por las noches salió y llamo al médico. Porque en las camas hay un timbre y si te pasa algo llamas. Entonces llegó una ambulancia y se la llevaron, pero médico no hay. Menos mal que estamos en el centro del pueblo y cualquier cosa estás a la vista de todos. Haría falta un hombre y una mujer mayores que cuidaran de nosotros por si estas malo o necesitas algo, porque vas al médico a coger numero y te lo dan para la otra semana y tú estás en la cama y nadie te puede cuidar.

Mujer. 81 años

Aunque la percepción de soledad se abordará posteriormente, ésta es una circunstancia determinante de la satisfacción y que impregna también la percepción que los residentes tienen de otros aspectos como la dotación estructural. Junto a la soledad, también otras sensaciones emocionales hacen que, si bien la dotación del centro es valorada muy positivamente (y también de su entorno), el análisis cualitativo de la percepción que de estos servicios

¹³² La normativa para acreditación de Residencias no exige la existencia de profesionales sanitarios contratados en los centros para ancianos válidos. Se establece aquí una disyuntiva importante sobre la dotación entre centros privados y públicos, pues muchos de los primeros si disponen de este tipo de recurso, en especial cuando la población residente es numerosa.

tienen los residentes revele algunos aspectos menos favorables que hubieran pasado desapercibidos en un análisis exclusivamente cuantificador. Los principales referentes de los ancianos para valorar su situación actual son las experiencias vitales de los últimos años previos al ingreso en la Residencia. Frente a la escasa dotación de espacio y recursos con que la mayoría de ellos contaba en su domicilio anterior, la necesidad que tenían de encargarse del cuidado de la casa diariamente, lavar la ropa y hacer la comida cuando las fuerzas ya iban fallando, e incluso el hecho de tener que hacer esfuerzos y ajustes económicos para poder llegar a fin de mes¹³³, la Residencia cuenta con abundantes recursos materiales y servicios. Pero a la vez, haber tenido que abandonar el domicilio y la necesidad de integrarse y adaptarse a un nuevo espacio, a una nueva forma de convivencia y a una nueva comunidad y localidad, suponen elementos muy significativos que matizan la satisfacción que la mera dotación estructural pueda generarles.

Precisamente a esa diferencia entre los recursos que disponía la persona en su domicilio y los que actualmente disfruta en la Residencia, hace referencia el siguiente fragmento extraído de la conversación con una residente que habitaba una casa sin ascensor, y cuya limitación para el movimiento le dificultaba poder salir a la calle y adquirir alimentos con facilidad. En él podemos comprobar cómo la mujer, al igual que muchos otros residentes, reconoce que la limpieza y el gran espacio disponible suponen una significativa mejora de su situación tras el ingreso en el centro:

Aquí se esta bien y hay mucha limpieza, y claro, hay de todo: te ponen tu comida, te lavan la ropa y la verdad es que no podemos quejarnos de nada. Yo vivía en un piso en Mislata, que era muy pequeño [...] Pero claro, con tres chiquillos y mi suegra cuatro, se nos quedo pequeño enseguida. Yo, cuando me quedé sola, al principio me las arreglaba bien, pero la verdad es que como no puedo andar bien yo aquí estoy mucho mejor. No tienes que andar subiendo y bajando para comprar ni para nada y si hay que subir al

¹³³ No debe olvidarse que, dado el escaso número de plazas existentes en Residencias Públicas de Tercera Edad, éstas se reservan para aquellos que no pueden acceder a otro tipo de centros, por lo que los ancianos residentes presentan, mayoritariamente, un nivel de renta muy bajo en el momento del ingreso.

piso de arriba puedes coger el ascensor, aunque yo muchas veces subo por ahí [me señala una rampa que lleva a la planta superior].

Mujer. 71 años.

Otros servicios del centro, en especial los de comedor y lavandería (que fueron mencionados por el total de entrevistados) y la existencia de recursos que mejoran la comodidad, como las duchas adaptadas, sofás, TV o mesas para jugar a cartas, también son muy bien valorados, como podemos comprobar en este otro fragmento, éste de un varón que llevaba pocos meses residiendo en el centro:

Aquí se esta por obligación, no por devoción, por circunstancias de la vida, pero dentro de lo que ha pasado hay que dar gracias y me encuentro perfectamente porque aquí se está muy bien. Lo que me gusta es la libertad que hay. Hay libertad total, se entra y se sale como se quiere. Te dan de comer y lo único que obligan es hacerse cada uno su cama, no tirar cosas por el suelo... No hace frío porque hay calefacción y en verano tenemos aire acondicionado. Los lunes a las 3 y media se entrega la ropa marcada con un número para que no se cambie y luego hay unos cajones con el número donde te dejan lo tuyo y se recoge el miércoles todo limpio. La gente que ha venido a verme se queda muy contenta y yo también, a pesar de haber corrido mucho, porque esto es una residencia pero que es un hotel y se entra y se sale como se quiere.

Varón. 72 años

Pero como decíamos, las percepciones positivas no ocultan también la existencia de algunos elementos valorados negativamente. A pesar de que no parecía haber demasiado rechazo a compartir habitación, uno de los principales problemas percibidos por las personas del centro es la necesidad

de convivir en grupo. Este hecho, invariablemente marcado por la necesidad de ajustarse a las normas comunes, a horarios y, especialmente, a espacios y tareas compartidas, fue el que más a menudo surgió de forma espontánea en todas las conversaciones mantenidas con los residentes. Tener que adaptarse a la forma de vida de otras personas suele ser percibido como problemático por la mayoría de ellos, y aunque si bien es cierto que prácticamente todos lo mencionaron como un problema de índole menor, la pérdida de intimidad y la necesidad de compartir espacios comunes con ‘desconocidos’ era una queja que a menudo se expresaba de manera similar a los términos que se recogen en estos dos breves fragmentos:

[1]. *Yo estoy bien aquí, pero una cosa sí le tengo que decir, esto es como una familia, uno dice esto, otro dice lo otro y entonces piensas en tu casa... pero no se está mal.*

Mujer. 71 años

[2]. *Aquí no hay ataduras, sólo comportarse como Dios manda, ser persona, lo que pasa es que hay mucha gente que no lo es y ahí viene el problema... porque se pasan el día pendientes de ti ¿sabe? Porque ya no es tu compañero, que con ese al fin y al cabo pues uno acaba llevándose bien y ya está, pero tanta gente y cada uno de su padre y de su madre...*

Varón. 69 años

Un análisis más profundo de este tipo de quejas, permitió detectar ciertas diferencias entre hombres y mujeres, mostrando una mayor sensibilidad por parte de los primeros hacia los problemas relacionados con la necesidad de adaptarse a horarios y espacios comunes, frente a un mayor disgusto entre las mujeres hacia las críticas de los demás o hacia la falta de intimidad, particularidad que los hombres no parecían percibir. Estos tres

fragmentos pertenecen a las entrevistas realizadas a dos hombres y una mujer, por ese orden, donde todos hacen referencia a estas mismas circunstancias:

[1]. *Aquí son normas de cuartel, desayunamos a las 9 y cuarto y comemos a la 1 y media, y claro, el desayuno es fuerte y a la hora de comer no tengo hambre. Yo preferiría comer a las 2, un poco después, solo media hora más, pero te tienes que aguantar porque somos muchos.*

Varón. 76 años

[2]. *Hombre, a mi me gustaría levantarme un poco más tarde, porque yo he trabajado siempre de noche y estoy acostumbrado a acostarme y levantarme tarde, y aquí de buena mañana ya está todo el mundo en marcha que parece que tuvieran que irse a trabajar.*

Varón. 69 años

[3]. *A mí este sitio me gusta, yo te digo, este sitio es maravilloso, si las personas fuéramos todas... si no hubiera envidia. Eso es la cosa más fea que hay. Yo estoy con la compañera mía, y estoy bien, pero preferiría estar sola y no tener que dar ninguna explicación porque a veces veo cosas que no me gustan. Es como la mujer de la habitación de al lado, que no puede juntarse con nadie porque es una alcahueta y nadie la quiere aquí.*

Mujer. 69 años

Este último fragmento de la conversación, nos permite abordar un tema a menudo frecuente y conflictivo en las instituciones para mayores: las riñas o enfados entre los residentes. A pesar de que en ninguna entrevista se mencionó que hubiese disputas o cualquier tipo de conflicto entre los ancianos por los espacios y enseres del centro, el trabajo de campo etnográfico y la convivencia en el mismo durante el tiempo que duró la investigación, permitió descubrir como se producía la apropiación de determinados espacios comunes por parte de algunos residentes. Este hecho, por el que algunos ancianos ejercen una actitud de dominio sobre otros residentes respecto de esos espacios o materiales, consolida una relación de ‘*pseudo propiedad*’ que paradójicamente acepta la mayoría de los residentes y en ocasiones hasta el propio personal. En la Residencia de Benetusser, esta ‘*apropiación*’ era especialmente manifiesta en dos casos: la sala de televisión y el taller de trabajos manuales (Taller de la Falla). Los dos fragmentos que a continuación se exponen, pertenecientes a los dos varones que actuaban como ‘*apropiadores*’, son la evidencia de este hecho:

[1]. *Aquí tengo el agua, puedo fumar porque estoy en la sala de fumadores..., este es mi reino, aquí entro y salgo cuando quiero y todos saben que este sitio es el mío. Aquí no verá usted nunca sentado a nadie. No es que yo vaya a tirar a nadie ¡ajo!, porque yo sé que esto es de todos, pero el único que ve esta televisión y se preocupa por ella soy yo, así que si yo estoy aquí se ve el programa que yo ponga. Pero que yo no le digo a nadie lo que tiene que hacer ¿eh? Lo que pasa es que todos saben que yo me paso aquí el día y por eso me respetan. Yo cuido estas plantas y por aquí sólo viene ese que ha pasado antes y se sienta ahí en esa mesa. Luego por las tardes vienen algunas mujeres a ver la novela pero como yo me acuesto un rato, cuando yo salgo ellas ya no están.*

Varón. 72 años

[2]. ...¿No ve que yo era carpintero? Pues todo lo que hay aquí es como si fuera mío porque yo toda la vida he tenido estas cosas a mi alrededor y si quieren hacer algo pues me lo dicen y yo les enseño. Aquí hacemos la Falla y algunas otras cosas de trabajos manuales que nos manda 'la Celia' [la animadora sociocultural] pero tengo que estar yo pendiente porque no saben usar el material y esto aunque no lo parezca es todo muy delicado. Si no lo sabes cuidar pues se estropea enseguida y no vale para nada, así que a algunos ya me encargo de no dejarles tocar nada.

Varón. 62 años

Respecto a la valoración de los recursos y servicios con que cuentan los residentes fuera del centro, la opinión generalizada era también muy favorable. Consideran que Benetusser es '*un buen lugar para vivir*'. Como queda reflejado también en la Tabla anterior 10.2, la ciudad, aunque pequeña, tiene una gran cantidad de recursos y dotaciones que ya fueron descritos en un capítulo anterior, donde nos referimos a la ubicación de la residencia (servicios sanitarios y sociales, mercado y comercios, parques y zonas verdes, Iglesia, transporte público...) y que la hacen cómoda y agradable, aunque muy pocos de estos recursos están realmente destinados o adecuadamente adaptados a las personas mayores. Por otra parte, no se debe olvidar que la situación de la Residencia, ubicada en el centro de la localidad, junto al Hogar del Jubilado y a una gran zona ajardinada, debe ser considerada como una ventaja añadida.

Respecto al cambio de lugar de residencia que conlleva el hecho de ingresar en el centro, muchos de los ancianos transmiten cierto sentimiento de añoranza de su barrio o pueblo, pero también la mayoría reconoce que los últimos años apenas salía de casa y que la relación con el entorno era muy limitada y escasa. Aunque las salidas al pueblo no son muy frecuentes entre la mayoría (algunos sí lo hacen diariamente), muchos coinciden en señalar que vivir en la Residencia ha mejorado un poco esta circunstancia, pues ya no

precisan “bajar o subir escaleras cuando salgo a la calle” y “todo esta muy cerca”. La mayoría de ancianos entrevistados afirma salir poco pero cuando lo hacen encuentran muy positivo que los lugares a los que deben desplazarse estén cercanos. Se mencionó en algunas entrevistas la gran ventaja que suponía el hecho de que el Club de Jubilados estuviese junto a la Residencia para poder acceder a los diferentes servicios que allí se ofertaban: peluquería, podólogo, juegos de azar (bingo, cartas y dominó), baile y costura, aunque en general, salvo la peluquería, la utilización de los mismos era muy escasa. La proximidad de la Residencia al Centro de Salud, al parque frente a la puerta de entrada principal y al Mercado, los tres espacios más visitados fuera del centro, sí parecía en cambio ser muy apreciada, sobre todo respecto de este último, que se monta cada jueves en una calle cercana a la residencia y al que muchas ancianas y algunos ancianos acudían con gran interés, a pesar de no realizar apenas ninguna compra, como se describe en estos dos breves fragmentos:

Este pueblo me gusta. Yo salgo mucho, por la mañana y por la tarde. Voy al mercado todos los jueves y los otros días me doy una vuelta y corro toda esta calle y luego me siento un poquito en el parque para ver a los chiquillos que salen del colegio.

Mujer. 69 años

Yo es que me canso mucho, pero como tengo que ir al médico a por recetas casi todas las semanas, pues tengo la suerte de que está aquí detrás mismo. Al mercado también voy a veces, cuando salgo del médico los jueves, porque esta al lado y tienes que pasar por ahí.

Mujer. 72 años

▪ ESPACIO RELACIONAL

Con el estudio de esta variable, se pretende relacionar las actividades sociales de los ancianos, en especial las relaciones con otras personas, con el nivel de percepción de su Calidad de Vida. Para el análisis se procedió al registro cuantitativo de dos tipos de relaciones: las *relaciones de intimidad* (o íntimas), entendiendo éstas como las que establece el anciano/a con su pareja, familia y amigos más íntimos (tanto los '*de toda la vida*': sus amistades anteriores al ingreso, como también las consideradas '*íntimas*' de entre las nuevas amistades hechas en el centro); y las que hemos denominado genéricamente *relaciones sociales*, que son las que el anciano establece con el resto de residentes, los trabajadores de la Residencia o con otras personas de la localidad. A su vez, el trabajo de campo etnográfico, permitió profundizar en ambos tipos de relaciones y conocer el grado de satisfacción que estas generan entre los actores.

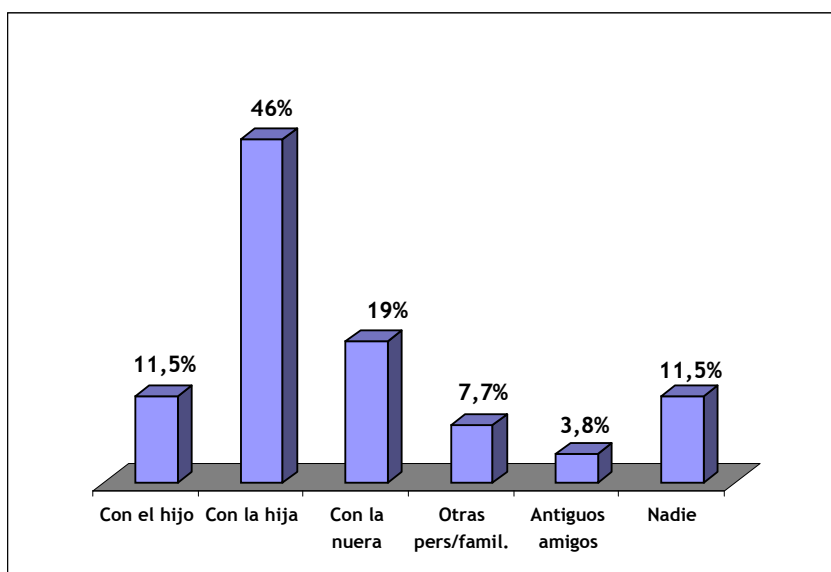
La satisfacción social, entendida como el conjunto de experiencias positivas que la interacción con un grupo reporta a las personas que lo integran, es un elemento clave de la calidad de vida (Fernández-Ballesteros, 1997). La sensación de pertenencia al grupo, y el refuerzo que supone sentirse útil y recibir el apoyo de sus miembros, aunque el grupo se limite al ámbito reducido de la pareja, o más ampliado, cuando se incluye a la familia y a la propia comunidad o barrio en que se reside, genera una serie de relaciones tanto íntimas como sociales que influyen de manera determinante en la calidad de vida de las personas (Baron y Byrne, 1998).

Una de las primeras evidencias observadas tras el análisis de la información, es que las relaciones que mantienen los residentes, tanto desde el punto de vista más íntimo con las visitas de familiares o amigos, como social, con el resto de personas con las que se relacionan, son escasas. Sobre ellas, o mejor sobre la falta de ellas, parece influir profundamente la pérdida progresiva de roles y de relaciones, circunstancia directamente vinculada al proceso social de envejecer¹³⁴ (Moragas, 1995), pero especialmente acentuada

¹³⁴ Precisamente a este aspecto ha dedicado la gerontología social una importante línea de investigación desarrollada desde la Teoría de la Desvinculación (ver capítulo sobre el Concepto de Envejecimiento). Esta teoría refiere que, al igual que con el tiempo se produce una involución de las capacidades físicas del

por la institucionalización. Si con la edad los contactos sociales tienden a reducirse progresivamente, hasta que acaban por limitarse casi en exclusiva a la pareja y, en ocasiones, a la familia más cercana (Iglesias de Ussel: 2001), el ingreso en la residencia acaba por distanciar a las personas de su entorno familiar y social más directo.

GRÁFICO 10.6: RESIDENCIA DE BENETUSSER: RELACIONES DE INTIMIDAD.

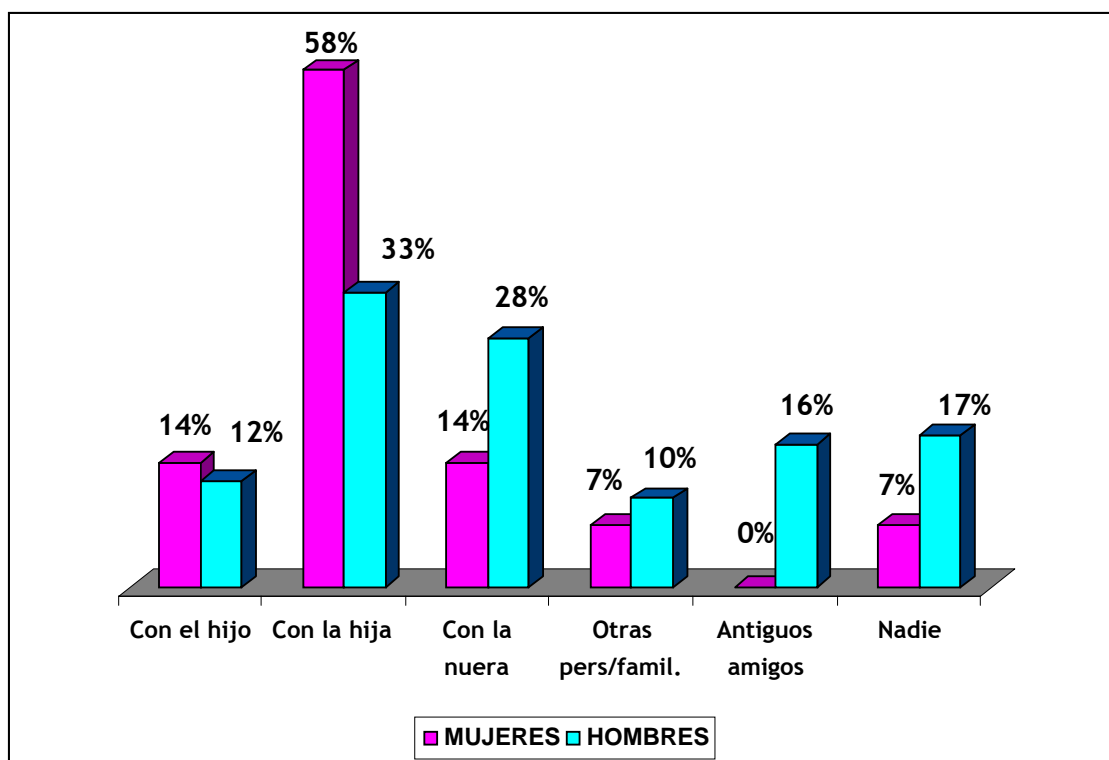


El anterior Gráfico 10.6 muestra el tipo y frecuencia de relaciones de carácter íntimo que mantienen los residentes.

Dado que se producen algunos aspectos diferenciadores y peculiares entre las relaciones que mantienen los hombres y las mujeres residentes en cuanto a la frecuencia y tipo de contactos, se ha preferido mostrar estas relaciones diferenciando entre los dos grupos por separado en los Gráficos 10.7 y 10.8.

individuo que tiende a limitar directa o indirectamente su capacidad de relación social, la interacción con el entorno y con las personas es también cada vez más reducida, consolidando así el proceso de envejecimiento social del individuo.

GRÁFICO 10.7: RELACIONES SOCIALES DE INTIMIDAD ENTRE LOS RESIDENTES SEGÚN SEXO.



Fuente: Elaboración propia.

A la vista de los datos, se observa que tanto los residentes hombres como mujeres mantienen un contacto relativamente habitual con sus hijos e hijas, aunque si entre las mujeres estos contactos se producen en el 72% de los casos, se reduce a un 45% entre los residentes varones. En ambos casos la relación es mucho más frecuente con las hijas que con los hijos, pero por lo que respecta a los hombres, es sobretodo el cambio del protagonista de esos contactos lo que más llama la atención: en un 28% de los casos la nuera representa el segundo tipo de relación de intimidad más habitual para los residentes varones de Benetusser. La relación con la nuera es también significativa en las mujeres, pues el contacto con ellas iguala a la frecuencia de relación con sus hijos varones (14%), pero es mucho más significativa en el caso de los hombres. Según las entrevistas realizadas, el hijo también suele acudir a visitarlo algunos fines de semana, pero es la nuera quien acude, además de en esas ocasiones, siempre que necesitan que les acompañen al médico, a tramitar alguna gestión o a realizar alguna compra de ropa u otros enseres. El peso cultural que en nuestro entorno tiene la mujer como

cuidadora de la familia y del hogar, parece extenderse incluso hasta la misma Residencia. También resulta destacable el hecho de que hay residentes que no reciben visitas (un 7% entre las mujeres y un 17% de los hombres), se trata de las personas que no han tenido hijos ni hijas, lo cual nos lleva a reflexionar sobre las condiciones de futuro de las actuales generaciones de adultos que presentan tasas tan bajas de natalidad.

En las entrevistas se descubre que las relaciones de intimidad son mucho más escasas en la Residencia que las que el anciano mantenía cuando estaba en su domicilio; allí, aunque se relacionaba con un reducido número de personas, el contacto solía ser mucho más frecuente. Una consecuencia directamente relacionada con este dato, es la evidencia de que el contacto con los antiguos amigos es escaso: pocos hombres mantienen el contacto con sus antiguos amigos (16%) y ninguna mujer recibía visitas de sus antiguas amistades.

Por otra parte, no había ningún residente que permaneciese casado y conviviendo con su pareja en el centro (la mayoría habían enviudado) y tampoco ninguno de los entrevistados había establecido una nueva relación de pareja con otro residente, por lo que los momentos de soledad a lo largo del día son frecuentes. Sólo en dos casos se mencionó el inicio de una nueva amistad en el centro, pero ninguno de los residentes implicados atribuía a esta relación la trascendencia suficiente como para considerarla de intimidad. En muchas entrevistas se detecta además que, tras el ingreso en la residencia, las visitas de los amigos u otros familiares diferentes a los hijos son prácticamente inexistentes, tanto para las mujeres como para los hombres (7% y 10% respectivamente). También la calidad de las relaciones, y por tanto el grado de satisfacción que éstas generan, era mal valorado. Aunque los residentes aprecian los escasos contactos que mantienen, dado que estos se limitan a un grupo muy reducido de personas y de ocasiones, por lo general algunos fines de semana o las fechas más señaladas (cumpleaños, navidad...), mayoritariamente coinciden en señalar que no les aportan la suficiente satisfacción y que les parecen, además de pocos, demasiado breves.

Por otra parte, también se manifestó que el número de familiares que acude a esas visitas se reduce considerablemente con el paso del tiempo, personificándose a menudo en un único miembro de la familia, generalmente una mujer (hija o nuera), la cual parece autoseleccionarse de entre el resto de miembros de la familia por la proximidad de su residencia al centro donde se halla el anciano o por la disponibilidad de mayor tiempo libre que el resto de familiares¹³⁵. Este fragmento de una de las entrevistas a una residente refleja esta idea:

Quien más viene es mi hija la mayor, porque vive más cerca y puede venir y la otra vive en Sevilla, que es la que a veces me llama. Mi hijo es que trabaja mucho y llega a casa muy cansado aunque a veces también viene. El año pasado en Navidades estuvo aquí pero estas Navidades no pudo. Con mi mayor, que es la que viene más, pues hablo y me dice como están todos. A mí me gustaría que por lo menos una vez al año vinieran todos juntos y estar un buen rato para que yo los vea a todos reunidos, pero cuando vienen siempre tienen algo que hacer y enseguida se tienen que ir.

Mujer. 77 años.

Cuando se pregunta a los ancianos por ese progresivo distanciamiento con la familia, algunos suelen reaccionar con indolencia y aducen la distancia o el poco tiempo libre de los hijos para justificar la escasez de visitas¹³⁶. Sin embargo, más bien parece una actitud ‘cortés’, pues todos siguen valorando en gran medida la amistad y al hablar del grupo y las relaciones que han perdido, transmiten una generalizada sensación de añoranza y nostalgia, como puede percibirse en este fragmento:

¹³⁵ También los cambios de la sociedad actual, con mayores tasas de empleo femenino, provocan entre otros aspectos que este rol de cuidadora sea progresivamente menos realizado.

¹³⁶ La distancia física entre la residencia y el lugar en el que tenía establecido su domicilio el anciano es un elemento determinante sobre la frecuencia y tipo de visitas que recibirá, siendo mucho menores en número, y generalmente limitadas a la familia más directa (hijos), cuanto mayor sea la distancia entre la residencia y su domicilio anterior.

Desde que vivo aquí sólo he visto a los amigos que tenía cuando fui una vez a la casa de Valencia y me preguntaron que por qué me había ido. Aquí sólo han venido unos amigos una vez y, la verdad, ahora que lo dice usted, no he visto a mucha gente de la que a veces me acuerdo, aunque claro, esto está lejos y todos son ya mayores y si los hijos no los traen... Figúrese, si no vienen tus hijos a verte ¿como vas a esperar que vengan otros?

Varón. 73 años

Perdida ya la pareja y aceptada como inevitable la pérdida de los amigos, todos los residentes sin excepción, incluso aquellos que no habían tenido hijos, se refieren a la familia como el único vínculo directo que les queda. La mayor parte de los ancianos menciona a los hijos e hijas como las personas con las que mantiene una relación más directa, y aquellos sin hijos suelen citar a una hermana, hermano u otro familiar, aunque generalmente apenas reciban ninguna visita de esas personas¹³⁷. Sobre los responsables de la situación de abandono que en ocasiones sienten algunos residentes, muchos ‘señalan’ en primer lugar a la familia, especialmente a los hijos. Hacia ellos se vierte con frecuencia una sensación de resentimiento o falta de entendimiento del por qué de ese abandono. Pero curiosamente, y a la vez, también se verbalizan justificaciones que les sirven para autoconvencerse de la imposibilidad de residir en otro lugar o de otra manera que no sea en la residencia donde actualmente están. Esos sentimientos encontrados, de resignación o aceptación y de frustración, se perciben claramente en este fragmento de una mujer que se sentía abandonada por el hijo con el que había convivido los últimos años:

Aquí echo mucho en falta la familia, es lo que más. Si no hubiera sido por este hijo no estaría aquí, yo en mi casa me lo puedo

¹³⁷ El tipo de vínculos familiares, su mantenimiento al envejecer y el grado de relación e intimidad tras el ingreso en la residencia, podría ser un tema interesante a abordar, y que a buen seguro puede influir en el grado de calidad de vida y satisfacción con la vida, aunque se requiere un planteamiento diferente al aquí utilizado.

hacer todo y cuando no hubiera podido me hubiera buscado una mujer que me hubiera ayudado. Pero si lo piensas bien, dinero para pagar a nadie no tengo, y mi hijo también tiene que hacer su vida, porque los hijos no están para cuidar a las madres. Yo no se, la verdad, los viejos deberíamos morirnos para no llevarnos estos chascos.

Mujer. 73 años.

Como ya se ha dicho, ningún residente había establecido nuevas relaciones de intimidad ni mantenía las anteriores con sus amigos. Esta escasez de relaciones de intimidad entre los ancianos y su familia o los amigos más íntimos, se ha visto compensada parcialmente por el desarrollo de una especie de “*intimidad a distancia*” que propicia el uso del teléfono. La llamada de teléfono, generalmente breve, sustituye a menudo el papel de la visita, pues la mayoría de los ancianos (con familia), recibían llamadas telefónicas de algún familiar con relativa frecuencia, mientras que el número de visitas era, en comparación, proporcionalmente muy poco significativo. Muchos decían mantener contacto de este modo casi todas las semanas, aunque por lo general las llamadas se concentraban especialmente durante los fines de semana. El contenido de las mismas solía ser interesarse por la salud del residente y avisarle de que pronto iban a acudir a visitarle, o para justificar la no asistencia a una futura cita. A pesar de que el uso de teléfono era tan frecuente entre algunos ancianos, nadie utilizaba teléfono móvil. Todos los ancianos entrevistados dijeron conocer ese tipo de teléfono cuando fueron preguntados, pero ninguno de ellos disponía del mismo porque decían que no entendían bien su uso, tenían los números pequeños y no los veían bien, o preferían esperar a que les llamasen al teléfono del centro porque se entendían mejor y hablaban más a gusto. Este testimonio, recogido en una entrevista a una de las personas que más habitualmente utilizaba el teléfono del centro, resume brevemente el contenido habitual de las llamadas:

Mi hija me suele llamar casi todas las noches y mi hijo también. Yo desde las nueve hasta las nueve y media estoy aquí cerca del teléfono porque si suena normalmente es para mí, aunque hay otras que también les llaman. Si no llama, ella me tiene dicho que no me preocupe, que a veces no puede porque tiene que atender al marido y a los hijos, pero ella me suele llamar. Me pregunta lo que he comido, si me hace falta algo, unas medias o jabón o lo que haga falta y así cuando viene a verme me lo trae. La verdad es que a mí me da tranquilidad que me llame porque así sé que están todos bien. Yo no la llamo si no es algo muy importante, pero tengo anotado su número y el de donde ella trabaja también.

Mujer. 77 años

A la vista de estos datos, se puede corroborar tanto la escasez de las relaciones de intimidad, como la insatisfacción que estas relaciones generan en los residentes entrevistados. Esta conclusión se hace extensiva también a las relaciones de carácter más social, referidas a las que se establecen con los compañeros de residencia, los trabajadores u otras personas con las que el grado de intimidad no es tan significativo, siendo la causa más habitual de esta insatisfacción la ausencia de amigos en el nuevo entorno.

Diversos estudios refieren que el proceso de envejecimiento merma la relación social, estableciendo en la mayoría de casos una introspección progresiva que genera contactos cada vez más reducidos y esporádicos con otras personas (Jacoby y Oppenheimer: 2005; Otero, Zunzunegui y otros: 2006). Cuando este hecho se circunscribe a las personas mayores institucionalizadas en residencias, podemos percibir además la influencia de la falta de salud y el cambio de domicilio como otros elementos determinantes de la reducción significativa de la interacción social.

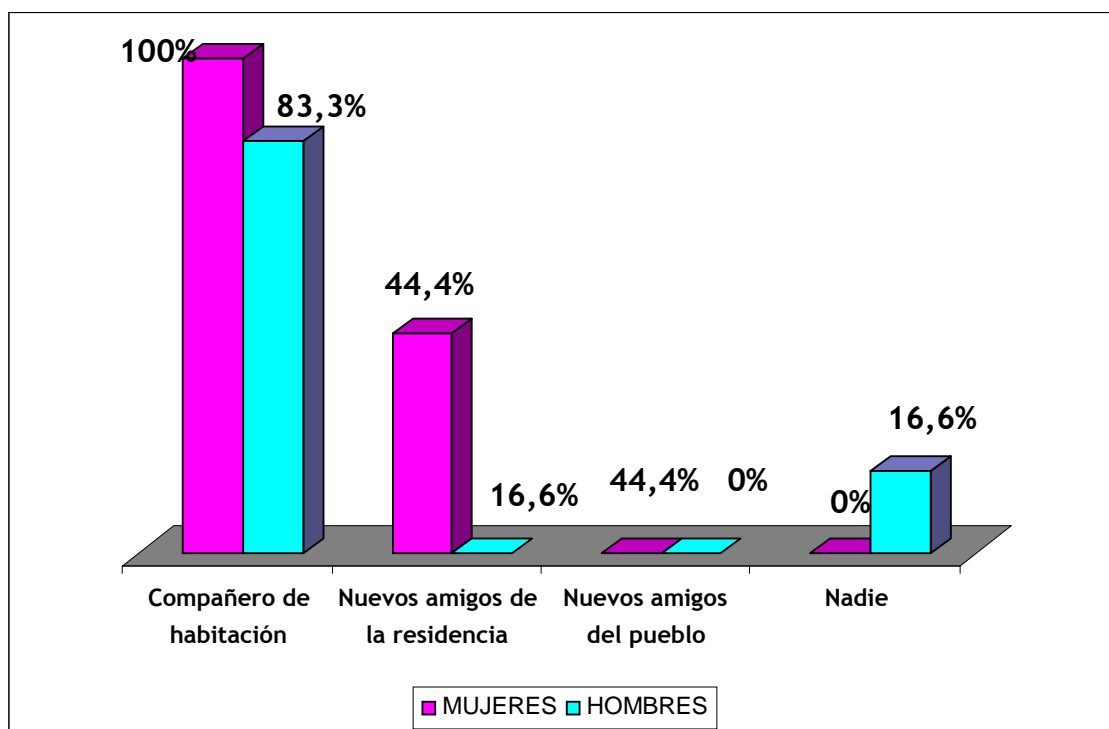
Sin embargo, estos factores no deberían ser elementos suficientes para la reducción de la actividad social, puesto que la disposición y organización de los recursos de la residencia debería tratar de conciliar y facilitar las

relaciones entre los ancianos residentes y con el nuevo contexto social, estimulando el mantenimiento de las antiguas relaciones y el establecimiento de otras nuevas. En el caso de Benetusser, al escaso número y calidad de las relaciones, se suma también la falta de actividades o recursos especialmente destinados a la acogida e integración de los nuevos residentes. Ni siquiera la existencia de una Junta de Residentes, asamblea que representa a todos los usuarios de la Residencia, parece tener una actividad muy significativa al respecto, dado el escaso número de reuniones que se habían realizado desde su constitución, pocos meses después de inaugurado el centro.

Quizás el hecho de que Benetusser sea una residencia de carácter público, cuyos residentes deben '*cumplir*' unos requisitos de pérdida de autonomía social o física para obtener el ingreso, determine en cierto modo la escasa y baja calidad de relaciones, pues con frecuencia los ancianos que llegan al centro lo hacen tras un largo período de permanencia en su domicilio, con dificultades para salir a la calle y con escaso contacto con sus familiares y amigos, lo que además de hacerles perder progresivamente las amistades y relaciones, suele influirles emocionalmente generando cierta introversión del carácter (Sánchez Vidal, 1991).

Como hemos hecho para las relaciones de carácter más íntimo, el Gráfico 10.8 muestra las relaciones de carácter social que mantienen los hombres y mujeres de la residencia de Benetusser.

GRÁFICO 10.8: RESIDENCIA DE BENETUSSER: RELACIONES SOCIALES SEGÚN SEXO.



Fuente: Elaboración propia.

Del análisis de los datos entre ambos grupos, llama la atención la falta de nuevas relaciones que manifiestan los hombres, con otras personas del entorno residencial. Nadie entre los varones había establecido relaciones de amistad con otras personas más allá del compañero de habitación, al que se refieren como '*compañero*', pero no como '*amigo*'. Este tipo de contacto con quien se comparte la habitación, se mantiene en una frecuencia elevada tanto para hombres como para mujeres (83,3% y 100% respectivamente), pero ellas mantienen además un nivel de relación general más frecuente que los hombres. El 44% de las mujeres se relacionaba con otras personas además de con la compañera de habitación, con la que absolutamente todas decían mantener relación y ninguna mujer refirió no mantener relaciones de carácter social con nadie, mientras que un 16% de los varones sí dijo no relacionarse jamás con nadie, ni dentro ni fuera de la residencia.

Estas cifras sobre el número y tipo de relaciones de carácter social, reflejan una mala valoración y esa es también la percepción cualitativa que perciben los residentes. La sensación generalizada entre ellos, es que no hay relaciones más allá de la mera coexistencia. Cuando los residentes mencionan al nuevo grupo de personas con los que comparten su vida (los compañeros de la residencia) suelen referirse a ellos de una manera fría, totalmente exenta de sentimiento y sin considerarlos como verdaderos amigos (“*la señora que vive en la misma habitación que yo...*”). Los compañeros son tan sólo otras personas con las que los avatares de la vida los ha relacionado, pero no tienen sensación de compartir con ellos más que los aspectos materiales de su existencia en el centro, circunstancia que la observación participante permitió corroborar. Las conversaciones entre los residentes son escasas y poco trascendentes, además de que los momentos de contacto o las actividades grupales son mínimas a lo largo del día y habitualmente mantenidas siempre por las mismas pocas personas. El tiempo que los residentes invierten en la comida es breve y la mayoría de ellos se limitan a ingerir los alimentos y su medicación en casi absoluto silencio, abandonando pronto el comedor. No hay sobremesa ni charla, salvo algunos comentarios o saludos breves entre algunos, que habitualmente son también siempre los mismos. Este fragmento, extraído de una de las entrevistas, sintetiza bastante fielmente el sentir general al respecto de las relaciones sociales en el centro:

Aquí son conocidos, amigos no. Nos sentamos a ver la tele y pasamos la tarde pero no hablamos, estamos callados. Alguien dice algo de la tele y cosas así, pero nada de importancia. A veces voy a tomar un poleo a los jubilados pero me voy sola porque no hay nadie que dé confianza para ir allí y charlar un rato. La verdad es que yo no tenía costumbre de salir a ningún sitio y ahora pues menos aún.

Mujer. 77 años

Al respecto de las dificultades para establecer nuevas relaciones, los motivos que parecen desprenderse de las entrevistas son diversos: en algunas

ocasiones no existe una disposición psicológica a unirse o relacionarse con otras personas a las que un azar involuntario les ha unido; en otras no se dispone de las habilidades sociales suficientes para establecer lazos de amistad; y finalmente también, muchos residentes tienen una arraigada percepción de que ya no se está en edad de hacer nuevas amistades o, a menudo manifestado por las mujeres que fueron entrevistadas, *‘porque no está bien visto que una mujer viuda hable con unos y con otros sin haberlos conocido de toda la vida’*.

Tampoco es frecuente que fuera del centro, los residentes establezcan relaciones nuevas que perciban como trascendentes en sus vidas. Las visitas a algunos comercios, al mercado o al Centro de Atención Primaria no dejan de ser valoradas como meros trámites sociales, sin vinculación sentimental, e incluso de menor implicación personal que las que se mantienen en el centro con los otros residentes. También las relaciones con los trabajadores adolecen del grado de intimidad o trascendencia personal que sería deseable, y aunque la relación entre los éstos y los residentes no es mala, y así se citaba a menudo en las entrevistas, puede ser calificada de *‘demasiado profesional’*, lo que ha acabado por convertirla en distante y poco comunicativa. La mayoría de residentes la perciben de manera similar a como se refleja en este fragmento:

Con la gente que trabaja aquí me llevo bien. Ellos son trabajadores y van a lo suyo porque aquí hay mucho trabajo. Con el tiempo ya las conoces y sabes como es cada una. A veces le pides algo a una y te pone mala cara y entonces se lo pides a otra y ya está, vas aprendiendo.

Mujer. 81 años

▪ OCUPACIÓN DEL TIEMPO

El conjunto de ocupaciones a las que el individuo puede dedicarse voluntariamente, cuando se libera de sus ocupaciones profesionales, familiares y sociales, para descansar o divertirse, desarrollar su formación o información desinteresada y su capacidad creadora, es lo que conocemos como Tiempo Libre (Dumazedier, 1968). Sin embargo, aunque éste es un concepto general que toda la población utiliza, no parece que el término pueda aplicarse sin más para referirnos a esas ocupaciones o actividades cuando las realizan los individuos pertenecientes al colectivo social de ancianos institucionalizados. Entre éstos, el '*tiempo libre*' tiene un carácter tan particular, que resulta difícil analizarlo con los mismos criterios utilizados para el resto de colectivos sociales. Entre los residentes, las ocupaciones laborales son por lo general inexistentes, dada la condición de jubilados que presentan todos ellos, y tampoco pueden establecerse las obligaciones familiares como elementos que supongan una ocupación predeterminada, al vivir separados de la familia¹³⁸. Tan sólo puede encontrarse cierta similitud en la obligación de los residentes a ceñirse a unos horarios y normas establecidos para el normal funcionamiento del centro, aunque también aquí se pueden hallar tantos matices diferenciadores, que realmente para este contexto, el concepto de '*tiempo libre*' queda mejor recogido bajo la genérica denominación de '*distribución del tiempo*'.

En general, la disposición de tiempo de las personas que viven en la Residencia de Benetusser, y su forma de llenarlo dada la ausencia de obligaciones laborales, familiares y sociales que hemos referido, depende por una lado de las pautas de horario establecidas para las actividades programadas y sujetas a un horario determinado en el centro, lo que en cierto modo marcaría el '*tiempo ocupado*'; y por otro, de la oferta de actividades u opciones existentes para llenar el resto del tiempo '*vacío de obligaciones*'.

¹³⁸ Es evidente que no podemos obviar lo frecuente que resulta encontrar ancianos que dedican gran parte del día a tareas del cuidado de los miembros de su familia, especialmente las mujeres, asemejándose más a una obligación laboral que a la mera vinculación familiar. Esta actividad, en la mayoría de los casos, supera con creces las supuestas imposiciones sociales o morales que podrían derivarse del hecho de pertenecer a una familia. Sin embargo, tampoco es ese el caso de las personas aquí institucionalizadas que, como se ha dicho, al pasar a residir en la residencia, se desvinculan del hogar familiar y se ven incapacitados para la realización de esas y otras tareas.

Respecto de las pautas horarias formalmente establecidas, que vendrían a suponer lo que hemos denominado '*obligaciones sociales*' de los residentes, éstas son mínimas y limitadas prácticamente a regular en exclusiva el cumplimiento de los horarios de las comidas. El desayuno se sirve en el centro a las 9.15 h de la mañana, el almuerzo (comida) a las 13.30, la merienda a las 16.30 y la cena a las 20h. En estas actividades, los residentes invierten entre 15-20 minutos para desayunar o merendar y alrededor de 40-60 minutos para comer o cenar. Fuera de esas tareas programadas, los ancianos no tienen obligación de asistir a ninguna otra actividad, y cualquier otra que puedan realizarse a lo largo del día –la recogida de ropa para su lavado, acudir al taller para hacer la Falla u otras manualidades, las sesiones de gimnasia o ver la TV, por citar algunos ejemplos– tienen un carácter voluntario y no están regidas por horarios determinados o requisitos preestablecidos, quizás con la única salvedad de las sesiones de gimnasia, que requieren de la presencia de la TASOC los días que ella acude al centro. Otras tareas, como la visita médica, la realización de compras, salir a pasear, visitar el Hogar de Jubilados u otras actividades, son de carácter ocasional y ni están formalmente programadas ni dependen del personal del centro, sino que se ejercen libremente por cada individuo.

La investigación ha podido determinar que la oferta formal de actividades para los residentes, tanto la propuesta institucionalmente por la Residencia como la ofertada por el Ayuntamiento o Asociaciones del pueblo, es muy escasa, lo cual predispone, como se afirma en la literatura científica, a una menor satisfacción vital, dado que las personas mayores activas muestran niveles más elevados de satisfacción vital, mayor energía, motivación y autoestima (Solé, Triadó y otros: 2001). Por lo que respecta a la oferta de actividades de la propia Residencia, que es de carácter exclusivo para los ancianos residentes, ofrece sólo dos opciones: el taller de la Falla y las sesiones de Gimnasia. Por su parte, la oferta formal de actividades para mayores en la localidad, queda prácticamente limitada a las organizadas por el Hogar de Jubilados, pero como se verá posteriormente, esta opción tiene muy poca respuesta por parte de los residentes. Nadie en el centro decía conocer ninguna otra opción '*formal*' en el pueblo ni tampoco la investigación

pudo determinar una oferta diferente a la del Club y específicamente dedicada a los mayores.

Pero volviendo a las actividades en el interior de la Residencia, aunque el Taller de la Falla se abre diariamente después del desayuno y permanece prácticamente abierto hasta un poco antes de la hora de la cena, con el fin de que los residentes que lo deseen acudan a colaborar en la construcción de la falla o para realizar manualidades de manera voluntaria, no existe una programación formalmente establecida por la TASOC ni por ningún otro trabajador, lo que hace que la mayoría de ancianos opinen que estas tareas resultan reiterativas, aburridas y sientan que el Taller, en lugar de ser un espacio para el ocio general y la convivencia, haya acabado convirtiéndose en un recurso que satisface tan solo a unos pocos. Paradójicamente, según la opinión de la TASOC, responsable de organizar estas actividades, las manualidades (o Taller de la Falla) son la tarea a la que más trabajo y recursos dedica.

Aunque oficialmente la actividad del Taller está dirigida a toda la población residente, el nivel de participación es realmente bajo, pues tan sólo congrega de manera permanente a un grupo de entre 6 y 8 personas, que se dedican casi en exclusiva a hacer la Falla para las fiestas de San José. Así como todos los ancianos participantes en esta actividad la valoran muy positivamente, la mayoría del resto la critican por entender que es algo muy aburrido y sólo para unos pocos *“que se creen los amos”*. El trabajo etnográfico reveló cómo en torno a la actividad de manualidades, se había constituido un grupo reducido de personas, que se comportaba como un grupo cerrado, tenía la llave de acceso al Taller y decidía y asignaba las tareas a realizar por los que acudían a colaborar con las actividades, y si bien no negaba el acceso a nadie de un modo manifiesto, sí que limitaba o dificultaba la participación de aquellos a los que no consideraban demasiado hábiles en los trabajos manuales, como puede deducirse de este fragmento extraído de la conversación con una mujer de las que acudía habitualmente al Taller:

A mí es que me gusta mucho. Nosotros venimos aquí y nos entretenemos, porque a venir no le obligan a nadie, pero la Falla hay que hacerla y como es nuestra, pues parece que nos guste más. Aquí puede venir quien quiera pero tiene que echar una mano, porque si vienen para hacer lo que les dé la gana pues no, porque molestan más que otra cosa y la Falla hay que hacerla lo primero.

Mujer. 71 años

La otra actividad a la que la residencia dedica oficialmente el tiempo de la animadora sociocultural es la gimnasia. Las sesiones, que tienen una duración de alrededor de media hora todos los martes y jueves, días que la animadora sociocultural acude al centro, cuentan con una participación ligeramente superior a la de manualidades, y aunque tampoco eran muy concurridas, sí contaban con un grupo muy leal de alrededor de 8-10 residentes, que no solía faltar a ninguna sesión. No obstante, la TASOC había notado que, en los últimos meses, la actividad había venido sufriendo un descenso en el número de participantes. De un modo similar a lo que ocurre en el grupo de la Falla, para la gimnasia ha terminado por conformarse un grupo casi permanente de residentes que dice disfrutar mucho con la actividad y la valora como muy positiva para su salud. Pese a que este grupo no presenta las mismas particularidades de exclusividad que caracterizan al de manualidades, pues aparentemente no ponen trabas e incluso animan a la participación de otras personas, si parece que la dinámica rutinaria en el contenido de las sesiones ha generado el abandono de algunos ancianos por cansancio o aburrimiento, aspecto que quizás no contribuya a la incorporación de nuevos residentes al grupo, como nos relata uno de ellos en este fragmento:

Yo si que iba a la gimnasia, pero es que allí es siempre lo mismo: que si botar las pelotitas y que si a dar palmas. Está bien, pero al final es que te cansas porque es siempre lo mismo y la verdad

es que acaba uno aburriéndose. Para eso me doy un paseo por el jardín y me muevo más.

Varón. 69 años

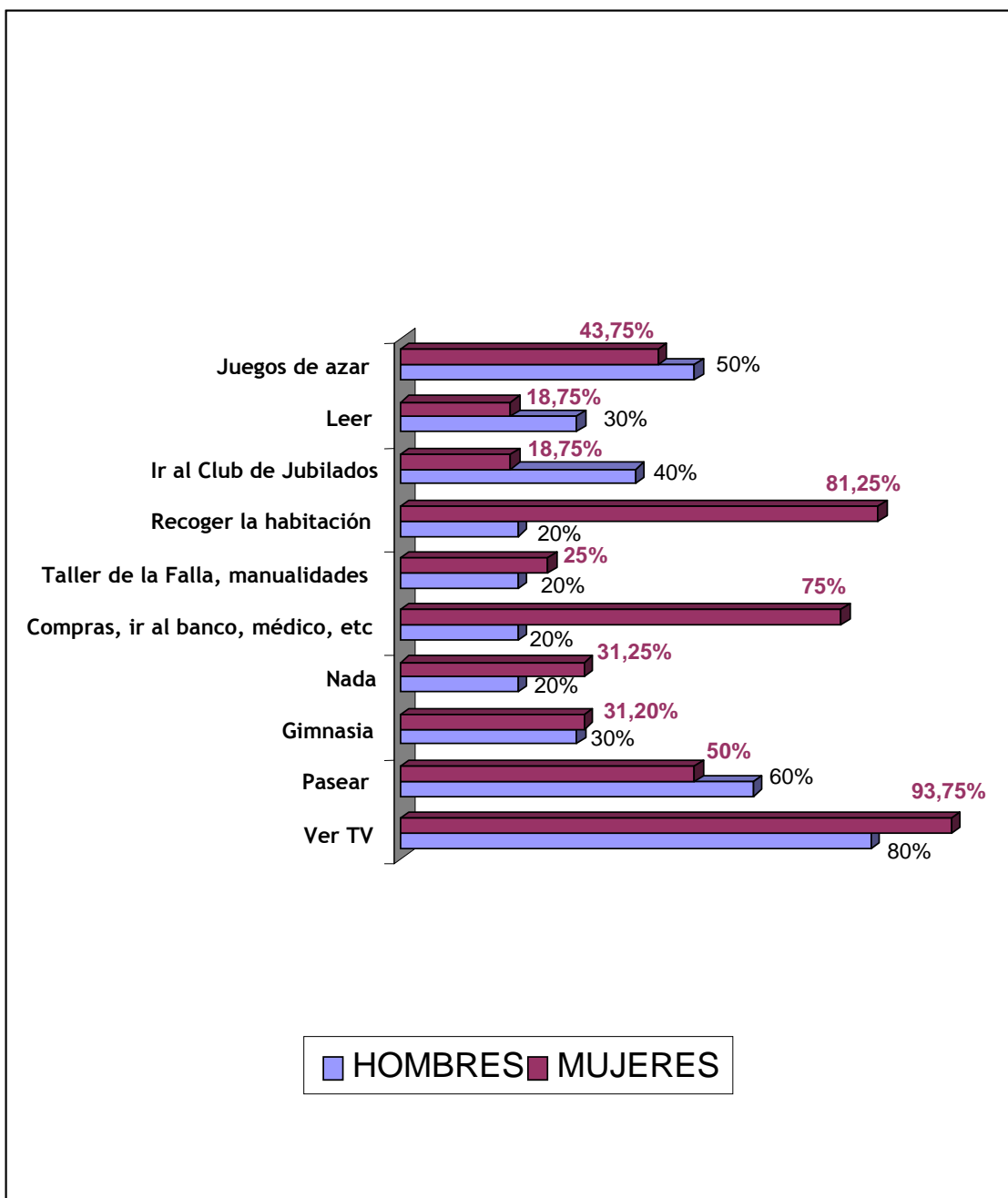
A pesar de la actividad de la animadora sociocultural, la programación de actividades parece demasiado escasa y vacía de contenidos como para aglutinar a un gran número de ancianos. Quizás la reducida oferta del centro no permite abarcar un mayor abanico de gustos personales y desanima a la participación. Por otra parte, aunque a la oferta formal de actividades de la residencia (gimnasia y taller de la falla) accede en números absolutos algo más de un 50% de los ancianos y ancianas, hay sin embargo un porcentaje elevado que no participa en ninguna tarea que facilite su integración o ayude a llenar los largos períodos de tiempo ocioso.

El resto de actividades con que los residentes llenan sus días se deben a la propia iniciativa personal, pues ni el centro ni el entorno próximo ofrecen ningún otro tipo de opciones. Sin embargo, la mayor parte de los residentes opina al respecto de estas otras alternativas, que tan sólo son un entretenimiento con que llenar el tedio que les genera el excesivo tiempo ‘vacío de actividades’, sin que éstas les aporten una verdadera satisfacción¹³⁹.

El siguiente Gráfico 10.9 resume las 10 actividades más frecuentemente realizadas por los residentes, diferenciando entre las opciones elegidas por hombres y mujeres. En general son actividades muy similares a las desarrolladas por las personas mayores en sus domicilios (Encuesta sobre condiciones de vida de las personas mayores. IMSERSO, 07) y en ese sentido la Residencia no parece aportar ninguna ventaja.

¹³⁹ Si entendemos por ‘ocio’ toda ocupación placentera y voluntaria del tiempo libre (Ispizúa y Monteagudo: 1998, p. 234), aunque algunos residentes valoran muy positivamente este tipo de actividades que ellos se buscan, quizás no deberían ser consideradas como propiamente ‘actividades de ocio’, pues el grado de satisfacción aportado es en general muy escaso.

GRÁFICO 10.9: RESIDENCIA DE BENETUSSER: ACTIVIDADES CON LAS QUE LOS ANCIANOS PASAN EL TIEMPO.



Fuente: elaboración propia.

A la vista de los datos mostrados en el gráfico, se puede observar que las actividades realizadas fuera del centro no son muy frecuentes, y aunque la mayoría de residentes no presentan problemas significativos de deambulación, pues todos son autónomos, las salidas se limitan a visitar ocasionalmente el

Club de Jubilados anexo a la residencia (26,9%)¹⁴⁰, a dar un paseo (53,8%) o salir de compras, a misa o a realizar alguna gestión en el banco o en el Centro de Salud (53,8%). Si bien es cierto que la oferta de actividades programadas para personas mayores en el pueblo es muy escasa, también lo es que la localidad cuenta con mercado semanal, zonas verdes y con espacios de ocio próximos a la Residencia que facilitan las salidas. En ese sentido no obstante, parecen jugar un determinante papel las actividades y roles desarrollados a lo largo de la vida y las diferencias entre sexos, culturalmente establecidas y tan consolidadas entre la población mayor. Ambas circunstancias marcan en gran medida las opciones que ellos y ellas eligen para realizar a lo largo del día: los hombres son los que más siguen saliendo al bar (en forma de Club de Jubilados en este caso) con un 40% de hombres frente al 18% de mujeres, y las mujeres son las que más siguen realizando tareas domésticas (*'recoger la habitación'*), actividad que realizan un 81% de ellas frente a un 20% de los hombres. Las mujeres son, en general, menos sedentarias que los hombres, como se demuestra en el hecho de que además de ser mayor el número de mujeres que de hombres quienes participan en las sesiones de *'actividad física'*, también son más ellas quienes colaboran de manera voluntaria en las tareas de limpieza de su habitación, se lavan alguna prenda de ropa o cosen y salen más frecuentemente que ellos a realizar alguna compra, a dar una vuelta por el mercado, al médico o al banco u otro lugar del pueblo. Un 75% de mujeres, frente a tan sólo un 20% de los hombres, realiza este tipo de tareas. El trabajo etnográfico permite interpretar de manera más profunda todas estas circunstancias, pero para comprobar la significatividad de la relación entre el factor sexo y algunas actividades, se realizó un análisis estadístico mediante la prueba de Chi-Cuadrado de Pearson. La prueba demostró la existencia de una relación estadísticamente significativa entre el sexo femenino y la actividad de *'recoger la habitación'* ($P < 0.03$), así como

¹⁴⁰ Los datos que se muestran en el texto son los relativos al conjunto de residentes sin diferenciar entre hombres y mujeres, valores que sí están en el gráfico.

también entre ser mujer y ‘realizar compras, ir al banco, a misa o al médico, etc. (P<0.09)¹⁴¹.

Es importante matizar, que el hecho de incluir en el análisis la actividad ‘ir a Misa’, puede haber contribuido a elevar sesgadamente el porcentaje de mujeres que aparecen representadas en esta opción, pues es una actividad sólo practicada por ellas y que ningún hombre dijo realizar. Las mujeres que van a misa lo hacen principalmente los domingos y la proximidad entre la residencia y la iglesia facilita esta opción, pero no parece ser un hábito muy arraigado, pues muchas decían no asistir con asiduidad y cuando se les preguntó sobre qué harían si un empeoramiento de su estado de salud u otra circunstancia les impidiese desplazarse hasta la iglesia de forma definitiva, todas contestaron que ‘no irían’ sin mostrar, aparentemente, gran preocupación.

Los hombres en cambio salen poco de la Residencia y cuando lo hacen, es por el mero hecho de pasar un rato fuera del centro (principalmente en el club de jubilados o en el parque), pero sin un cometido tan específico o concreto como ellas. De hecho, cuando una mujer va a salir a la calle para hacer alguna gestión personal, resulta frecuente que ya lleve el encargo de hacer algún recado para alguien del centro, además que suele preguntar a alguno de los hombres o mujeres con los que tiene más confianza si necesita algo de la farmacia, del mercado o de algún otro sitio.

Este testimonio refiere la actitud diaria que con más frecuencia se podía observar entre las mujeres más activas del centro, que aunque no son todas, sí son mayoría entre las residentes:

Yo todos los días me levanto, me aseo, hago la cama y recojo la habitación y paso el mocho. Lo he hecho toda la vida y tengo costumbre, y de paso me entretengo, porque si no ¿qué vas a hacer? ¿Ir a ver la tele todo el día? A mi eso no me gusta. Yo mientras pueda... También hacemos gimnasia 3 días a la semana con Celia.

¹⁴¹ El resto de actividades, aunque no han mostrado la misma significación estadística en cuanto a su relación entre el sexo y quien realiza la actividad, sí han mostrado diferencias importantes.

Somos 8 ó 9 y vienen también los hombres, aunque de seguido sólo viene uno, ellos se van más a jugar la partida al bar o se sientan ahí fuera.

Mujer. 73 años

Entre los hombres (y también entre algunas mujeres) es más frecuente llenar el día con actividades más sedentarias, como los juegos de azar (llamativamente poco frecuentes), ver la TV o leer la prensa (un 30% de quienes leen son hombres frente a un 18,75% de mujeres) y si salen a pasear, a diferencia de ellas, lo hacen con más frecuencia por el jardín interior de la Residencia que por el pueblo. En el Gráfico 10.9 puede observarse como un 60% de los hombres dijo salir a pasear frente a un 50% de las mujeres. Este dato, sin embargo, no va en contra de la afirmación de que son ellas quienes más salen de la Residencia, puesto que, además de que las diferencias entre hombres y mujeres respecto de la variable *‘salir a comprar, a misa o a realizar alguna gestión en el banco o en el centro de salud’* presenta diferencias mucho más elevadas (75% de mujeres frente a sólo un 20% de hombres), las entrevistas permitieron comprobar un matiz diferencial muy importante entre las actividades de hombres y mujeres, ya que muchas mujeres dijeron no salir a pasear, cuando en realidad salían casi todos los días, porque a diferencia de los hombres, que relacionan el hecho de salir del centro con pasear o dar una vuelta (en sentido estrictamente *‘ocioso’*), las mujeres relacionan el hecho de salir del centro con la necesidad de realizar un cometido concreto (en sentido de *‘tarea’* o actividad).

Aunque son los hombres quienes más acuden al Club de Jubilados, su presencia en el mismo es poco participativa, a tenor de las actividades que allí desarrollan. Ninguno de los residentes entrevistados asistía a los cursillos de pintura, costura, y gimnasia ofertados por el Club, ni tampoco había participado jamás en alguna actividad organizada por el Ayuntamiento u otras asociaciones. Las entrevistas no pudieron aclarar con profundidad los motivos de esta poca participación, pero la mayoría mencionaron como causas: no

sentir ganas de juntarse con otras personas a las que no conocen, que no les gusta el tipo de actividades que se ofertan, o que no les vienen bien los horarios establecidos. No debemos olvidar, que las particulares características de falta de salud de muchos de los residentes podrían también suponer un condicionante significativo tanto a la hora de escoger uno u otro tipo de actividades a desarrollar durante el día, como en cuanto al lugar donde éstas se realizan, como parece desprenderse de este testimonio:

Yo sí que iría [al Club de Jubilados] si hiciesen otras cosas, pero pintar y eso si quieres ya lo haces aquí en el taller de la Falla. Además lo hacen a unas horas que a mí no me van bien porque como aquí se come tan pronto, si vas enseguida te toca venirte y para poder estar a la hora de la comida te pasas el día corriendo para arriba y para abajo y yo ya no puedo ir tan aprisa. Aunque si quiere que le diga la verdad a mi no me gusta, yo prefiero sentarme aquí y ver la tele un rato o salir a dar una vuelta por el jardín. Cuando se hace la hora me voy al comedor y luego me acuesto un ratito. La tarde es lo que se me hace más largo pero siempre tienes algo con que entretenerte.

Varón. 81 años.

Los pocos residentes que ocasionalmente visitan el Club de Jubilados (menos del 27%, y mayoritariamente hombres), lo hace la mayor parte de las veces para beneficiarse de los servicios de peluquería (más a menudo ellas) o podología (sin diferencia entre ellos y ellas), más baratos que en otras partes, o para tomar un café u otra bebida mientras ve como los demás juegan a las cartas o al dominó (sobre todo ellos). En general permanecen poco tiempo allí y ninguno participa en los juegos '*por no tener confianza con la gente que juega*'. La falta de integración de los ancianos de la Residencia con los ancianos del Club y en el pueblo en general, se pone de manifiesto

nuevamente en este hecho, que se intuye claramente al leer estos dos fragmentos de sendas conversaciones con un hombre y una mujer residentes:

Yo si voy [al Club de Jubilados] es para tomar un descafeinado muy de vez en cuando, porque aquí nos dan en la comida. Al podólogo sí que voy porque te arreglan los pies y luego también para cortarme el pelo porque allí es mucho más barato que en la peluquería...[]. No, a las cartas y todo eso no juego. Hombre, algunas veces me siento allí y miro como juegan, pero me suelo aburrir porque no conoces a nadie y aunque me entretengo un rato, si no estas allí hablando de algo te cansas enseguida y te vas.

Varón. 72 años.

Voy a la peluquería de los jubilados cada 15 días. Yo sé que hacen clases de pintura y de coser allí pero es para la gente del pueblo porque se conocen y van juntas las amigas. Yo si tengo que ir sola, pues sola ya estoy aquí.

Mujer. 73 años.

De todas las actividades realizadas por los residentes, la que destaca muy por encima del resto es la de 'ver la TV', que fue referida por un porcentaje elevadísimo en ambos grupos (más del 88% del total: un 80% de los hombres y un 93,8% de las mujeres). Las retransmisiones deportivas, fundamentalmente el fútbol, y las noticias, eran los programas más vistos por los hombres, mientras que las mujeres veían principalmente telenovelas y magacines (Saber Vivir y El diario de Patricia). También algunos hombres manifestaban ver la novela de sobremesa.

El análisis cualitativo de este tipo de actividades, permitió también descubrir que los horarios que hombres y mujeres mayores dedican a sus actividades de ocio también se hallan genéricamente determinados. Por las mañanas es más frecuente que las mujeres se dediquen a asear la habitación, a participar en las tareas programadas en el propio centro (son ellas más participativas que ellos) o a hacer alguna compra, mientras que las mañanas de los hombres se destinan más habitualmente a leer la prensa, salir a dar un paseo o ir al Club de jubilados. Después de la comida los hombres suelen ir a ver las noticias en la TV y a dormir la siesta, mientras que las mujeres hablan un rato y luego van a ver la novela (actividad que comparten con algunos varones). Por la tarde es cuando ellas aprovechan para pasear o para ver la TV, mientras que los hombres suelen hablar en el jardín interior o también ven la TV, pero no suelen salir al a calle.

A la vista de las cifras y datos referidos, pudiera crearse la idea de que la vida en la Residencia de Benetusser permite un grado relativamente importante de actividades. Nada más lejos de la realidad. La visión general que la estancia en el centro suscita es la de mucha gente ociosa, con muy pocas cosas interesantes que hacer, mientras que los más activos tratan de buscarse algo con que llenar el día. Es cierto que la pérdida de salud, fuerza y ánimo que se va instalando en la vida de los mayores con el paso de los años, genera una introversión y una tendencia a realizar cada vez menos actividades. Esta actitud es común en muchos residentes. Pero quizás tenga relación, además de con la salud y la edad, con los condicionantes emocionales y las circunstancias que acompañan al envejecimiento y, especialmente, con el propio ingreso en la residencia. De hecho, muchas personas no mostraban el más mínimo interés por las actividades de ocio ni por llenar los largos espacios del tiempo fuera de las horas exclusivamente dedicadas a la alimentación o a dormir, como puede comprobarse en este fragmento de una conversación con una mujer:

Yo no quiero ir a la Falla porque todo es pintar banderas y yo digo, chica, si banderitas de esas con 4 chavos tendrás una tira grande. Dicen que es para entretenerse pero eso lo puedes hacer con

cualquier cosa. Coser o lo que sea. Este sitio yo lo veo bien, aquí no hacemos nada pero yo no quiero hacer nada, el que quiera que lo haga, pero yo ya he hecho lo mío, que he sufrido mucho durante toda la vida. La comida esta bien, la habitación esta bien y por la noche hay tranquilidad. Los lunes por la tarde te llaman y te dicen: ¡la ropa!, y lo que tengas lo das en una bolsa ¿para que vas a lavártela tú si aquí lo hacen mejor? el miércoles te la dan limpia y ya esta. Yo lo que quiero ahora es descansar.

Mujer. 81 años.

Este fragmento que acabamos de citar, nos introduce en las dos posturas más ampliamente manifestadas por las personas mayores entrevistadas: por un lado la necesidad de “*hacer cosas*”, de evitar el aburrimiento ante todo, y por otra el deseo de “*no hacer nada*”, de reafirmarse en la actitud de que ya se ha hecho bastante en esta vida y que ahora toca descansar. Sin embargo, el trabajo etnográfico y las entrevistas demuestran que ninguno de los dos grupos parece encontrar satisfacción en la residencia de Benetusser. Entre los primeros el problema es no encontrar qué hacer, no tener una oferta de actividades adecuada a sus gustos, o no disponer de los recursos económicos o de la situación de salud que le permita irse a otro lugar para hacer todo lo que se quisiera (en general manifiestan el deseo de ‘*irse a otro lugar*’ refiriéndose a permanecer en su domicilio). El resto, a diferencia de los primeros, sí pueden conseguir su objetivo de ‘no hacer nada’, pero la falta de tareas que llenen el día y que organicen y doten de sentido a sus vidas, les sume en una dinámica de pasividad e introversión, a menudo llena de quejas, dolores y malhumores, que les hace parecer aún menos satisfechos que el resto de residentes.

▪ SATISFACCIÓN CON LA VIDA

La percepción de aspectos multidimensionales de la situación vital de un individuo respecto de sus metas en la vida, expectativas y valores e intereses (OMS, 1994), teniendo en cuenta su percepción positiva y/o negativa de las variables sociales, biológicas y psicológicas, incluidos los aspectos objetivos y subjetivos como su cultura, su personalidad, sus estructuras valorativa y emocional y su vida social (Galvanovskis y Rojas, 2000) sería, probablemente, la definición más aceptada del concepto de satisfacción con la vida¹⁴².

Sin dejar de reconocer que esta satisfacción supone uno de los determinantes más significativos en relación a la calidad de vida, no podemos negar que es a su vez un factor difícilmente mensurable por muy diferentes motivos. Los aspectos responsables de esta dificultad incluyen entre otros, los problemas para acotar los términos a los que se hace referencia cuando se habla de satisfacción con la vida, así como su carácter retrospectivo y directamente relacionado con importantes implicaciones subjetivas, determinadas éstas a su vez, por otros componentes que ya han sido medidos en este estudio y que también influyen muy directamente en la satisfacción vital, como la salud, la capacidad funcional, la utilización del tiempo y otros. De hecho, pudiera parecer que la satisfacción con la vida, más que una variable independiente, debiera ser analizada como un compendio de los determinantes de la calidad de vida estudiados, planteamiento que le otorgaría poco carácter predictor, y en cuyo caso, más que un aspecto generador de la misma constituiría su conclusión. No obstante, insistimos en analizarla de manera diferenciada, independiente y atribuyéndole la categoría de elemento determinante de la calidad de vida, porque en esta dimensión también se encuentran, además de los deseos realizados, los frustrados y los todavía deseados, la satisfacción existencial y la expectativa existencial, las expectativas que se tuvieron y que aún se tienen en la vida, el

¹⁴² Campbell, Converse y Rodgers aluden a la satisfacción vital como una dimensión afectiva resultante de la valoración de la discrepancia entre las aspiraciones y los logros alcanzados. Por su parte, Diener, Suh y Oishi, indican que el componente cognitivo parece más relevante a los efectos de la investigación científica, dada su relativa estabilidad en el tiempo, mientras que el componente afectivo es mucho más lábil, momentáneo y cambiante. La mayoría de los instrumentos de evaluación del bienestar que aparecen en la literatura científica son, de hecho, escalas de satisfacción.

deseo y la necesidad de realización personal como ser humano y, especialmente entre el grupo de población mayor, la realización como ‘*persona anciana*’ en arreglo a las circunstancias vitales que esta etapa vital conlleva. Todo este vasto conjunto de dimensiones que constituyen la satisfacción con la vida, puede determinar de manera significativa una mayor o menor sensación de calidad de vida.

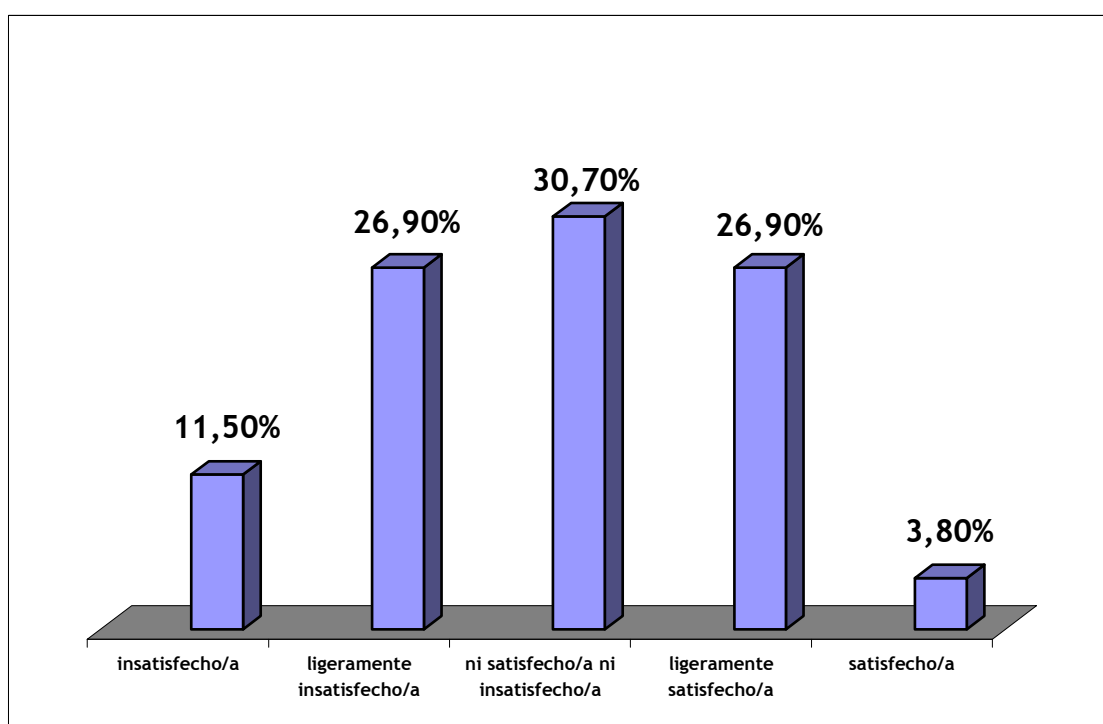
Para el análisis cuantitativo de la satisfacción con la vida, se utilizó la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLF) de Diener (1985) en su versión revisada por Pavot y Diener (1993) y que se adjunta como anexo al final del texto. Esta escala, ha sido traducida a diferentes idiomas y se ha aplicado en diferentes ámbitos, entre ellos el castellano (Atienza et al, 2000) por lo que su grado de consistencia interna y fiabilidad ya han sido ampliamente contrastados. El cuestionario mide el grado de satisfacción o insatisfacción con la vida a través de la respuesta a 5 afirmaciones con las que el anciano puede estar de acuerdo o en desacuerdo respondiendo mediante una escala tipo Likert de 7 opciones que van desde “*Totalmente en desacuerdo*” (1) a “*Totalmente de acuerdo*” (7). El resultado de la prueba es una puntuación que oscila entre los valores de 5 a 35 puntos que se obtiene sumando las diferentes respuestas, y que los autores interpretan estableciendo 5 posibles niveles de satisfacción: [puntuación de 10 a 14] personas insatisfechas; [puntuación de 15 a 19] personas ligeramente insatisfechas; [puntuación de 20] personas ni satisfechas ni insatisfechas; [puntuación de 21 a 25] personas ligeramente satisfechas; [puntuación de 26 a 30] personas satisfechas¹⁴³. Uno de los motivos de mayor peso a la hora de elegir este método entre otros posibles fue, al margen de su mayor grado de fiabilidad contrastado, el hecho de que sus resultados reflejen con mayor intensidad los efectos del presente sobre la satisfacción con la vida (en la escala relacionados con los 4 primeros ítems, a diferencia del último, que se relaciona más con hechos pasados),

¹⁴³ Sobre la validez y confiabilidad de la prueba, numerosos estudios demuestran una alta consistencia interna (Alpha de .87) y una estabilidad temporal moderada siendo, además de consistente, sensible a los cambios. El análisis factorial muestra que un solo factor explica el 66% de la varianza (de los 5 ítems, el último parece ser el más débil, probablemente porque está más referido al pasado, a diferencia de los otros 4, más orientados al presente). Se demuestra también su alta correlación positiva con otras pruebas que evalúan el bienestar psicológico y su alta correlación negativa con instrumentos clínicos como la escala de depresión de Beck o el Listado de Síntomas de Derogatis (SCL-90).

circunstancia que nos parece más interesante para analizar la relación existente entre el grado de satisfacción vital y el actual estado de institucionalización.

El siguiente Gráfico 10.10 muestra los resultados obtenidos mediante la SWLS para las personas entrevistadas.

GRÁFICO 10.10: RESIDENCIA DE BENETUSSER: GRADO DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA SEGÚN ESCALA SWLS



Fuente: Elaboración propia mediante SWLS.

La utilización de la SWLS muestra un nivel mediocre de satisfacción, o mejor, no muestra ni satisfacción ni insatisfacción, pues ésta es la opción mayoritariamente señalada por los residentes (30,7%). Aunque los resultados del cuestionario pueden matizarse profundamente a la luz de los datos que arroja el análisis de contenido de las entrevistas en profundidad, no se puede afirmar ni que los residentes se encuentren satisfechos con sus vidas ni tampoco que se encuentren insatisfechos. Al reducido porcentaje de personas que manifiestan sentirse *satisfechas* (3,8%) se contrapone el de quienes dicen

sentirse *insatisfechos*, que con un 11,5% es un valor tres veces superior. Si a esos porcentajes añadimos los que representan a aquellos que dicen sentirse '*ligeramente satisfechos*' o '*ligeramente insatisfechos*' no obtenemos ningún cambio, pues aún así, un 38,4% sigue estando más próximo a la insatisfacción, frente a un 30,7% que se siente más cercano a la satisfacción. Pero como se ha dicho, y a pesar de estos datos, tampoco podemos afirmar que los residentes se sientan insatisfechos con sus vidas. A tenor de los datos de la SWLS, lo que quizás sí pueda reconocerse, es que los residentes se encuentran en una especie de '*limbo*' respecto de la satisfacción con la vida, pues el grupo más representativo es el de aquellos que dicen no sentirse '*ni satisfechos ni insatisfechos*', que alcanza al 30,7% de los residentes¹⁴⁴.

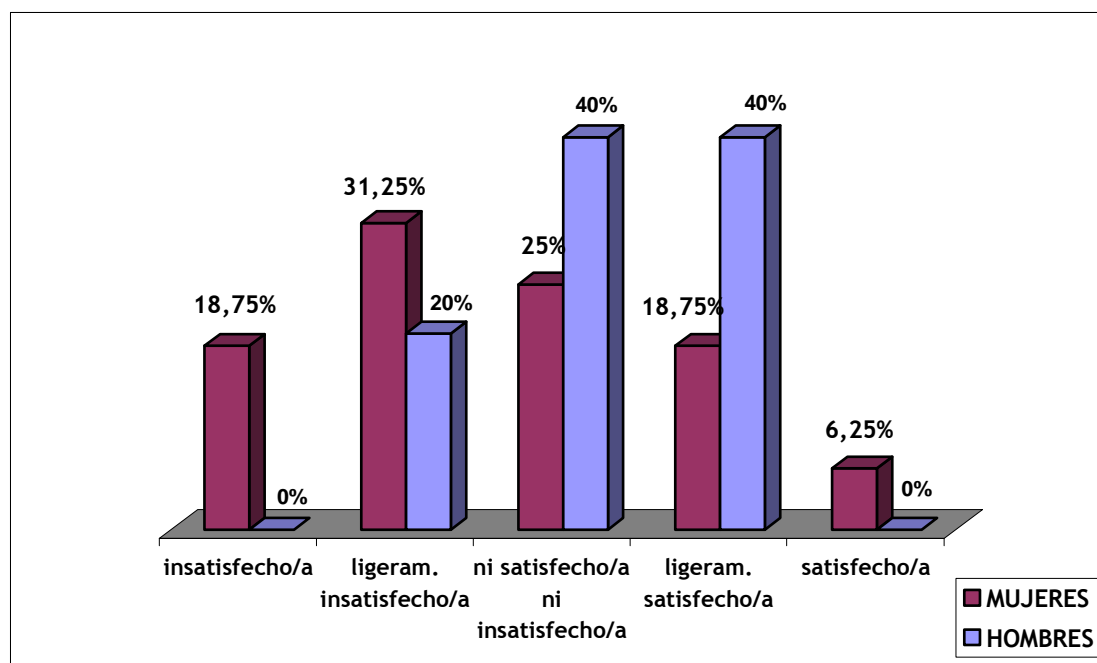
No obstante estos datos generales, el análisis por sexos, que se muestra en el Gráfico 10.11 de la siguiente página, revela resultados mucho más controvertidos.

Es evidente que el reducido tamaño de la muestra genera una representatividad relativa y una elevada desviación de los datos, con lo que la opinión de una sola persona modifica de manera sustancial los resultados, pero aún así, las tendencias parecen establecerse con claridad. Como puede verse en el Gráfico, el '*limbo*' al que hacíamos referencia es cosa de hombres y la insatisfacción es cosa de mujeres, aunque a la vez lo es también la satisfacción. Las mujeres presentan porcentualmente un nivel de satisfacción con la vida aparentemente menor que el de los hombres. Sólo el 25% de ellas se sienten '*satisfechas*' o '*ligeramente satisfechas*' frente al 40% de ellos, mientras que hasta el 50% de mujeres, manifiesta sentirse '*insatisfechas*' o '*ligeramente insatisfechas*', frente a tan sólo un 20% de hombres. Curiosamente, así como un 18,75% de mujeres manifestaron sentirse

¹⁴⁴ Desde otro punto de vista, podría decirse que la mayoría de residentes se encuentran insatisfechos con sus vidas. Si al 11,5% de '*insatisfechos*', se añade tanto el 26,9% de los que están '*ligeramente insatisfechos*' como el 30,7% de los que se encuentran '*ni satisfechos ni insatisfechos*', el total de residentes que no presenta satisfacción alcanza al 69,1%. Aunque pudiera parecer un sesgo interpretativo añadir el porcentaje de quienes se manifiestan '*ni satisfechos ni insatisfechos*' al de aquellos que manifiestan abiertamente sentirse '*insatisfechos*' o '*ligeramente insatisfechos*', desde un punto de vista muy personal opinamos que en las últimas etapas de la vida, la percepción neutral debe ser interpretada de modo negativo, pues el sujeto ya tiene pocas expectativas de poder mejorar el grado de satisfacción con la misma, máxime si, en teoría, el ingreso en la Residencia de Tercera Edad se lleva a cabo con esa finalidad.

‘insatisfechas’, también un 6,25% dijeron sentirse ‘satisfechas’, mientras que ningún hombre aparece en esos dos grados de satisfacción¹⁴⁵. Todos ellos se sitúan en ese ‘limbo’ de los estadios intermedios (‘ligeramente satisfechos’, ‘ni satisfechos ni insatisfechos’ o ‘ligeramente insatisfechos’), con tendencia mayoritaria a ocupar una posición de neutralidad (40%) o de ligera satisfacción, mientras que ellas parecen presentar posturas más extremas (‘satisfechas’ o ‘insatisfechas’), ocupando todos los grados de la escala, pero con una tendencia más polarizada hacia la insatisfacción¹⁴⁶.

GRÁFICO 10.11: RESIDENCIA DE BENETUSSER: SATISFACCIÓN CON LA VIDA SEGÚN SEXO



Fuente: elaboración personal mediante la SWLS

Como decíamos, la interpretación más profunda y reveladora de esos datos, sólo puede obtenerse mediante el trabajo etnográfico. Las conversaciones con los ancianos hacen ver que la vida para la mayoría de ellos

¹⁴⁵ Aunque ningún hombre dijo sentirse satisfecho con su vida, y en cambio un 3,8% de mujeres sí lo estaba, éstos presentan en total grados más elevados de satisfacción. También el 40% de los que manifestó no sentirse “ni satisfecho/a ni insatisfecho/a” eran hombres, frente a un 25% de mujeres.

¹⁴⁶ No obstante estos datos, el análisis estadístico de los resultados mediante una prueba de Chi Cuadrado, que se recoge en la Tabla que figura como Anexo 10, ha demostrado que, pese a que en apariencia el grado de satisfacción con la vida según la SWLS podría verse vinculado al hecho de ser hombre o mujer en la residencia, los resultados no han mostrado significación estadística (P=0,6).

ha sido muy dura. En lo referente a sus deseos y expectativas, aspectos que determinan directamente la sensación actual de satisfacción con la vida, algunos sueñan con cosas ya imposibles, a menudo relacionadas con lo que siempre se deseó y no se pudo conseguir, o con lo que ya se ha perdido y a lo que se le otorgaba un gran valor, como la pareja o volver a sentirse joven. Con frecuencia esos deseos quedan representados por la sensación de recuperar la salud y el vigor, volver a reunir a una familia que ya no está con ellos, y que difícilmente volverá a estarlo, o con vivir otra vida que no se muestre tan 'difícil', una sensación muy repetida por los ancianos entrevistados y que en muchos de ellos ha dejado resentimiento y frustración hacia los demás, como se percibe con claridad en este fragmento de la conversación con una mujer:

Tú dirás, esta mujer cuantas cosas tiene, pero es que nadie sabe a donde vas cuando te haces mayor. A veces veo matrimonios jóvenes que están muy felices, y que se van a trabajar y les cuidan los hijos los abuelos, pero esos hijos cuando son mayores no se acuerdan de los abuelos que los han criado, porque a mi me ha pasado, que venían mis hermanos con los chiquillos y decían hala, ves con la tía que te de comida o lo que sea. Y ahora te ven por la calle y ni te saludan. Ahora ya llevo 4 ó 5 años sin verlos. Eso es lo que más echo en falta. Por eso yo las veo aquí en el parque que van con los nietos para arriba y para abajo y pienso: ¿para que estáis criando a los nietos? ¿para qué? si luego en una patada te tienen que mandar a freír espárragos. Claro, es ley de vida, pero es así como yo te digo. Si no, piensa en donde estoy yo y veras.

Mujer. 74 años

Otro de los elementos que influye de manera importante en la sensación de insatisfacción que muchos residentes manifiestan, es la imposibilidad de haber conseguido una mayor estabilidad o capacidad económica. A menudo se refieren a que durante toda la vida se han 'cansado

de trabajar' y que realmente no han conseguido lo que deseaban. Las duras condiciones de vida, relacionadas con momentos difíciles de la historia de nuestro país, probablemente han reducido sus posibilidades de crecimiento social y económico y les ha condicionado a una vida difícil y llena de limitaciones, lo que con frecuencia surge en las conversaciones como refiere la misma mujer anterior:

Yo he trabajado mucho y he vivido muy mal. No se podía vivir como ahora, tenias una bata y no tenias otra cosa, y si querías ir más aseada el domingo te la tenias que lavar el día antes para podértela volver a poner limpia. Cuando se acabó la guerra, en mi casa no teníamos nada de nada. Y todo eso lo vas pensando y dándole vueltas a la cabeza de cómo son ahora las cosas y te pones triste... Cuando yo era jovencita, un señor mayor que venía a casa siempre decía "¿por qué nacería yo tan pronto?" y yo pensaba que ese hombre no estaba bien de la cabeza, pero cuanta razón tenia, porque a veces piensas que la vida no ha valido la pena, piensas que has trabajado mucho y dices yo he hecho esto y he hecho lo otro ¿y para que me ha valido? Y ahora ya no puedes hacer nada. La culpa se la hecho a la vida. La vida es eso.

Mujer 74 años.

Esa sensación de fracaso, de esfuerzo y de no haber conseguido las metas y los deseos, o de sentirse abandonado por los seres queridos precisamente hacia en el tramo final de sus vidas, genera en muchos de los residentes la sensación de intensa añoranza hacia los tiempos pasados, lo que en cierto modo produce introversión del carácter y les limita para poder mantener una actitud de interacción con su entorno y afrontar positivamente las nuevas situaciones vitales que la residencia les plantea. Este fragmento pertenece a la conversación con otra de las mujeres (que mayoritariamente eran más reflexivas y se mostraban menos satisfechas con su vida que los hombres). Curiosamente, en esta conversación se percibe como, al igual que

se refleja en otros fragmentos de conversaciones con otras mujeres, muchas de ellas han tenido una vida feliz, lo que contrasta con el elevado porcentaje de mujeres que según la SWLS manifiestan sentirse insatisfechas con su vida (50%). Seguramente la actual situación de institucionalización esté pesando significativamente en la valoración negativa que hacen sobre su satisfacción con la vida:

Yo recuerdo la vida de antes, que era mucho más bonita. Nosotros éramos la única peluquería del barrio, y nos sentábamos allí las mujeres a coser calcetines, que ahora no se cosen, o camisetas, bajo de una higuera que había. Y una decía esto, la otra decía lo otro, nos sentábamos juntos y lo pasábamos de maravilla. Después, cuando se cerraba la peluquería, con los vecinos y las vecinas a jugar al parchís. Aquello era maravilloso. Ahora es otra vida, vives en esas fincas que no te ves con las vecinas porque hay ascensor, o subes y bajas sola, hola y adiós y ya esta, como aquí, que cada uno va a lo suyo y no le importa a nadie nada. En mi casa llevaba toda la vida y conocía a todo el mundo. Se puede decir que hemos criado a los hijos juntas, que cuando una no podía pues otra le ayudaba y antes nos queríamos todas mucho. Hoy en día la gente ya no se quiere, solo hay envidias.

Mujer. 77 años

Ya hemos mencionado que la sensación de satisfacción con la vida se origina en el complicado equilibrio y congruencia que se establece entre las experiencias vividas, la realidad personal y las expectativas y deseos futuros (Lawton: 1989). Los sueños de futuro y las expectativas de vida, son un potente estímulo para valorar positivamente la satisfacción, mientras que la sensación de resignación o fatalidad, que suele acompañar a la vejez de muchas personas, en especial en el contexto de las residencias de mayores, es un elemento determinante para valorar negativamente la satisfacción. Este

aspecto negativo aporta un significativo peso al resultado cuando la valoración se realiza mediante la SWLS. Pero no puede obviarse tampoco que el equilibrio descrito está íntimamente relacionado con los rasgos individuales de cada individuo, con el carácter que marcó, marca y marcará su forma de vivir, de actuar, construir, afrontar y sacar provecho de los acontecimientos, y esa impronta es más fácilmente valorable mediante las entrevistas en profundidad. El siguiente fragmento es una clara muestra de lo que intentamos expresar:

Si, me siento contenta. Hay ratos que estoy más contenta y hay ratos que tengo ganas de llorar pero no hay más remedio que aguantarse y si lo piensas bien, mi vida va bien para lo que es la vida de ahora. Yo soy una persona que me gusta estar en un sitio y ya está. Me dices: has de estar ahí y no te muevas, y yo no me muevo en todo el día. Ya te he dicho que hay que aguantarse y conformarse. La vida es así. A mi me han enseñado que lo que sabe esta mano que no se entere esta.

Mujer. 77 años

Por ello, a pesar de que la mayoría de residentes han vivido los mismos acontecimientos sociales y comparten muchas similitudes de carácter socioeconómico, no todos ellos tienen la misma sensación de insatisfacción hacia el pasado y de indolencia hacia el futuro. Algunos todavía muestran expectativas concretas y posibles que seguramente suponen un importante estímulo para sus vidas. El deseo de controlar o mejorar algún aspecto de su salud, de seguir manteniendo la relación con la familia y los amigos, de poder celebrar su próximo aniversario o mantener la vivienda que aunque no la ocupa, aún posee, son algunos de los deseos más referidos por los residentes, como se recoge en el fragmento de esta optimista y positiva conversación:

De ahora en adelante lo único es pasarlo bien, que para mí es estar bien con mis hijos y estar bien aquí con todos, no tener problemas con nadie. Para cuatro días que me quedan yo no quiero

problemas con nadie. Y disfrutar, que sufrir ya hemos sufrido bastante. Si lo miras bien, aquí no se está mal. Tienes todo hecho y a pedir por la boca, ¿Qué más quieres? Si yo estoy segura de que lo que hay aquí no lo hemos tenido nunca nadie de los que estamos: la comida hecha, la ropa lavada, la casa limpia... todo.

Mujer. 82años

Esta actitud más positiva es también una postura frecuente entre muchas personas mayores, aunque no era generalizada en la residencia estudiada. Quizás en ese planteamiento radique la clave de porqué un 40% de los hombres decían sentirse satisfechos. Muchos de los residentes varones valoran positivamente su satisfacción con la vida porque el ingreso en la residencia les proporciona una cómoda estabilidad para cubrir las necesidades diarias (comida, lavado, higiene...) que durante los últimos años, habitualmente a causa de la viudedad o de la propia vejez, habían perdido. El peso de este factor se acrecienta cuando se constata que, según la Encuesta sobre Condiciones de Vida de las Personas Mayores (IMSERSO, 2007), “*los mayores que viven solos en sus domicilios habitan en hogares con una escasa dotación de recursos y valoran más negativamente su situación económica*”.

Muchas de las dificultades para la satisfacción de esas necesidades citadas por los varones, como preparar la comida o mantener la casa y la ropa limpias, sobrevienen con la viudedad. La totalidad de ancianos entrevistados había perdido a su pareja. Esta pérdida suele ir acompañada de importantes cambios en la forma de vivir de los mayores (IMSERSO, 2007). Con seguridad estos cambios dependen en gran medida de la relación previa y de la personalidad de quien ha enviudado (IMSERSO, 1998), pero es lógico pensar que una existencia compartida a lo largo de muchos años, con todas las vivencias positivas y negativas que esto conlleva, determina una forma de afrontar la vida y dota de una serie de recursos que, cuando desaparecen, tienen por fuerza que hacer tambalear la forma de vivir de muchas personas. La mayor parte de los ancianos entrevistados manifestó echar todavía en falta

a la pareja después de muchos años de haber fallecido, y en nuestro estudio, relacionan la viudedad, especialmente las mujeres aunque también algunos hombres, con la soledad, la pérdida de capacidad económica y la reducción de actividades sociales. También muchos otros estudios citan a la soledad como la variable más asociada al envejecimiento (Bazo, 1989). El siguiente fragmento refleja claramente esta reflexión frecuente entre los mayores:

Mi marido murió hace casi 11 años, y aunque estaba malo y todo, todavía lo echo de menos. Los hijos se quieren mucho más que al marido, pero te hace más falta el marido que los hijos. Porque los hijos se casan y cada uno va a su marcha, es la vida, tiene que ser así porque uno se casa y tiene que estar con la mujer y los hijos, y los padres tienen que dar un paso atrás. Si tienes hijos ya eres de tercera y si hay nietos eres de cuarta. Pero el marido siempre es el marido. Con el marido te acuestas, hablas con él, a veces discutes también...

Mujer 82 años.

Al hilo de la soledad, las referencias a la familia son también un tema que se repite constantemente en las conversaciones. Con la pérdida de la pareja, los hijos y los nietos ocupan a menudo los pensamientos de las personas mayores y son un elemento que influye notablemente en la generación de felicidad o de tristeza. El proceso de envejecimiento, acompañado de pérdida de salud, de capacidad y recursos económicos, de contactos sociales o de la pareja, matiza la esperanza y satisfacción con la vida y obliga a las personas a encontrar recursos emocionales que les mantengan la ilusión. En ese proceso, quien más éxito ha tenido son aquellos que dicen sentirse arropados por la familia. A menudo estos mayores presentan en nuestro estudio niveles de satisfacción con la vida mayores que el resto y sienten que, aun a pesar de la institucionalización, su vida continua teniendo sentido. Éste que sigue, es un modo frecuente de referir esta sensación:

Mi hija me llama casi todas las noches y mi hijo viene los fines de semana. Me traen a los nietos y alguna vez vamos a comer a un restaurante muy grande que hay en la plaza. Ellos no querían que yo me viniese aquí pero yo les dije que aquí estaría bien porque no quiero molestar a nadie. Los hijos son los hijos y tienen que hacer su vida pero yo veo que me quieren y mi nuera también es muy buena conmigo. Eso me hace que yo esté tranquila aunque esté aquí.

Mujer. 71 años.

Sin embargo, también es habitual que sea la propia familia un motivo de discordia y sufrimiento para el anciano o la anciana, que se considera el motivo de las disputas en el seno de la familia (de los distintos hijos entre sí, o de un hijo o hija con su pareja...), o bien se siente incapaz de mediar para conseguir la concordia familiar. Este fragmento, perteneciente a una de las mujeres que menor puntuación obtuvo en la escala de satisfacción con la vida, relata una de las situaciones frecuentemente vividas por algunos ancianos residentes en centros de Tercera Edad:

Llorar me desahoga [está llorando]. Yo he venido aquí porque he querido, porque tengo 1 piso y 3 hijos y podía estar en casa de ellos, pero era un mes en casa de uno y otro en la de otro y todo eran discusiones que yo los oía cuando hablaban. Y encima he puesto el piso a nombre de mi hijo pequeño, porque está inválido y porque los otros dos tienen su piso, y he pensado que antes de morirme a éste no puedo dejarlo solo. Pero ¿sabe que? Pues que ahora me dicen que por mi culpa han reñido todos y yo por eso no hago más que llorar.

Mujer. 81 años

A la vista de los datos obtenidos se puede afirmar que los niveles de satisfacción con la vida de los residentes son bajos. Las puntuaciones según la

escala SWLS han sido bajas y muchas de las conversaciones reflejan esa misma tendencia. Sin embargo, cabe destacar que la influencia de los acontecimientos actuales tiene un peso relativo importante en la puntuación que se obtiene con la escala SWLS, lo que se corrobora cuando mediante las entrevistas se comprueba que la mayoría de residentes relata haber tenido una vida dura pero buena. Por otra parte, el hecho de que el estado de salud de la mayoría de ellos no sea muy malo, ni tampoco la pérdida de la autonomía física muy significativa, debe hacer sospechar que los malos resultados obtenidos en este determinante deben atribuirse al negativo efecto que el estado de institucionalización está provocando.

Subyace por otra parte, una interesante y sorprendente paradoja al analizar el grado de satisfacción con la vida de los residentes: cuando al preguntarles por la satisfacción con la vida, y los ancianos y ancianas relatan sus vivencias, sus recuerdos, sus anhelos y sus miedos, muchas veces surgió inesperadamente un deseo común en muchos de ellos y ellas, no ya de calidad de vida, sino de poder conseguir una *'calidad en la muerte'*.

Tras el análisis de los datos obtenidos, tanto en los cuestionarios estandarizados como en el trabajo etnográfico, podemos afirmar que la salud es un elemento que genera una significativa influencia en la satisfacción y en la percepción de la calidad de vida y que en ese sentido, quienes habitan en la Residencia de Benetusser deberían sentir satisfacción. La valoración cuantitativa no ha revelado que ésta sea muy diferente a la del conjunto de personas no institucionalizadas y pertenecientes a su grupo de edad, como se desprende de su comparación con los datos reflejados en la Encuesta Nacional de Salud 2006 para el conjunto de la población española. Sin embargo, la percepción que los ancianos y ancianas residentes tienen de su estado de salud es bastante peor de la que deberían sentir a tenor de los datos objetivos. Instalados en esa idea, muchos residentes reiteran sistemáticamente en casi todas las conversaciones sobre cualquier tema, y

algunos de forma casi obsesiva, sus problemas de salud y sus limitaciones. A esta mala percepción contribuye tanto la sensación personal del paso de los años y el envejecimiento, una sensación negativa que casi todos han visto reforzada con el traslado a la residencia, como la ausencia de un servicio sanitario en el propio centro con el que los ancianos puedan establecer una interacción fluída y directa. Esta situación les genera una especie de '*desamparo sanitario*', sensación que manifiestan al percibir que nadie, más de ellos mismos, se encarga del cuidado de su salud. Por otra parte, la inexistencia de actividades específicas programadas en el centro, que contribuyan al fomento de hábitos saludables y a la mejora del autocontrol sobre la propia salud, tampoco ayuda a mejorar la percepción que tienen del mismo. Finalmente, es de destacar el hecho de que el estudio cuantitativo haya descubierto un elevado consumo de fármacos y una alta frecuencia de visitas al Centro de Salud. Esta importante necesidad de consumo farmacológico y de visitas médicas, puede justificarse por el elevado número de personas que padecen dolor de manera frecuente y por las elevadas tasas de algunas enfermedades, pero aún así, quizás reflejen cierto descontento personal con el estado de salud y en consecuencia insatisfacción y peor calidad de vida.

La capacidad funcional de todos los residentes arroja una valoración muy positiva. El hecho de que el centro sea para residentes validos es la causa fundamental de este resultado, pues nadie tenía dificultades para el desempeño de las actividades de la vida diaria. También la valoración sobre la capacidad para la realización de las tareas instrumentales se ha revelado positiva, aunque menos que para las actividades básicas. A este respecto, las mujeres parecen conservar mayores niveles de independencia que los hombres, pero consideramos que la técnica empleada (el test de Lawton, que es la herramienta más utilizada internacionalmente) posee ciertas limitaciones relacionadas con los aspectos de género. En cualquier caso, la percepción subjetiva de los residentes se correlaciona bastante bien con los datos recogidos mediante las herramientas cuantitativas y la mayoría considera que su nivel de autonomía es bueno. La bondad de este resultado contrasta con la mala percepción que los ancianos y ancianas tienen de su

estado de salud, lo cual nos reafirma en la idea de que el nivel del mismo se halla infravalorado entre los y las residentes.

La valoración de los aspectos estructurales y del entorno de la Residencia, es en cambio muy positiva y apreciada. El de Benetusser es un centro moderno, que cuenta con una amplia dotación de recursos (mobiliario, audiovisuales, aire acondicionado, etc.) que contribuyen a mejorar el confort y a generar una significativa sensación de mejora de las actuales condiciones materiales de vida en relación con las que tenían los residentes en sus anteriores domicilios. Con la excepción de las inexistentes instalaciones sanitarias, los servicios ofertados por el centro son, en general, muy bien valorados, en especial los de alimentación y limpieza. Incluso algunos aspectos que inicialmente podrían suponer una merma de la satisfacción con la Residencia, como es el hecho de que la misma se organice mayoritariamente en habitaciones dobles, no parece afectar negativamente a los residentes. Sí fue mencionado por algunos como un aspecto que generaba una cierta insatisfacción, la necesidad de tenerse que ceñir a los horarios y normas de la Residencia, así como también la falta de intimidad en algunas circunstancias determinadas, aunque mayoritariamente consideran que es un hecho inevitable de la vida en convivencia. Estas pequeñas molestias, y las quejas sobre la apropiación de ciertos espacios o materiales comunes por parte de algunos residentes, dan lugar ocasionalmente a pequeñas disputas que hasta la fecha ni han sido trascendentes ni dificultan la buena marcha del centro.

También el lugar donde se ubica la Residencia resulta muy bien valorado. Que ésta se encuentre en el centro de la localidad, lo que facilita el acceso a todos los servicios y recursos del pueblo, es el elemento más determinante de la satisfacción desde el punto de vista subjetivo de los residentes. Por otra parte, las reducidas dimensiones del pueblo es también un elemento considerado como muy ventajoso. La proximidad al mercado, al CAP y al parque son hechos muy apreciados al igual que la contigüidad de la Residencia con el Club de Jubilados, dotación que paradójicamente es poco utilizada por los residentes.

Pero todo esto no se acompaña de una vida relacional satisfactoria. De hecho, uno de los determinantes peor valorados por los residentes de Benetusser es sin duda el ítem relativo al '*espacio relacional*'. Tanto en lo que respecta a las relaciones de carácter más íntimo, con la familia o amigos más directos, como las de carácter más general y difuso, como las que se mantienen con otros residentes, los trabajadores o personas del pueblo, son consideradas escasas y en general poco satisfactorias. El hecho de que la residencia se ubique fuera del contexto social donde los ancianos y ancianas vivían con anterioridad, provoca la ruptura drástica de sus anteriores relaciones y reduce progresivamente los contactos con el resto de personas allegadas. La falta de un programa de actividades para estimular las relaciones en el centro no contribuye a que éstas se conviertan en un aspecto fundamental de la vida diaria y la etnografía reveló como la interacción entre los residentes, salvo casos muy reducidos y concretos, era más la excepción que la norma.

El contacto con la familia es el tipo de relación más frecuente, tanto para hombres como para mujeres, y aunque la hija es la principal protagonista de esos contactos tanto cuando el residente es un hombre como cuando es una mujer, en el caso de los primeros pierde protagonismo en favor de la esposa del hijo, que como nuera asume el rol filial de éste. La falta de descendencia se revela así como un hecho determinante de la existencia de visitas, pues aquellos residentes que no tuvieron hijos son quienes menos visitas reciben. Todos estos datos cuantitativos, se correlacionan directamente con la percepción de los residentes, que en general manifiestan sentir cómo han perdido la relación con sus antiguas amistades y que sólo la familia, y casi nunca al completo, es quien les ayuda a mantener el contacto con el exterior. Sin embargo, no dudan en reconocer que su índice de relaciones, tanto externas como internas, es escaso y aunque en ocasiones muestran cierto resentimiento hacia la familia, a quien hacen responsables de la falta de visitas, también los justifican manifestando que llevan una vida muy ocupada. Respecto al resto de relaciones, los residentes destacan de manera casi unánime, que apenas tienen importancia y que en ningún caso denominarían a este tipo de contactos como relaciones '*de amistad*'. No

sienten que las personas con las que conviven sean amigos, sino solamente compañeros de viaje a quienes el azar ha unido y con los que sólo les vincula el hecho de compartir el espacio y los servicios de la Residencia, circunstancia en la que se desarrolla el reducido e insatisfactorio espacio relacional de los residentes. La convivencia, marcada por las escasas relaciones, genera una orientación hacia el *'encogimiento'* emotivo que es fácil percibir en muchos residentes. Esta sensación de insatisfacción social que muchos interpretan como insatisfacción por estar en la Residencia, de algún modo les lleva a revalorizar el modelo relacional de la etapa anterior de su vida, cuando estaban fuera del centro, y que tras las entrevistas tampoco podría ser valorada como muy significativa.

Tras la mala percepción del estado relacional, el segundo elemento peor valorado lo constituye la escasísima y polarizada oferta de actividades a las que los residentes pueden acceder. Más allá del taller ocupacional en el que unos pocos residentes confeccionan la Falla, y de la sesión de gimnasia, menos de dos horas por semana, en el centro impera una dinámica de *'laissez faire'* respecto a la ocupación del tiempo y la organización de un programa de ocio. Parece haberse olvidado que la organización de un *'ocio activo'* debe serlo también de un *'ocio entretenido'* y por ello los residentes no se apuntan a realizar las poco gratificantes, y escasas en número, actividades ofertadas. Sólo unos pocos dicen sentirse a gusto realizando las actividades propuestas por el centro, pero la gran mayoría manifiesta sentir que en la Residencia *'no hay nada que hacer'*. Como consecuencia, mientras algunos –los menos– se buscan personalmente actividades para llenar los días, otros simplemente dejan pasar las horas frente al televisor, la actividad más realizada en la Residencia, o dormitando en los muchos sillones del centro. La cercanía al Hogar de Jubilados, que puede considerarse como un beneficio porque los ancianos pueden acceder a su oferta de ocio, parece tornarse en un elemento negativo, pues hace que el personal de la Residencia se desentienda de estos aspectos y deja esta importante labor al albur de los residentes. Contrariamente a lo supuesto por el personal, muy pocos residentes acuden al Club y las visitas que realizan se limitan a la peluquería, el podólogo y,

algunos, a ver jugar a las cartas a los demás durante un corto periodo de tiempo, con lo que el supuesto beneficio no se produce.

Finalmente, como consecuencia de las experiencias vitales de cada residente, pero también como corolario de todos los determinantes analizados en el centro, el análisis de la satisfacción con la vida de quienes habitan en la Residencia de Benetusser, ha mostrado resultados neutros según la escala SWLS, aunque como demuestran las entrevistas, no son tan negativos desde un punto de vista cualitativo. Aparece al respecto la necesidad de analizar una variable no buscada: el género y su relación con la satisfacción con la vida. Los resultados son peor para las mujeres que para los hombres, y aunque en general todos reconocen que sus vidas han sido difíciles, ellas parecen manifestar una mayor sensación de fracaso, frustración o desengaño que a menudo se vincula a la pérdida de la familia o a la sensación de abandono por parte de ésta, a quien consideran responsable de haber acabado en la residencia. También los aspectos económicos son un elemento limitador de la satisfacción y muchos reconocen que, de haber tenido más dinero, no habrían acabado así. El cúmulo de aspectos negativos que perciben, muy determinados por la falta de relaciones afectivas significativas, la sensación de abandono y los sentimientos de frustración, hace que en frecuentes ocasiones, algunos residentes piensen en la muerte como única alternativa para acabar con lo que consideran una tediosa vida en la residencia, donde aunque dicen no sentirse mal, tampoco se sienten felices.

CAPÍTULO 11: HOGAR 13 DE MARZO (GUANABACOA-CUBA)

Como hemos hecho respecto de la Residencia de Benetusser, se va a revisar toda la documentación recogida durante el trabajo de campo etnográfico en el Hogar de Guanabacoa, lugar de la provincia de La Habana, donde residen junto a otros ancianos asistidos, los 40 residentes válidos que han sido objeto de estudio.

En las siguientes páginas se analiza la salud percibida por estos residentes, sus habilidades funcionales, la satisfacción que hallan con el centro y su entorno, las relaciones que establecen con los demás residentes y el resto de personas con las que se relacionan, en qué utilizan el tiempo diario y finalmente también su satisfacción con la vida. La labor de recogida de toda esta información ha sido más fácil que en Benetusser en algunos aspectos, pero tremendamente complicada en otros. Ha sido más sencillo recoger los datos relativos al estado de salud de los residentes, porque el centro almacena toda esta información en las historias sanitarias de cada uno de ellos. La permanencia de un mayor número de horas diarias en el centro, también ha permitido realizar una labor etnográfica más profunda, quizás más intensa y más vital que en Benetusser. Pero a la vez, los escasos recursos económicos del Hogar 13 de Marzo por una parte, y las limitaciones impuestas para acceder a algunos datos de los residentes o las derivadas de la propia organización del centro, han supuesto barreras a veces muy difíciles de superar. Las peculiaridades en la forma de abordar algunos problemas de salud en Cuba han sido también elementos determinantes del trabajo, pues el consumo de fármacos occidentales es sustituido aquí por otras sustancias y otras formas de tratamiento. Comprobaremos como hay muchos aspectos similares entre los dos entornos, pero también elementos claramente diferenciadores. Las enfermedades crónicas, el dolor, el cansancio, la vejez, la falta de relaciones personales, el contacto con la familia, la oralidad... son aspectos que se repiten sistemáticamente en los dos centros y que, aún con sus pequeñas diferencias, parecen conformar escenarios paralelos. Pero la escasez de recursos, las distintas formas de organizar el trabajo, las

actividades diarias, la diferente forma de expresarse y la gran apreciación personal que muestran los residentes por sus limitados recursos, son elementos muy diferenciadores de cada contexto. Con estos datos, trataremos de sintetizar toda la información que nos permita analizar cual es el nivel de satisfacción alcanzado por los residentes de Guanabacoa con el fin de encontrar aquellos elementos que marcan, si la hubiere, las diferencias en cuanto a la percepción de la calidad de vida entre los dos contextos estudiados.

▪ SALUD PERCIBIDA

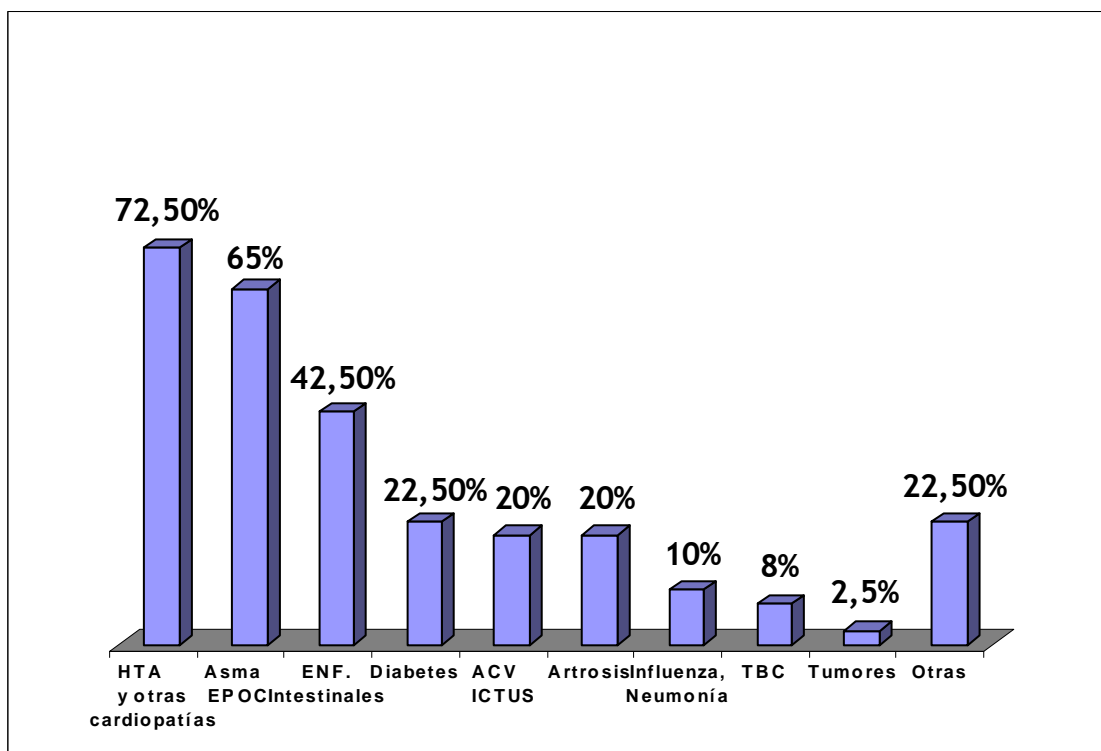
A diferencia de la Residencia de Benetusser, en el Hogar de Guanabacoa existe un servicio sanitario propio y una Historia de Salud particular y actualizada de cada residente¹⁴⁷. Esta información es controlada, registrada y actualizada periódicamente por el personal médico y de enfermería, de manera que se pudo consultar la documentación de todas las personas que formaban el grupo de los 40 residentes válidos del Hogar, para posteriormente seleccionar una muestra de 15 de ellos a los que se entrevistó con más profundidad¹⁴⁸.

En líneas generales, la morbilidad entre los residentes analizados en Guanabacoa es bastante similar al caso de Benetusser; no obstante, presenta ciertas peculiaridades destacables, como puede observarse en el Gráfico adjunto (Gráfico 11.1) que recoge la distribución y tipo de patologías más frecuentes en el Hogar.

¹⁴⁷ Así como en Benetusser los controles de salud se realizan por los servicios de atención sanitaria externos al centro y en la documentación interna de cada residente no figura ningún otro dato específico en relación a la evolución de su estado de salud, la existencia de un servicio sanitario en el Hogar permite la obtención de primera mano de mayor información y más actualizada.

¹⁴⁸ Aunque inicialmente se nos ofreció un informe resumido de los datos sanitarios solicitados, sin poder acceder a la documentación completa, finalmente se nos permitió el acceso al archivo clínico y pudimos obtener los datos necesarios consultando directamente las Historias de Salud de cada paciente.

GRÁFICO 11.1: ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES EN EL HOGAR 13 DE MARZO.



Fuente: Elaboración propia partir de las Historias de Salud de los residentes. La información obtenida corresponde exclusivamente a los 40 ancianos internos clasificados como válidos.

Como puede observarse en el gráfico, el primer dato que suscita la atención es un hecho que se ha citado repetidamente en otros apartados: el patrón de morbilidad cubano, salvo pequeños detalles, es más propio de un país de corte occidental que de un país en vías de desarrollo. La elevada prevalencia de enfermedades crónicas, en especial HTA, cardiovasculares y Diabetes Méllitus, que padecen un 72,5% y un 22,5% de los residentes respectivamente, así como también de otras enfermedades de carácter degenerativo parecen corroborarlo. Sin embargo, junto a estas enfermedades, se mantiene la presencia de otras patologías propias de un entorno tropical y en vías de desarrollo, como las infecciones intestinales agudas, con 42,5% de afectados durante el período estudiado, o de otras relacionadas con la transmisión mediante vectores, que aunque mayoritariamente se han incluido en el capítulo de “*otras enfermedades*” por su menor prevalencia respecto de las primeras, actualmente en España son prácticamente inexistentes. Aunque

resulta muy significativa la prevalencia de un 65% de casos de Asma entre los residentes, ésta es una enfermedad endémica en el país y no exclusiva de las personas mayores, pues también aparece de manera frecuente entre otros grupos de población cubana más joven.

De manera diferente debe ser interpretada la existencia de un 8% de casos de Tuberculosis Pulmonar (TBC). Esta enfermedad, característica hasta hace unas décadas de los entornos económicamente deprimidos, y frecuente entre la población infantil, en los ancianos y en las instituciones cerradas (asilos y orfanatos), es todavía una enfermedad prevalente en España, donde frecuentemente afecta a personas jóvenes y a menudo vinculadas a contextos marginales y al consumo de drogas que reciben un tratamiento eficaz. En contraste, en el entorno cubano, los pacientes están más relacionados (como ocurría antiguamente en nuestro entorno) con la escasez de alimentos y de medidas higiénicas y terapéuticas eficaces. Resulta en cambio paradójica la escasa presencia de casos de tumores malignos entre la población analizada residente en el Hogar (2,5%). Según los datos del informe *La Salud en las Américas 1998* (OPS 2001), los tumores malignos son, después de las enfermedades cardiovasculares, la segunda causa de muerte entre la población cubana mayor de 65 años –otro dato que vienen a confirmar la ‘occidentalización’ del patrón de morbilidad cubano—. El reducido número de casos entre los residentes del Hogar 13 de Marzo, puede ser debido a las escasas posibilidades de tratamiento disponibles en la sanidad cubana para este tipo de enfermos, lo que provoca una elevada mortalidad que justificaría la escasa presencia de residentes con tumores, dada la reducida esperanza de vida tras el diagnóstico.

Un análisis más detallado de los datos referentes a la salud de los residentes, muestra dos aspectos que pueden ser fundamentales respecto del grado de satisfacción y calidad de vida. Primero, y al igual que ocurre entre la población española, se observa un peor estado de salud de las mujeres frente a los hombres, que pese a ser más longevas presentan mayores tasas de enfermedades crónicas y, confirmado tras el análisis de los datos recogidos en las historias de salud para el total de residentes válidos y asistidos del Hogar

(y que se detallará en el apartado correspondiente), también mayores niveles de dependencia, pues aunque ellas presentan mayores tasas de esperanza de vida que los varones, ese plus de supervivencia se desarrolla fuertemente vinculado a la enfermedad y las situaciones de dependencia en los últimos años de sus vidas. En segundo lugar, y sin entrar todavía a valorar las diferencias en cuanto al sexo, los resultados cuantitativos no permiten determinar diferencias significativas entre el estado de salud de los residentes válidos '*internos*' y los residentes '*semiinternos*' (todos ellos autónomos), aunque como era previsible sí entre estos dos colectivos y el grupo de residentes asistidos. Esta última afirmación resulta evidente y se produce en cualquier institución donde conviven ambos tipos de mayores. Sin embargo, la similitud del estado de salud de los residentes válidos y los semiinternos, parece indicar que no es ese el motivo por el que se decide que un residente pertenezca a uno u otro grupo. Según las entrevistas con el personal, el hecho de pernoctar o no en el Hogar, una vez garantizada la autonomía para las actividades básicas y la ausencia de problemas importantes de salud, depende sobre todo de las circunstancias sociales particulares del mayor y de que su estado de salud le permita vivir en su domicilio propio de manera independiente o con una mínima ayuda, acudiendo entonces diariamente al centro para recibir alimentos y cuidados de salud. Cuando existen otros determinantes sociales que limitan su independencia, los ancianos pasan a residir permanentemente en el Hogar como ancianos válidos.

Las entrevistas en profundidad con 15 de estos residentes, permitieron profundizar en la percepción que tienen de cómo la salud, la vejez y la enfermedad afecta su vida diaria. Lo primero que llama la atención es comprobar que su percepción se ajusta mayoritariamente a los datos objetivados: con frecuencia, los residentes se refieren a su edad y a su salud y la consideran mala. Para corroborarlo citan los síntomas que más les afectan y también la existencia del dolor como algo inevitable que les acompaña y limita a menudo. También manifiestan una sensación habitual de cansancio y fatiga, problemas que generalizadamente aquejan a las personas conforme se van haciendo mayores, y que al escuchar sus palabras y recordar las

conversaciones registradas en España, se nos presenta como algo muy universal:

Ya yo perdí la salud, mi hijo. Cuando joven uno se mueve acá y allá sin notar ni un tanto, pero ¡ah mi hijo!, ahora uno tiene que pensarlo dos veces para dar el paso... No, ya no tengo salud. No tengo males serios del corazón ni del pecho, como otros que sí los tienen, pero es la 'pinga' esa de que uno siempre está cansado. Para mí es lo mismo que si estás enfermo: estás enfermo de viejo.

Varón. 69 años

Sin embargo, también resultaba frecuente que los residentes del Hogar, aunque citaban sus problemas de salud, insistían en ello bastante menos que los residentes del centro de Benetusser. Igualmente, manifestaban más abiertamente una mayor tendencia a desestimar la limitación que sus problemas de salud podían ejercer sobre su vida diaria. La mayor parte de los residentes del Hogar hacía referencia a sus problemas de salud como circunstancias que existen y que les gustaría no padecer, pero que no por ello deben influirles demasiado en su ánimo y ganas de vivir. En esos pequeños pero significativos detalles, empiezan a establecerse y percibirse las diferencias entre uno y otro centro estudiado. Así se refleja en estos dos fragmentos de conversaciones con dos mujeres cubanas, similares a los que también pudimos recoger en Benetusser, pero que en Guanabacoa resultaron ser una postura más generalizada:

[1]. Me operaron de los ojos, de glaucoma, y quedé muy bien. Sí, claro que me gustaría estar mejor, pero ya que quiere que le diga, una es mayor y eso no se quita así, quejándose. Quedan muchas cosas que hacer y una no puede pararse. Todos los días tenemos la gimnasia, las reuniones, las labores, el canto, las salidas... Si una no puede andar más deprisa, pues anda más despacio, pero ya que llegaste hasta aquí, 'no puedes bajar del mulo', que ya te bajaran cuando te toque aunque no quieras [risas...].

Mujer. 70 años

[2]. *Tengo 87 años y no puedo decir que esté mejor que antes, pero peor tampoco. Yo tengo que dar las gracias a la Virgen del Cobre, que me encuentro muy bien, y a Fidel también [se refiere al Comandante Fidel Castro, Jefe del Estado]. Ya se va notando que una está mayor y los años van pasando, pero aquí hay de todo y yo no tengo pena de hacer las cosas que puedan ayudar, porque aquí hay mucha labor. Los viejos dan mucha labor y las compañeras cuidadoras solas no pueden hacerlo todo, así que las señoras que estamos fuertes aún tenemos que echar una mano, o las dos a veces, porque la vida no se acaba por ser mayor, sino que aún se continúa si una quiere.*

Mujer. 87 años

Pese a esa actitud positiva, y a la ‘*modélica*’ organización del sistema sanitario del país, resulta evidente que los recursos sanitarios con que cuenta el Hogar no permiten una asistencia sanitaria suficientemente eficaz, al menos si se compara con los recursos disponibles en la Residencia de Benetusser. Muchas de las enfermedades padecidas por los residentes podrían tener un mejor control con una buena atención farmacológica, que el Hogar 13 de Marzo no dispone. También muchas de las limitaciones que presentan algunos mayores podrían verse fácilmente superadas o aminoradas con el uso de recursos y materiales adaptados con los que el Hogar no cuenta. Por ello, aunque el estímulo personal y el ánimo general en el Hogar sea el de hacer frente a esos problemas con una actitud activa y positiva, la estancia en el centro reveló esta evidente escasez de recursos. Este fragmento de una conversación con el médico del Hogar refleja esta actitud de ‘*optimismo vital*’ y ‘*relativización de la vejez*’ a la que nos referimos, a la vez que demuestra también, la necesidad de recursos con que se vive diariamente en el centro:

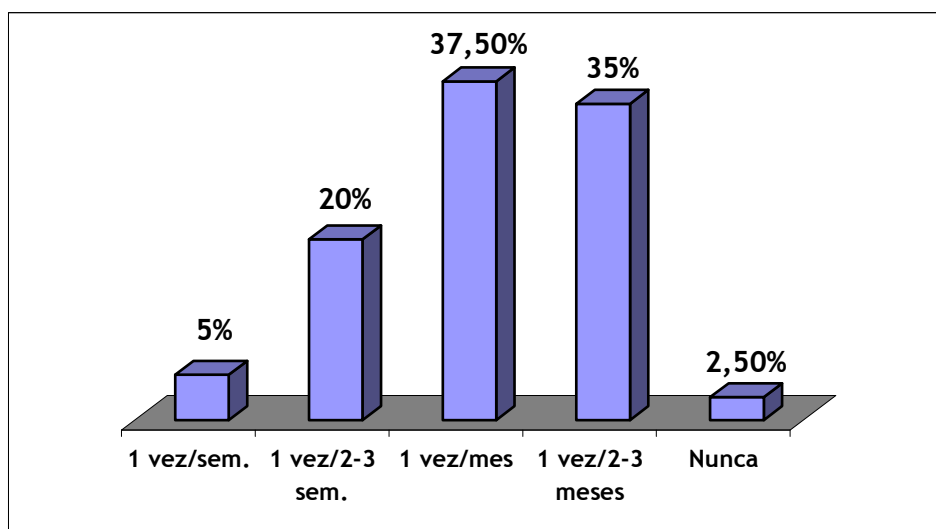
Acá están los mayores que ya se pusieron peor y no pueden estar en sus habitaciones. Se les administran todos los cuidados y remedios que necesitan y ya cuando mejoran vuelven de nuevo arriba. Es difícil el traslado al hospital, y se puede esperar todo lo que sea posible porque acá tenemos enfermeras, pero si hiciera falta ya se encuentra una forma u otra de llevarlo a un nivel asistencial superior. Acá tenemos expertos en el tratamiento con medicina verde (plantas y hierbas) y son los remedios que más se usan porque los fármacos, además de que no se disponen para todos, ya tu sabes que no son siempre los más necesarios. La vida activa y saludable es la medicina más eficaz para la gente mayor y es la base del Programa de Atención a los Adultos Mayores acá en el Hogar. Las enfermedades graves precisan tratamientos que acá tal vez no disponemos, pero en esos casos se traslada al enfermo a otro centro. Pero no se debe olvidar que los mayores ya se acostumbraron a tratarse con remedios naturales de toda la vida y no siempre necesitan los fármacos más modernos.

Médico del Hogar de Guanabacoa

Los ancianos del Hogar 13 de Marzo tienen la posibilidad de acudir a consulta médica los lunes, miércoles y viernes de cada semana. Entre las 8 y las 11.30 h, horarios en que se abre la consulta, los residentes son atendidos por el médico que acude al Hogar, y aunque tienen preferencia, también en esa consulta se atiende a todas aquellas personas no residentes, ancianas y no ancianas, que precisen atención. De cada visita realizada a un residente o semiinterno, se cumplimenta un documento que recoge los datos referentes a la persona atendida, el motivo de la consulta, el tipo de atención prestada (problema agudo de salud, revisión de tratamiento, etc....) y las actuaciones recomendadas. El estudio de estos datos se realizó, como en el caso de Benetusser, enumerando la cantidad de visitas realizadas por cada persona

durante el período de estudio y los tres meses anteriores al mismo, pero sin entrar a detallar el motivo de la visita, pues aunque era fácil analizar ese dato en Guanabacoa, no había sido posible determinarlo con exactitud en el caso de Benetusser, lo que hacía inviable la futura comparación entre ambos centros. El Gráfico 11.2 recoge los resultados sobre la información obtenida.

GRÁFICO 11.2. VISITAS MÉDICAS POR PERSONA*.



Fuente: Elaboración propia. * Datos para el total de residentes válidos

Aunque la consulta del médico está ubicada en el propio Hogar, la periodicidad con que los residentes de Guanabacoa acuden a la visita médica no es muy elevada. Esto se debe a que el personal sanitario ejerce un control directo sobre el número de consultas y programa las visitas en función de las diferentes situaciones de salud de cada residente. De esta manera, se consigue evitar la saturación de la consulta, a la vez que se garantiza que todos los residentes serán controlados con la regularidad adecuada (obsérvese que el porcentaje de residentes que no acuden a consulta es tan sólo del 2,5%, y obedece a personas que no requieren visitas de salud). Esta labor, desarrollada principalmente por el personal de enfermería, produce un volumen de visitas que garantiza que hasta el 72,5% de los residentes sean visitados al menos una vez en un período de 1 a 3 meses. Esta frecuencia

parece adecuada para el control de los problemas crónicos de salud, los más habituales en el Hogar, y solamente es superada por un 25% de residentes, que padecen problemas de salud que requieren una vigilancia más frecuente.

El consumo farmacológico, que se ha analizado como un indicador cuantitativo del estado de salud de los residentes, resulta controvertido en el Hogar de Guanabacoa, en especial si se pretende realizar, como es nuestro caso, con fines comparativos frente al centro de Benetusser. La escasez de fármacos ‘occidentales’ en Cuba, junto a la elevada frecuencia del consumo de otros productos escasamente utilizados en España como recursos terapéuticos (sustancias fitosanitarias o ‘*medicina verde*’), son los elementos que más dificultan esta comparación. La mencionada escasez genera, en primer lugar, que muchos de los fármacos de los que hemos objetivado una elevada frecuencia de uso entre la población mayor residente en Benetusser, no se utilicen entre los residentes del Hogar de Guanabacoa. La diferencia no sólo se establece respecto de aquellos fármacos más novedosos o específicos en el entorno español (antihipertensores o hipolipemiantes de última generación, etc.), sino también para otros tan habituales como los analgésicos, los inductores del sueño, los antiinflamatorios o los utilizados para el tratamiento de algunos problemas digestivos, por citar algunos ejemplos. En segundo lugar, la escasez de la farmacopea cubana¹⁴⁹, obliga a que sean utilizadas como terapias principales numerosas sustancias que aquí se consumen sin ningún control facultativo y que no se conceptualizan como productos farmacológicos, caso de los productos fitosanitarios (plantas medicinales y otras) o de las terapias alternativas (acupuntura). No obstante estas dificultades para la comparación, se utilizaron los mismos criterios para el recuento farmacológico que se habían seguido en el otro grupo de estudio, y se llevó a cabo el análisis teniendo en cuenta la finalidad terapéutica buscada con el producto consumido, y no tanto la coincidencia del producto en sí. Al igual que se hizo en Benetusser, se computó tanto el consumo de aquellas sustancias que tenían una prescripción facultativa realizada o renovada en los últimos tres meses como el de aquellas otras que la persona

¹⁴⁹ Conjunto de productos farmacológicos disponibles.

consumía por voluntad propia, y que en la mayoría de casos constituye una costumbre. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

1. El 71 % de los residentes consume algún fármaco¹⁵⁰ siendo la causa principal del consumo los problemas cardiovasculares (en especial la HTA), el dolor de causa articular o reumático y los problemas respiratorios. Ninguno de ellos consumía más de 3 fármacos y sólo un 32% consumía dos, aunque muchos ingerían ocasionalmente otro tipo de sustancias (fitofármacos o '*medicina verde*'). Ninguno de los residentes entrevistados consumía sustancias farmacológicas que no hubiesen sido prescritas por un médico en el momento actual.
2. El fármaco más utilizado en el Hogar es el Acido Acetil Salicílico (Aspirina[®]) por su acción analgésica, antiinflamatoria y antipirética, aunque también el Paracetamol es relativamente frecuente. El antihipertensivo Captopril, el relajante Diazepam y algunos antibióticos, diuréticos y antiasmáticos son también fármacos frecuentemente utilizados. Algunos residentes reciben periódicamente vitaminas, pero en los últimos meses no se habían recibido en el Hogar las dosis necesarias.
3. Por otra parte, la llamada '*medicina verde*' se aplica prácticamente al 90% de los residentes y es el tipo de remedio que primero se utiliza porque el Hogar dispone de un depósito de estas sustancias que suministra también a otros ambulatorios de la zona. La Tabla 11.1 muestra las sustancias fitosanitarias más utilizadas en el Hogar y su principal finalidad.

¹⁵⁰ Fármaco en el mismo sentido que utilizamos en nuestro país, es decir, como sustancia producida químicamente en un laboratorio, y no sustancias naturales conforme se obtienen en la naturaleza, lo que en Cuba se denomina '*medicina verde*'.

TABLA 11.1: SUSTANCIAS NATURALES MÁS CONSUMIDAS EN EL HOGAR 13 DE MARZO

FINALIDAD	SUSTANCIAS
Procesos respiratorios, tos	<ul style="list-style-type: none"> ○ Jarabe de aloe ○ Jarabe de orégano ○ Jarabe de naranja
Diarrea	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tintura de guayaba
Afecciones bucales	<ul style="list-style-type: none"> ○ Colutorio de llantén y manzanilla ○ Gárgaras refrescantes
Dermatitis, afecciones dermatológicas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Jarabe de majagua ○ Crema “Bebito” con Factor de Crecimiento Epidérmico
Sedante; ansiolítico; antiespasmódico	<ul style="list-style-type: none"> ○ Loción capilar
Antiinflamatorio	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pasiflora
Micosis	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tintura de manzanilla ○ Jarabe de caisimón de anís
Estimulantes/vigorizante	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tintura de pino macho ○ Talco de zeolita
Problemas circulatorios	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tintura de jengibre
Analgésicos; reuma; artrosis	<ul style="list-style-type: none"> ○ Poción estimulante ○ Gotas circulatorias
Probl. Renales, infecciones urinarias	<ul style="list-style-type: none"> ○ Fricciones analgésicas ○ Solución alcohólica de mentol y alcanfor ○ Solución de T de Riñón

Fuente: elaboración propia

Si bien es cierto que algunos residentes del Hogar son reacios al consumo de fármacos y están convencidos de las interesantes y eficaces propiedades de las sustancias naturales, también muchos otros decían haber consumido con anterioridad, fármacos que compraban ocasionalmente en el mercado negro, conseguían por donaciones de la iglesia o les habían hecho llegar desde fuera del país. Estos residentes opinaban que los fármacos les parecían mucho más eficaces que las plantas, opinión que era relacionada en especial con los analgésicos y con los antibióticos. Una mujer nos relataba su experiencia al respecto:

...cuando mi nieta se ponía con la fiebre me la mandaban al hospital y allá le ponían de todo lo que necesitaba. En unos días estábamos otra vez en la casa. Pero si no iba al hospital y tomaba lo que mandaba el medico del ambulatorio se pasaba muchos días con la fiebre y yo sólo quería que irme al hospital. En la iglesia me dieron una vez dos cajas de unas cápsulas que yo creo que fue lo que la puso ‘entera’. Yo siempre quise buscar esas medicinas para tenerlas por si acaso, pero nunca las encontré porque me dijeron que las habían traído de fuera. Yo sé que hay gente que vende unas medicinas como esas y también otras que son muy buenas para

curarse, pero no se pueden comprar y además son tan caras que casi nadie las puede pagar.

Mujer. 81 años

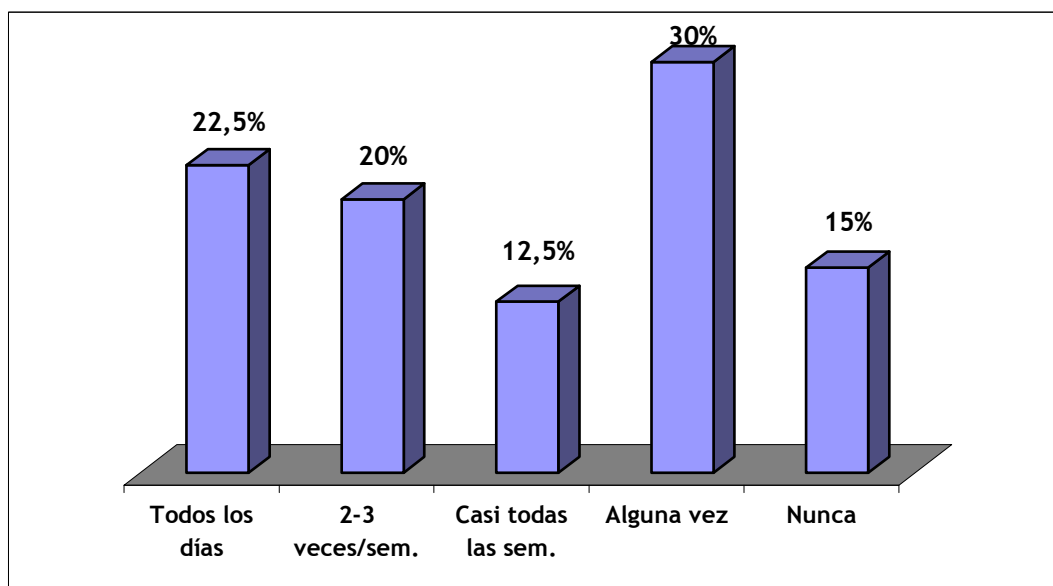
El dolor es un síntoma muy frecuente entre los residentes del Hogar de Guanabacoa. Su causa, además de con algún padecimiento físico, la relacionan muchos residentes con la acción directa o indirecta de la vejez, cosa que también hacían los mayores de Benetusser. El siguiente fragmento de una conversación con un residente que presentaba una importante limitación por dolor en una pierna lesionada, refiere la manera habitual de citar la relación entre dolor y envejecimiento:

Ah, ya yo te dije que el dolor es lo único que me preocupa, y que lo demás son cosas que no tienen importancia. Esta pierna la tengo mal de siempre, ya tu sabes que te conté ¿no? Pero eso no me hizo que yo no me valiera bien hasta para bailar cuando las fiestas. Ahora, de unos años acá que ya no me valgo con ella. El doctor me dijo que tengo que hacer la gimnasia todos los días, pero el dolor ya no me deja ni doblarla. ¿Y sabes que yo digo? Que en vez de gimnasia me quiten 15 años y ya verás si la pierna me funciona, y lo que no es la pierna también [risas].

Varón. 75 años

Como en el caso de Benetusser, se hizo un recuento de aquellos residentes que padecían dolor de manera crónica, preguntándoles por el número de veces/semana que percibían los síntomas y cómo de intensos eran éstos. El Gráfico 11.3 recoge los resultados obtenidos.

GRÁFICO 11.3: FRECUENCIA DE DOLOR DE CARÁCTER CRÓNICO*.



Fuente: Elaboración propia. * Datos para el total de residentes válidos

Como se observa en el gráfico anterior, hasta un 22,5% de los 40 residentes válidos padecía dolor “*a diario*”; un 20% sentía las molestias “*2 ó 3 veces semanalmente*”; y un 12,5% manifestó sentir algún dolor “*casi todas las semanas*”. Agrupando estos datos, podemos afirmar que el porcentaje de personas válidas que padecen dolor todas las semanas en el centro es muy elevado (53%), un porcentaje que ascendería todavía más si se computase a los residentes asistidos, según los datos que hemos podido consultar en las historias de salud. La escasez y el reducido uso de fármacos eficaces es nuevamente un significativo hándicap para el control de este problema. Sin embargo, también es muy elevado (45%) el número de personas que dicen sentir dolor solamente en ocasiones aisladas o no sentirlo nunca. Así como la falta de recursos farmacológicos para tratar el dolor puede ser la causa del elevado porcentaje de residentes que se quejan del mismo, otros aspectos relacionados con las terapias alternativas pueden ser los responsables de la alta frecuencia de personas que no manifiestan este problema. El uso de algunas sustancias vegetales, el consumo de infusiones y la realización diaria de actividades de rehabilitación, pueden resultar enormemente beneficiosas

al respecto, circunstancia que, además de estar sobradamente documentada en la literatura científica, parece también desprenderse de la experiencia personal que nos relata uno de los residentes pertenecientes a ese grupo de personas que han visto como la constancia en el trabajo rehabilitador ha reducido considerablemente sus molestias:

Braulio tiene dolor todos los días. Cuando él dice que tiene 'candela' en las piernas ya sabes que ese día no va a venir al patio. Pero yo le digo que tiene que hacer el esfuerzo, porque ya nos contaron como los huesos de la cadera te pueden doler con la artrosis, pero que la gimnasia es lo que mejor te va a ir para eso. Todos los días, con dolor o sin dolor. Yo ya empecé antes de venir acá, pero ahorita que lo hago todos los días se me notó mucho como mejoré. Yo ya les animo a todos los que no quieren y soy el ejemplo.

Varón. 83 años

No resulta aventurado pensar que la intensidad con que el Hogar trata de mantener la actividad, y de fomentar la realización diaria de tareas y la asunción de roles por parte de los mayores, actúe como un poderoso remedio para el control, o al menos para la reducción, de las consecuencias de algunos problemas físicos. Este beneficio es especialmente útil cuando se trata de síntomas con un importante componente subjetivo como es el dolor. Eso parece desprenderse de estas dos conversaciones que discurrieron en torno a aspectos que fueron habitualmente mencionados también por otros residentes:

[1]. Años tenemos todos, pero los hay que los tienen en la cabeza además de en el cuerpo. Mientras una se levante todos los días, ya no más tienes que pensar en que si lo hiciste fue para algo ¿no? Te cuento que todos los meses se hacen reuniones con toda la comunidad de ancianos que vivimos aquí. Se tratan los problemas. Se buscan soluciones. Eso da mucho trabajo, pero mientras se

mantiene la cabeza ocupada ya una no piensa en si se quedó sola o si se le quebró la pierna.

Mujer. 76 años

[2] *Yo estaba siempre muy apurado de los bronquios porque el tabaco me hizo daño y me pasaba los días en la casa sin hacer gran cosa. Pero ahora yo soy el responsable de los talleres de manualidades con los chicos de la escuela, y también de los conversatorios intergeneracionales. Cada martes debo ir al centro escolar José Martí para estar con los chicos y al final del curso vienen acá para hacer una fiesta. Por eso yo ya no puedo ponerme malo, porque los chicos dependen de mí y no puedo fallarles. Y aunque estuviera enfermo, allá que voy si me lo piden.*

Varón. 64 años

Nuevamente esa actitud positiva y animosa parece relativizar la precaria situación de salud de muchos de los residentes, una precariedad que refrendan los fríos datos cuantitativos. Puede que el hecho de residir personas válidas y dependientes en el mismo Hogar infiera a los primeros una sensación de bienestar respecto de su salud cuando se comparan con los segundos, pero también es evidente que los cuidados de salud recibidos en el Hogar, que cuenta con personal sanitario especialmente dedicado a las personas dependientes, y que atiende igualmente a los válidos, haya provocado beneficios en ese sentido. El control de las comidas, el ejercicio diario, la vida ordenada y los cuidados de salud, son medidas muy positivas para la mejora de la misma. Las conversaciones mantenidas en el Hogar también giraban en torno a estos aspectos. A continuación se expone un fragmento de una de esas conversaciones con un residente, que opinaba que su nuevo lugar de residencia había influido de manera muy significativa en la mejora de su salud:

Yo llegué aquí muy enfermo y aquí me atendieron, me cuidaron y me pusieron entero. Y por eso yo creo que sigo vivo. Mis hermanas ya murieron y mira, yo sigo vivo. No tendría por qué. Mis hermanas son las que debían haber seguido viviendo, porque ellas sí tenían sus hijos. Pero yo tuve la suerte de que me trajeran aquí. Aquí te cuidan y te atienden y tienes la tranquilidad y quien te considera. El doctor te ve cuando lo necesitas y las enfermeras son ángeles. Un hombre viejo y enfermo no puede pedir más.

Varón. 74 años.

Como se ha avanzado anteriormente, la valoración subjetiva que los residentes hacen de su estado de salud parece ser más positiva de lo que podría intuirse al analizar la elevada prevalencia de enfermedades. Ya se ha dicho que el número de enfermos con problemas cardiovasculares y respiratorios es elevado, al igual que el número de diabéticos, personas con ICTUS y artrosis y la elevada existencia de enfermedades crónicas y otras de carácter agudo que precisan el uso de antibióticos y otros fármacos poco frecuentes en el país. Sin embargo, una gran cantidad de residentes minusvaloran estos problemas y se encuentran muy contentos con su situación desde que han ingresado en el Hogar. Manifiestan que el ingreso les ha hecho mejorar mucho sus problemas de salud, circunstancia que relacionan también con otros aspectos de su vida, como se desprende de estas palabras:

Mire que yo hace tiempo que no podía hacer ya mucho más que sentarme y esperar. Tenía una vecina que se encargaba de mí, pero ya cuando me trajeron aquí no tenía ni fuerzas para estar de pie. Poco a poco fui ganando y ya hoy me ve. Aquí te cuidan como nadie lo hizo nunca, te preparan la comida, te limpian todos los días y se preocupan de que no te falte nunca nada. Y si una no tiene que ponerse sana así, ya nada puede sanarla. Yo quiero agradecer a Fidel que se preocupe tanto de los mayores porque si no fuera por él ya ninguno estaríamos acá.

Mujer. 81 años.

Las satisfacción de las necesidades básicas (comida, ropa, casa...) y el acceso a los cuidados sanitarios no son los únicos determinantes de esta buena valoración subjetiva sobre la salud. Algunos de los ancianos residentes siguen manteniendo sus anteriores domicilios en el pueblo, que ahora ocupa alguien de su familia. Pero la precariedad de los recursos económicos y materiales para la construcción en la isla, ha provocado que, pese a las benignas temperaturas de La Habana durante todo el año, las casas tengan unas condiciones pésimas de habitabilidad para los mayores,. Por otra parte, los problemas para la obtención diaria de alimentos son una dificultad añadida para la gente mayor que vive sola, y que encuentra grandes dificultades para el control de algunas de sus enfermedades crónicas. Todo este conjunto de circunstancias hace que el ingreso en el Hogar produzca a menudo una significativa mejora. La acción específica del personal sobre el manejo y cuidados a las personas enfermas también fue muy mencionada y se le debe atribuir un importante peso específico en la satisfacción de los residentes y en la mejora de su salud. Debe tenerse además en cuenta, que la educación de las personas en materia de salud es uno de los aspectos más desarrollados por la medicina cubana, y en los Hogares se destina mucho tiempo todas las semanas a esta formación para el 'autocuidado'. Una mujer diabética nos refería cómo sentía que su enfermedad había mejorado mucho tras el ingreso en el Hogar porque le habían enseñado a cuidarse y también porque las comidas equilibradas y a su hora, eran un elemento clave para mantener una buena salud:

Yo tengo mi casa en el pueblo, pero ya con tan poca vista que me queda no salía nunca. Acá las casas son abiertas y si pasa cualquier cosa todos los vecinos ya te vienen a ayudar. ¿Qué pasó abuela? ¿se cayó? Qué ya la acompaño a recoger el cupo... Pero tengo que decirle que tenía que haber venido antes a vivir acá porque toda la gente se portó conmigo y no hay sitio mejor que éste. Hasta el doctor me dijo que ya mi diabetes mejoró mucho porque

como todos los días lo que me toca y siempre a la misma hora, que allá en la casa había días que no almorzaba hasta bien tarde y aquí me lo tienen siempre todo a puntito.

Mujer. 81 años

No quisiera generar la idea de que no hay en el Hogar residentes que valoren negativamente su salud. También los hay que refieren constantemente sus problemas y que se recrean en relatar sus trastornos y sus limitaciones. Pero ésta no era la tendencia habitual. La sensación generalizada que las conversaciones transmiten, es que la mayor parte de los residentes válidos perciben que sus problemas de salud deben pasar a un segundo plano y que la vida en el Hogar debe girar en torno a la actividad y a tratar diariamente de ser felices y activos. Eran muy pocos los entrevistados que no compartían esa ‘romántica’ idea de ‘mantenerse en marcha’ a pesar de todo.

▪ HABILIDADES FUNCIONALES

Como cabía esperar, la capacidad funcional para las actividades cotidianas de los residentes estudiados (válidos), ha resultado ser muy elevada. Según el test de Kazt (el más utilizado en Cuba, en lugar del de Barthel, más habitualmente utilizado en nuestro país), ninguno de los residentes tenía problemas para llevar a cabo de manera independiente su alimentación, sus necesidades fisiológicas ni sus cuidados de higiene y personales. La homogeneidad de los resultados no permite establecer diferencias entre hombres y mujeres, aunque desde el punto de vista subjetivo, sí hemos encontrado matices destacables. El primero, y más significativo, es que el alto grado de independencia que presentan los residentes según los cuestionarios estandarizados utilizados, no es percibido del mismo modo por todos ellos, pues muchos dicen sentir que sus fuerzas no

les acompañan ni les dan la seguridad que desearían al realizar estas actividades. En este nivel subjetivo también pueden hallarse pequeñas diferencias entre sexos, en el sentido de que, partiendo de la valoración de independencia cuantificada, parece percibirse un peor estado de autonomía en las mujeres que en los hombres. Fueron ellas las que dijeron sentir más dificultades para levantarse, caminar o ir al baño y también se mostraban especialmente temerosas ante la posibilidad y consecuencias de una caída accidental, circunstancia que no fue mencionada por ninguno de los varones. La misma vinculación que manifestaron los residentes del centro de Benetusser, entre la sensación de ser capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria (las actividades cotidianas o el *'validismo'*, según los términos usados en el contexto cubano) y tener calidad de vida (*'una buena vida'*) en la vejez, se repite en Guanabacoa. Todos coincidieron en lo fundamental que consideraban poder valerse por sí mismos sin ayuda de nadie, o con la sola ayuda de su pareja, para sentirse bien cuando uno se hace mayor. La referencia a la ayuda de la pareja no fue mencionada en España, pero es precisamente la falta de la pareja, y la situación de soledad que habían vivido durante los últimos años, la que les había llevado allí, y aunque la necesidad de realizar todas esas actividades no era tan importante porque *'...te lo hacen todo si quieres'*, fueron nuevamente las mujeres quienes dijeron que sospechaban que en un futuro necesitarían algún tipo de ayuda. No obstante esta percepción de necesidad de ayuda en un futuro próximo, que provocaba la sensación de tristeza e impotencia pues contribuye a que la persona perciba su envejecimiento y su dependencia, también iba acompañada de cierta sensación de tranquilidad al insistir en su certeza de que *'...aquí no habrá muchos problemas porque ya las chicas te ayudan y saben como cuidarla a una'*.

Los problemas estructurales del Hogar y los escasos recursos materiales para la adaptación del entorno (escaleras, desniveles, baños no adaptados...), hacen que la necesidad de ayuda se presente antes de lo podría darse con la existencia de estos recursos. Muchos de los problemas de dependencia que presentan algunos residentes, podrían no ser tan significativos con un entorno adaptado. Algunas mejoras en el Hogar, permitirían que muchos de ellos

tuviesen prácticamente plena autonomía durante más años y una mayor calidad de vida, a la vez que liberarían a los trabajadores de muchos de los esfuerzos físicos que se ven obligados a realizar. No obstante, tanto el personal del Hogar como los propios residentes, tienen asumidos todos estos condicionantes y, aunque se referían a ellos como elementos a mejorar en el futuro, manifestaban estar acostumbrados a adaptarse, como nos refería este hombre en su entrevista:

Bueno, ya si no estuviesen esos escalones, las abuelas que montan en los carros de inválido y otros que les cuesta caminar podrían llegarse al salón con menos problemas. Las chicas no harían tremendo esfuerzo para subir acá a la gente. Pero ya usted vio como aquí no somos ricos, pero somos felices. Si uno no puede subir hasta aquí, ya enseguida vendrá quien le eche una mano o las dos. Y si no pues no sube. Ya llegara quien le cuente la bola de la novela y todos tan a gusto.

Varón. 70 años

Pese a esta relativa indolencia, todos los residentes coincidían en opinar que la pérdida de la capacidad para valerse por sí mismo era una de las peores circunstancias asociadas a su vejez. De hecho, reconocían que la pérdida de la independencia había sido uno de los principales determinantes de su actual situación de institucionalización, y aunque muchos seguían manteniendo un buen estado de capacidad funcional, creían que la pérdida de fuerza o de la capacidad para realizar las tareas productivas que realizaban para complementar su exigua paga de jubilado, era la que finalmente les habían llevado al Hogar. Resulta frecuente que en Cuba, aunque se esté jubilado, sea necesario realizar alguna actividad que permita conseguir algo de dinero o alimentos con que completar 'la canasta'. Muchas de las personas residentes, en especial las mujeres, dijeron haber venido dedicando sus últimos años, además de al trabajo doméstico, a cuidar a otras personas (tanto a personas mayores como también a sus nietos o bisnietos pequeños,

evidentemente sin cobrar por ello). Según las encuestas, parece ser nuevamente la emigración el elemento causante de esta cuestión, pues la ausencia de las madres jóvenes emigradas, hace que las abuelas deban encargarse de los nietos, mientras que a la vez, la falta de esas mismas hijas, provoca que nadie pueda cuidar de los padres ancianos. Hemos hablado en femenino porque aunque también algunos hombres dijeron haberse encargado de estas tareas de cuidado, eran principalmente las mujeres las que además de a los nietos, se encargaban más frecuentemente de cuidar a otros adultos mayores enfermos (sus padres, los padres de sus esposos o a sus propios esposos enfermos)¹⁵¹, tareas que muchas de ellas relacionaban como una de las causas de la merma de su salud y de su capacidad de independencia física, como narraba una de las residentes:

Hacia más de 15 años que venía atendiendo a mi hermano cuando su mujer faltó. El tenía su casa y yo iba a hacerle la comida y a limpiar de cuando en cuando pero ya se organizaba el hombre solo. Pero cuando se puso muy mal, ya yo tuve que llevarlo a mi casa y ahí se acabó todo. Todos los días había que cambiarlo y lavarlo, además de que tenía que atender mi casa y a mi marido y a mis hijos, que aunque son mayores nunca dejaron de dar su trabajo. Porque ellos tienen que trabajar y una debe tener siempre todo dispuesto en la casa para los hombres. Pero, ¡ay! que eso me rompió los lomos. Desde entonces que yo no he sido la misma. Todo son dolores y me faltan las fuerzas en las manos. Yo creo que me cogió mayor para tanto esfuerzo y eso acabó con mis fuerzas para trabajar. Y ahora ya me ve, en menos de cuatro años me quedé sola y sin un peso...

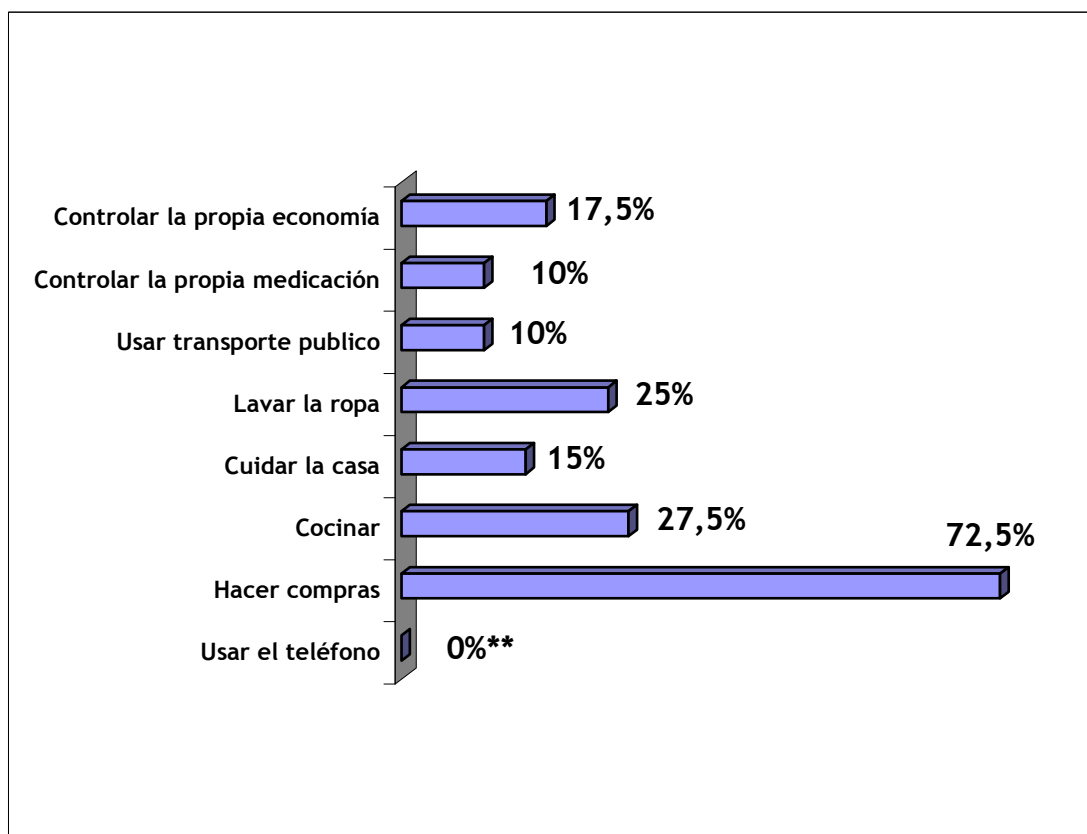
Mujer. 68 años.

¹⁵¹ La elevada longevidad de algunas personas en Cuba hace que personas realmente mayores deban encargarse de atender a sus madres centenarias.

Como suele ocurrir cuando se valora la capacidad funcional de las personas que residen en un centro para mayores válidos, existe una diferencia significativa entre la capacidad de independencia para la realización de las actividades básicas de la vida diaria y la capacidad instrumental. El Test de Lawton cumplimentado entre los residentes de Guanabacoa, ha mostrado una dependencia muy elevada para este tipo de capacidades, mucho más limitadas de lo que podía esperarse a tenor de su situación de validez. Si bien es cierto que las capacidades instrumentales analizadas por este cuestionario no suelen limitar la vida de las personas autónomas en las residencias, que no necesitan realizar estas tareas para poder mantener una vida independiente habida cuenta de que la mayor parte de las mismas (cocinar, cuidar el hogar, realizar compras, lavar la ropa, usar el teléfono, ...) son suplidas sistemáticamente por la institución donde se reside, sí hemos hallado una gran diferencia entre la connotación como autónomos para las actividades básicas asociada a los residentes del grupo estudiado y los malos resultados obtenidos en el test de Lawton para las actividades instrumentales. Lo que esta circunstancia revela, es que aunque el grado de independencia de estos residentes les podría permitir, teóricamente, llevar una vida autónoma en su domicilio, la gran limitación en su capacidad para llevar a cabo actividades instrumentales les imposibilitaría una vida de calidad fuera del Hogar. Estas personas se verían necesitadas de la colaboración de terceros que les brindasen una ayuda domiciliaria imprescindible. El Hogar de Guanabacoa desarrolla un programa denominado '*de Lavado, Planchado y Limpieza*', similar a nuestra Ayuda a Domicilio, pero en los últimos años, la elevada demanda relacionada con el envejecimiento poblacional y la falta de recursos en los últimos años ha generado la imposibilidad de ofertar este servicio al gran contingente de personas que solicitan la ayuda, obligando a que muchos de ellos sean ingresados en el Hogar, a menudo como semiinternos.

El siguiente Gráfico 11.4 muestra los resultados del Test de Lawton para los residentes del Hogar de Guanabacoa.

GRÁFICO 11.4: CAPACIDAD DE REALIZAR ACTIVIDADES INSTRUMENTALES*



Fuente: elaboración propia. *Para el total de residentes válidos sin distinción de sexo. **No hay teléfono en el centro.

La psicóloga del Hogar de Guanabacoa manifestó no haber utilizado jamás este cuestionario y se mostró muy sorprendida al comprobar los datos obtenidos¹⁵², pues en general muestran un escaso nivel de autonomía para todas las actividades instrumentales analizadas. No debemos olvidar, que los malos resultados hallados parecen corroborar la sensación subjetiva que ya manifestaron muchos de los residentes respecto a su falta de fuerza e inseguridad en el quehacer de sus actividades más básicas (aunque sin embargo conseguían buenos resultados en los cuestionarios realizados en el centro). La mayor parte de ellos, mencionaron el dolor o la imposibilidad de transportar pesos como las tareas que más les habían limitado sentirse bien en sus domicilios durante los últimos años y también ahora, además de la imposibilidad de realizar algunas actividades como comprar, lavar la ropa o cuidar la casa. Debe matizarse que el hecho de que un 72,5% de los residentes

¹⁵² Los datos fueron remitido por correo electrónico desde España una vez recopilados y analizados.

se consideren capaces de hacer la compra, puede estar relacionado con que muchos de los hombres contestaron afirmativamente a esta actividad, mientras que contestaron de manera negativa, igual que las mujeres, al resto¹⁵³. Por otra parte, no se puede obviar que los cubanos apenas cuentan en sus domicilios con electrodomésticos que faciliten la realización de estas tareas. Los bajos resultados en cuanto a la autonomía para controlar la medicación (10%), la propia economía (17,5%) o usar el transporte público (10%), pueden relacionarse, según las entrevistas, con la falta de experiencia lograda en etapas anteriores de su vida. En Cuba hay pocos fármacos, y cuando se utilizan, se consumen a menudo con mucha aprensión y temor, especialmente entre la gente más mayor. Por su parte, los constantes cambios en el valor de la moneda nacional, y la necesidad de realizar equivalencias entre los pesos cubanos, los dólares, los pesos C.U.C. (peso cubano convertible) y los euros, al igual que el temor a que les engañen en el '*mercado negro*', dificultan enormemente el control sobre las exiguas economías de los pensionistas cubanos. Algo similar ocurre con el transporte público (los autobuses de línea o '*camellos*'), pues a su escasez se une la complicación que genera la gran cantidad de usuarios y las enormes dificultades que supone para una persona mayor subirse a un largo remolque tirado por un camión, transformado en autobús público y atestado de gente.

Aún insistiendo en la idea ya expresada, de que los residentes no precisan realizar en el Hogar ninguna de estas actividades, es evidente que la sensación de autonomía y de satisfacción se ve subjetivamente mermada con la percepción de la pérdida de la capacidad de realización de las mismas. No obstante, también debe señalarse, que esa sensación de inseguridad o tristeza que algunos habían sentido, se tornaba a menudo en tranquilidad y confianza con el ingreso en el centro al saber que ya no será necesario realizar una tarea para la que uno se siente incapaz. Al menos en esa línea parecen expresarse algunos residentes como el hombre que nos relataba su percepción actual:

¹⁵³ Ya se hizo referencia a la poca adaptabilidad del cuestionario de Lawton para la medición de las actividades instrumentales a pesar de su utilización internacionalmente aceptada.

Yo no sé hacer la comida, ni lavar, ni nada de la casa. Siempre tuve a la mujer y ella era la que hacía todo eso. Yo trabajaba en el ferrocarril y siempre hubo algo en la casa para ella y para mí. Pero ya uno es mayor y no es momento de aprender. Aquí nos enseñan muchas cosas y quieren que seamos 'mayores activos', y que lo aprendamos todo, pero yo no puedo hacer nada que no haya hecho antes. Ya las manos no son como antes, la vista tampoco, y si quiere que le diga la verdad, la cabeza tampoco. Así que yo estoy tranquilo, que si me falta de algo aquí me lo atienden pronto, y si no, pues a esperar, que tiempo también tengo mucho.

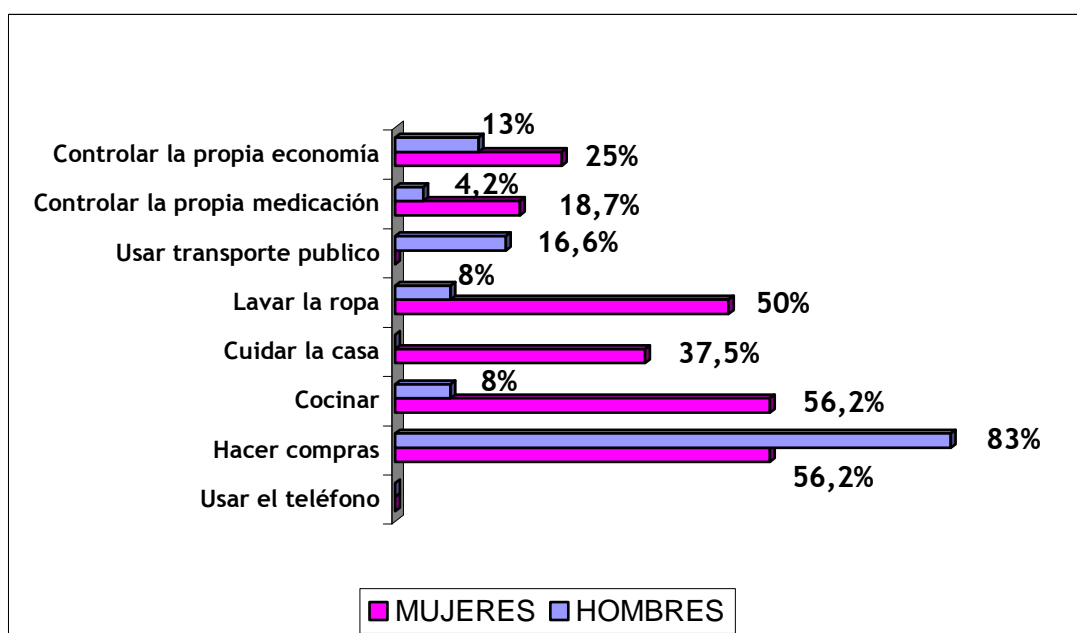
Varón. 72 años

La limitación en el desarrollo de estas actividades instrumentales se muestra muy diferente entre hombres y mujeres, como se recoge en el Gráfico 11.5 de la siguiente página.

Las actividades instrumentales, con la excepción de la capacidad para el uso del transporte público (exclusivamente mantenida en los hombres) y para la realización de las compras (83% de hombres frente aun 56% de mujeres), son mejor desarrolladas por las mujeres que por los hombres. Las dos tareas aludidas pueden verse beneficiadas de la mayor fuerza física, susceptiblemente más conservada en los hombres, pero también pueden estar influenciadas por aspectos relacionados con el género, pues la mujer en Cuba se desenvuelve mejor en el ámbito particular del domicilio, mientras el hombre está más acostumbrado a la interacción social fuera del mismo. Para el resto de tareas, en las que la habilidad y la experiencia previa son más importantes que la fuerza, los hombres se muestran mucho más limitados que las mujeres. También la actitud y disposición negativa hacia la realización de tareas consideradas como '*de mujeres*' suele interferir en la valoración de los hombres. De hecho, algunas actividades como el cuidado de la casa (que ningún hombre se sentía capaz de hacer), lavar la ropa (50% de mujeres frente a sólo un 8% de hombres) o cocinar (56% de mujeres y 8% de hombres),

aunque ellas reconocen ligeras limitaciones, se sentían en general dispuestas a llevarlas a cabo e incluso algunas decían hacerlo ocasionalmente en el Hogar (asear la habitación y lavar la ropa), circunstancia que pudimos comprobar. Un último apunte al respecto de la valoración de las actividades instrumentales entre los hombres mayores. Resulta difícil valorar este tipo de capacidades entre los hombres porque los cuestionarios estandarizados utilizados en todo el mundo no recogen habilidades frecuentemente realizadas por los varones mayores y sí por las mujeres (lavar, cocinar,...). Algunos residentes ayudan en tareas de jardinería y agricultura, e incluso era habitual verlos haciendo sugerencias de cómo realizar alguna tarea de las que los trabajadores de mantenimiento del Hogar debían encargarse. El cuestionario de Lawton utilizado, no hace ninguna referencia, por ejemplo, a esta capacidad de atender o cultivar la tierra que algunos de los varones entrevistados solía realizar, pero que en cambio contestaban negativamente cuando se les preguntaba por la posibilidad de hacer las tareas domésticas citadas.

GRÁFICO 11.5: CAPACIDAD PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LOS RESIDENTES DEL HOGAR DE GUANABACOA SEGÚN SEXO (TEST DE LAWTON).



Fuente: Elaboración propia. Datos para el total de residentes válidos

▪ **VALORACIÓN DEL ENTORNO**

Si se utilizan los criterios que hacemos servir en España al acreditar los centros, el Hogar de Guanabacoa es, a primera vista, un espacio absolutamente infradotado para ser utilizado como residencia de mayores.

TABLA 11.2: ELEMENTOS ESTRUCTURALES Y MATERIALES DEL HOGAR 13 DE MARZO DE DE GUANABACOA.

ELEMENTOS ESTRUCTURALES Y MATERIALES DEL CENTRO	GUANABACOA	RECURSOS Y SERVICIOS DEL ENTORNO (PUEBLO)	GUANABACOA
Materiales de audio y video (televisión con mando a distancia, Vídeo/DVD, Equipo de música)	SOLO TV	Club de Jubilados	SI
Mobiliario auxiliar en las habitaciones (mesilla, silla, mesa escritorio, armario)	ESCASO O INEXISTENTE	Asistencia Sanitaria y Social	SI
Mobiliario en zonas de descanso y estar (sofás, sillas, mesas, aire acondicionado u otros)	ESCASO	Mercado	SI
Baño en las habitaciones	NO	Comercios	ESCASOS
Recursos para el alojamiento (restauración, lavandería, ...)	LIMITADOS	Parques/zonas verdes	SI
Accesibilidad para discapacitados y recursos para el desplazamiento	NO	Iglesia/Lugar de culto	SI
Recursos específicos para higiene y atención de las personas mayores (baño adaptado, material ergonómico...)	MUY ESCASO	Biblioteca, museos	SI
Taller de actividades	SI	Transporte público	LIMITADO
Jardín, Terraza	SI	Actividades culturales para mayores	SI
Recursos o estructuras que garanticen la intimidad	NO	Asociaciones u organizaciones vinculadas con la población residente	SI
Recursos o actividades que garanticen la participación e integración (talleres, actividades de bienvenida o acogida...)	SI		
Atención sanitaria y social en el centro	SI		

Fuente: elaboración propia

Ya se ha mencionado en el capítulo donde se describe el Hogar, cómo los ancianos se ven perjudicados por la existencia de barreras arquitectónicas

y cómo la dotación estructural es muy deficiente: habitaciones compartidas por un número elevado de residentes, escasez de cuartos de baño e inadaptación de los existentes para las discapacidades de las personas dependientes o mal aislamiento ambiental, son algunos de los aspectos más llamativos. La falta de otros recursos como la ropa para las camas y para el aseo personal, de enseres y mobiliario en la cocina y el comedor, aparatos audiovisuales y, evidentemente, todo lo relacionado con los elementos materiales para el cuidado y atención de la salud, son otras de las circunstancias que revelan las múltiples deficiencias del centro. Sin embargo, esta evidente limitación de recursos materiales y estructurales —que se recoge en la anterior Tabla 11.2—, no tiene reflejo en el sentir subjetivo de los residentes, que mayoritariamente valoran de un modo muy positivo tanto el Hogar como el entorno en que viven.

Al respecto de estos recursos, el siguiente fragmento, extraído de una de las conversaciones con una residente, refleja la opinión más generalizada entre los entrevistados:

El lugar es agradable. Aquí limpian todos los días y aunque falta pintura para las paredes y hay cosas que se rompieron y ya no se pudieron reparar, la verdad es que los trabajadores se esfuerzan para que todo esté limpiecito y bonito. Pero eso no es lo más importante. Lo más importante es que alguien se ocupe de una. Lo importante es que aquí tengo personas que me atienden y me quieren. Yo tengo mi casa, y hasta hace unos meses me iba los fines de semana para allá, pero ya no puedo y está cerrada ahora. Pero a mí me gusta estar aquí, porque aquí puedo conversar con otras personas de mi edad y ellas se interesan por mis cosas, por lo que yo les hablo y yo también las escucho a ellas. Es una suerte estar aquí, hay personas que se creen que esto es el fin del mundo, pero la verdad es que aquí se está muy bien. Ya lo creo que sí.

Mujer. 81 años

En las palabras de la residente se puede reconocer una breve mención a los importantes déficits estructurales que presenta el centro. También otros hicieron referencia a la necesidad de compartir habitación o a tener que seguir las *'normas'* y horarios del Hogar, circunstancias por las que habían dejado de regirse desde tiempo atrás, cuando vivían solos en sus casas, como elementos que no eran del todo de su agrado. Pero reconocen que están mejor de lo que estaban los últimos años en sus domicilios —a menudo en peor estado que el Hogar donde ahora viven— y que las comodidades con que cuentan, y sobre todo el trato que reciben, les satisfacen enormemente. La mayor parte encuentra una elevada satisfacción en la gran ventaja que supone no tener que hacer frente a las tareas del hogar y también reconoce la limpieza y aseo del centro como uno de los aspectos más positivos, aunque algunos se quejan de que no todos colaboran por igual en que la *'casa se mantenga limpia'* (volveremos a hacer hincapié en esa concepción de *'casa común'* a la que aluden con frecuencia y orgullo muchos de los residentes). También la comida era muy bien valorada y era unánime la opinión de que era *'muy buena y abundante'*. Los problemas que los cubanos tienen para la satisfacción de las necesidades más básicas en sus domicilios, seguramente acentuados entre las personas más mayores, se ven prácticamente solventados con el ingreso en el centro, y aunque el tipo de alimentos servidos diariamente fue muy similar durante todos los días que duró la investigación, la monotonía de la dieta pasa a un segundo plano, mucho menos trascendente que la escasez de alimentos que sufrían en sus domicilios.

Frente a esos aspectos positivos, tratamos de profundizar en aquellos otros que aparentemente deberían ser menos apreciados, como la mencionada necesidad de compartir el espacio y la falta de intimidad que ello comporta. Pero aunque la mayoría de residentes prefería no opinar y muchos se resignaban a asumir las limitaciones, otros decían incluso sentirse mucho más tranquilos de compartir la habitación y aceptaban de buen grado la cercanía de otras personas. Con todos estos detalles, no queda más que concluir que la opinión más habitual fue la consideración de que con el

cambio de domicilio (del propio al Hogar) habían salido ganando. Muchos se expresaban de esta forma:

Ya mi casa estaba para caer y la patrulla social me dijo que cualquier día se venía abajo conmigo dentro. Estaba pendiente de hacer unos arreglos que ya hubiera yo querido que los hicieran, pero no había materiales y entonces me tuve que venir aquí. Primero venía solo por las mañanas y me iba a dormir a casa de mi hermana pero después ya me quedé también por las noches. Yo nunca quise venir pero ahora me arrepiento de no haber venido antes, porque aquí se está muy bien y en casa de mi hermana éramos muchos y yo sabía que no podían cuidarme a mí y también a sus nietos, porque allí viven también su hija y el marido con los niños. Hoy aquí estoy muy tranquila, todos me cuidan y soy feliz y también colaboro en que otros lo sean.

Mujer. 102 años

Aunque nadie verbalizó quejas específicas hacia el centro, sí se percibe en unas pocas conversaciones la existencia de ciertas reservas, o el temor a reconocer la evidencia de algunos elementos que provocan el disgusto de los residentes. Aunque esta actitud fue muy poco frecuente, hubo entrevistas en las que percibimos como algunos evitaban manifestarse, o agradecían sistemáticamente al Estado Cubano y aducían a otros aspectos positivos (la compañía o poder compartir actividades), cuando se preguntaba sobre la falta de mobiliario, la escasez de puestos en el comedor, o la necesidad de compartir las habitaciones con tanta gente. Tal vez esa actitud esté relacionada con el temor a perder la plaza en el Hogar (lo que también ocurre en nuestro país), como puede intuirse en este fragmento de una entrevista con un residente que, quizás porque no era de Guanabacoa y llevaba poco tiempo en el centro, era quien más vehementemente se expresaba en ese sentido:

Este Hogar lo inauguró Fidel un día 13 de Marzo y estar aquí es un honor para cualquier cubano. Yo estoy muy agradecido porque me han traído aquí desde Regla y aunque allí también hay sus Casas de Abuelos, mi hijo se cuidaba de mí desde hace tres años y ahora me cuidan aquí. Déjeme que le diga que yo he estado ya en otras Casas y todas son muy buenas. Ya quisieran otros tener a alguien como Fidel que les dé lo que ya los viejos no podemos tener porque no hay fuerzas para trabajar. Pero mientras yo esté aquí que no tiene que faltar quien eche una mano para ayudar en lo que sea necesario.

Varón. 74 años

Esta actitud, presente como hemos dicho en algunas de las personas entrevistadas, llegó a generar en el investigador la duda sobre si la satisfacción que la mayoría de residentes expresaba era real o impostada. Sin embargo, debe reconocerse que la observación permite comprobar también que el ambiente que se vive a diario en el Hogar es de generalizada y evidente satisfacción. Los residentes hablan y sonríen a menudo, la relación con los trabajadores es frecuente y fluída —de un modo que no habíamos podido observar en España— y la actividad y espíritu de colaboración que se percibe dota al Hogar de un dinamismo que no es frecuente observar en otros contextos de las mismas características.

Posiblemente uno de los factores que provocan esa sensación de satisfacción con el centro es la actitud y entrega de los trabajadores. Muchos residentes valoraron de manera muy positiva al personal manifestando que les ‘*cuidaban muy bien*’ (la frase más repetida), que les tenían mucho respeto y ‘*les querían*’, otra frase indicadora de este aspecto que tanto diferencia la situación cubana con la valenciana¹⁵⁴. Frases como: ‘*soy feliz porque el trato que me dan los demás es con respeto y con cariño*’... ‘*Yo aquí la paso muy*

¹⁵⁴ Según datos de estudios realizados en Barcelona pero aún no publicados, los mayores prefieren ser cuidados por personas procedentes de los países latinoamericanos por su cariño y amabilidad y ternura en el trato, aunque son menos eficaces y rápidas en las tareas, que por personas procedentes de países del este, más eficaces y rápidas pero que empalizan menos con la persona cuidada.

bien, tengo comida, tengo atención médica y todos los trabajadores y las enfermeras se preocupan mucho por mí'... 'no somos ricos pero tenemos cariño y atención, que es lo importante'... 'Yo no tuve hijos, pero no me puedo quejar de la vida porque mira ahora, tengo personas buenas a mi alrededor que me cuidan y me complacen'..., son claros indicadores de la satisfacción subjetiva que el Hogar genera en los residentes y que también revelan cómo la actitud de los trabajadores parece superar los meros aspectos técnicos de su labor profesional para implicarse de manera más personal en el cuidado, humanizando de este modo la despersonalizada asistencia, que en cambio, parece predominar en España. El desarrollo de una actitud de empatía, escucha y comprensión, tan importante para el trabajo con las personas, y especialmente necesaria y positiva con personas mayores y enfermas, puede ser donde radique la clave de esta satisfacción.

No se han encontrado opiniones muy diferentes entre hombres y mujeres respecto del grado de satisfacción que les aporta el centro. En general todos apreciaban por igual la posibilidad de estar junto a otras personas de su edad y pensaban que el trato, la atención y los servicios prestados eran muy gratos. Tampoco parece generar insatisfacción ni entre los hombres ni entre las mujeres, el hecho de tener que compartir la habitación o el resto de dependencias. No obstante, mientras que las mujeres fueron más benevolentes en su crítica y no manifestaban apenas quejas de ningún tipo respecto del Hogar, algunos hombres dijeron lamentar haber perdido parte de su independencia, pues en sus casas entraban y salían cuando querían, podían *'tomar'* sin que nadie les dijese nada y no tenían que dar explicaciones a nadie ni seguir las normas que nadie mandase. Aún así, insistían en afirmar que en el fondo no deseaban volver a su situación anterior, pues en el Hogar tenían todo lo que necesitaban y esas pequeñas molestias eran ampliamente compensadas por los beneficios obtenidos. En cuanto a la convivencia, la observación permitió evidenciar cómo la actitud de los hombres era en general mucho más dominante que la de las mujeres, que se muestran mucho más sumisas y condescendientes con ellos que a la inversa. Esta actitud no estaba fomentada por el personal, pero era aceptada y reconocida como normal porque: *'el cubano es muy machista y mandón'*,

por lo que tampoco los trabajadores arbitraban ninguna medida concreta para que los hombres no ocupasen mejores lugares en el comedor (los más cercanos a la salida), delante de la TV o en las horas de juegos o de música, aunque ninguna de las mujeres manifestó que esos detalles le importasen.

Como ya hemos adelantado anteriormente, entre la mayor parte de los residentes se ha generado la sensación de que el Hogar de Guanabacoa es realmente su propio hogar. Queremos decir con esto que los residentes sienten que lo que ocurre diariamente dentro del centro les compete de manera directa y que muchos de ellos se afanan en colaborar para mantener las instalaciones y recursos en las mejores condiciones posibles. Pudimos observar un claro ejemplo, en el hecho de que ocasionalmente se reciben en el Hogar visitas de residentes de otros centros, al igual que los de Guanabacoa se desplazan a otros Hogares, y tanto unos como otros tratan de generar una grata impresión en los visitantes sobre el estado de su Hogar, sus actividades y sus logros. Algo muy similar ocurre también entre los trabajadores, que ponían un gran empeño no solamente en desarrollar de la mejor manera su labor, sino también en maximizar los recursos y obtener los mejores resultados de su trabajo, lo que redundaba en beneficio de la institución y de los propios ancianos. Con o sin la participación de los trabajadores, los residentes organizaban comisiones y grupos de trabajo para atender los problemas diarios del Hogar y para mejorar la satisfacción de todos los residentes, transmitiendo la sensación de que realmente sienten que la buena marcha del centro depende de ellos mismos. El compromiso social y político de muchos cubanos y cubanas sigue percibiéndose en los residentes y una buena muestra de ellos es el fragmento que se adjunta a continuación, perteneciente a la entrevista con una mujer residente, miembro de la Federación de Mujeres Combatientes de la Revolución y actual Presidenta del Colectivo de Mujeres del Hogar de Guanabacoa:

Yo a veces no me siento del todo bien. Siempre se extraña lo de uno..., pero aquí hay buena atención, se puede salir para donde yo quiera y se siente una feliz. Y lo más importante es que ésta es nuestra casa y que la cuidamos con el esfuerzo colectivo. Muchas

mujeres llegaron aquí y por fin encontraron un lugar donde sentirse a gusto después de muchos años de pasar por duras penas y miserias. Acá nos organizamos y hacemos el bien por todos los demás porque somos como una verdadera familia. Cuando llega una nueva mujer a la Casa, la recibimos con toda nuestra alegría porque ya una paso por eso y sabe como puede sentirse, pero allá que vamos todas, y le cantamos una canción de bienvenida para que sienta que llegó también a su hogar.

Mujer. 70 años

Ese espíritu comprometido con el Hogar de Ancianos se encuentra también presente en la mayor parte de las instituciones del pueblo de Guanabacoa, que a menudo tienen presente al Hogar en la programación de sus actividades. De este modo, la separación de los residentes respecto de sus anteriores domicilios y de sus familias queda parcialmente paliada. Seguramente, el mantenimiento de esta relación contribuye a que el entorno al Hogar también fuese bien valorado, y es uno de los motivos por los que los residentes mayoritariamente opinan que *‘Guanabacoa es un pueblo agradable que no se olvida de sus abuelos’*. Esta opinión fue manifestada muy vehementemente por aquellos residentes que habían nacido o vivían anteriormente en Guanabacoa, pero los que procedían de otros municipios, aunque decían no haber salido mucho de la residencia¹⁵⁵, consideraban que la gente del pueblo les trataba bien cuando venían al Hogar.

La mayor parte de los residentes tenía un amplio conocimiento de la zona, pues habían vivido allí durante los años anteriores al ingreso, y a menudo durante la mayor parte de su vida. Residir en una institución ubicada en el pueblo donde se habitaba, permite que la pérdida de contacto del

¹⁵⁵ Los pocos residentes que no proceden del municipio donde está ubicado el Hogar, suelen presentar un precario estado de salud, lo que en general ha motivado el ingreso urgente en un centro diferente al que teóricamente debería haberles acogido, y que no disponía en ese momento de plazas libres. Esta circunstancia es poco frecuente dada la estricta organización departamental de los servicios cubanos, pero en ocasiones se produce. Cuando se produce una vacante en el Hogar ubicado en el municipio del que procedía el residente, éste suele ser trasladado para que así permanezca más cerca de su familia y entorno.

anciano con su entorno y con las personas allegadas sea menor que en los casos en los que las residencias están ubicadas en municipios diferentes al domicilio anterior. Esto permite que algunos de ellos, aunque muy pocos, continúen saliendo con relativa frecuencia al pueblo para visitar sus casas y a sus familiares o amigos, contacto que se ve potenciado por dos hechos añadidos: actividades promovidas por algunas instituciones del municipio y por el hecho de que al Hogar acudan diariamente personas que residen todavía en el pueblo (los semiinternos) y que hacen de nexo de enlace entre aquellos que no pueden salir del Hogar y sus familias residentes en Guanabacoa.

Aunque el Hogar se ubica en el término municipal de Guanabacoa, el casco urbano se encuentra relativamente distante al mismo. Los kilómetros que separan uno y otro contexto no son muchos, pero para aquellos mayores que tienen alguna dificultad para caminar supone una distancia prácticamente insalvable. Esta circunstancia se ve además agravada por los escasos medios para desplazarse de que pueden disponer los residentes o sus familias. No hay autobús urbano que enlace el Hogar con el pueblo y ningún anciano puede permitirse contratar un taxi, aunque siempre existe la posibilidad de que muchos de los ancianos o familiares que no pueden o no desean cubrir la distancia pie, realicen los desplazamientos haciendo '*botella*' (auto-stop) a los escasos y variados tipos de vehículos que pasen por el entorno del Hogar y también que algún vecino se preste ocasionalmente a hacer un favor.

Los residentes opinan que el desplazamiento al pueblo de Guanabacoa es interesante para visitar a sus familiares o su anterior domicilio y sus vecinos, al igual que les permite pasear o recorrer los entornos en los que habitaban antes de ingresar en el Hogar, pero éstas son casi las únicas necesidades que perciben, pues consideran innecesario desplazarse para recibir atención médica (que la obtienen en el Hogar), ni tienen dinero con que realizar compras en el mercado o en los escasos comercios existentes. Algunos, manifestaron como una motivación para desplazarse hasta el pueblo acudir al Liceo (Círculo de Abuelos), ya que en la asociación se desarrollan múltiples actividades de carácter lúdico y cultural que permiten a los mayores

debatir sobre diferentes temas que les atañen con dirigentes políticos y sociales, participar en bailes, cantar, talleres de costura, juegos de azar y otras actividades. Pero como el compromiso del Liceo y de otras asociaciones e instituciones culturales del municipio, es como hemos referido, llevar los recursos y servicios comunitarios allá donde se encuentren las personas que los precisan, estas actividades se desarrollan igualmente en el propio Hogar 13 de Marzo. Aunque la periodicidad no es la misma, este planteamiento viene a paliar el problema de la lejanía entre la residencia y el pueblo al no ser tan necesario el desplazamiento hasta el mismo. No obstante, algunos residentes dijeron que añoraban las tardes de juego y charla con los amigos en el Liceo y que, *‘aunque aquí también lo hacemos, no es lo mismo’*. También eran los hombres quienes echaban en falta poder ir a mirar como estaban las tierras que habían cultivado años atrás o acercarse a la Iglesia, mientras que las mujeres dijeron sentir deseos de visitar sus antiguos domicilios para ver como estaba la casa, visitar a alguna vecina muy querida o acudir al cementerio en alguna ocasión.

A pesar de estos anhelos y limitaciones, el grado de satisfacción que perciben y manifiestan los residentes, tanto con el Hogar como con el entorno en el que viven, es muy elevado. Considerando las deficiencias de los recursos disponibles, la escasa intimidad que las habitaciones ocupadas por 3 ó 6 residentes pueden permitir (aunque los residentes válidos sólo ocupan habitaciones de 3 plazas) y la distancia entre el Hogar y el casco urbano, difícilmente salvable para la mayoría de mayores, parece sorprendente que los residentes consideren tan positivamente este determinante de su calidad de vida. Sin embargo, los aspectos ya referidos sobre la comparación que establecen entre su situación actual y sus condiciones vitales anteriores —que como también ocurre en España suponen interesantes mejoras para la mayor parte de los ancianos—, la sensación de *‘identidad’* y compromiso personal que muchos de ellos adquieren con el centro, y en especial el trato recibido por parte del personal, que era muy bien valorado por todos los entrevistados, pueden considerarse los elementos más determinantes de la buena valoración referida. La distancia hasta el pueblo y la consecuente pérdida de contacto con el entorno, que indudablemente se produce y fue manifestada por algunos

mayores, es asumida como una circunstancia difícilmente evitable, y aunque se reconoce la importante labor desarrollada por el Liceo de Guanabacoa para mantener una relación estable entre los ancianos y su pueblo, muchos residentes consideran que este contacto es escaso y afirman que si el Hogar se hubiese construido más cerca del pueblo les sería más fácil sentirse próximos de su familia, de sus vecinos y de sus antiguos hogares. Aún así, muchas veces surgió en las conversaciones la referencia que hacían los ancianos del Hogar a su nuevo entorno refiriéndose como a su nuevo domicilio, manifestando la sensación de que esa era su 'casa' y que debían trabajar para que todo funcionase de la mejor manera. Quizás esa sensación de 'enraizamiento' al Hogar, sea la mejor muestra de que la satisfacción de los residentes es buena, como se percibe en este fragmento de una mujer que ya llevaba residiendo unos años en el Hogar:

...ya me trajeron acá por mi edad y porque no tenía quien me echara una mano en la casa, pero aunque la idea no me pareció ni buena ni mala, hoy soy ardiente defensora de las Casas de Abuelos. Este es mi verdadero hogar y el de todos los que estamos aquí. Ya usted vio cómo de felices se nos ve a todos los viejitos. El efecto que el cariño y las buenas palabras hacen con una cuando es mayor y se ha sentido sola y enferma tantos años, no se puede pagar con nada. Hay cosas buenas y cosas malas, cosas mejores y peores, y claro que me cuerdo de mi casa, la vida es eso, y venir aquí me dio otra vez la vida y la alegría que yo creía haber perdido

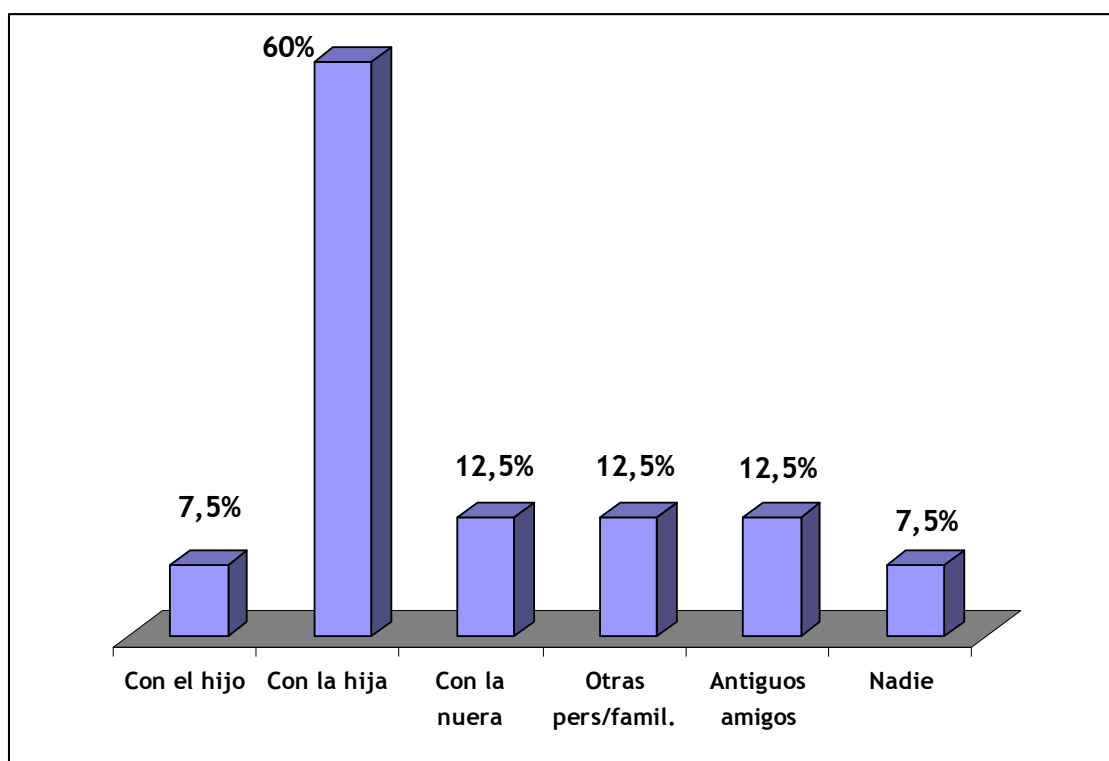
Mujer. 81 años

▪ ESPACIO RELACIONAL

Los datos sobre la satisfacción social de los mayores que viven en el Hogar de Guanabacoa, obtenidos al igual que en la Residencia de Tercera Edad de Benetusser a través del recuento de los contactos con los familiares, con sus amistades más íntimas dentro y fuera del centro y con otras personas

de su entorno diario, así como la valoración del grado de satisfacción que estos contactos les generan, es quizás uno de los determinantes de la calidad de vida que las instituciones destinadas a acoger a las personas ancianas deben mejorar. Al menos así parece desprenderse de los resultados obtenidos en nuestro estudio, tanto en el Hogar de Cuba, como en la Residencia de España, que aunque presentan diferencias importantes, son en los dos contextos elementos claramente mejorables. El siguiente gráfico 11.6 muestra los resultados obtenidos respecto de los contactos o visitas con familiares y amigos más íntimos.

GRÁFICO 11.6: GUANABACOA, CONTACTOS SOCIALES DE INTIMIDAD.



Fuente: elaboración propia

Si bien es cierto que en determinados aspectos, el Hogar de Guanabacoa presenta una relativa ventaja en cuanto al grado de satisfacción de las relaciones respecto al centro analizado en España, otros aspectos provocan en cambio una significativa limitación para la mejora y satisfacción de las mismas. Como ventaja debe entenderse, el hecho de que en el Hogar

se lleven a cabo un gran número de actividades de ocio, que como se verá en otro apartado, contribuye a aumentar las ocasiones en que los residentes comparten tareas y eleva el número y grado de satisfacción de las relaciones. También debe entenderse como una ventaja que se organicen actividades específicamente destinadas al fomento de la interacción y las relaciones sociales y/o personales. Entre otras, llama poderosamente la atención, el interés mostrado en el Hogar por la formación de parejas estables entre los residentes de diferente sexo, tarea en la que se afanan muchas de las trabajadoras. Como desventajas deben valorarse en cambio, la ubicación del Hogar a las afueras del pueblo, la ausencia de teléfono público y la falta de medios de comunicación y de transporte, lo que aísla a los residentes y limita considerablemente tanto su contacto con el exterior como las visitas que estos reciben por parte de sus familiares. Sin embargo, los resultados no son en absoluto tan negativos como estas circunstancias pudiesen hacer sospechar, pues es sintomático además, el hecho de que aunque algunos residentes no disponen de familiares cercanos que puedan acudir a visitarles, la presencia de los amigos no parece haberse perdido del todo con el ingreso en el centro, y un 12,5% de ellos mantiene todavía el contacto.

Respecto del fomento que se hace en el Hogar de las relaciones de carácter íntimo a través de la unión entre parejas, además de 1 matrimonio que ya existía en el grupo de los residentes dependientes, existen otras 4 parejas estables que se han formado tras el ingreso de los mayores en el centro (todas ellas en el grupo de los residentes válidos). La trabajadora social y la psicóloga del Hogar planteaban que, aunque éste no era un objetivo específico de su trabajo, sí que venían comprobando que las personas que desarrollaban una nueva unión sentimental estable se sentían más felices y más integradas en el centro, por lo que cuando consideraban que entre dos personas mayores podía llegar a establecerse ese tipo de relación, trataban de estimular y facilitar su convivencia conjunta¹⁵⁶.

¹⁵⁶ Con '*la convivencia*' conjunta hacemos referencia a compartir actividades, pues salvo excepciones, las limitaciones estructurales del centro no permiten la posibilidad de compartir habitaciones.

Según el Director y las trabajadoras del Hogar, estas uniones no comportaban la necesidad de implementar significativos cambios en los aspectos organizativos del centro y tampoco acarreaban ningún tipo de ventajas económicas o administrativas para los residentes o para la institución por parte del gobierno cubano. Pero lo cierto es que en el centro parece haberse instalado la tendencia a fomentar la unión de parejas entre los residentes. Las nuevas uniones eran celebradas con gran entusiasmo y en ocasiones ‘*presentadas*’ mediante una pequeña fiesta organizada por la Animadora Sociocultural (Fiesta de la Pareja). La psicóloga del centro, que atribuía una gran importancia a estas uniones y tenía pendiente instaurar en el Hogar un programa de referencia para el fomento de las mismas llamado ‘*Pareja Mayor*’, nos explica algunos de los motivos por los que ella considera que se debe estimular esta unión entre los residentes en los Hogares y Casas de Abuelos:

Acá tienen todo el tiempo para dedicarse a estar uno con el otro. Muchos de ellos se conocen de toda la vida, los hay hasta que fueron vecinos y hasta quienes fueron novios y acá la vida los volvió a juntar. Eso hay que estimularlo y cuando se reencuentran es lo más bonito. Los que ya se echaron pareja, tienen un sitio en el comedor y para ver la novela y para cuando vienen del Liceo a hacer el baile... Si viera que orgullosos se sienten ellos de llevar a su danzona al lado. [...] No, en las habitaciones no están juntos porque no hay sitio para colocarlos a todos. Este año se está pendiente de una reforma que permitirá que haya habitaciones para dos personas, pero de momento no llegó el material para la obra. De todas formas, acá ya uno no busca más que el cariño sincero y no le importan esos otros detalles.

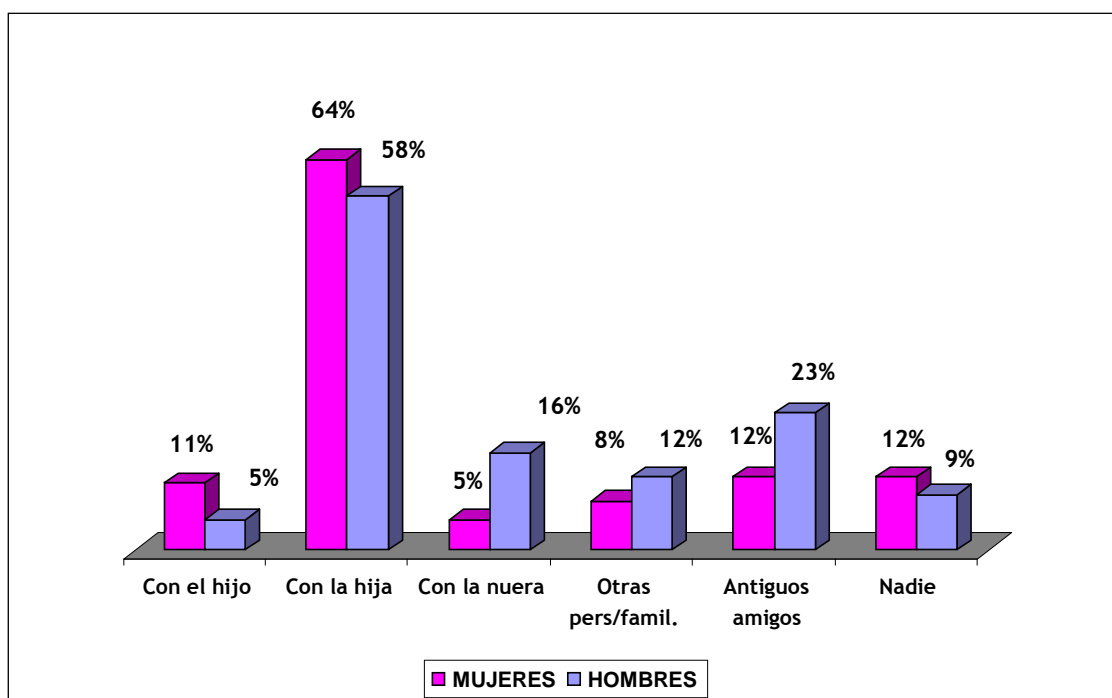
Psicóloga del centro.

Es cierto que las nuevas parejas constituyen una especie de subgrupo que goza de algunas pequeñas ventajas: se les coloca siempre juntos y se les

da preferencia en la ocupación de lugares en el comedor, frente a la TV o en las actividades que organizaba el Liceo en el Hogar. Pero no obstante este hecho peculiar, si bien la formación de nuevas parejas puede actuar como un estímulo para la mejora de las relaciones entre los mayores y como estímulo positivo para la aceptación o para la mejora de la percepción del proceso de institucionalización, el computo general de relaciones evaluadas en el Hogar no se sustenta en esas interacciones sino principalmente en el contacto con la familia.

El siguiente gráfico (Gráfico 11.7) representa los contactos de intimidad más habituales, mostrando por separado las cifras para mujeres y hombres.

GRÁFICO 11.7: RELACIONES SOCIALES DE INTIMIDAD PARA HOMBRES Y MUJERES*.



Fuente: Elaboración propia. * Datos para el total de residentes válidos

Un 67,5% de los residentes (sin diferenciar por sexo) mantenía el contacto frecuente con su familia o amigos más íntimos, incluyendo aquí a los que decían haberse unido en parejas. Esta cifra es elevada, y puede

interpretarse positivamente de manera aislada, pero genera ciertas reservas si se tiene en cuenta el elevado porcentaje de residentes que tenía su domicilio, y habitualmente también el de su familia, en el mismo municipio en que está ubicado el Hogar, circunstancia que debería ser un elemento favorecedor del mantenimiento de los contactos (aunque también hemos referido las dificultades para el desplazamiento y acceso al Hogar). El grupo de aquellos residentes que no recibían visitas de sus familiares o amigos (un 9% de hombres y un 12% de mujeres), consideran como motivos principales de la falta de contactos: que no tienen familia viva (30,7%), que su familia emigró o ya no reside en el pueblo (23%), que la casa de su familia queda lejos del Hogar (15,4%) o que la relación con la familia se rompió (30,7%). Curiosamente, no todos mencionaban a los amigos o amigas como personas con las que mantener la relación tras el ingreso si no se les preguntaba expresamente por ellos, en cuyo caso sí hacían referencia a las pocas veces que se habían vuelto a ver, aunque un porcentaje del 12,5% sí decía mantener cierto contacto habitual con esas amistades.

La inexistencia de teléfono y la escasez de medios de transporte, contribuye a generar una menor frecuencia de contactos con la familia, pues la única forma de mantener la relación con las personas allegadas es mediante las visitas. Muchos de los mayores semiinternos, sirven como enlace entre los mayores y sus familiares o amigos residentes en el pueblo, precisamente porque el Hogar no cuenta con teléfono público ni por supuesto ningún residente dispone de teléfono móvil (prohibido para la población general en Cuba). De esta manera, cuando un residente no tiene cerca a su familia, la posibilidad de recibir visitas o noticias de éstos se reduce considerablemente y casi la totalidad de los que no tenían a sus familiares viviendo en Guanabacoa, manifestaron apenas haberlos visto en los últimos meses.

La distancia física entre el Hogar y la familia o los amigos es pues un elemento determinante del número de visitas que los residentes reciben, y como ya se ha dicho anteriormente, esta distancia se ve agravada por la precariedad de las comunicaciones en Cuba. Si la familia del residente vive en Guanabacoa, como sucede en muchos de los casos, las visitas al Hogar

dependen de que estos decidan cubrir, generalmente a pie, una distancia fácilmente salvable (alrededor de los 2-3 Km. para el caso más alejado del pueblo). Sin embargo, cuando los residentes tienen a su familia viviendo en La Habana (como también ocurre para un elevado porcentaje de ellos) o en otras provincias, la mayor distancia y los precarios medios de transporte hacen que las visitas se conviertan en un hecho extraordinario a lo largo del año, acudiendo sólo en Navidad o en las fechas más señaladas: los cumpleaños o (como se ocurría en el caso de tres residentes) el aniversario del fallecimiento de la pareja (generalmente el padre), para acompañar a la madre a poner flores en el cementerio.

Es de destacar el importante número de ancianos que afirma no mantener actualmente los vínculos afectivos con su familia, circunstancia que puede estar relacionada con la situación social y económica del país. Como ya se empieza a citar en algunas publicaciones sobre ciencias sociales en Cuba, la alta emigración que vive el país y que genera la ruptura del grupo familiar, ha provocado la convivencia forzada de diferentes generaciones, o de personas que no habían convivido juntas previamente en el mismo domicilio, generando frecuentes situaciones de conflicto familiar (Duran, 2008).

Al igual que en España, la relación más habitual de los residentes es con sus hijos e hijas, pero también se observa además, cierta frecuencia de contactos con las parejas de estos, con otros miembros de la familia y con antiguos amigos y vecinos.

En el anterior gráfico número 11.7, se observa un patrón muy similar para hombres y mujeres. En un análisis más detallado de los resultados podemos ver que la relación de intimidad que con más frecuencia mantienen tanto hombres como mujeres se produce con las hijas, que aparecen como las principales responsables de mantener el vínculo entre los mayores institucionalizados y el resto de la familia o amigos (*'mi hija es quien viene a contarme como fueron las cosas en la casa y como se encuentran todos'*), así como de garantizar que su padre o madre disponga de todos aquellos enseres que precise, como ropa, productos de higiene o fármacos (cuando se puede disponer de ellos). La relación de los residentes con sus hijos varones es

mucho menos frecuente y las entrevistas revelaron que la causa puede estar basada fundamentalmente en una atribución diferencial de roles, de manera similar a lo que ocurre en Benetusser, pues según palabras de los propios residentes, hombres y mujeres: *'a un hijo se le quiere lo mismo, pero eso son cosas que deben hacer las mujeres'*. Sin embargo, es de destacar, que cuando no hay hijas que puedan (o quieran) encargarse del cuidado de la persona mayor, es menos frecuente que en el contexto español que el rol de cuidadora sea ocupado por la nuera (según los datos obtenidos en nuestro estudio y los recogidos en diferentes publicaciones del IMSERSO al respecto). En el caso del Hogar de Guanabacoa, sólo un 5% de las mujeres y un 16% de los hombres dice tener contacto frecuente con sus nueras, porcentaje bastante alejado de los respectivos 14% y 28% que encontramos en el caso de Benetusser. No obstante, aunque un grupo significativo de residentes decía no mantener contacto con sus hijos, por hallarse éstos fuera del país, lo mantenía con sus nietos, a menudo residiendo en casa de algún otro familiar.

Los contactos de intimidad de los residentes con otros miembros de la familia o amigos íntimos tampoco son muy frecuentes, aunque los hombres desarrollan más contactos de este tipo que las mujeres. Los que visitan a los residentes con más asiduidad son hombres que van a interesarse por sus antiguos amigos, probablemente a causa de la mayor independencia y tiempo que gozan en general los varones ya jubilados, libres de la obligación de las tareas domésticas que recaen exclusivamente en las mujeres. Como hemos adelantado anteriormente, las circunstancias sociales del país, en especial la importante emigración de los adultos más jóvenes, han provocado que muchas de las familias de los residentes en el Hogar se hayan separado y que muchos grupos familiares hayan adoptado una nueva estructura a la que se han tenido que ir habituando las personas mayores¹⁵⁷: abuelos conviviendo con sus nietos sin los padres de estos, nietos procedentes de las uniones de los diferentes hijos conviviendo en una misma casa, etc. Varios residentes del Hogar decían

¹⁵⁷ Los ancianos se ven inmersos en un grupo familiar lleno de encuentros y desencuentros en las difíciles condiciones socioeconómicas que existen en el país, y no siempre parecen preparados para afrontar las formas complejas de interacción que se establecen entre sus miembros. Una evolución individual y del grupo como un todo, donde se generan relaciones de colaboración y ayuda, pero también de poder, conflictivas o a veces amenazantes para ellos.

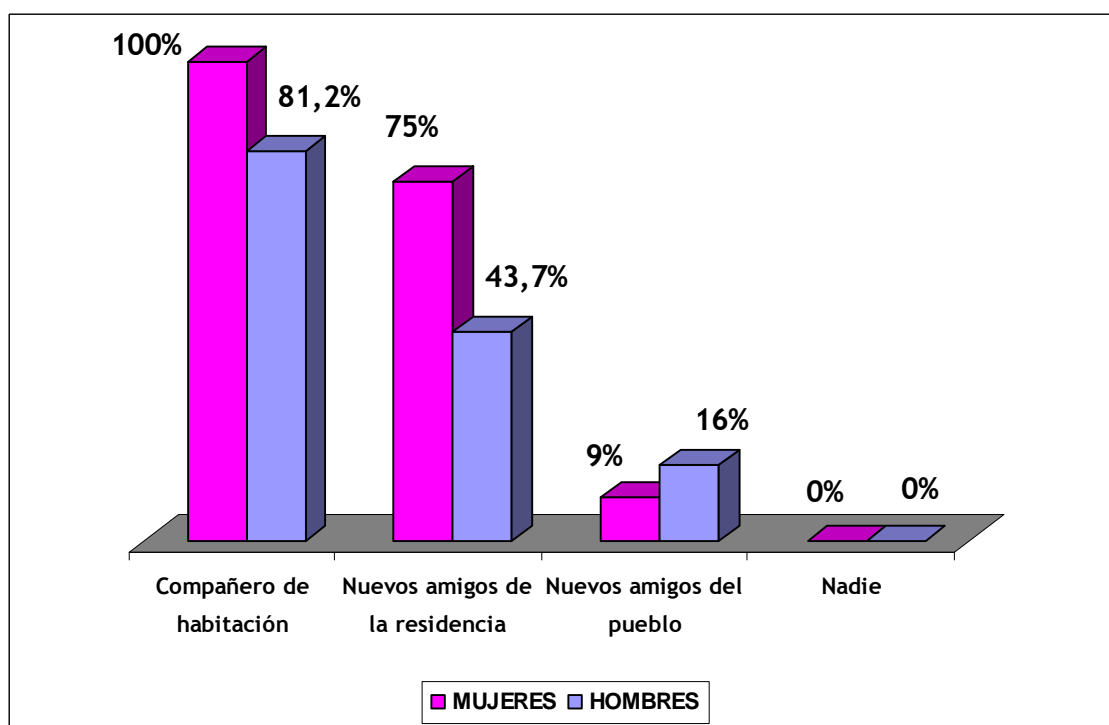
haberse quedado conviviendo solos con sus nietos y nietas mayores los últimos años, pero que al final, la independización de éstos había precipitado el ingreso en el Hogar de ancianos. En algunos casos porque se habían quedado solos en la casa sin nadie que pudiese atenderlos, en otros porque habían tenido que dejar la casa a la nueva pareja que habían formado sus nietos. Estas circunstancias han sido el detonante de la institucionalización de algunos residentes y a buen seguro son también uno de los motivos por los que muchas de las mujeres mayores cubanas, y en menor porcentaje los hombres, cuando se refieren a su familia, no siempre consideran como miembros de la misma a las parejas de sus hijos e hijas ni a las de sus nietos y nietas (Duran, 2008), lo que en cierto modo ha contribuido a fomentar la ruptura de las redes de parentesco y al aislamiento y soledad de los mayores en los últimos años. En cierto modo, el ingreso en el Hogar contribuye a paliar estas situaciones, aunque no en todos los casos se consigue, como se percibe en este fragmento de una entrevista con una mujer, que relataba haber vivido estas circunstancias a las que nos hemos referido:

Mi hija se divorció y se fue a Francia y luego a España y entonces sus dos hijas y el hijo se vinieron a mi casa. Ella mandaba dinero a veces pero nunca había bastante porque ya en la casa éramos 4 bocas que alimentar y la canasta ya no daba para todos porque yo soy pensionada [al no estar la madre presente, la cartilla de racionamiento de ésta no se recibe]. ¡Tremenda lucha todos los días con mis nietas!, que ya salieron a su padre y no entraban nunca por donde había que entrar. Y luego llegaron los novios y en nada se casó una y luego la otra y se me llenó mi casa de gente que no era mi gente. Cuando mi nieto se fue con su padre, no me quedó más que venirme a la Casa de los Abuelos y yo le digo que descansé. Allá se quedaron con la casa y con todo y eso, ni un día vinieron a verme. Pero tampoco me hace falta, porque esa gente ya no es mi familia.

Mujer. 81 años

Por su parte, las relaciones de tipo social (las relaciones con los compañeros del Hogar y con los trabajadores del mismo, así como con otras personas habituales en el nuevo entorno), aunque han resultado menos numerosas de lo esperado, desde el punto de vista cualitativo son consideradas como suficientes por casi todos los residentes entrevistados, y también muy apreciadas por la mayoría. El Gráfico 11.8 muestra, diferenciando también entre hombres y mujeres, el porcentaje de residentes que mantenían este tipo de relaciones y con quién se relacionaban.

GRÁFICO 11.8: RELACIONES DE CARÁCTER SOCIAL DE LOS HOMBRES Y MUJERES RESIDENTES EN EL HOGAR DE GUANABACOA.



Fuente: Elaboración propia. * Datos para el total de residentes válidos

Aunque estas cifras indican que las relaciones entre los residentes en el Hogar son frecuentes, pues todos decían mantener contactos o relación con otros residentes, se han podido observar diferentes circunstancias que matizan estos resultados y que se corroboran con las entrevistas. El primer detalle que se manifiesta a la observación del investigador es que entre los tres grupos de residentes que pueden diferenciarse dentro del Hogar

(dependientes, válidos y semiinternos), no existe prácticamente ninguna relación. Debe hacerse una salvedad para el hecho de que algunos de los semiinternos actúen como '*mensajeros*' de unos pocos residentes internos, pero fuera de este acto puntual, habitualmente resultaba muy sencillo diferenciar con una simple mirada a cual de los tres tipos de residentes pertenecían los grupos que se formaban en la sala de estar frente a la TV, o jugando al dominó, o que se congregaban en la zona del Jardín Central para hablar, hacer gimnasia, recibir los cuidados de higiene o simplemente descansar y pasar el rato en los bancos. Esta separación resultaba mucho más marcada entre los hombres (mucho más numerosos) que entre las mujeres. Entre estas últimas, el contacto entre residentes internas dependientes y residentes válidas era mucho más frecuente y la presencia de semiinternas (proporcionalmente muy pocas) mucho más habitual. En los varones en cambio, aunque ocasionalmente podía llegar a formarse algún grupo entre residentes internos (siempre válidos) y semiinternos, resultaba excepcional que al grupo se uniese algún residente dependiente.

El análisis de las relaciones sociales de los residentes muestra además, la existencia de patrones relacionales diferentes entre hombres y mujeres: ellas parecen relacionarse más y más generalizadamente que los varones. La totalidad de las mujeres decía mantener una buena relación con el resto de mujeres con las que compartía habitación y también eran ellas las que decían más habitualmente haber hecho nuevas amistades en el centro, tanto con las personas asistidas como con los residentes semiinternos, mientras que el porcentaje de varones que se relacionaba con los compañeros de habitación se reducía en casi 20 puntos (algo más del 81%). Las malas relaciones interpersonales entre los compañeros y las desavenencias entre los ocupantes de una misma habitación ('*no llevarse bien*') eran las principales causas de conflicto en el Hogar. En alguna ocasión se mencionó haber surgido disputas entre personas residentes que ya se conocían con anterioridad y que estaban enemistadas cuando vivían en el pueblo, pero los problemas surgidos con la convivencia en el Hogar, la necesidad de compartir los espacios más íntimos, las quejas sobre la falta de higiene o sobre el ruido y molestias que ocasionaban aquellos con quienes se compartía la habitación, y las sospechas

(o evidencias) de la desaparición de algún objeto personal, eran los motivos de queja y conflicto más habituales. Aunque este tipo de problemas no es muy habitual, la dirección del Hogar trata de poner solución mediante el traslado de las personas implicadas a habitaciones distintas. No obstante, la falta de espacios individuales hace que llegue un momento en que ya no se pueda separar a aquellos que habitualmente generan más problemas de convivencia, lo que redonda en una merma de la calidad de vida para el resto.

En contraste a estos datos, que indican mayor índice de relacionabilidad de las mujeres en el Hogar, los hombres establecen más contactos fuera del centro. En esa mayor frecuencia de contactos puede influir el hecho de que sean ellos los que más salen al exterior del Hogar y también quienes se desplazan hasta el pueblo con más frecuencia. De hecho, un elevado porcentaje de las mujeres decía no haber vuelto a ver a sus antiguas amistades después del ingreso en el centro y que sólo ocasionalmente habían recibido alguna información de éstas por medio de aquellos residentes semiinternos que iban y venían diariamente al Hogar, o por las escasas ocasiones que habían vuelto a visitar el pueblo. Por otra parte, una nueva diferencia entre hombres y mujeres se establece respecto de la forma en que ellos o ellas establecen las nuevas relaciones: mientras un 16% de los hombres habían hecho nuevas amistades con personas del pueblo ajenas al Hogar a raíz de sus ocasionales visitas al pueblo, el 9% de mujeres que había hecho lo mismo las había establecido en el propio entorno del Hogar con las personas, generalmente mujeres jóvenes, que acudían al centro a visitar a sus familiares residentes y con quienes decían haber entablado una relación de amistad y cariño. De hecho, son ellas las que parecen ser más abiertas y dispuestas a establecer nuevas relaciones en el entorno del Hogar, pues además del dato anterior, un 75% de las mujeres había hecho nuevas amistades con otras residentes frente a tan sólo un 43% de los varones.

Por lo general, las relaciones conjuntas entre hombres y mujeres no son muy fluidas en la institución. Como ya se ha apuntado anteriormente, la interacción entre ambos grupos viene determinada por el marcado carácter sexista de la población cubana. Al margen de las relaciones de pareja, y de las

que se establecen a tenor de las actividades programadas conjuntamente para el total de residentes (y que constituyen el día a día del centro, como las comidas, la gimnasia en el patio, los encuentros, las manualidades o los juegos), no resulta habitual que personas de ambos sexos compartan tareas o actividades. Esta circunstancia se hace a menudo extensiva a aquellos que son pareja. Los grupos de personas que hablan o permanecen en el jardín son de hombres o son de mujeres; hay actividades programadas para hombres y actividades programadas para mujeres; e incluso en muchas ocasiones, en las actividades programadas para realizar de manera conjunta, se distribuyen mayoritariamente de forma separada los hombres y las mujeres. Esta actitud parece chocar con la insistencia con que el personal trataba de integrar y conformar parejas entre los residentes, sin embargo, como nos revela este hombre en su entrevista, en Cuba no es frecuente que hombres y mujeres que no son matrimonio compartan actividades, “... si no es porque se entienden con algo más” (sic):

Los hombres vamos por nuestro sitio y las mujeres andan el suyo. Ellas hablan de sus cosas y nosotros de las nuestras y así es mejor. Ya se organizaron los horarios y los días para que todos podamos ir a la sala de manualidades y cada uno hace las cosas que más les gustan. También en los juegos, porque cada uno tiene sus gustos. Si un hombre tiene mujer sí debe estar con ella, pero si no, es mejor que esté con los otros hombres para que nadie pueda hablar.

Varón. 70 años

Por otra parte, es destacable que todos los residentes, tanto hombres como mujeres, hayan afirmado mantener algún tipo de relaciones sociales (recuérdese que en Benetusser había hombres que no mantenían ninguna relación con nadie). Este hecho, debe atribuirse sin duda a la actitud desarrollada al respecto por el personal del centro, que además de organizar actividades para llenar de contenido los días, evita a toda costa que los residentes se sientan solos. No resulta infrecuente ver a los trabajadores

hablar tranquilamente con los que parecen estar más aislados, lo que suele ocurrir con quienes presentan mayor grado de dependencia, pero también con algunos de los residentes válidos, sobre todo en los primeros días tras el ingreso, arropándolos y animándolos a integrarse, como recuerda esta mujer:

Yo no tengo hijos, sólo tengo 2 sobrinos, pero ellos tienen su vida complicada y vienen de vez en cuando, cuando ellos pueden. Mi verdadera familia son en realidad los de aquí, los que me atienden y me quieren aquí en el Hogar. Los primeros días la pasé mal porque me daba mucha pena haber dejado mi casa y mis cosas y me hinchaba a llorar, pero no me dejaron sola ni un momento. Las enfermeras estuvieron a mi lado hasta que me hice amigas y aquí he encontrado la alegría y la verdadera amistad que nunca tuve.

Mujer. 81 años

Sin embargo, al preguntar al personal del Hogar sobre la percepción que tenían respecto de la intensidad y satisfacción social de las relaciones sociales en el Hogar, se encontró cierta disparidad entre su opinión y la de los residentes. Todos los ancianos mantienen un importante nivel de relaciones, en general estimulada, pero mientras que los trabajadores opinaban que en el marco del Hogar se habían establecido importantes vínculos de amistad entre prácticamente todos los residentes, ellos en cambio no manifestaron la misma opinión en las entrevistas, o al menos de forma tan unánime. Algunos residentes dijeron que les costaba hacer amistades y que a veces se sentían solos y tristes y también muchos dijeron que sus verdaderos amigos no estaban allí. A pesar de ello, también muchos residentes manifestaron sentirse muy felices en el Hogar y que el clima de cordialidad y compañerismo era evidente en numerosos momentos a lo largo del día. Por otra parte (y sin olvidar que algunos habían iniciado una relación de pareja), muchos dijeron haber hecho buenos amigos en el Hogar y también que creían contar con buenas amistades entre los trabajadores del mismo:

Claro que yo quisiera estar en mi casa, pero mi casa está cerrada actualmente, y como yo vivía sola, pues es por eso mismo que tengo que estar aquí. Pero no me quejo, al contrario, creo que es una suerte tener quien cuide de una. Ya tu ves, mi sobrina tiene una hija que lo que le da son sufrimientos y yo no tuve hijos pero no me puedo quejar de la vida porque mira ahora, tengo personas buenas a mi alrededor que me cuidan y me complacen. A mí me gusta estar aquí, porque aquí puedo conversar con otras personas de mi edad y ellas se interesan por mis cosas, por lo que yo les hablo y yo también las escucho a ellas. Es una suerte estar aquí, porque aquí una se hace amigas de verdad.

Mujer. 81 años

Otro de los aspectos más reconocidos y apreciados por casi todos los entrevistados fueron las actividades conjuntas que se desarrollan con otras instituciones y grupos de la comunidad así como el contacto ocasional con otros centros de mayores. Ambas actividades serán detalladas más adelante, pero baste decir aquí que al fomentar el contacto entre personas con similares inquietudes, gustos y circunstancias sociales, suponen un importante estímulo para los mayores. Por medio de estas actividades los ancianos obtienen una triple ventaja: relacionarse con sus pares no institucionalizados, e incluso con jóvenes; salir de su Hogar para visitar otras instituciones similares; y establecer objetivos y estrategias conjuntas con el fin de incidir en las políticas y recursos sociales destinados a los mayores.

Nuevamente nos encontramos con que los recursos materiales y económicos del país limitan algunas de estas actividades, pero aún así, son una inmejorable forma de estimular las relaciones de las personas residentes y de aumentar su satisfacción social. A raíz de estas relaciones, muchos de los residentes han hecho nuevas amistades que mantienen por correspondencia y se contribuye a estrechar lazos y vínculos en base a la programación de futuros encuentros. En ese sentido, la realización de las actividades diarias

parece suponer un importante estímulo para la mejora de las relaciones personales y la satisfacción social en el Hogar y con el entorno en que viven, y todo ello, aún a pesar de que la programación prevista no siempre pueda llevarse a cabo.

▪ OCUPACIÓN DEL TIEMPO

Como es habitual en las instituciones de internado para personas mayores, la disponibilidad del tiempo a lo largo del día depende fundamentalmente de las tareas que la institución programe, pues los residentes, más allá de esas tareas y de las que como ocio propio decidan proponerse ellos mismos, no tienen, por lo general, obligaciones laborales o de otra índole que les suponga la ocupación de su tiempo¹⁵⁸ y que de este modo influya en su satisfacción. Pero en el Hogar de Guanabacoa la oferta de actividades es tan amplia y variada que, si lo desean, los residentes pueden mantenerse ocupados durante muchas horas a lo largo del día.

En el Hogar los residentes madrugan. A las 7 de mañana, momento en que empieza la jornada laboral para los trabajadores, muchos ya están rondando por el jardín desde una o dos horas antes, aunque el desayuno no se sirve hasta las 8 h., cuando suelen llegar el grupo de los residentes semiinternos. El resto de horas en que se abre el comedor son las 12:30 h. para el almuerzo, las 16:30 h. para la merienda, y las 19 h. para la cena, aunque la laxitud de los horarios es un hecho asumido por todos. Las comidas son frugales en muchas ocasiones, en especial la merienda, y a estas tareas los residentes le dedican muy poco tiempo, un máximo de media hora (a lo sumo tres cuartos) para las dos comidas principales, almuerzo y cena, y alrededor de 15 minutos para el desayuno y la merienda. Muchos residentes no meriendan y también muchos otros solamente cenan leche con galletas o pan en su habitación, aunque éstos pertenecen por lo general al grupo de los más dependientes. Los residentes semiinternos son los primeros en entrar al

¹⁵⁸ No debe olvidarse que nos referimos exclusivamente a los residentes internos y válidos.

comedor en todos los turnos salvo en el desayuno, que se sirve primero a los internos.

El resto del día, se dedica casi por entero a las propuestas programadas por el centro y que consisten en actividades de salud e higiene y para el fomento del *Envejecimiento Activo*, programa éste último, desarrollado con un elevado interés por parte del personal del Hogar y seguido también con entusiasmo y amplia participación de los residentes válidos.

Tanto las actividades de salud e higiene como las de ocio activo están previamente planificadas (asumiendo también en esa planificación la laxitud anteriormente referida al cumplimiento de los horarios) y gran parte del trabajo destinado a su gestión es compartido por algunos trabajadores y residentes. Las primeras, que incluyen la ducha por turnos distribuidos a lo largo de la semana, las visitas para recibir atención médica o de enfermería, al gimnasio de rehabilitación u otras que circunstancialmente y en función de los cambios del estado de salud puedan ser necesarias, están sujetas a un calendario previamente determinado por el personal. Con esta programación se pretende tanto mejorar el control y la utilización de los limitados recursos existentes, como garantizar el cumplimiento de todas las actividades (en especial las de higiene). Por su parte, las actividades organizadas en el marco del *Programa de Ocio Activo* (o *Ancianos Activos*), ofertan una gran variedad de propuestas que, con carácter sistemático o esporádico, se desarrollan a lo largo de los diferentes días de la semana. Uno de los grandes logros del Hogar es el desarrollo de este programa, que además de estimular la participación de un gran número de residentes en actividades de promoción de la salud mediante la práctica del ejercicio físico o del Tai-Chi, desarrolla también otras actividades de ocio ocupacional y formativo, así como Talleres Intergeneracionales, una propuesta que resulta actualmente novedosa en nuestro entorno, pero que en Cuba viene desarrollándose con gran éxito desde hace unos años.

La Tabla 11.2, recoge las opciones de ocio programadas en el marco del citado Programa, a las que los residentes pueden apuntarse para realizar a lo largo del día. No todos los días se llevan a cabo todas las actividades, ni

tampoco todas ellas tienen una periodicidad sistemáticamente establecida, pero la mayor parte se desarrollan con cierta frecuencia y a menudo cuentan con una elevada participación.

TABLA 11.2: ACTIVIDADES DEL HOGAR DE GUANABACOA

ACTIVIDADES DE CARÁCTER SISTEMÁTICO	ACTIVIDADES DE CARÁCTER OCASIONAL
Gimnasia	Paseos
Pintura	Jardinería y agricultura
Papel Maché	Visitas a otros Hogares o Círculos
Manualidades	Baile
La Aguja Contenta (costura)	Teatro
Reuniones del Consejo de Ancianos	Fiestas (pareja, familia, bienvenida...)
Juegos de Azar (Dominó)	Talleres intergeneracionales
Televisión y radio	Reuniones de colectivos (mujeres, excombatientes...)
Lectura del Granma (prensa oficial)	...
Encuentros (pintura, revolución...).	

Fuente: elaboración propia

Los residentes pueden elegir en qué actividades desean participar, pero los trabajadores intentan que la mayor parte de ellos se vinculen al menos a una que les mantenga activos durante un amplio período de tiempo la mayoría de días de la semana. De la misma manera que el personal de enfermería controla el cumplimiento de las visitas de salud, alimentación e higiene de los residentes y que los responsables de las actividades de gimnasia controlan la participación de los ancianos en las sesiones de ejercicio físico, también la psicóloga y la responsable del Taller Ocupacional –con la colaboración de las estudiantes de Trabajo Social– llevan un registro (no muy sistemático, pero bastante fidedigno) de la participación de los residentes en las diferentes actividades. Como se ha dicho, el índice de participación es elevado en algunas de las opciones propuestas, pero no obstante, aunque no es necesario insistir demasiado para conseguir la participación de los más reacios, cuando no quieren hacerlo no se les molesta demasiado. Resulta paradójico observar como entre la mayor parte de los residentes (válidos) se ha establecido una actitud muy positiva hacia la participación y desarrollo de actividades, lo que

a su vez, contribuye a estimular la participación de otros residentes menos ‘activos’. Esta actitud ha sido potenciada por el personal del Hogar y por el Círculo de Abuelos de Guanabacoa, que desarrolla igualmente un programa de Envejecimiento Activo entre los mayores residentes en la localidad, y que incluye algunas actividades compartidas con los residentes del Hogar.

La observación de los residentes en sus actividades del Programa de Ancianos Activos, permitió comprobar como éste es un programa mucho más adecuado para los residentes con buen nivel de autonomía que para los residentes más dependientes. A los primeros, además de verlos participar en actividades típicamente sedentarias como pintar, modelar, costura, audiciones de música, radio, TV o comentar la telenovela o la prensa, podía vérselos en otras actividades más activas como la jardinería, el baile o las excursiones y salidas desde el Hogar a otros centros. Las entrevistas aportaron además la percepción de los residentes respecto del programa y las actividades que en él realizaban. En primer lugar opinaban, idea que a buen seguro les ha sido inculcada por los trabajadores del Hogar, que la participación en las tareas no implicaba solamente una alternativa de ocio frente al tedio de la institucionalización, sino que suponía fundamentalmente una forma de conseguir día a día la mejora o el mantenimiento de su estado de salud, y de retrasar la dependencia causada por el envejecimiento. Pero también interpretaban la participación en la actividad diaria como un elemento discriminante que les dotaba de cierto *estatus* frente al resto de personas mayores no participantes. La frase ‘yo soy anciano activo’, es utilizada con frecuencia por muchos de los mayores que se sienten parte de un colectivo de personas –que trasciende los límites del Hogar, pues también en el Círculo de Abuelos se utiliza esta expresión– comprometidas con su propia salud y con la de sus congéneres. La posibilidad de retomar el control sobre esta etapa de sus vidas y de sentirse capaces de hacer cosas, aumenta en muchos residentes el grado de satisfacción personal, con el Hogar y de sus ganas de vivir. El siguiente fragmento, extraído de una entrevista con una residente muy participativa, refleja esas ideas:

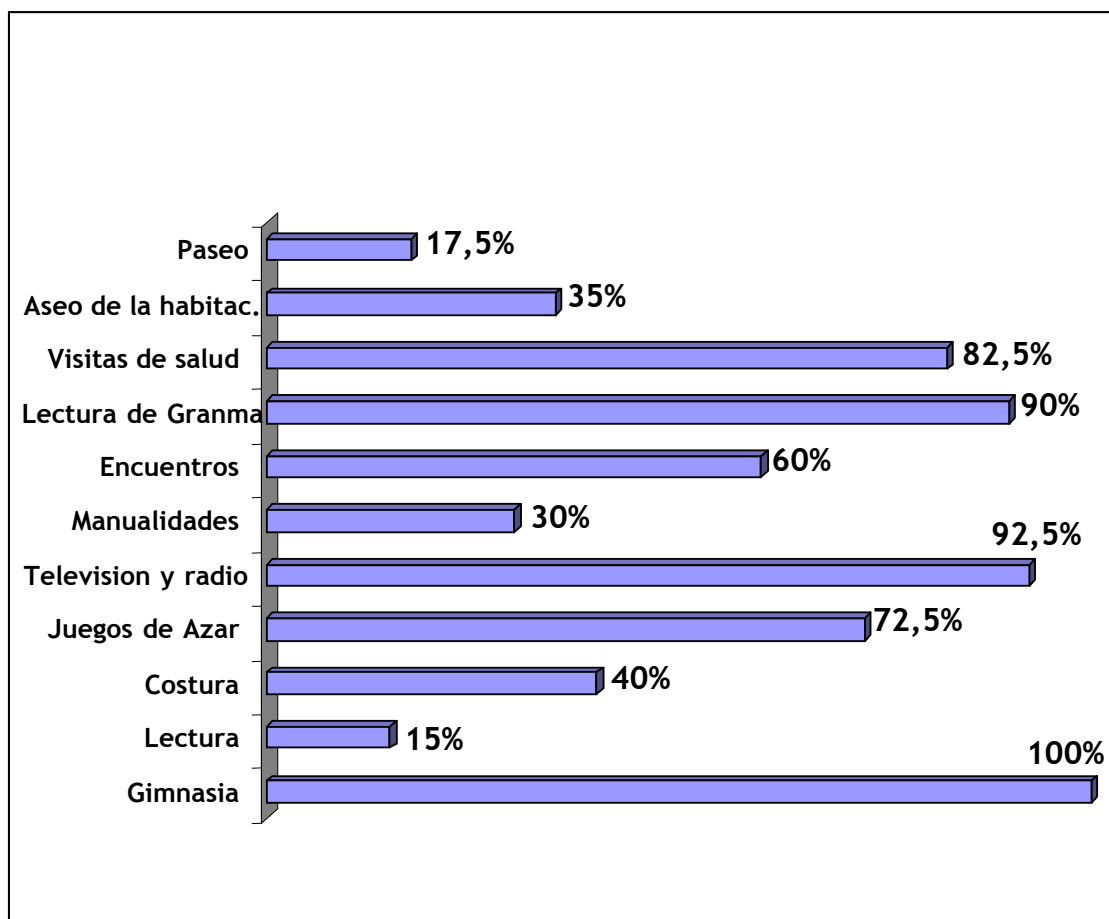
Yo soy anciana activa. Yo creo que lo más importante es la actividad, si ya yo dejo de tener actividad estoy muerta. Ayudar a la salud para los que ya somos mayores es lo más importante y eso se consigue manteniendo la actividad todos los días. Los hay que no quieren hacer nada pero ya ellos están peor consigo mismo. Hago cosas de costura, actividades de pintura y también trabajo el papel maché. He recibido premios y diplomas en literatura y artes plásticas. Lo importante es estar en actividad y ayudar a los demás si no pueden. Yo trato de que los otros ancianos se sientan con vigor y hagan cosas, y para ello, organizamos reuniones de las organizaciones del Círculo y actividades acá. Este hogar de ancianos está declarado “promotor de la cultura de Guanabacoa” y aquí hay muchas actividades culturales: visitas al museo de Guanabacoa y otras actividades más y tenemos planes de ir al Museo Nacional. Los viernes hay conversatorios de pintura, con alguna personalidad de la cultura cubana, que se llaman “encuentros con el arte”. A veces traemos algún cantante o conjunto de “La Nueva Trova”, tocan guitarra, hay improvisadores con juegos y actividades participativas. Lo mejor para estar sano es ser un anciano activo y ayudar a mantener esta Casa siempre preparada y alegre para todos.

Mujer. 70 años

Los datos cuantitativos sobre la participación de los residentes en las actividades, tras la consulta de los registros de la psicóloga del Hogar, muestran un porcentaje elevadísimo, sin embargo, la observación ayudó a matizar esos resultados. A la manera habitual de manejar la información en Cuba (*‘a lo cubano’*), si una actividad consiste en leer la prensa en voz alta – *‘Lectura del Granma’*, actividad que se hacía casi a diario— los registros del Hogar reflejarán como participantes a todos aquellos que estén presentes en el lugar donde se celebre la actividad. Y esto será así tanto para aquellos mayores que estén atentos y comenten las noticias y contesten a las

preguntas que suele formular el interlocutor, como también para aquellos a los que simplemente se les haya sentado allí y se encuentren dormitando o pendientes de otras cosas. No obstante esta forma de computar la participación, muchos residentes – todos los válidos y también una gran parte de los asistidos– manifestaron conocer un gran número de las actividades ofertadas y decían participar activamente en varias de ellas. De hecho, la participación que se pudo constatar a través de la observación y las entrevistas personales a los residentes válidos, aunque difiere de la presentada por la psicóloga del Hogar, es también muy elevada (ver Gráfico 11.9).

GRÁFICO 11.9: ACTIVIDADES DE OCIO DE LOS RESIDENTES DEL HOGAR DE GUANABACOA



Fuente: Elaboración propia. * Datos para el total de residentes válidos

Como vemos, el índice de participación de los residentes es importante y parece además relacionarse con un mayor grado de bienestar personal en el Hogar y con los demás residentes, pues muchos de ellos dijeron haber empezado a hacerse amigos de otros con los que apenas habían hablado gracias a las actividades. Hay algunas que son elegidas por prácticamente el 100% de los residentes, como la gimnasia (incluyendo el tai-chi), la TV y la radio o la lectura del diario Granma (con las suspicacias que esta actividad nos genera), mientras que otras tienen un carácter minoritario, como la lectura, con sólo un 15%, o el paseo con un 17,5%. La gimnasia y la lectura del Granma, aunque no son obligatorias, reciben un importante estímulo de los trabajadores del Hogar, por lo que muchos ancianos se ven en cierto modo, si no *'forzados'* a participar, sí sistemáticamente persuadidos. Aún así, muchos residentes estiman las sesiones de ejercicio y las acogen con agrado cada mañana. La TV y la radio son, después de la gimnasia, las actividades que aglutinan a un mayor número de residentes válidos y asistidos, aunque la dirección del centro, por consenso con ellos, limita su uso a un determinado número de horas a lo largo del día. La telenovela diaria cuenta con un elevadísimo porcentaje de seguidores, al igual que los partidos de béisbol y los programas de radio (programas tipo Magazine, de noticias o musicales). La nota interesante al respecto de este tipo de actividades es que a menudo se organizan sesiones de discusión sobre los programas visionados o escuchados. Muchos de estos programas tienen carácter educativo o divulgativo, lo que permite fomentar hábitos de vida saludables, otros son de carácter político y propagandístico, lo que permite fomentar las ideas del partido gobernante, y otros simplemente suponen una excusa para que los residentes charlen sobre su vida. También en alguna ocasión se ha llevado al Hogar una máquina para proyectar cine. En cualquier caso, resulta una interesante propuesta utilizar medios pasivos como la TV o la radio para fomentar el ocio activo entre los mayores, uno de los grupos más consumidores de estos recursos.

También las actividades de manualidades reúnen un número considerable de participantes (30%) y tienen un planteamiento peculiar e interesante, pues se enlazan directamente con uno de los objetivos propuestos por el programa de Ancianos Activos: el fomento de las relaciones

intergeneracionales. Este objetivo se plasma, entre otros, a través de las actividades de manualidades realizadas en el Hogar, pues a él acuden dos veces por semana algunos jóvenes de la localidad, que reciben clases de papel maché y otras manualidades a cambio de encargarse del cuidado del jardín y de algunas pequeñas reparaciones de albañilería en el centro. Los objetos que jóvenes y mayores realizan en el taller, son posteriormente vendidos en las ferias y en los lugares frecuentados por turistas, lo que redundaría en un beneficio económico interesante para ambos, los jóvenes y el Hogar, pero en especial para los primeros. También uno de los residentes se desplaza todas las semanas a la escuela de Guanabacoa para enseñar manualidades a los niños. Estos talleres intergeneracionales se van a ampliar en los próximos meses con actividades relacionadas con la enseñanza de la agricultura a los escolares.

Igualmente cuentan con un gran número de participantes los llamados Encuentros: reuniones con personas relevantes de la comunidad o de otras instituciones o centros. Un 60% de los residentes participa en los diferentes encuentros que habitualmente suelen desarrollarse en la sala de actividades o en el jardín interior, aunque ocasionalmente también se programan fuera del Hogar. Aunque se organizan encuentros de pintura o de otras artes, resultan de especial interés los encuentros con los colectivos de trabajadores, pues dan lugar a que muchos residentes compartan experiencias con antiguos compañeros de trabajo y con personas más jóvenes que actualmente desarrollan el mismo oficio. Estas actividades, al igual que las reuniones de los diferentes colectivos de mayores (mujeres, excombatientes, ganaderos...) mantienen ocupados a sus participantes durante un significativo período de tiempo a lo largo de las semanas. Las tareas de organización y/o participación suponen un significativo estímulo para un gran número de residentes, tanto para quienes participan como asistentes a los encuentros, como en especial para aquellos encargados de organizarlo (con ayuda del personal del Hogar), lo que les hace asumir un importante rol y compromiso con la institución y con el resto de participantes de la comunidad. En ocasiones, resultaba conmovedor observar la emoción y solemnidad con que asumían el papel. Esta

sensación se percibe en las palabras de este antiguo trabajador de la caña y actualmente residente en el hogar:

Cuando uno se junta con los antiguos compañeros se siente rejuvenecer. Ya muchos murieron y otros no pueden ni venir a la Casa [el Hogar de Guanabacoa], al igual que muchas veces yo no voy al Círculo cuando las reuniones, pero con los que vienen la pasamos en grande. Hablamos de nuestras cosas, de lo duro que fue y cómo cambió todo, de la Zafra de los 10.000, y siempre acabamos riendo y contando las mismas historias. Nosotros tenemos la obligación de mantener viva nuestra historia y pasarla a las generaciones de jóvenes para que no la olviden. Pero por encima de eso, lo más importante es que uno se sienta que puede aun contarla. Aquí hay pocas cosas nuevas que hacer y para los viejos, todo lo que sea novedad es para bien.

Residente. 79 años

El resto de los días en que no hay programados encuentros, eventos, reuniones o baile, y por supuesto además del tiempo destinado al aseo en el jardín central, las comidas, las visitas al gimnasio o a la enfermería, los ancianos aún pueden optar, además de ver la TV y hacer manualidades, por hacer costura, el arreglo de manos y peluquería o por los juegos de azar. En el Hogar, los juegos de azar o de mesa son ampliamente practicados (72,5%), lo que parece relacionarse con una escasa tradición del uso de la TV (que muchos no poseían en sus domicilios). El dominó era el juego más practicado y contaba con múltiples adeptos que pasaban largos ratos ‘echando la partida’. Se juega en la sala de actividades y participan mayoritariamente los residentes válidos y también algunos asistidos, aunque cuanto más mayores son, menos suelen jugar. En el Hogar, el dominó es un juego principalmente masculino, y aunque algunas mujeres decían saber jugar, y confesaban haberlo hecho en su casa con relativa frecuencia, era poco habitual ver una mesa en la que hubiese mujeres jugando a este juego, y por supuesto jamás

junto a los hombres. Ellas, y también algunos hombres, jugaban más a menudo a cartas (al *Cuadrado* o a los *Tríos*), pero estos juegos se practicaban con mucha menor frecuencia. Los cubanos son muy extrovertidos y gritan, gesticulan y se gastan bromas a menudo cuando juegan. Este ambiente otorga a los momentos de juego una sensación de animada actividad. La mayor parte de ellos dice que no les importa perder, que juegan sólo por pasar el tiempo, pero en muchas ocasiones, aunque suelen apostar con semillas de árboles, frijoles o piedras, el ambiente se enciende con el transcurso de la partida. Por otra parte, también resulta habitual que los más jóvenes entre los mayores, hablen sobre los pasados o futuros encuentros de béisbol cubano, el '*deporte nacional*'.

Mientras los hombres juegan, o hacen una pequeña siesta (muy pocos), las mujeres suelen hacer costura. El Hogar participa en un programa de carácter nacional denominado *La Aguja Contenta*, que pretende estimular la práctica de esta actividad entre las mujeres y que organiza anualmente concursos y talleres intergeneracionales para que las mujeres mayores enseñen a coser a las chicas más jóvenes¹⁵⁹. Durante las horas después de la comida, aunque a veces también por las mañanas, las mujeres se juntaban en el taller ocupacional o en el jardín interior para coser. Realizaban labores de costura de su ropa personal y del Hogar (sábanas, toallas, ropa), y también otras labores más creativas que reservaban para los concursos y que en ocasiones regalan o entregan para que sean vendidas. Prácticamente el 100% de las mujeres válidas acudía a las sesiones de costura y decía sentirse muy a gusto, pues ese tiempo les suponía un espacio recogido donde aislarse de los hombres y charlar a sus anchas, como nos decía esta residente:

Siempre me gustó la labor. Una mujer debe saber hacer las composturas para que la ropa dure, y acá lo hacemos durar todo porque ya tú viste como se puso de precio la ropa nueva. Aquí las hay que cosen mejor que yo, y con un pedazo de tela lo mismo te hacen un vestido que un pantalón. Pero lo que más me gusta es que

¹⁵⁹ Ninguna de las mujeres del Hogar participaba en esta parte del Programa que interrelaciona a jóvenes y mayores.

acá nos podemos decir las cosas que queramos sin que nos oiga nadie. Una dice un cuento [chiste], otra cuenta un chisme y nos reímos porque los hombres aquí no están y no se ofenden. También hablamos de cuando éramos jóvenes, eso lo que más, y de la novela...

Mujer. 76 años

Ningún hombre participaba en esta actividad de costura. La diferencia entre géneros es importante en Cuba, ya nos hemos referido a ello, y evidentemente se percibe también en la selección e incluso en la oferta de actividades en el centro. Como hemos visto, en el Hogar se establecen formas diferenciadas de ocupar el tiempo entre hombres y mujeres. Los juegos de azar y la costura son casos paradigmáticos, pero ese planteamiento se traslada también a las reuniones de antiguos trabajadores (*Encuentros*) o a las comisiones organizativas de los actos (de mujeres o de hombres). Muchas mujeres dijeron que los hombres cubanos eran muy celosos y que trabajar junto a ellos no facilita las tareas. Los hombres por su parte, aducían que a las mujeres les costaba demasiado tomar decisiones y que atrasaban las reuniones. Sin embargo, había una actividad en el Hogar que parecía eliminar estas diferencias y prejuicios: el baile¹⁶⁰. Llegados desde el Círculo de Abuelos de Guanabacoa o de manera independiente, acudían a tocar al Hogar un grupo de músicos para que los ‘*abuelos*’ bailasen o escuchasen la música. Cuando la actividad se había programado con antelación, los residentes se acicalaban, concertaban sus parejas de baile e incluso algunos entregaban a los músicos una lista con las canciones que deseaban escuchar. En todas las ocasiones que se produjo esta actividad, la música fue siempre un especial motivo de fiesta y las sesiones de baile eran muy bien recibidas por todos, sirviendo como ocasión excepcional para hacer ejercicio, relajarse, intimar y estrechar las relaciones entre residentes y trabajadores, pues las parejas de baile unían, en

¹⁶⁰ Se ha computado el baile como una opción dentro de la actividad ‘Encuentros’ porque las sesiones de baile se organizaban a través de las visitas al Hogar de algún grupo de músicos en ocasiones señaladas, y no de manera sistemática.

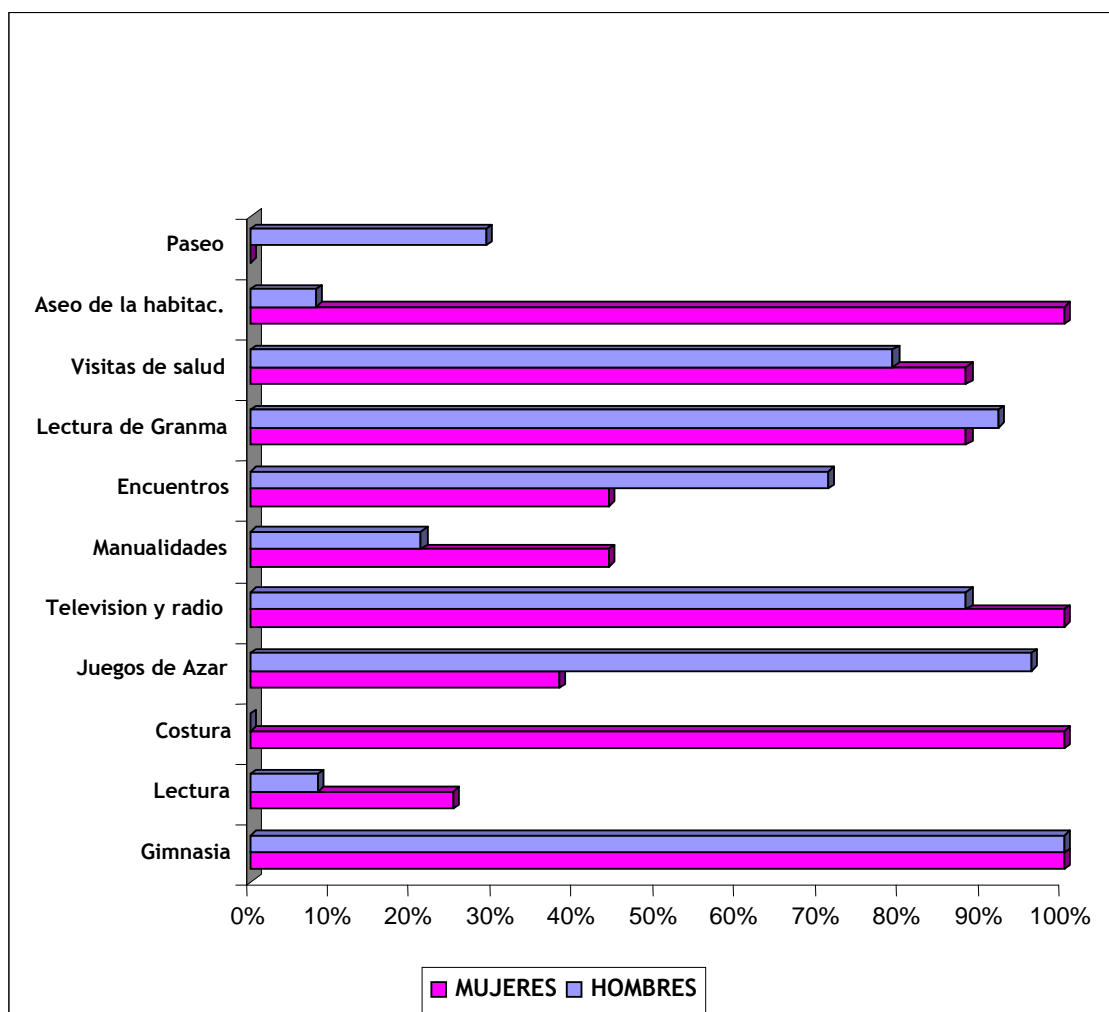
no pocas ocasiones, a los dos colectivos. La satisfacción que mostraban los residentes cuando se les hablaba del baile era bastante generalizada y fue mencionada en muchas de las conversaciones:

Ese es mi 'danzón' y cuando le ponen la música siempre viene a buscar a su 'danzona'. Yo bailo lo que sea, una buena rumba o cualquier cosa para echarse a los pies. A mí bailar es lo que más me gusta y por eso cuando nos traen la música a la Casa nos traen la alegría. Cuando no vienen los músicos podemos poner la radio, pero no es igual. Lo mas bonito es que vengan a tocar para nosotros.

Residente. 87 años

Mientras algunas actividades eran compartidas por hombres y mujeres, otras en cambio eran prácticamente exclusivas de alguno de los dos sexos. Un análisis detallado de las diferencias con que ambos ocupaban su tiempo se recoge en el siguiente Gráfico 11.9.

GRÁFICO 11.9: ACTIVIDADES DE OCIO SEGÚN SEXO.



Fuente: Elaboración propia. * Datos para el total de residentes válidos

Los datos del gráfico muestran como hay actividades en el centro que pueden ser asociadas casi exclusivamente a las mujeres, como la costura o el aseo de la habitación, y cuyo cómputo diferencial respecto a los hombres ha arrojado diferencias estadísticamente muy significativas ($P=0$ en ambos casos). No resulta llamativa esta circunstancia, pues son tareas culturalmente vinculadas al sexo femenino, pero en cambio otras como la gimnasia, los juegos de azar o la lectura de la prensa, en Cuba más vinculadas a los hombres (Duran y Chávez, 1997), aunque presentan mayor participación masculina también son muy importantes entre las mujeres residentes¹⁶¹. Los encuentros con otros grupos externos al Hogar (profesionales, artistas, etc.)

¹⁶¹ Por los datos que hemos podido recoger de conversaciones con profesionales de la gerontología en Cuba, estas actividades no son habituales entre las mujeres cubanas no institucionalizadas.

son más elegidos por los hombres (71%) que por mujeres (44%) habida cuenta de que la temática de las reuniones está habitualmente más relacionada con las actividades profesionales y los varones tienen mayor vinculación con el mundo laboral que ellas, pero la lectura, aun sin diferencias muy importantes entre ambos, es más escogida por las mujeres que por los hombres. La actividad del paseo fuera del centro no era practicada por ninguna mujer y en cambio sí por casi un tercio de los hombres (29%), que dicen salir a pasear por los alrededores, e incluso aventurarse en ocasiones hasta el pueblo, para ver a los antiguos amigos y tomar algún trago. En contraste, las mujeres dijeron no sentir la necesidad de salir a pasear fuera del Hogar porque *‘todo lo tengo aquí’*. No obstante, cuando se les planteaba si les gustaría ir al pueblo la mayoría decía que sí, y además de manifestar este deseo, se quejaban de que la lejanía del Hogar les impidiese visitar su antigua casa para ver como estaba todo, acudir a la iglesia o visitar el cementerio, como nos relataba esta mujer:

Siempre le digo a los que van y vienen que me cuenten como va todo por allá, que si ya vio a fulana o que si habló con mengano. Pero a mí me gustaría poder ir yo para verlo con mis ojos. Para entrar a ver mi casa y dar una vueltita por mi calle. Pero claro, queda lejos y ya hace mucho que no he ido porque me costaría un mundo llegar. Esa señora vive cerca de aquí, pero yo vivo justito en la otra punta del pueblo, ya muy lejano de esto. También quisiera ir a ver a mi marido al cementerio y a la iglesia, a pedir por todos, porque aquí no hacen misa. Pero eso ya ni pienso, ya una no tiene edad para que la suban en un auto.

Mujer. 68 años

También en el Hogar hay residentes, hombres y mujeres, que no deseaban *‘hacer nada’*. Era una opción contemplada por algunos pero nada habitual entre los residentes válidos del Hogar de Guanabacoa, que como hemos dicho, parecían percibir que las actividades debían formar parte de sus

vidas como una alternativa de salud. La concepción del *'envejecimiento activo'* o *'ser anciano activo'* se ha fomentado a conciencia desde las instituciones sanitarias y sociales en los últimos años y, como es habitual entre la mayor parte de la sociedad cubana, todos aceptan, a veces con mucha vehemencia, las doctrinas propuestas por sus dirigentes. Las personas mayores no son una excepción. Ya se ha hecho referencia a cómo la participación en un gran número de actividades se percibe también como una forma de diferenciarse de aquellos que son dependientes, y como algunas de las actividades se vienen utilizando como una fuente añadida de financiación para el Hogar. La ocupación del tiempo en el Hogar de Guanabacoa es uno de los aspectos mejor valorados subjetivamente por muchos de los residentes y que mayor satisfacción genera en sus vidas, pues perciben como mejora su salud, como llega algo de dinero que se invierte en materiales, comida u otros enseres, y sobre todo, que se sienten útiles y capaces de aportar algo personal, no sólo al Hogar donde viven, sino también a otros colectivos de personas más jóvenes.

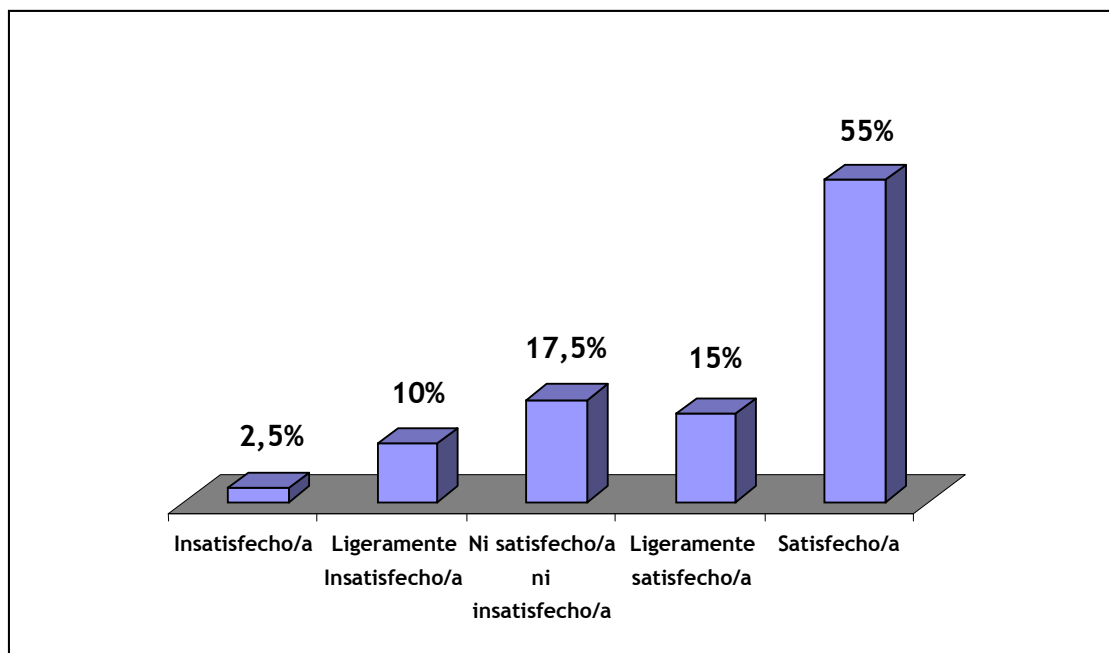
▪ **SATISFACCIÓN CON LA VIDA**

La satisfacción con la vida de los residentes del Hogar de Cuba se valoró cuantitativamente mediante la SWLS y de manera cualitativa mediante las entrevistas. Como ya se ha dicho respecto del referido cuestionario, aunque valora la satisfacción vital en general, por su estructura y forma de análisis permite una aproximación a este determinante desde una perspectiva muy vinculada a la situación actual de la persona que lo cumplimenta, por lo que en nuestro caso, sus resultados aportan una interpretación de la satisfacción con la vida directamente relacionada con la estancia en la institución. A este respecto, y de cara a una futura comparación de los resultados entre los ancianos españoles y cubanos residentes en los centros estudiados, resulta interesante comprobar cómo pese a la importante distancia que separa ambos países, y por tanto las circunstancias generales que han rodeado sus vidas, estos ancianos y ancianas presentan muchos

aspectos comunes. Ambos han vivido sendas guerras (más trascendente en el caso de España) y padecido situaciones de pobreza y escasez de recursos y alimentos (más significativas en el caso de Cuba). Esas circunstancias han quedado grabadas en las mentes de las personas ahora mayores y surgieron de manera espontánea pero reiterada en las conversaciones con los dos grupos de residentes. A través de sus recuerdos fuimos encontrando espacios y sentimientos comunes. Es evidente que la evolución social de los dos países ha sido muy dispar y que las últimas décadas han marcado un devenir muy diferenciado para ambas poblaciones y contextos, pero los determinantes más antiguos y las experiencias vitales que han ido configurando la satisfacción con la vida de los actuales residentes entrevistados, se han construido a partir de una base relativamente similar.

El siguiente Gráfico 11.10 muestra los resultados del cuestionario SWLS para el conjunto de residentes válidos del Hogar de Guanabacoa.

GRÁFICO 11.10: GRADO DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA DE LOS RESIDENTES VÁLIDOS DEL HOGAR DE GUANABACOA SEGÚN LA ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA (SWLF) DE PAVOT Y DIENER (1993).



Fuente: Elaboración propia mediante SWLS para todos los residentes válidos.

Los valores mostrados en la gráfica revelan una elevada satisfacción con la vida para la mayoría de los residentes válidos del Hogar. Es evidente que estos datos deben ser matizados mediante la información aportada por las entrevistas realizadas, lo que permite una mayor profundidad en la interpretación. Pero a la vista de las cifras obtenidas, parece evidente el elevado grado de satisfacción alcanzado en el Hogar de Guanabacoa, donde el 70% de las personas se consideran '*satisfechas*' o '*ligeramente satisfechas*' con sus vidas, superando ampliamente al porcentaje de aquellas que no hallan su satisfacción vital con la vida en el Hogar (30%).

Las entrevistas no sólo confirmaron estos datos, sino que evidenciaron algunos de los motivos en los que los residentes basaban esa satisfacción. Las personas mayores residentes en el Hogar, percibían de manera positiva su satisfacción con la vida cuando la analizaban desde una perspectiva general en el tiempo. Muchos dijeron haber tenido una vida dura pero feliz y se sentían contentos de haber vivido como lo habían hecho, aunque evidentemente habrían cambiado algunas cosas, a menudo en relación a la salud propia o de algún ser querido, o a las relaciones con la familia. Cuando el análisis se centraba desde la mirada más cercana a su situación actual, relacionada directamente con los aspectos del día a día más inmediato tras su ingreso en el centro, el grado de satisfacción parecía aumentar. Respecto de este último enfoque, debe tenerse en cuenta que aunque algunos mayores mostraron añorar su domicilio y el contacto con la familia, la vida en el Hogar les proporciona una gran cantidad de recursos de los que carecían en sus casas. Estos recursos, que ya obtuvieron una valoración muy positiva cuando fueron analizados en el apartado de satisfacción con el entorno, y que influyen tan significativamente en su satisfacción vital tras el ingreso en el Hogar, fueron citados en muchas de las entrevistas y se agrupan fundamentalmente en referencia a tres aspectos: alimentación; atención y recursos para el cuidado de la salud; y mejora de las condiciones sociales y de los roles personales.

Residir en el Hogar garantiza la alimentación diaria. Antes de la institucionalización, muchos de los ancianos recibían pensiones que no

alcanzaban a cubrir sus necesidades cotidianas mínimas, o que sólo les permitía atender éstas, sin poder acceder a ningún otro tipo de actividades de esparcimiento o sociales que satisficiesen otras necesidades menos perentorias. En el Hogar, además de recibir diariamente los alimentos necesarios, muchas mujeres y hombres mencionaron como una ventaja añadida evitarse la necesidad de hacer largas colas para recoger la ‘*canasta*’ (cartilla de racionamiento). Igualmente, muchos mayores reconocían que el ingreso en el Hogar había beneficiado a sus familias, porque al haberse marchado ellos de casa, había una boca menos que alimentar y también menos gastos, circunstancia a valorar habida cuenta de los problemas económicos con que se vive en la mayoría de los domicilios¹⁶². Este hecho fue mencionado por muchos mayores, y algunos dijeron haberlo hecho como un último sacrificio personal por sus familias, a las que de este modo pretendían ayudar, ya que no podían hacerlo de otra manera. En segundo lugar los mayores reconocían lo importante y satisfactorio que resultaba para ellos no necesitar desplazarse para recibir la atención sanitaria que tan a menudo requerían en estos últimos años de sus vidas. Aunque el sistema de salud cubano cuenta con un amplio programa de salud pública y numerosos centros asistenciales de Medicina Familiar, es evidente que disponer de servicios sanitarios completos (médico, enfermería y fisioterapia) en la misma institución donde se habita resulta muy cómodo y apreciado. Los mayores valoraban al respecto no sólo la presencia diaria en el Hogar de los profesionales de la salud, sino sobre todo la gran suerte y comodidad que suponía disponer además de los fármacos u otros productos sanitarios necesarios (en especial los pañales de incontinencia) que no resultaban tan fáciles de obtener en el domicilio sin depender del esfuerzo personal, de las donaciones de la iglesia o de la capacidad económica y del azar para adquirirlos en el mercado negro, la principal opción para muchos de los que consumían fármacos que no se dispensaban en los ambulatorios: (*‘acá una no anda buscando las pastillas que tiene que tomar donde quieran vendérselas al precio que les dé la gana’*).

¹⁶² Cuando una persona se jubila, tiene la obligación de ceder su domicilio a la familia descendiente, por lo que congregación de familias en las casas cubanas de personas mayores es muy habitual.

Finalmente, el tercer elemento que se percibe como una mejora de la satisfacción vital de los mayores residentes, se relaciona con el cambio que experimentan muchos de ellos en la recuperación, aunque sea parcial, de su rol como persona activa e independiente tras el ingreso en el Hogar (valga la paradoja). La sociedad cubana asigna a la vejez un rol pasivo-dependiente, que desde las instituciones cubanas de atención al mayor, se intenta modificar en los últimos años. Como se ha visto en apartados anteriores, se estimula la concienciación de los mayores para que aprovechen su vejez como una etapa individual y socialmente productiva. Los mayores autónomos valoraban muy positivamente estas propuestas y se prestaban a participar y colaborar en un gran número de actividades. Uno de los comentarios más habitualmente manifestados cuando se preguntó a los residentes si se sentían satisfechos/as en el Hogar nos fue referido en el fragmento que recogemos a continuación:

Los últimos años yo sentía que en la casa molestaba como una pena. Cuando un hombre ya no trabaja ¿qué tiene que hacer? Parece que todos te miran como pidiendo que les digas en que ayudas tú y uno ya no sabe donde meterse, así que me pasaba el día en el Casino. Pero allá tampoco uno se ve más que un viejo y acá es todo diferente. Tremenda vida me dio volver a sentir que las cosas dependen otra vez de uno. Ya uno no hace todo lo que quisiera porque se tienen años, pero acá nos organizamos lindamente todos los días y ni se siente el tiempo. Cada día es una ilusión nueva y esas cosas son las que le dan a uno la vida.

Varón. 79 años.

Pero no sólo la actual permanencia en el Hogar producía una sensación satisfactoria entre los residentes. La casi totalidad de los sujetos estudiados refería imágenes positivas de su vida y de sí mismo cuando se evocaban los años anteriores a la jubilación, lo que sin embargo contrastaba, en muchos casos, con los recuerdos del último período vivido en sus domicilios, a menudo vinculado a la pérdida de salud, de los seres queridos y a la resignación a la

que les obligaban las malas condiciones económicas. La mayor parte de los residentes del Hogar se habían jubilado a lo largo de la década de los años 90, lo que a la importante pérdida de poder adquisitivo que supone la jubilación en Cuba, se añadió la deprimida situación socioeconómica que en esa época atravesaba el país.

No obstante estos hechos tan trascendentes respecto de la época previa a la institucionalización, resulta curioso que muy pocos hicieran referencia a las duras condiciones vitales que teóricamente habían debido pasar en los años anteriores. Es evidente que sufrieron los tiempos de escasez que generó la guerra (revolución), pero en cambio algunos manifestaron haber vivido éstos condicionantes de manera muy positiva porque los habían acabado asociando a mejoras en el plano personal (muchos recordaron haber aprendido a leer y escribir de mayores) y otros dijeron recordar aquella época como un período de felicidad por las mejoras sociales conseguidas tras la revolución: un trabajo digno, asistencia médica, una casa, el nacimiento de los hijos...). Eran solamente los últimos años, con la escasez económica más acentuada, los que más habían marcado sus vidas desde un punto de vista negativo, circunstancias que vuelven a justificar, reiteradamente, la positiva valoración que hacían de su ingreso en el Hogar y la satisfacción por su actual calidad de vida.

La actitud vital de los ancianos y ancianas de Guanabacoa contrasta en términos generales con sus homónimos de Benetusser. Mientras que la necesidad de compartir espacios y tareas suele ser motivo frecuente de quejas en el contexto español (IMSERSO, 2000), éste parece ser un motivo más de satisfacción entre los residentes del Hogar de Guanabacoa. La mayor parte manifestaba sentirse felices por haber podido llegar a viejo y tener amistades y cosas que compartir con otros todos los días (*'es mucho peor estar solo en la casa'*) y por poder sentirse cerca de gente que consideraban *'buena'*. Esa necesidad manifiesta de relacionarse con gente era muy importante para casi todos porque, como decían, les permitía volver a sentirse *"pepilla"* (joven y guapa). En especial los hombres, pero también algunas mujeres, hacían referencia a los *'éxitos amorosos'* cuando repasaban sus vidas. Las personas

en Cuba parecen mostrar una especial sensibilidad por las relaciones de pareja y quizás por ello en el Hogar se intentó fomentar esas uniones con vistas a producir una mejora de la satisfacción. Pero más allá de esas relaciones tan ‘profundas’, alguno dijo que tras el ingreso había tenido la sensación de que su vida volvía a tener el sentido y la alegría que siempre había tenido gracias al contacto y relación que en el Hogar mantenía con otras personas, con unos como compañeros, con otros como amigos, e incluso había quien habían encontrado su pareja. Entre estos últimos, hubo quien se planteaba como meta de futuro el mantenimiento estable de esa pareja, lo que suponía un gran estímulo para la vida diaria y les generaba fuerza y felicidad. Aunque parecían ser poco realistas en cuanto a las expectativas que la nueva relación podía aportarles, también reconocían y añoraban la juventud y la salud como un complemento fundamental para disfrutar de la actual relación, como refería esta mujer viuda, que había iniciado una nueva relación de pareja en el Hogar:

Yo creo que mi vida fue muy buena y me siento feliz de cómo fueron las cosas. Con mi marido estuve siempre bien, pero soy viuda hace 12 años y como los hijos ya se fueron, últimamente siempre estaba sola. Una hecha en falta el cariño, la ayuda y la protección que da un hombre y aquí lo volví a encontrar. Ya una es vieja para pensar en otras cosas que no sea un poco de compañía, pero el cariño de un hombre a tu lado siempre se hecha en falta. Soy sincera si le digo que hoy me siento más feliz que hace unos años. Ahora es él quien me animó a ser ‘anciana activa’ porque yo ya no tenía muchas ganas de nada, pero de repente que volví a sentir tremenda alegría de hacer de nuevo cosas para alguien y con alguien y ya vivir lo que nos quede con ilusión.

Mujer. 76 años

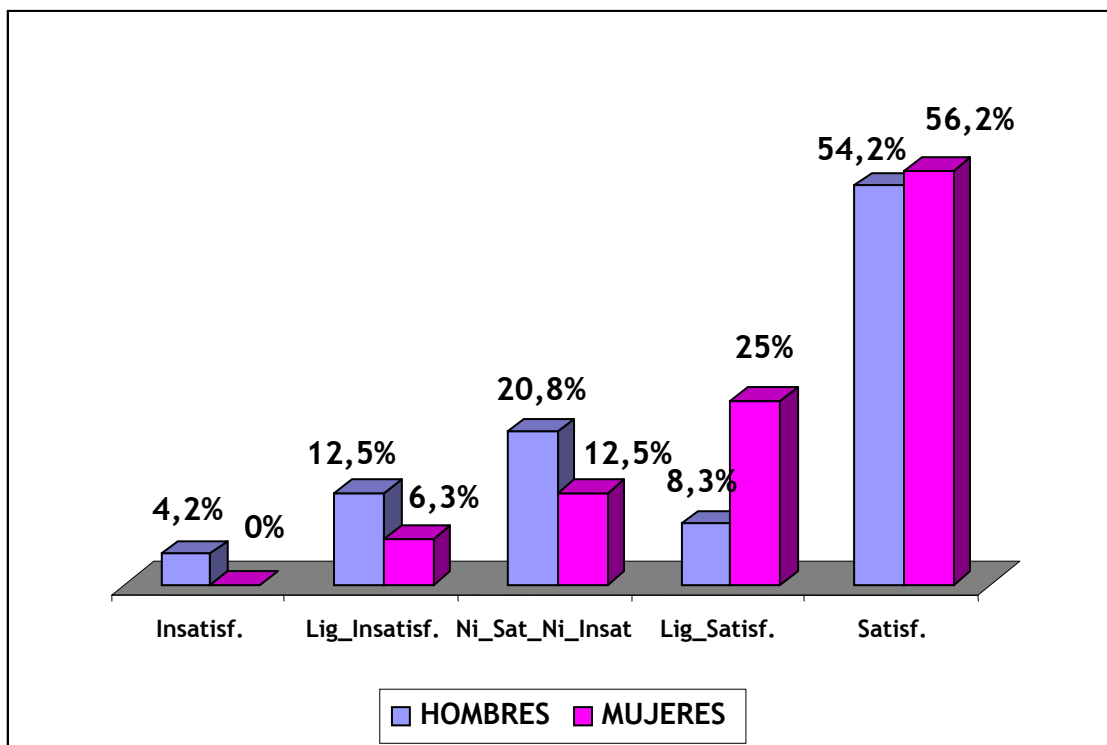
El referente familiar es otro de los componentes esenciales en la satisfacción con la vida. En Cuba, al igual que sucede en otros contextos culturales, la pérdida del clima relacional positivo en la familia (*'yo sólo quiero que todos se lleven bien'*) parecía ser un elemento que había limitado mucho la satisfacción en las etapas finales de la vida entre algunas de las mujeres estudiadas. Esta circunstancia no parecía ser tan trascendente entre los hombres, para los que la principal causa de preocupación era no poseer los recursos económicos o de autoridad que les hubieran permitido propiciar la armonía familiar. Ambos coincidían en destacar la necesidad y derecho que tenían a recibir el afecto y comprensión de los miembros de la familia por el mero hecho de ser mayores, una circunstancia que consideraban como un elemento determinante del éxito de sus vidas, como nos refirió este residente:

Mis hijos me respetan y aunque esté aquí ya ellos se acercan a contarme como van sus cosas. Hasta hoy, no ha pasado mes que no se lleguen uno u otro a estar conmigo un tiempo. Mi mayor es quien más viene porque vive en Guanabacoa y me trae a la nieta para que la vea, y la hija pequeña viene con la guagua habanera siempre que puede, pero no dejan de hacerlo porque en casa se les dio el cariño y ellos saben darlo también. Yo les digo que no hace falta que vengan tanto, que acá estoy bien, aunque a la nieta sí quiero verla, pero ellos saben que me gusta que se lleguen y por eso lo hacen. Son buenos hijos.

Residente. 72 años

La percepción que hombres y mujeres tienen sobre su satisfacción con la vida es muy similar. La distribución por sexo de los resultados para la satisfacción con la vida según la escala SWLS, mostrada en el Gráfico 11.11, evidencia resultados bastante homogéneos entre ambos, aunque ellas parecen sentirse más satisfechas.

FIGURA 11.11: SATISFACCIÓN CON LA VIDA SEGÚN SEXO. VALORES RECOGIDOS A TRAVÉS DE LA SWLS.



Fuente: Elaboración propia mediante SWLS para todos los residentes válidos.

En el gráfico se aprecia como un 62,5% de los varones se siente satisfecho con su vida, porcentaje que asciende al 81,2% en las mujeres. Aunque también hay mujeres que manifiestan sentirse ‘*ligeramente insatisfechas*’ y ‘*ni satisfechas ni insatisfechas*’, ambas valoraciones negativas son más contestadas por hombres que por mujeres. Por otra parte, un 4,2% de los hombres dicen sentirse ‘*insatisfechos*’ con sus vidas, mientras que ninguna mujer señaló esa opción en los cuestionarios SWLS. Las entrevistas dotan de contenido a esos datos tan generales. En ese sentido, cabe destacar la satisfacción de las mujeres por haber encontrado en el Hogar un protagonismo personal y mayores cotas de libertad de las que gozaban en sus domicilios, donde estaban siempre muy pendientes de las tareas domésticas y de los problemas económicos y familiares, con el desentendimiento de los hombres. Ellos en cambio, sienten haber perdido algo de protagonismo y peso social al ingresar en el Hogar. Muchas mujeres refirieron haberse sentido incapaces de conciliar la vida en su casa con los nuevos miembros que se iban incorporando a la unidad doméstica (yernos, cuñadas...), situación que les había generado

una gran insatisfacción en los últimos años. Otras dijeron que ahora se sentían felices de poder realizar las actividades que les gustaban y de poder aprender cosas nuevas a su edad, lo que les hacía sentir que su vida volvía a tener sentido. Los hombres por su parte, aunque en un porcentaje muy elevado también se sentían felices con sus vidas, y coincidían en apuntar algunas de las mismas razones aportadas por las mujeres, añoraban principalmente la libertad de poder salir a cualquier hora y la sensación de fuerza y salud perdida. No obstante, no se debe olvidar que muchos dijeron haber encontrado la solución a sus problemas de soledad y a las dificultades y molestias que causaban a sus hijas, de las que dependían para que les hicieran la comida todos los días y les ayudasen de vez en cuando con la casa. Al igual que las mujeres, otros dijeron sentirse liberados de no tener que compartir la casa con los hijos y sus parejas porque solían discutir a menudo, aunque también hacían referencia a la sensación de que les ‘habían echado de sus casas’. El siguiente fragmento reproduce algunos de los motivos que evidencian estos hechos:

Ya me hice mayor, chico. La casa se me quedó grande primero y pequeña después. Como lo oye. Ya se me llegaron todos y me echaron sin darme ni cuenta. Si quiere que le diga como son las cosas acá, uno es persona mayor, pero es persona, y así lo tratan. Se vive bien en este rinconcito y uno no necesita mas que lo que cada día se va teniendo. Acá siempre aprendimos a vivir con lo puesto y aunque no somos ricos somos felices. Eso es lo más importante. Por eso le dije que mi vida fue buena y lo sigue siendo. Y aquí cada día más.

Varón. 72 años

A pesar de estos datos, y de las diferencias subjetivas entre el nivel de satisfacción entre hombres y mujeres, el análisis estadístico de los resultados mediante una prueba de Chi Cuadrado, demuestra que no existe en el Hogar una relación entre el sexo del residente y el grado de satisfacción con la vida

($P=0,4$), lo que indica que la satisfacción con la misma no depende del hecho de ser hombre o mujer, y lo que es más importante, que el positivo resultado encontrado en este determinante es generalizado para todos los residentes.

La satisfacción con la vida de las personas que habitan en el Hogar de Guanabacoa, puede ser considerada como buena e incluso para algunos de ellos como muy buena. Los datos cuantitativos recogidos mediante la escala SWLS así lo reflejan y las entrevistas lo corroboran. Mayoritariamente sienten que su vida actual les permite satisfacer sus necesidades (sobre todo para aquellos que habían sufrido mayor grado de escasez de recursos), que es cercana a su ideal –aunque matizan que ‘*para su edad*’–, y que merece la pena vivirse. También muchos opinan que al final, han conseguido las cosas que deseaban cuando ya apenas confiaban en ello: hacen actividades y cosas nuevas a diario, tienen nuevos amigos e incluso algunos una nueva pareja, son dueños de su días, etc. Otros aspectos, como la pérdida de la familia, de la salud y del domicilio, que también aparecen mencionados en muchas entrevistas, dirigen su reflexión en sentido contrario generándoles una sensación negativa. Muchos han llegado a mayores viendo como su familia se desgajaba a raíz de la emigración, o han tenido que compartir o ceder su domicilio a los hijos casados o a otros familiares directos por la escasez de viviendas. Pero aunque estas circunstancias habían implicado cambios importantes en sus vidas y desajustes sobre las expectativas, deseos y planes de futuro, el hecho de que fuese una circunstancia muy generalizada entre la gente de su edad, les había ayudado a racionalizar el grado de expectativas inicialmente puesto sobre la satisfacción con la vida y a aminorar la influencia negativa sobre su satisfacción vital. El siguiente fragmento condensa muchas de las distintas formas en que fue valorada la satisfacción con la vida por la mayor parte de residentes, y aporta esa visión positiva concluyente que caracteriza la opinión de la mayor parte de ellos:

Mi vida fue maravillosa. Yo tuve de todo. No más que los demás, pero menos tampoco. Tuve un buen esposo, tuve mis hijas, que es lo único que echo a faltar, y tuve mi poquito de dinero que ellas me mandaban para ir al agropecuario o a la shopping. Mi

deseo sería poder cocinar para mi familia antes de irme de este mundo. No sé si lo conseguiré, quizás si mis hijas vuelven..., pero están lejos. Pero mientras tanto, una no puede pararse a mirar lo triste y vieja que se quedó. Ya la vida no se acaba por eso y aquí ya nos aprendieron bien la lección: lo más importante es vivir cada día feliz, porque ser viejo no es un problema, es una suerte.

Mujer. 76 años

En síntesis, como hemos reiterado insistentemente, los niveles de satisfacción con la vida de los residentes del Hogar son elevados. Nos lleva a esta conclusión el resultado de los cuestionarios sobre la SWLS y sobre todo, los datos obtenidos mediante la etnografía, pues la sensación que transmiten las personas residentes es de felicidad y sosiego, lo cual sería difícil de percibir si en la etapa final de su vida no se sintiesen satisfechos con la misma. Si el motivo de esa satisfacción se relaciona directamente con la permanencia en el centro, o es por el contrario un proceso consolidado a lo largo de la vida resulta muy difícil de valorar con las herramientas actualmente utilizadas para ese cometido. Pero el proceso de institucionalización parece haber sido un elemento muy determinante en su actual estado de satisfacción. Los cambios económicos y sociales acontecidos a lo largo de las últimas décadas en la vida de todas las personas residentes en Cuba, y en especial los significativos cambios que se producen a este respecto entre las personas que ingresan en un Hogar o Casa de Abuelos, son hechos determinantes para garantizar una buena y relativamente desahogada forma de vivir, al asegurar la obtención de los recursos que permiten la satisfacción de las necesidades más básicas. La satisfacción con la vida, relacionada de esta manera con la subsistencia, arroja un resultado muy positivo en el Hogar. Pero no podemos obviar que también muchos residentes hacen referencia a que su estancia en el mismo, les permite relacionarse y mantener vínculos sociales que la vejez vivida en el aislamiento de sus domicilios no les permitía y que los programas de envejecimiento activo

desarrollados en los Hogares contribuyen a proporcionar, como se recoge en este 'reflexivo' fragmento:

Yo tengo mi familia, tengo 2 hijas y 1 hijo. Tengo 5 nietas también, que me adoran. La verdad es que yo tengo reconocimiento y estímulo para continuar. Creo que soy una persona feliz. La vida me preparó para muchas cosas y las cumplí con orgullo y satisfacción plena. Fui voluntaria de la Revolución, participé en la lucha activa y ayude a crear los Círculos Infantiles. Fui presidenta de las mujeres excombatientes y hoy estoy feliz en este Hogar. Aquí encontré el espíritu solidario y de trabajo que siempre me acompañó en la vida y desde este Hogar puedo hacer acciones útiles que ya creí no volver a emprender. No dude usted en poner ahí que si hay un final digno para una persona mayor, es verse rodeada de gente como ella con la que compartir experiencias y de compañeros que te ayuden a descansar, te quieran y te respeten.

Una primera conclusión de los datos expuestos, permite afirmar que la salud de los residentes de Guanabacoa no es buena, pero que el Hogar de Guanabacoa disponga de servicio sanitario propio supone una gran ventaja para la valoración e intervención específica sobre estos problemas. Los datos recogidos muestran como el estado de salud de los mayores válidos refleja un patrón muy similar al de la población mayor de los países avanzados, aunque esas tasas de morbilidad coexisten a la vez con otras enfermedades, en especial de carácter infeccioso, que son poco habituales en esos otros entornos. El aspecto más destacable al respecto es la elevada importancia de las enfermedades crónicas: HTA, Diabetes, enfermedades respiratorias... con mayor prevalencia entre las mujeres que entre los hombres. La elevada tasa de enfermedades, síntomas molestos y dolor (muy habitual entre los residentes), así como la evidencia de la 'vejez' asociada significativamente a una sensación de cansancio y de menor capacidad para hacer las tareas,

hacen que muchos residentes reconozcan que su estado de salud no es del todo bueno. Los escasos recursos materiales y la reducida oferta terapéutica farmacológica y de otros materiales sanitarios, limitan la salud de los residentes, pues hacen que el control de sus enfermedades sea menor del que potencialmente podría conseguirse con una mejor dotación al respecto. Algo similar ocurre con las barreras arquitectónicas y con la escasez de otros materiales para la adaptación de los entornos del Hogar, que provocan que los casos de dependencia (inexistentes en el grupo estudiado pero sí en otros residentes) sean más significativos.

Sin embargo, su percepción parece ser bastante ajustada a los datos objetivados, y junto a esos residentes que dicen no sentirse bien, también hay muchos otros que manifiestan que, aunque su salud es peor que unos años atrás, se sienten todavía con fuerza y ánimo de hacer cosas y para llevar una vida '*normal*'.

El planteamiento asistencial en el centro parece ser correcto. Los residentes no realizan vistas médicas de manera '*compulsiva*' o como alternativa de ocio, y el cómputo de las mismas presenta unos resultados muy coherentes con el estado de salud general y con las condiciones del centro. El hecho de que se realicen en el propio Hogar y bajo la organización del personal sanitario garantiza que la práctica totalidad de residentes sean visitados al menos una vez en un período de uno a tres meses. Los residentes manifiestan sentir una gran satisfacción por la atención sanitaria recibida y aprecian especialmente que sea el médico del Hogar el responsable del control de su salud, pues además de que los conoce personalmente, tanto a ellos como su entorno y condiciones de vida, comparten ocasionalmente alguna charla además del tiempo que les dedica en la consulta.

Sin embargo, frente a la satisfacción y a ese ánimo personal que contribuye a mejorar la percepción que tienen de su salud, el bajo consumo de fármacos registrado aporta resultados controvertidos. Si nos parece positivo que este consumo sea escaso, y que se utilicen otros productos naturales complementarios para tratar las enfermedades y problemas de salud (*medicina verde* y otras terapias como acupuntura o fisioterapia), constatar

que los motivos del bajo consumo no se deben tanto al adecuado control sobre los fármacos, sino a la escasez de los mismos, obliga a replantearnos esta percepción. Es evidente que resulta positivo con respecto a algunos aspectos, pues reduce las frecuentes complicaciones que la sobremedicación provoca en los mayores, pero también limita las posibilidades del control de algunos problemas y síntomas, en especial del dolor, uno de los problemas más prevalentes en el Hogar.

Las habilidades funcionales están en general muy bien conservadas. Aunque los hombres se muestran más seguros de sí mismos y de sus capacidades que las mujeres, y parecen ser más capaces de mantener actividades que requieren fuerza física, ellas son mucho más hábiles para las tareas manuales y desarrollan asiduamente las actividades de aseo y de cuidado personal, lo que contribuye a que su sensación de independencia sea mayor. Se vuelve a comprobar no obstante, que la herramienta utilizada (Test de Lawton) no permite discriminar adecuadamente las diferencias entre la capacidad instrumental de hombres y mujeres y la actividad al respecto desarrollada por algunos de ellos (jardinería, pequeños cultivos) no aparece considerada en los cuestionarios. En cualquier caso, y aunque la capacidad desarrollada por ambos grupos es significativa y permite un elevado nivel de independencia, los hombres parecen sentirse más capaces para salir y desenvolverse en el entorno social externo al Hogar, mientras que las mujeres se quedan dentro del centro, donde parecen encontrarse más cómodas.

La satisfacción con el centro y con el entorno es muy elevada. Todos coinciden en destacar lo mucho que les gusta el centro y, aunque el observador puede percibir una gran cantidad de deficiencias estructurales y materiales, los residentes valoran por encima de esos aspectos cuantitativos, las opciones cualitativas que la vida en el Hogar les ofrece. Reconocen la suerte de acceder a los recursos disponibles, pues en el centro se vive en una especie de '*abundancia en la escasez*' característica del entorno cubano, lo que torna muy positiva la situación de institucionalización donde todas las necesidades básicas están garantizadas, pero reconocen y aprecian especialmente la atención adecuada y el trato respetuoso y cariñoso que

reciben por parte del personal, uno de los aspectos más destacados por ellos, y la posibilidad de mantener el contacto con otras personas con las que compartir inquietudes y avatares.

La vida relacional en el centro es rica. Los contactos con los antiguos amigos son escasos y la distancia al pueblo y la escasez de medios de transporte limita los desplazamientos, pero la familia sigue manteniendo la relación con los ancianos. La relación con los familiares es fluida y frecuente para muchos residentes, aunque mucho más habitual e intensa con los hijos (en especial con las hijas), que con otras personas cercanas en etapas anteriores de sus vidas. También en el interior del Hogar se establece una frecuencia de contactos superior a la que mantenían los ancianos fuera del mismo. Muchos han hecho nuevas amistades (más las mujeres) y también muchos reconocen sentirse más felices ahora porque tienen con quien compartir.

Es precisamente en ese sentido, en la interacción con los otros y en la actividad diaria, donde el Hogar de Guanabacoa se muestra más trascendente de cara a la mejora de la calidad de vida los ancianos y ancianas. La gran cantidad de actividades que diariamente se programan y desarrollan, así como la independencia, la relación y la recuperación de roles que éstas permiten a muchos residentes, otorga una sensación de *'revaloración personal'* que resulta muy estimulante para la mayoría. Se diría que para algunos tiene poder terapéutico, pues reconocen que desde que son *'activos'* se sienten mejor y con más fuerza. La participación diaria en actividades y tareas de *'ocio activo'*, se revelan como un importante recurso para reducir la percepción de los síntomas de las enfermedades y para mejorar la satisfacción con el Hogar, pero quizás lo más significativo es que la actividad diaria vuelve a dotar de sentido a sus vidas, lo cual es reconocido por todos los residentes.

En esas circunstancias, la satisfacción con la vida de los residentes se muestra muy elevada y sólo un escaso 4% dice sentirse insatisfecho. El clima vital que se vive en el centro consigue transmitir la fórmula cubana de *'optimismo vital'* que trata de relativizar la vejez. No obstante, aunque en el Hogar puede percibirse un discurso oficialista y optimista hegemónico

fomentado por el personal, y que los ancianos y ancianas hacen suyo y transmiten con mayor o menor vehemencia, esta actitud no es óbice para que a la vez sean conscientes de su situación y que manifiesten y formulen críticas al respecto. Son conscientes de las limitaciones y de la escasez de algunos recursos y son también conscientes de la situación de abandono familiar que a muchos les ha llevado hasta el Hogar. Pero la mayoría ha sabido sacar una lectura positiva de su institucionalización en base a los recursos que obtienen de su vida en el mismo y a la mejora de su estado de salud. Sea por estos motivos, o por la vinculación que las actividades diarias y la recuperación de roles les produce, en el Hogar se ha construido una sensación de identidad colectiva con el centro, una sensación de '*nosotros*' del que forman parte los residentes, el Hogar y todos sus integrantes, incluidos los trabajadores, que resulta muy positiva para la satisfacción actual con sus vidas. Ese '*nosotros*', hace que el Hogar se convierta en una casa común, solidaria y colectiva, y aporta un orgullo y dinamismo al día a día poco frecuente en otros entornos similares, que se percibe tanto por los residentes como por el observador externo.

CAPÍTULO 12: COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS

Cuando al plantear los objetivos iniciales de esta Tesis Doctoral, nos proponíamos conocer los niveles de Calidad de Vida Percibida por los ancianos institucionalizados en Residencias de Tercera Edad, sospechábamos que la tarea suponía grandes dificultades. Adentrarse en tal ambiente parecía relativamente sencillo. También lo parecía cuantificar los diferentes elementos con los que relacionábamos la satisfacción (los servicios ofertados, los metros cuadrados disponibles, el personal trabajador del centro, etc.). Pero entendíamos sin embargo, que la idea de Calidad de Vida era un constructo multidimensional que afectaba a ámbitos muy diversos de la vida, y por eso, planteábamos que su análisis no podía quedar limitado a la simple determinación y medición de los elementos materiales, sino que pretendíamos llegar a conocer de qué manera tal calidad de vida se veía mediatizada por las vivencias que el nuevo lugar de residencia iban a proporcionar a los mayores.

Ahora estamos en la disposición de poder abordar el verdadero objetivo de nuestro trabajo: conocer si la Calidad de Vida Percibida por los residentes depende tanto de los determinantes objetivos, relacionados principalmente con los factores materiales y económicos, como de los factores culturales, vinculados a la sensación de autonomía, seguridad personal y “*empowerment*”¹⁶³, que influyen en su percepción.

Una vez presentados los datos referentes a las distintas variables que inciden en el grado de satisfacción percibido por los residentes de cada uno de los centros estudiados, en las próximas páginas vamos a compararlos. Esta labor, que representa un segundo nivel de análisis, nos permitirá obtener conclusiones de mayor calado que las que nos proporciona el conocimiento aislado del nivel de calidad de vida de cada centro, posibilitándonos descubrir qué factores inciden en esa satisfacción. En esa línea elaboraremos un análisis pormenorizado de los elementos que marcan las similitudes y diferencias

¹⁶³ Este concepto fue adaptado por Thursz al ámbito de la gerontología en 1995, y hace referencia a la necesidad de revalorizar a las personas mayores estimulándolas a continuar desarrollando los roles para los que están capacitados, y contribuir de este modo a acabar con el mito de ‘vejez = dependencia’ e incapacidad.

entre ambos centros, tratando de discernir en base a qué factores y circunstancias se sustentan, poniendo especial atención en los elementos relacionados con la cultura de cada contexto y muy especialmente las relacionadas con los sistemas de género, que influyen de manera significativa tanto en las formas de interpretar la realidad, como en la percepción que los mayores tienen sobre los aspectos que condicionan su día a día y la calidad de vida en las residencias.

Así pues, tras haber realizado el estudio de los dos casos que han sido expuestos en los capítulos anteriores, y que detallan la vida de las personas en dos Residencias de Tercera Edad, presentaremos ahora un análisis comparativo de las diferentes variables que determinan la calidad de vida de los residentes de cada contexto, lo cual puede sentar las bases para abordar futuras metas de trabajo, como podría ser la construcción de un modelo sobre el que deben asentarse estos determinantes imprescindibles para garantizar una vida satisfactoria en las instituciones de mayores. Aún entendiendo que estas diferentes variables son codependientes, desarrollaremos su análisis de manera individual, progresiva e independiente, y sólo estableceremos relaciones entre ellas conforme se vayan abordando.

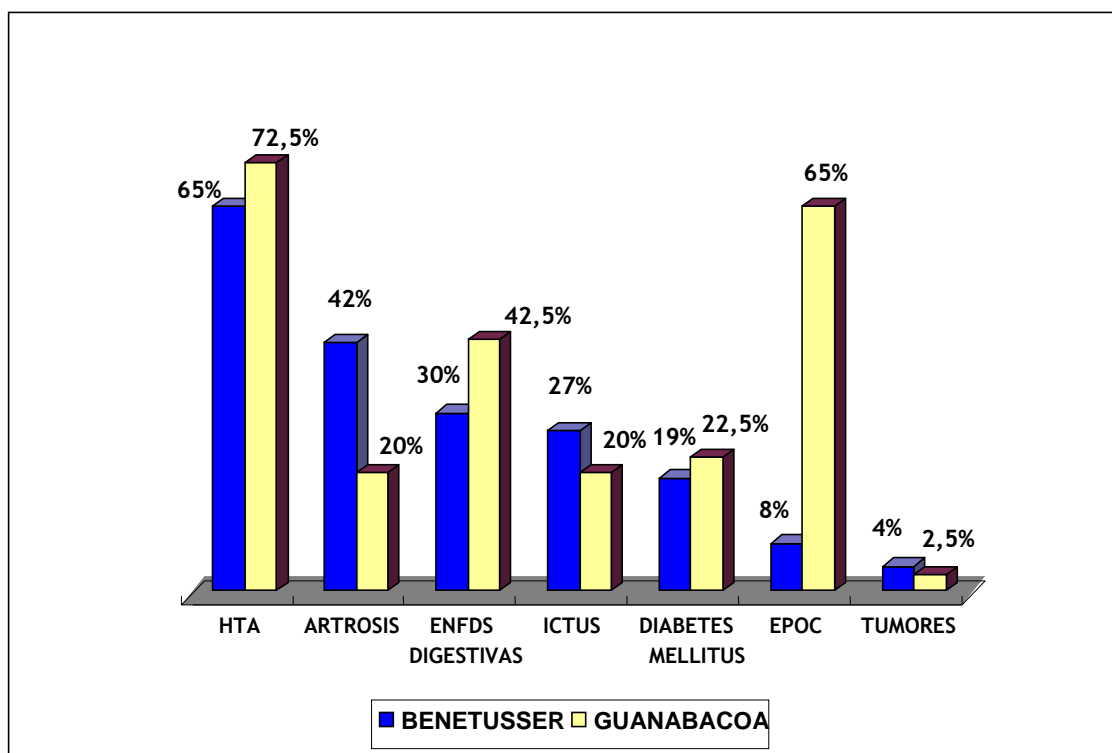
▪ **SALUD PERCIBIDA**

El estado de salud, es uno de los determinantes de la calidad de vida más significativos para la mayoría de las personas. *‘Tener buena salud’* es un deseo que casi cualquier individuo suscribe cuando se le plantea la situación de llegar a hacerse viejo. A los factores objetivables de la salud, que en nuestro estudio hemos determinado mediante el recuento de enfermedades diagnosticadas, las visitas médicas realizadas, los fármacos consumidos o la existencia de dolor, se contraponen la mirada personal y subjetiva de la vivencia que cada individuo tiene de esas mismas circunstancias en el día a día en el centro. Impregnando todas las sensaciones relacionadas con los elementos citados, la experiencia vital personal y el componente emocional

de cada individuo, contribuyen a conformar una determinada percepción sobre la propia salud y a forjar una forma de interpretación característica. Pero a la vez, dado que la persona no es un ente aislado, su interpretación también se ve mediada por las particularidades comunes al medio más inmediato en que está inmersa, en este caso la vivencia en residencia, y por los aspectos propios de la cultura o colectivo al que el individuo pertenece.

A la vista de los datos relacionados con el número de enfermedades, consultas médicas realizadas, la frecuencia de dolor y el consumo de fármacos, parece evidente que el estado de salud general de los residentes de Guanabacoa se muestra sensiblemente peor que el de los de Benetusser. No sucede lo mismo con la percepción subjetiva que de su salud tienen los actores, que arroja una valoración inversa: si los residentes de Benetusser opinan que su estado de salud es malo, los de Guanabacoa reconocen que aunque su salud no es buena, tampoco la consideran mala.

GRÁFICO 12.1: GUANABACOA VS. BENETUSSER: ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES.



Fuente: Elaboración propia.

HTA: hipertensión arterial, ICTUS: infarto cerebral, EPOC: enfermedades respiratorias crónicas

En primer lugar, como evidencia el Gráfico 12.1, por lo que respecta a las patologías diagnosticadas, a pesar de que resulta difícil la comparación de los datos habida cuenta de las importantes diferencias en origen de la mayor parte de las enfermedades identificadas, los residentes de Guanabacoa parecen presentar un mayor índice de enfermedades capaces de incidir más negativamente en el estado de salud.

En Benetusser encontramos un mayor número de casos de artrosis (un 22% más), de Infarto Cerebral (ICTUS, 7% más) y de tumores (1,5% más), en tanto que los residentes de Guanabacoa se encuentran más aquejados de Hipertensión Arterial (7,5% más casos que en Benetusser), enfermedades digestivas (12,5% más), Diabetes Mellitus (3,5% más) y enfermedades respiratorias (EPOC, 57% más casos), siendo estas últimas, un elemento trascendental de la evidencia de un peor estado de salud de los residentes cubanos. Nuestra afirmación no se sustenta solamente en los datos numéricos relacionados con el cómputo de enfermos, sino fundamentalmente en las menores posibilidades que tienen los residentes cubanos de llevar a cabo un control eficaz de sus enfermedades y en las consecuencias que este hecho acarrea para su salud, su longevidad y, especialmente, para su calidad de vida. Si bien es cierto que el porcentaje de enfermos de ICTUS y Tumores es más elevado en Benetusser (un 1,5% y un 7% respectivamente), y que estas enfermedades también reducen la calidad de vida de las personas aquejadas, son no obstante problemas que, una vez tratados de manera adecuada y clínicamente estabilizados, suelen cursar como procesos crónicos, que evolucionan lenta e insidiosamente, pero que no requieren de una asistencia urgente e importante. Sin embargo, no ocurre otro tanto con los residentes cubanos¹⁶⁴. Valga como ejemplo reconocer que la posibilidad de administrar oxígeno a los enfermos de EPOC en Guanabacoa cuando sufren crisis respiratorias agudas es muy limitada, y que tales enfermos suponen un 65% de

¹⁶⁴ Los procesos citados, aunque pueden ser problemas de salud muy importantes, cuando se estabilizan de la forma en que estaban presentes en los residentes de Benetusser (personas que han sufrido un ICTUS el que se ha recuperado y sólo ha quedado una leve discapacidad residual que no evita que sean considerados personas independientes para la vida diaria), o tumores de los que han sido intervenidos y pueden considerarse curados (mastectomías, personas portadores de un estoma de colon), no implican demasiados problemas para el mantenimiento de una vida diaria de calidad ni merman físicamente el estado de salud de manera significativa.

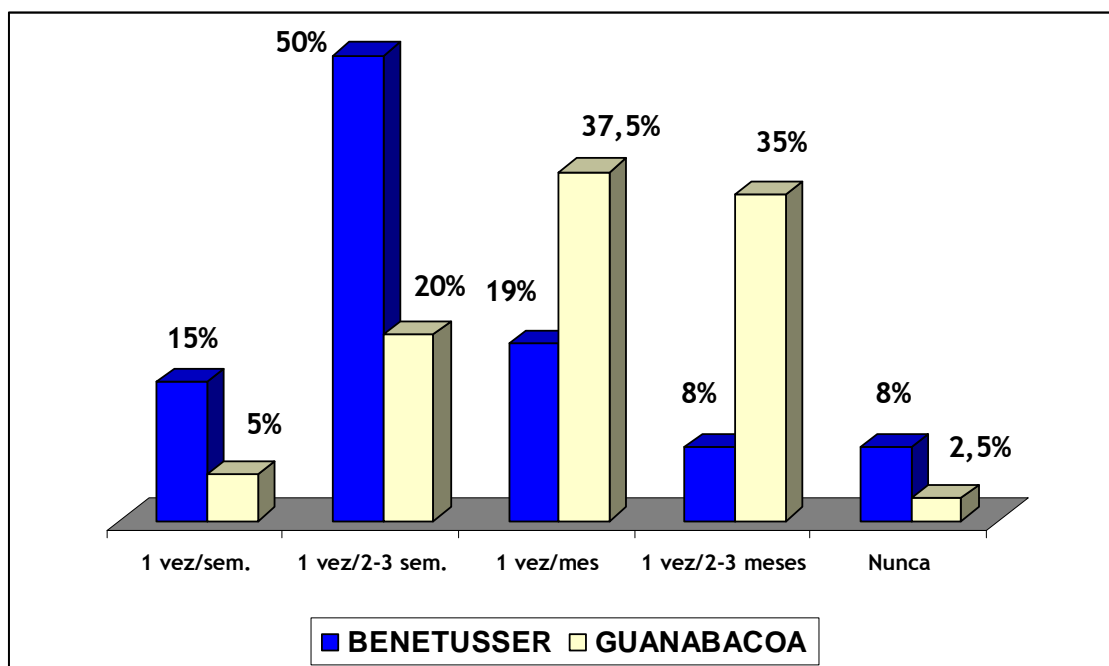
los residentes válidos del centro. Algo similar ocurre con los pacientes con ICTUS, que a pesar de que su número es menor que en Benetusser, encuentran mayores dificultades para la actividad diaria a tenor de las numerosas barreras arquitectónicas con que cuenta el centro¹⁶⁵. También la escasez de fármacos eficaces y la alimentación, menos variada y de menor calidad que en España, son factores que contribuyen a dificultar un adecuado control de las enfermedades descritas.

Por otra parte, la mayor variedad y número de patologías de carácter infeccioso grave, prácticamente inexistentes en Benetusser pero todavía numerosas en Guanabacoa, reducen considerablemente la esperanza y calidad de vida de las personas que las padecen dada la crónica escasez de recursos que afecta a la sociedad cubana y que impide o dificulta un control eficaz de algunos problemas de salud.

La valoración del estado de salud también se ha realizado analizando el número de visitas médicas, la percepción de dolor o el consumo de sustancias farmacológicas por cada residente. Los resultados referentes a la comparación del primer ítem (ver Gráfico 12.2), muestran resultados casi opuestos entre los dos centros: aunque el número de visitas es elevado en ambos, en el caso de Benetusser la mayor parte de los residentes realiza tales visitas con una frecuencia elevada (un 65% acude con una frecuencia que oscila entre “1 vez a la semana” y “1 vez cada 2-3 semanas”), que contrasta con el hecho de que un 8% de ellos no acuda al CAP. En Guanabacoa en cambio, prima la tendencia a realizar visitas más distanciadas en el tiempo (un 72,5% de los residentes acude ‘1 vez al mes’ ó ‘1 vez cada 2-3 meses’), mientras que el número de personas que no utilizan el servicio médico es muy bajo (2,5%).

¹⁶⁵ Debe tenerse en cuenta los problemas que se presentan sobre la salud y la capacidad para la independencia de las personas que padecen artrosis o un ICTUS, cuando el lugar donde viven (en este caso el Hogar 13 de Marzo) presenta numerosas barreras arquitectónicas y escasas medidas para la adaptación del entorno a la dependencia que estas patologías provocan.

GRÁFICO 12.2: BENETUSSER VS. GUANABACOA: VISITAS MÉDICAS



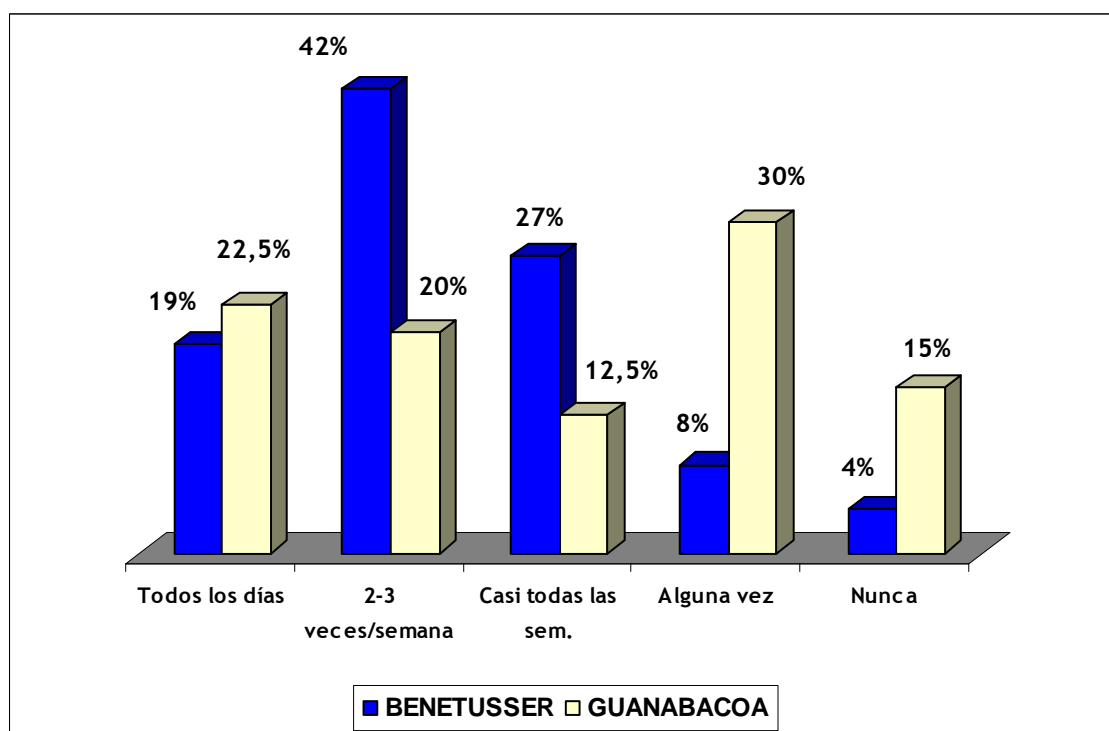
Fuente: elaboración propia.

Podría suponerse que una mayor frecuencia de visitas médicas es la consecuencia directa de un peor estado de salud. Sin embargo, no parece justificado que un 15% de los residentes de Benetusser acuda semanalmente a la consulta médica, ya que la mayor parte de ellos presentan enfermedades crónicas, que aunque requieren visitas periódicas para su control o para la renovación de la medicación que consumen, con visitas tan frecuentes al centro médico sólo consiguen sobrecargar el servicio asistencial sin que ello les garantice una mejor atención¹⁶⁶. Por otra parte, visto el importante número de personas con alguna enfermedad que habitan en el centro, y que la Residencia de Benetusser no cuenta con servicio sanitario propio, tampoco parece conveniente que un 8% de los residentes no acuda jamás al CAP. Los datos etnográficos permiten afirmar que la elevada frecuentación al Centro de Salud de Benetusser no es tanto la consecuencia del padecimiento de enfermedades, como la insatisfacción que los residentes sienten respecto de su salud, su institucionalización y la inseguridad que les genera la ausencia de

¹⁶⁶ Las recomendaciones de la OMS para el control de las enfermedades crónicas entre la población general, se establecen habitualmente en periodos de 2-4 meses, por lo que un mayor número de visitas no tiene sentido si no es para consultar por problemas agudos de salud, que en el caso de Benetusser, salvo periodos específicos (invierno) y de carácter leve, no se producen.

un servicio sanitario en la propia Residencia. Este extremo aparece claramente identificado cuando se analizan las entrevistas de Benetusser, pues en un gran número de ellas se hace referencia a la necesidad de *‘ir al médico de vez en cuando porque aquí no hay y es mejor que te vean a menudo’*, opinión a la que se suma la costumbre de ver la visita médica como una forma de pasar la mañana. En contraste, en el caso de Guanabacoa, la tranquilidad de saber que el médico está en el propio centro y que incluso el residente será avisado por la enfermera cuando deba acudir a consulta para revisión de su salud, parece generar mayor sensación de seguridad y satisfacción y por tanto menor *‘necesidad subjetiva’* de visitas médicas.

GRÁFICO 12.3: BENETUSSER VS. GUANABACOA: PORCENTAJE DE PERSONAS CON DOLOR DE CARÁCTER CRÓNICO.



Fuente: elaboración propia

En cuanto al dolor, el Gráfico 12.3 muestra los resultados obtenidos en ambos centros. Hasta el 96% de los residentes de Benetusser manifestó sentir dolor, mientras que el porcentaje era 11 puntos inferior (un 85%) entre los de Guanabacoa. El 88% de los primeros sentía ese dolor de manera muy frecuente

(“*todos los días*”, “*entre 2 y 3 veces por semana*” o “*todas las semanas*”), mientras que la proporción de residentes con dolor frecuente en Guanabacoa desciende a un 55% y el resto sólo lo perciben “*alguna vez*” (8%) o incluso “*nunca*” (15%).

Estos datos reflejan que el nivel de dolor que padecen las personas que habitan en la Residencia de Benetusser es muy superior al percibido por las del Hogar de Guanabacoa, y se correlacionan, a la vez, con los resultados relativos al consumo de fármacos analgésicos, mucho más elevado en Benetusser. No obstante, los residentes de esta última, disfrutaban de fármacos mucho más variados y eficaces, lo que debería traducirse, en principio, en una mayor efectividad y menores tasas de dolor. Dado que una de las causas más frecuentes de dolor manifestada por los residentes de Benetusser eran los problemas osteoarticulares, en especial la artrosis, y que esta patología se daba allí con mayor prevalencia, este hecho podría justificar en parte las diferencias encontradas. Por otra parte, según el análisis realizado mediante escalas de valoración visual analógica¹⁶⁷, la mayor parte de los residentes de Benetusser presentaban un grado de dolor leve o moderado, mientras que los residentes de Guanabacoa sufrían niveles de dolor muy superiores, probablemente por el peor control que sobre el mismo pueden ejercer los fármacos que consumen.

A tenor de estos datos, debería estudiarse con más profundidad si el consumo de sustancias relacionadas con la ‘*medicina verde*’ o las terapias alternativas influyen positivamente en el control de los síntomas dolorosos, pues un porcentaje importante de residentes de Guanabacoa decía no sentir nunca dolor. ¿O es que la sensación subjetiva de satisfacción o insatisfacción predispone a una diferente percepción del dolor u otros síntomas? ¿Será la sensación de satisfacción la que genera una menor percepción del dolor? Resultados en esa línea parecen desprenderse de las entrevistas, en las que los residentes de Guanabacoa mencionaron mayoritariamente el gran beneficio que sentían por ‘*ser ancianos activos*’ y por lo ‘*bien que me tratan*’.

¹⁶⁷ Las Escalas Visuales Analógicas (EVA) para valoración de la intensidad de dolor, son formas habituales de cuantificar la percepción del estímulo doloroso haciendo que el paciente relacione su dolor con un valor numérico (en general de 0 a 10).

acá en el Hogar', frente a la desidia y desinterés generalizado de los residentes de Benetusser.

Conforme se fue desarrollando el trabajo etnográfico en cada uno de los centros, fuimos percibiendo aspectos más profundos, a menudo inadvertidos, pero característicos de la vida en cada uno de los contextos. En ese sentido, en Benetusser parece haberse instalado lo que denominaremos en adelante una '*Cultura de la Dependencia*' o '*de la enfermedad*', que no se percibe en el centro de Cuba. Los residentes de aquel centro se sienten '*poco capaces*', se preocupan desmedidamente por sus enfermedades y sus tratamientos y en ocasiones parecería que se encontraran en medio de una competición en la que se dirimía quien está peor de salud, necesita ir más a menudo al médico y tomar más medicinas. Esta actitud hacia la dependencia, genera probablemente una menor disposición de ánimo para desarrollar muchos aspectos de la vida diaria: actividades funcionales, relaciones con los otros, actividades de ocio e incluso también la satisfacción y las ganas de vivir. En Guanabacoa en cambio, no se percibe tan marcadamente esta actitud. La relativización de la vejez y de los problemas de salud, el ánimo de superación y la actitud más positiva, parecen fomentar una '*Cultura de la Actividad*' que se convierte en un motor de bajo rendimiento que dinamiza el día a día y mejora la satisfacción de los residentes.

Finalmente, la comparación de resultados sobre el consumo farmacológico plantea dificultades dada la disparidad de las sustancias consumidas por ambos grupos de estudio. Siguiendo los patrones conceptuales de lo que se considera '*fármaco*' en el entorno occidental, el uso de estos productos es muy superior en Benetusser, pues sin excepción, todos los residentes consumían algún medicamento y hasta un 61,5% tomaba entre tres y cinco fármacos diariamente. En Guanabacoa este porcentaje se reduce bastante, pues sólo el 71 % de los residentes consume algún fármaco, pero además no hay ninguno que consuma más de dos productos. Si bien es cierto que ingieren otro tipo de sustancias, también es destacable el hecho de que parece haber un mayor control sobre la ingesta de medicamentos, pues así como en Benetusser un 38% de los fármacos se consumían sin prescripción

médica actualizada, en Guanabacoa nadie ingería sustancias sin control médico. La escasez y dificultad de acceso a estos productos puede ser en el caso cubano el elemento más determinante al respecto, pues muchos residentes dijeron que si pudiesen conseguirlos, no tendrían reparos en consumir algún fármaco del que conocen sus beneficios. La Tabla 12.1 resume la comparación de los datos más relevantes sobre las diferencias en el consumo farmacológico entre ambos centros¹⁶⁸:

TABLA 12.1: GUANABACOA VS. BENETUSSER: CONSUMO FARMACOLÓGICO (EN %)

	BENETUSSER	GUANABACOA
Residentes que consumen fármacos	100	71
Consumen 2 fcos./día	23,5	32
Consumen 3 ó más fcos./día	61,5	0
Consumen más de 6 fcos./día	15	0
Consumo sin control médico	38	0

Fuente: Elaboración propia

Respecto de la *'medicina verde'*, consumida por el 90% de los residentes de Guanabacoa, muy pocos dijeron tomar sustancias de este tipo en Benetusser. Aunque habían oído o conocían por experiencia personal los beneficios de las plantas, la inexistencia de éstas en el centro donde viven, la imposibilidad de adquirirlas por su precio elevado, o el consumo de fármacos *'mandados por el médico'* para la misma finalidad, eran los motivos que les llevaba a no consumirlas.

El conjunto de datos objetivos presentados hasta ahora evidencia que los residentes de Benetusser poseen un mejor estado de salud que los de Guanabacoa. Sin embargo, cuando se analiza la percepción subjetiva que estos ancianos y ancianas tienen de su salud el panorama cambia por completo. La mayoría de entrevistas mantenidas con los residentes de

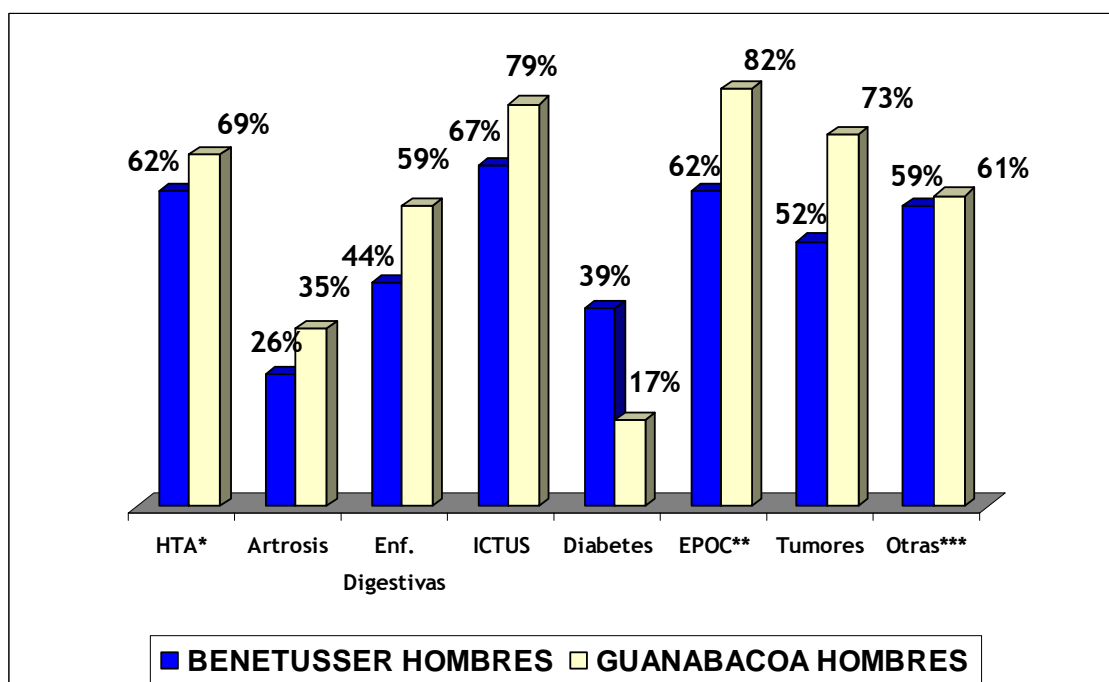
¹⁶⁸ En cuanto al tipo de fármacos más consumidos, el reducido Vademécum cubano (conjunto de fármacos autorizados y que pueden ser prescritos por los profesionales sanitarios de un país), hace que la comparación de los resultados sea poco reveladora. Los fármacos más utilizados en el Hogar de Guanabacoa son el Acido Acetil Salicílico (Aspirina®), el Paracetamol y el antihipertensivo Captopril. También estos son ampliamente consumidos en Benetusser, pero la gran variedad de productos utilizados para el mismo cometido hace que en comparación, su consumo no sea tan significativo.

Benetusser respecto a su salud giran en torno a los muchos y variados problemas que padecen, al elevado número de fármacos que deben consumir diariamente, al frecuente e importante grado de dolor que a menudo les aqueja, a las pocas cosas que pueden hacer al respecto y al futuro incierto que creen que les espera. La mayoría refería su salud como *'mala'* y decían sospechar que pronto estarían peor. Por supuesto que también hubo quien decía no estar mal de salud y estos otros residentes se mostraban en general mucho más satisfechos con su situación que el resto, pero incluso en ellos se percibía una falta de ilusión y de interés por las cosas del día a día en el centro, la cual atribuían mayoritariamente a su mala salud o al envejecimiento. Los pocos que dijeron sentir que su salud había mejorado respecto a la que tenían antes del ingreso en la institución, apenas se significaban entre la dominante percepción negativa del resto de residentes. Resulta paradójico hallar una valoración *'emic'* tan negativa, cuando los datos cuantitativos no parecen mostrarla.

En Guanabacoa también se palpaba una generalizada sensación de cansancio y mala salud que muchos asociaban a la vejez. No obstante, aunque los residentes manifestaban con frecuencia no sentirse satisfechos con su estado de salud, lo cual en este caso parece tener una correlación más adecuada con los datos hallados en el Hogar, era destacable el número de ellos que decían sentirse mejor que cuando habían ingresado, y que en el centro habían recuperado el ánimo y las *'ganas de hacer cosas'*. Se sentían más seguros por haber recobrado el control sobre su salud y pensaban que aún podían mejorar más (aunque no todos). Como luego se verá, parece que una parte de la satisfacción subjetiva del estado de salud se ve determinada de manera importante por esa *'cultura de la actividad'* antes referida y por la ocupación del tiempo diario, que contribuye a reducir la percepción de algunos síntomas molestos, y también por la satisfacción y felicidad obtenida a otros niveles (compañía, distracciones, revalorización personal, etc.). Son precisamente estos factores indirectos, y no los específicamente relacionados con la existencia de enfermedades, los determinantes que se han revelado más positivos en Guanabacoa y que parecen estar influyendo de manera más importante en la relativa satisfacción que les produce su estado de salud.

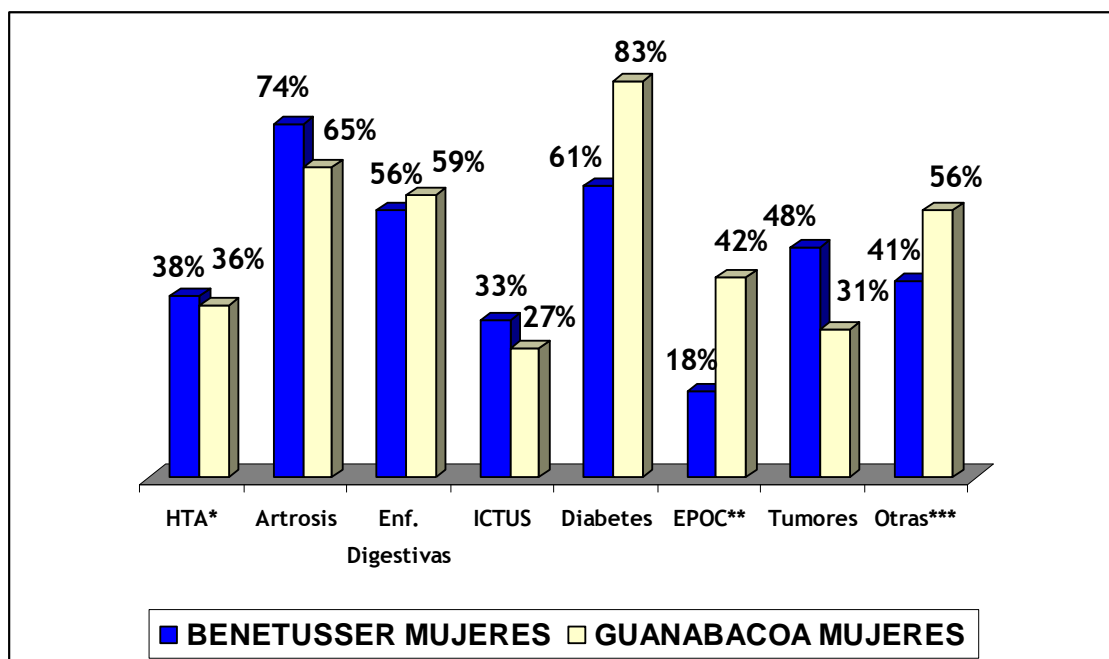
Si observamos la salud desde la variable sexo, vemos que tanto las mujeres españolas como las cubanas se encuentran en peor situación que los hombres, o lo que es lo mismo, las tasas de enfermedad que padecen las mujeres en ambos contextos son superiores a las que padecen los hombres (*“ellas están más enfermas”*). Esta situación es todavía ligeramente peor para las mujeres cubanas (Gráfico 12.5), y aunque las diferencias en cuanto al número de enfermas no son muy importantes en algunas patologías (HTA, Enfermedades digestivas, ICTUS), sí lo son en cambio para otras tan trascendentes como la Diabetes o las enfermedades respiratorias/EPOC. Estas diferencias son mucho más acusadas para los hombres (Gráfico 12.4), entre los que se han encontrado tasas más elevadas en Guanabacoa para casi todas las enfermedades descritas (con excepción de la Diabetes, más frecuente en Benetusser) siendo además muy importantes en algunas de ellas (*“los cubanos están más enfermos”*).

GRÁFICO 12.4: BENETUSSER VS. GUANABACOA: PORCENTAJE DE HOMBRES CON ENFERMEDAD.



Fuente: elaboración propia

GRÁFICO 12.5: BENETUSSER VS. GUANABACOA: PORCENTAJE DE MUJERES CON ENFERMEDAD.



Fuente: elaboración propia

La conclusión más directa de todos estos resultados es que los residentes de Guanabacoa tienen una salud más precaria y esta situación merma su calidad de vida. Sin embargo, predomina entre ellos la opinión de que su salud no es mala. Los factores relacionados con esa percepción son múltiples y se encuentran relacionados con otros elementos que trataremos más adelante y que forman parte de lo que hemos denominado ‘*Cultura de la Actividad*’, que parece ser muy beneficiosa para la satisfacción de los residentes, estimula su bienestar y les induce a plantearse metas que suponen elementos ilusionantes para afrontar el día a día de manera más satisfactoria. Por el contrario, los residentes de Benetusser, instalados de manera perenne en esa actitud propia de lo que hemos denominado genéricamente ‘*Cultura de la Dependencia*’, ven limitada su satisfacción y les induce a tomar una actitud en la que el individuo parece incapaz de preocuparse por otras cosas que no sean su enfermedad, tomar las pastillas o consumir la próxima comida. Por otra parte, esta actitud positiva o negativa hacia la salud y hacia la vida en

general que se ha ido construyendo en cada centro (*'cultura de la dependencia'* vs. *'cultura de la actividad'*) influyen en gran medida sobre la opinión que unos y otros tienen de su salud.

Dos factores de orden distinto contribuyen a matizar la satisfacción obtenida en cada centro. En primer lugar, tras el ingreso los residentes de Benetusser no perciben cambios significativos en el control de sus enfermedades, ya que el centro no dispone de personal sanitario y continúan teniendo que desplazarse al CAP para recibir la atención sanitaria precisada, lo que les genera una sensación de *'indefensión sanitaria'*, que ya definimos en el capítulo anterior. Los de Guanabacoa en cambio, perciben cómo su salud se controla directamente desde el Hogar y por personas con las que comparten su vida diariamente en el centro, lo que redundará, además de en una mejor vigilancia de su salud, en una mayor seguridad y confianza. En segundo lugar, la educación de las personas en materia de salud, uno de los aspectos más desarrollados por la medicina cubana y en los que se insiste mucho en el Hogar, contribuye también a mejorar el cuidado, la responsabilidad y la percepción que los ancianos y ancianas residentes de Guanabacoa tienen de su salud y su persona, y de la capacidad para mantener su autonomía e independencia.

▪ HABILIDADES FUNCIONALES

Los residentes de los centros estudiados muestran una elevada capacidad para la realización de las actividades básicas de la vida diaria, y las pequeñas limitaciones percibidas tan sólo se relacionan con la fuerza o la capacidad para realizar las tareas con rapidez, y comodidad o seguridad. También hemos hallado similitud en la ligera discordancia que en ocasiones se establece entre el alto grado de independencia mostrado por los test y la percepción subjetiva que los residentes tienen sobre su capacidad para realizar las actividades que dichos cuestionarios miden. Mientras que los varones suelen decir que no tienen problemas para realizar estas tareas, las

mujeres se quejan de encontrar dificultades para llevar a cabo algunas actividades, principalmente a la hora de moverse con facilidad y de usar el retrete con comodidad. Este tipo de matices, no son recogidos por los cuestionarios pero resultan trascendentes en el momento de analizar el grado de satisfacción de cada individuo.

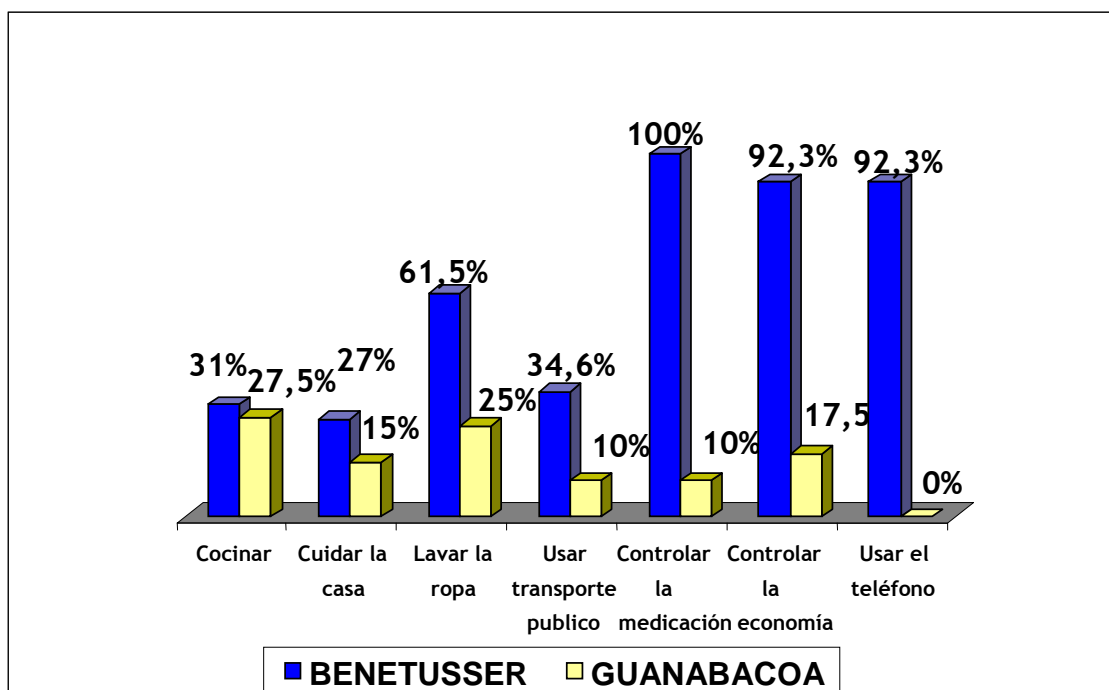
Junto las similitudes descritas, entre ambos centros hemos hallado diferencias significativas en todo lo que respecta a las actividades instrumentales. Pero antes de profundizar sobre estos aspectos, quisiéramos hacer dos consideraciones importantes. En primer lugar el hecho ya mencionado en otros apartados sobre las limitaciones de la herramienta utilizada, el test de Lawton, que minusvalora sistemáticamente a los hombres frente a las mujeres. El test mide actividades más propias de las mujeres que de los hombres, lo que conduce a obtener resultados genéricamente sesgados, pues no es común que entre los hombres pertenecientes a las generaciones de los grupos estudiados sea habitual la habilidad para lavar la ropa, cocinar o arreglar la casa. En segundo lugar, suscita dudas la pertinencia de medir una serie de actividades que en las residencias ya no se requiere realizar. Aunque esta herramienta se utiliza sistemáticamente en centros de mayores de una gran cantidad de países del todo mundo, el test está diseñado para medir capacidades que en el contexto residenciado no son realizadas de manera sistemática por los residentes; en ese sentido, el Test parece medir más la *‘disposición a realizar una actividad’* que la verdadera *‘realización’* de la actividad en sí. En tal caso, debe tenerse en cuenta que el estado emocional o de satisfacción general puede influir significativamente en dicha disposición o ánimo de realizar la tarea¹⁶⁹.

En el Gráfico 12.6 puede observarse cómo, a consecuencia del envejecimiento, los residentes de ambos contextos presentan una pérdida significativa de la capacidad de realizar la mayor parte de actividades

¹⁶⁹ Actualmente no existe una herramienta estandarizada para valorar otro tipo de capacidades instrumentales y que sí sean imprescindibles en este contexto, lo que reafirma el planteamiento de que proceder al análisis de la percepción subjetiva de la capacidad del residente para realizar estas capacidades, es tanto o más necesario que su valoración mediante cuestionarios estandarizados.

instrumentales: salvo el control sobre la propia medicación, ninguna actividad está mantenida al 100%. Esta pérdida de autonomía aparece mucho más marcada entre los residentes de Guanabacoa, quienes se ven superados por los de Benetusser en todas las actividades instrumentales evaluadas por el Test de Lawton.

GRÁFICO 12.6: BENETUSSER VS. GUANABACOA: GRADO DE INDEPENDENCIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES INSTRUMENTALES.



Fuente: elaboración propia

Es llamativa esta falta de autonomía cuando, teóricamente, los residentes de ambos centros son autónomos (aunque ya se ha explicado que las actividades evaluadas no forman parte del cómputo de habilidades necesarias para recibir esta consideración en su sentido más técnico¹⁷⁰). Por otra parte, un tercer elemento de reflexión surge al valorar las particulares condiciones socioeconómicas y de desarrollo en el que han vivido las personas

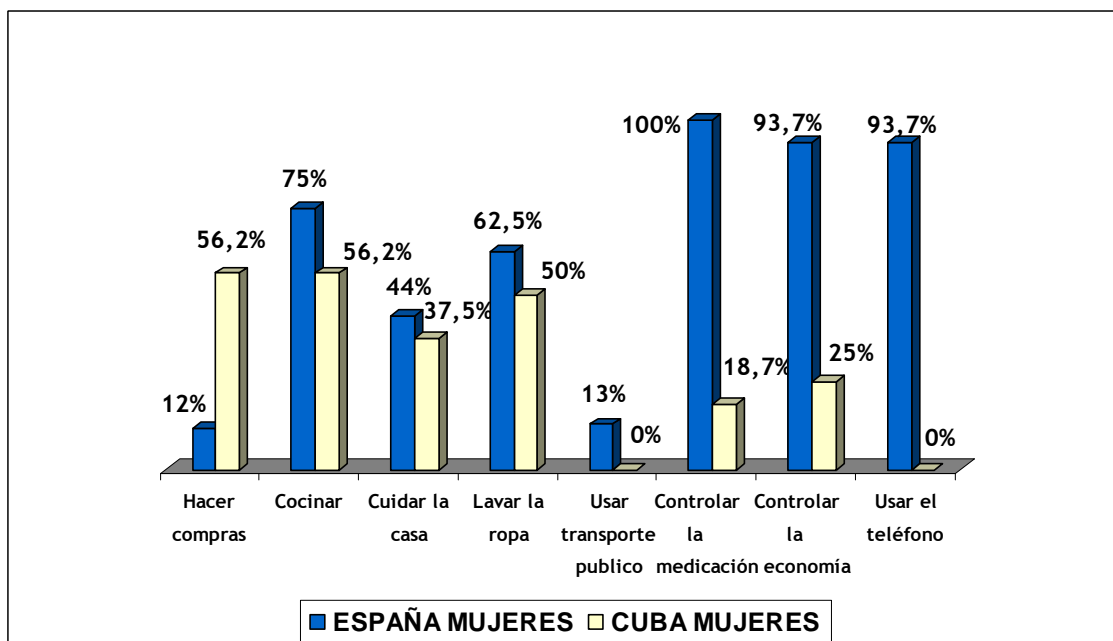
¹⁷⁰ A efectos administrativos para la solicitud e ingreso en un centro de mayores para residentes ‘válidos’, los mayores son autónomos o ‘independientes’ cuando son capaces de realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), y las actividades instrumentales no se consideran necesarias al respeto de esta clasificación.

del entorno cubano, pues contrastan ampliamente con las del colectivo de Benetusser. Estos últimos, han tenido mayores oportunidades de desarrollar una interacción social más variada y se encuentran más acostumbrados a utilizar medios de transporte, comprar en supermercados, usar teléfonos, electrodomésticos, etc., lo que puede ejercer un efecto positivo en la adquisición de algunas habilidades y, sobre todo, en el mantenimiento ulterior de las mismas o en la capacidad de adaptación.

Más allá de la situación descrita, según la cual el conjunto de los residentes de Benetusser presentan mayor autonomía que los de Guanabacoa, el análisis diferenciado por sexos de los Gráficos 12.7 y 12.8, permite destacar algunas particularidades. En primer lugar, que las mujeres de ambos contextos superan a los hombres en nivel de autonomía salvo en dos tipos de tareas: '*realizar la compra*' y '*usar el transporte público*'¹⁷¹. Las diferencias respecto de la mayor autonomía de las mujeres frente a los hombres son mucho más marcadas en Guanabacoa que en Benetusser, lo que equivale a decir que los hombres cubanos se muestran mucho menos autónomos que los españoles. Las diferencias son especialmente significativas en todo lo referente a las tareas relacionadas con el cuidado del hogar (limpiar, cocinar, lavar la ropa...) y a los autocuidados (controlar la medicación y gestionar la propia economía), que los hombres españoles dicen realizar escasamente y prácticamente nada los cubanos. No obstante, ninguno de los hombres en Benetusser manifestó hacer otras actividades instrumentales más allá de las propiamente analizadas por el cuestionario, mientras que en Guanabacoa en cambio, sí pudimos observar cómo algunos hacían labores de jardinería y cultivaban un pequeño huerto.

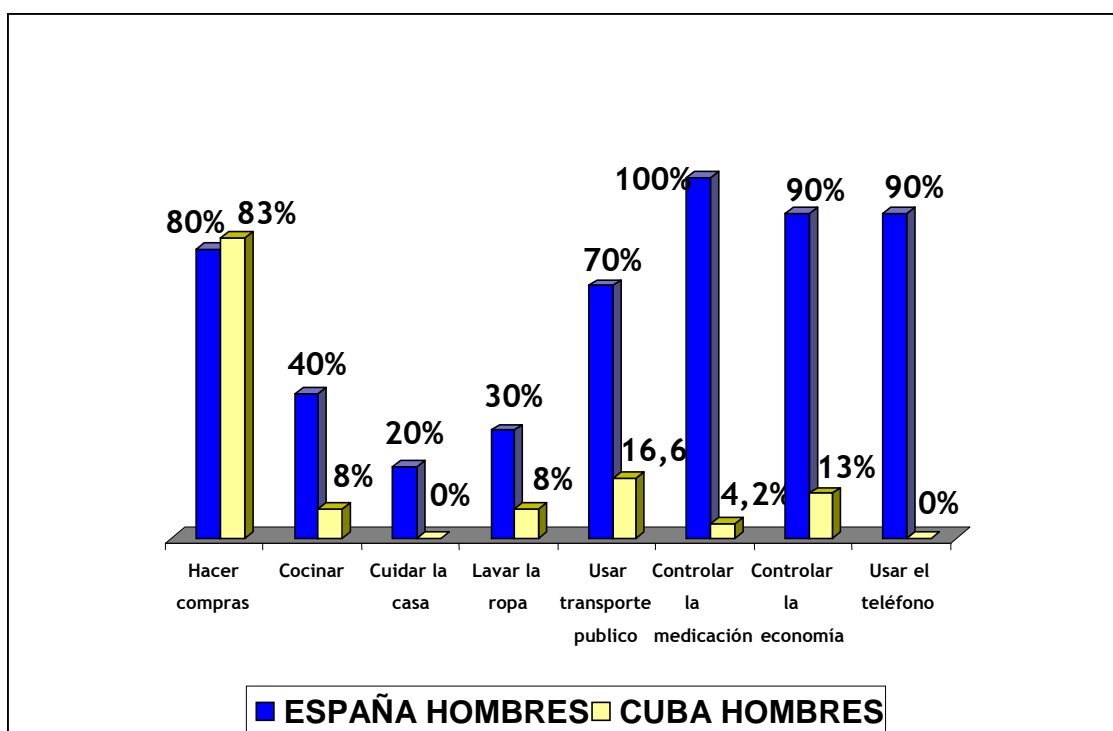
¹⁷¹ Ya hemos dicho que los hombres cubanos, como los españoles, siguen superando a las mujeres en la capacidad para hacer la compra, pero es destacable que las diferencias sean en Cuba mucho menores, pues ellas parecen más dispuestas que las españolas a realizar también esta labor. Quizás la mayor capacidad de realizar la compra entre las mujeres cubanas se deba a la necesidad de acudir con frecuencia a la recoger los alimentos y otros enseres que se obtienen por medio de la Cartilla de Racionamiento, mientras que en el caso de los hombres españoles, parece que esta actividad, aunque en el contexto no residenciado sigue siendo mayoritariamente realizada por las mujeres, los varones jubilados presentan tasas mucho más elevadas de colaboración al respecto que antes de esta situación.

GRÁFICO 12.7: BENETUSSER VS. GUANABACOA: ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LAS MUJERES.



Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 12.8: BENETUSSER VS. GUANABACOA: ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LOS HOMBRES.



Fuente: Elaboración propia

Dado que todos los residentes son autónomos, esto es, son capaces de desarrollar de manera independiente todas las actividades básicas relacionadas con su autocuidado, los resultados hallados sobre la capacidad para realizar las actividades instrumentales se convierten en un elemento determinante que nos permite hallar diferencias entre el estado funcional de los residentes de ambos centros¹⁷². Los de Benetusser, no solamente tienen un mejor estado de salud, sino que presentan una mayor capacidad instrumental. Por otra parte, aunque las mujeres de ambos contextos son en general más autónomas que los hombres, la mayor experiencia para desenvolverse en un contexto social cambiante, favorece más a las de Benetusser y éste es un elemento significativo a tener en cuenta por la influencia positiva que puede ejercer sobre la mejora de la futura adaptación a las limitaciones que la edad va imponiendo.

A la luz de estos datos, podemos concluir diciendo que la capacidad funcional de ambos grupos de residentes no presenta diferencias importantes, si atendemos a la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria, pero que es significativamente menor para los residentes de Guanabacoa cuando tenemos en cuenta la capacidad instrumental. No obstante, aunque los resultados de los cuestionarios muestran mejores aptitudes entre los residentes españoles para la mayoría de las tareas analizadas, nuevamente son los elementos inherentes al modelo de '*Cultura de la Actividad*' propia del centro cubano los que contribuyen a paliar significativamente las mermas que la edad y las enfermedades van provocando entre los residentes. Por su parte, el modelo de '*Cultura de la Dependencia*' propio de los residentes de Benetusser, provoca que aún gozando de mayor capacidad para el desarrollo de las tareas analizadas, evidencien una menor '*disposición*' para la realización de las mismas.

¹⁷² Todo ello a pesar de las premisas referidas al respecto del '*limitado*' valor del uso del Test de Lawton en el contexto de las Residencias de Tercera Edad.

▪ VALORACIÓN DEL ENTORNO

La valoración del centro y de su entorno inmediato se revela positiva en los dos casos estudiados. Lo paradójico es, sin embargo, que mientras los datos objetivos referentes al espacio físico, dotación estructural y material y servicios de la Residencia de Benetusser justifican sobradamente tal percepción, cuesta bastante compartir el grado de satisfacción experimentado por los residentes de Guanabacoa respecto a esos mismos elementos.

La Tabla 12.2 recoge la comparación de la dotación de los centros y de sus respectivos municipios. En ella se puede comprobar cuan importantes son las diferencias a este nivel y que frente a la modélica dotación de la Residencia de Benetusser, el Hogar de Guanabacoa presenta limitaciones materiales tan significativas que incluso reducen o impiden el acceso de los residentes dependientes a algunos espacios del centro.

En general, se puede afirmar que la estructura del Hogar 13 de Marzo no resulta adecuada para la permanencia de personas mayores: hay numerosas escaleras y desniveles, el espacio en algunas dependencias es reducido para el número de residentes que lo utilizan simultáneamente, no hay entornos adaptados, y los muebles y otros materiales son insuficientes o simplemente inexistentes. También los servicios que presta el Hogar (lavandería, alimentación, asistencia sanitaria, etc.) presentan condiciones materiales precarias. Sin embargo, todos estos factores no son óbice para que los residentes consideren al Hogar como un lugar ideal para vivir y se muestren muy satisfechos con todos los servicios y condiciones que ofrece el centro.

TABLA 12.2: BENETUSSER VS. GUANABACOA: ELEMENTOS ESTRUCTURALES Y MATERIALES. VALORACIÓN CUANTITATIVA

ELEMENTOS ESTRUCTURALES Y MATERIALES DEL CENTRO	BENETUSSER	GUANABACOA	PUEBLO RECURSOS Y SERVICIOS DEL ENTORNO	BENETUSSER	GUANABACOA
Materiales de audio y video (TV con mando a distancia, Vídeo/DVD, Equipo de música)	ABUNDANTES	SOLO TV	Club de Jubilados	SI	SI
Mobiliario auxiliar en las habitaciones (mesilla, silla, mesa escritorio, armario)	COMPLETO	ESCASO O INEXISTENTE	Asistencia Sanitaria y Social	SI	SI
Mobiliario en zonas de descanso y estar (sofás, sillas, mesas, aire acondicionado u otros)	COMPLETO	ESCASO	Mercado	SI	SI
Baño en las habitaciones	TODAS	NO	Comercios	SI	ESCASOS
Recursos para el alojamiento (restauración, lavandería, ...)	SI	LIMITADOS	Parques/zonas verdes	SI	SI
Accesibilidad para discapacitados y recursos para el desplazamiento	SI	NO	Iglesia/Lugar de culto	SI	SI
Recursos específicos para higiene y atención de las personas mayores (baño adaptado, material ergonómico...)	SI	MUY ESCASO	Biblioteca, museos	SI	SI
Taller de actividades	SI	SI	Transporte público	SI	LIMITADO
Jardín, Terraza	SI	SI	Actividades culturales para mayores	ESCASAS	SI
Recursos o estructuras que garanticen la intimidad	SI	NO	Asociaciones u organizaciones vinculadas con la población residente	NO	SI
Recursos o actividades que garanticen la participación e integración (talleres, actividades de bienvenida o acogida...)	ESCASO	SI	(no procede)	(no procede)	(no procede)
Atención sanitaria y social en el centro	NO	SI	(no procede)	(no procede)	(no procede)

Fuente: elaboración propia.

También los dos colectivos de residentes tienen una opinión muy positiva de sus respectivos centros cuando los comparan con sus anteriores domicilios. Los aspectos mejor valorados son la limpieza, la alimentación y no tener que realizar las tareas domésticas (y también en el de Benetusser el amplio espacio disponible). Pero así como en Guanabacoa se menciona a menudo la satisfacción que genera la posibilidad de compartir estos espacios con otras personas, en Benetusser esta circunstancia se valora negativamente y sus residentes hablan de satisfacción sólo en base a los elementos materiales, mientras que los de Guanabacoa lo hacen en función de las personas con las que conviven y de las actividades que con ellas realizan: están contentos con el personal, del que valoran especialmente el trato diligente y amable recibido, y se sienten felices de tener cerca a otras personas mayores con las que convivir. Si los residentes de Benetusser condicionan su satisfacción con el centro a los aspectos materiales, los residentes de Guanabacoa (además de en esos elementos, que tampoco desprecian), ponen el acento en las ventajas vitales y sociales que les aporta la institucionalización: la convivencia, la solidaridad, el compartir y construir conjuntamente. De este modo, en Guanabacoa se percibe un ambiente dinámico, alegre y comunitario que no transmite Benetusser, donde cada uno parece vivir su vida de forma aislada en el seno de un colectivo de personas con las que simplemente se comparte un espacio amplio y cómodo. En contraste, en Guanabacoa se percibe como se ha ido conformando entre los residentes una identidad común y un compromiso personal con el Hogar, lo que provoca que sus integrantes se muevan por intereses comunes y compartan algo más profundo y vital que el mero espacio físico¹⁷³.

La opinión sobre el entorno cercano a los centros es también muy similar: los dos grupos de residentes valoran positivamente sus respectivos municipios, aunque esta percepción presenta matices diferentes. La gran

¹⁷³ Los residentes de Benetusser, beneficiados por unas mejores instalaciones y servicios, consideran la necesidad de compartir los espacios como un mal necesario a cambio de los otros servicios recibidos, mientras que los del Hogar de Guanabacoa, mayoritariamente consideran la convivencia como una circunstancia fundamental, positiva, deseable y necesaria para su satisfacción. En esta forma diferente de interpretar la interacción con el otro, influyen tanto los aspectos más profundos del carácter y cultura cubana, como también la actividad desarrollada al respecto por el personal, que sistemáticamente organiza actividades para la integración de los residentes y para el fomento de las buenas relaciones.

ventaja de la Residencia de Benetusser se basa en que está ubicada en el centro del pueblo, con lo que los desplazamientos y el acceso a todos los servicios del municipio son muy fáciles para los ancianos y ancianas. La posibilidad de que los familiares y amigos visiten a los residentes también es aquí mayor, pues a las facilidades de acceso, se une la mayor disponibilidad de recursos y medios de transporte de las familias españolas¹⁷⁴. Sin embargo, al margen del Hogar del Jubilado, que los residentes apenas utilizan, y de los servicios y comercios de la localidad, comunes para toda la población (mercado, CAP, comercios, etc.), Benetusser no cuenta con recursos y alternativas específicamente destinadas a los mayores, lo que dificulta la integración de los residentes en la localidad a la que, en general, no pertenecían con anterioridad al ingreso¹⁷⁵.

En Guanabacoa la distancia al casco urbano (aproximadamente 3 Km.) y la escasez de medios de transporte, públicos y privados, dificulta en extremo la movilidad espacial de los residentes, a la vez que también limita el número de visitas por parte de familiares y amigos. Sin embargo, las distintas instituciones de la localidad tratan de mantener la vinculación con el centro, para lo que organizan diferentes actividades que permiten la interacción entre los residentes y los habitantes del pueblo, del que la gran mayoría proceden. Estas actividades estimulan el contacto familiar e intergeneracional y evitan el desarraigo de los ancianos y ancianas institucionalizados. Esta forma tan diferente de plantear la relación entre la residencia y la sociedad local, es otro de los factores que refuerza el grado de satisfacción o de distanciamiento que experimentan los residentes respecto a su centro: pese a su centralidad geográfica, la Residencia de Benetusser es una institución aislada de la localidad en la que se ubica y entre ambas no existe la más mínima interacción, mientras que en contraste, el Hogar de Guanabacoa es una institución integrada en el municipio, con el que mantiene un nivel más que aceptable de vinculación y compromiso. Mediante esta forma de

¹⁷⁴ No obstante debe tenerse en cuenta que son muy pocos los familiares que viven en el municipio donde está situada la Residencia.

¹⁷⁵ La procedencia de cada uno de los residentes puede consultarse en el capítulo donde se describe cada uno de los centros.

entender el cuidado a las personas mayores institucionalizadas, no sólo se evita la desvinculación entre ancianos y sociedad, sino que mejora la percepción de los mayores sobre su situación de institucionalización, lo que redundará en una sensible mejora del nivel de satisfacción y calidad de vida al respecto.

Las coincidencias en la valoración positiva que hacen hombres y mujeres son muy amplias en ambos contextos y concuerdan plenamente con las ideas ya expuestas. De hecho, estas coincidencias son tan estrechas que incluso hallamos paralelismos en las quejas: tanto los hombres de Guanabacoa como los de Benetusser destacaban haber perdido cierta independencia y sensación de libertad con el ingreso, y les incomodaba tener que ajustarse a los horarios y pautas de convivencia del centro; aunque ninguno decía sentir que esta circunstancia fuese muy significativa, los varones de Benetusser se mostraban más vehementes en su queja. Por su parte, las mujeres de ambos entornos reconocían la falta de intimidad y se mostraban susceptibles hacia las críticas de las demás, aunque esta queja fue manifestada con más frecuencia en Benetusser. También se observa una mayor disposición a salir fuera del Hogar por parte del conjunto de los residentes cubanos, en especial los varones, actitud que permite una mayor interacción con su entorno próximo, mayor conocimiento de la zona y posibilita mayores tasas relacionales, circunstancia que no referían los españoles.

▪ ESPACIO RELACIONAL

Uno de los aspectos más apreciados por las personas que viven en las residencias de tercera edad son las visitas que reciben de sus familiares y amigos más cercanos y las nuevas relaciones que establecen con los compañeros de la institución. Respecto de esta '*vida relacional*' hemos encontrado enormes diferencias entre los residentes de uno y otro centro, lo que nos lleva a valorar mucho más positivamente este determinante de la

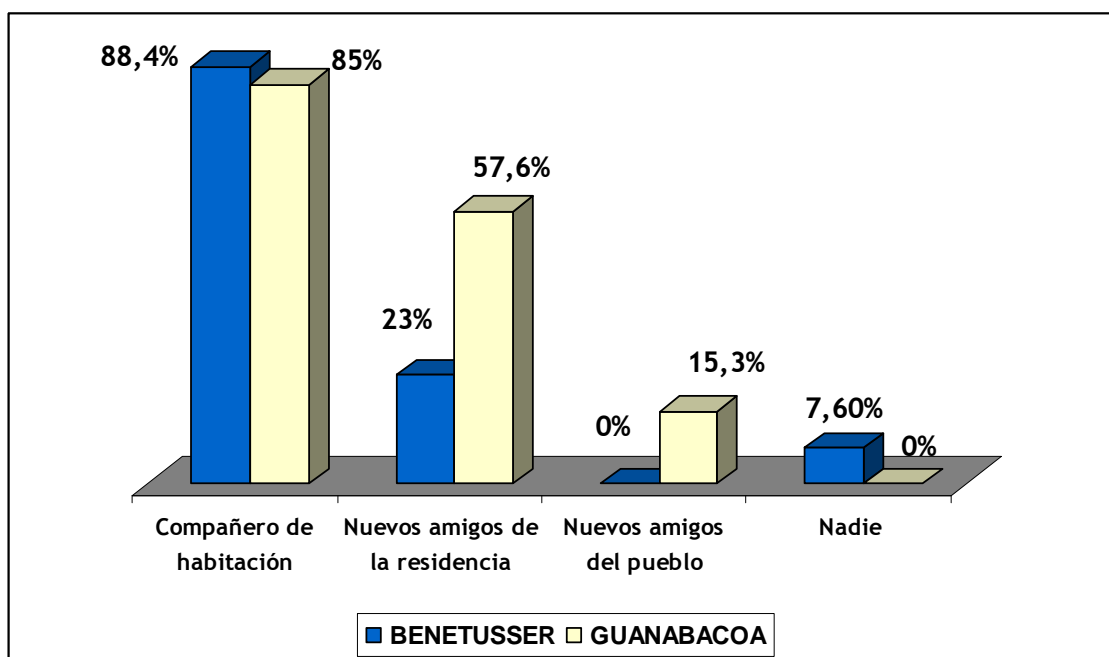
calidad de vida en el Hogar de Guanabacoa que en la Residencia de Benetusser.

En el Gráfico 12.9 de la página siguiente, que muestra las relaciones que los residentes establecen con las personas con las que conviven a partir del momento de su institucionalización (relaciones que, genéricamente, hemos denominado de '*carácter social*'), se observa un estrecho paralelismo en el número de contactos que los residentes de ambos centros establecen con sus compañeros de habitación (88% y 85% respectivamente). En los dos casos, este es el tipo de relación mantenido con más frecuencia. Pero si bien no hay diferencias a este nivel, las desigualdades son en cambio muy importantes cuando se computan las relaciones que los residentes entablan con otras personas del centro. Al hecho de que hasta un 7% de los residentes de Benetusser no mantienen ningún tipo de relaciones dentro del centro, circunstancia que no se da en Guanabacoa, se añade la evidencia de que sólo uno de cada cuatro residentes se relaciona con alguien más que con su compañero de habitación. En contraste, casi un 73% de los residentes cubanos establecen y desarrollan relaciones ricas variadas con el resto sus compañeros residentes, trabajadores o personas del pueblo, lo que a tenor de los comentarios vertidos en las entrevistas, les aporta un alto grado de felicidad y satisfacción.

Estas diferencias no sólo siguen manteniéndose cuando se comparan las relaciones del colectivo de hombres y mujeres por separado, cuyos datos comparativos se muestran en los Gráficos 12.10 y 12.11, sino que se acentúan de manera muy significativa, a tenor de los diferentes patrones relacionales que unos y otras desarrollan. Como puede comprobarse en el Gráfico 12.10, la vida relacional de los hombres dentro de la Residencia de Benetusser es muy pobre, pues se reduce exclusivamente al contacto con su compañero de habitación. A diferencia de sus homónimos (que han hecho un número importante de relaciones nuevas en el Hogar y también en el pueblo), los varones de Benetusser muestran un comportamiento muy introvertido y ninguno reconoce haber hecho nuevas amistades ni en la residencia ni en el pueblo desde su institucionalización, a la vez que un porcentaje significativo

de ellos (al margen del contacto ocasional con su familia que posteriormente analizaremos), señala que carece de relaciones sociales, tanto dentro como fuera de la Residencia.

GRÁFICO 12.9: BENETUSSER VS. GUANABACOA: RELACIONES DE CARÁCTER SOCIAL.

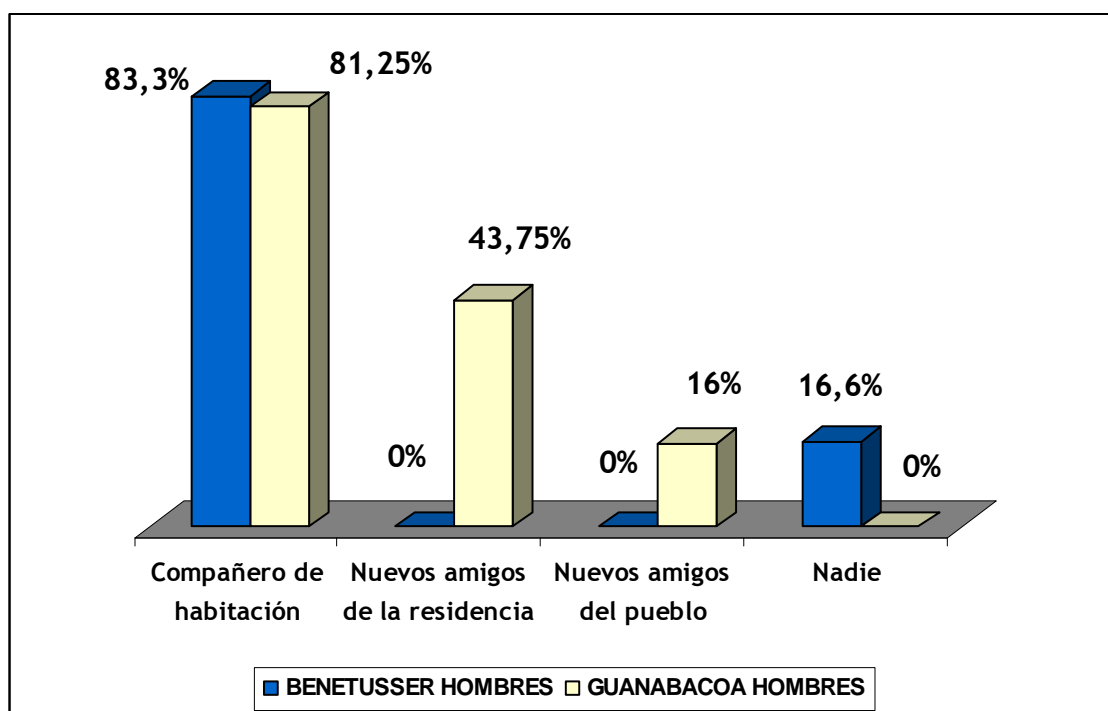


Fuente: Elaboración propia

En cambio, tanto las mujeres españolas como las cubanas mantienen una vida relacional mucho más rica y satisfactoria que los hombres. Contrariamente a lo que ocurre con estos, que adquieren un comportamiento relacional más introvertido tras el ingreso en la residencia, las mujeres parecen “floreecer” con la institucionalización, aumentando considerablemente el número y variedad de relaciones en el nuevo espacio. Este hecho, nos permite aseverar que, si la vida relacional de los residentes de Benetusser dentro del centro es en general escasa, lo es todavía más en el caso de los hombres, pues todas las mujeres mantienen relación con sus compañeras de habitación y un número importante (44,4%) han hecho además cierta amistad con otras personas de la Residencia.

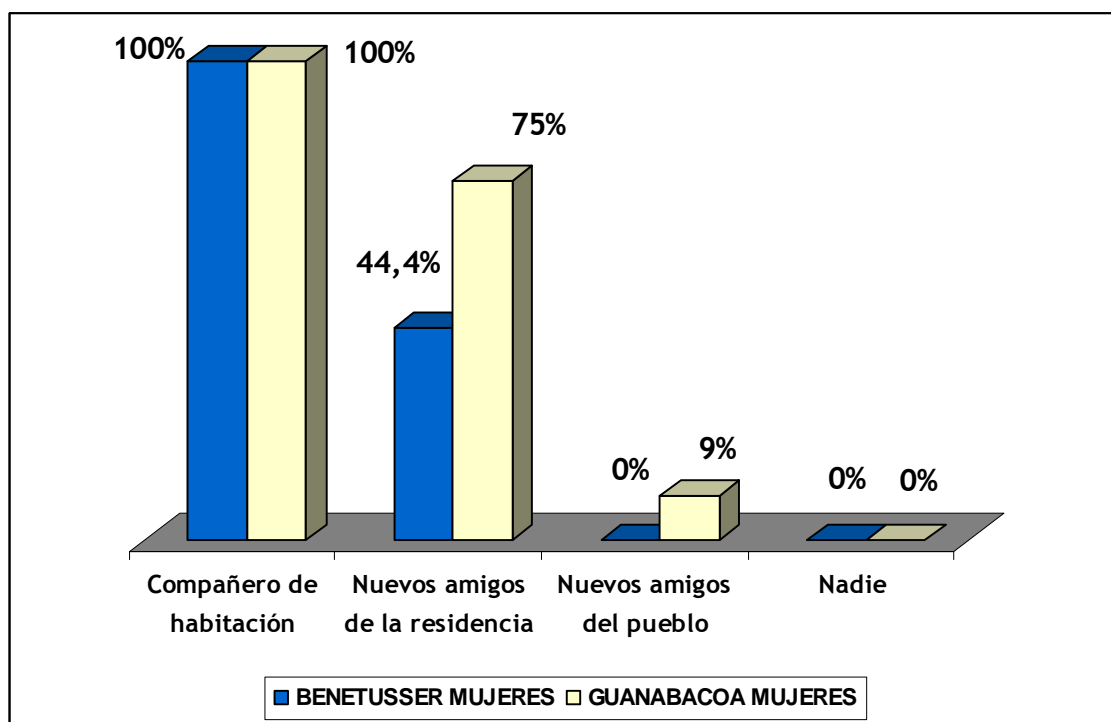
Esta situación de mayor riqueza relacional de las mujeres se incrementa notablemente en el caso de Guanabacoa. Allí, las mujeres, además de superar ampliamente a las de Benetusser en el número de relaciones que entablan con otras residentes del Hogar (75% frente al 44.4% de las de Benetusser), poseen una red de relaciones más diversificada, ya que tras su institucionalización, inician también relaciones con otras personas externas a la residencia. Por su parte, también los hombres cubanos establecen relaciones ricas y variadas con diferentes colectivos (compañeros de habitación, compañeros de la institución y personas ajenas a la residencia), circunstancia que no se produce en Benetusser. Este mayor índice relacional de los residentes cubanos tiene sin embargo acentos diversos: mientras que las mujeres entablan sobre todo relaciones con personas del entorno residencial (nuevos amigos/as de la residencia), los hombres se relacionan más a menudo que ellas con otras personas ajenas al centro (16% los hombres y 9% las mujeres).

GRÁFICO 12.10: BENETUSSER VS. GUANABACOA: RELACIONES SOCIALES DE LOS HOMBRES.



Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 12.11: BENETUSSER VS. GUANABACOA: RELACIONES SOCIALES DE LAS MUJERES.

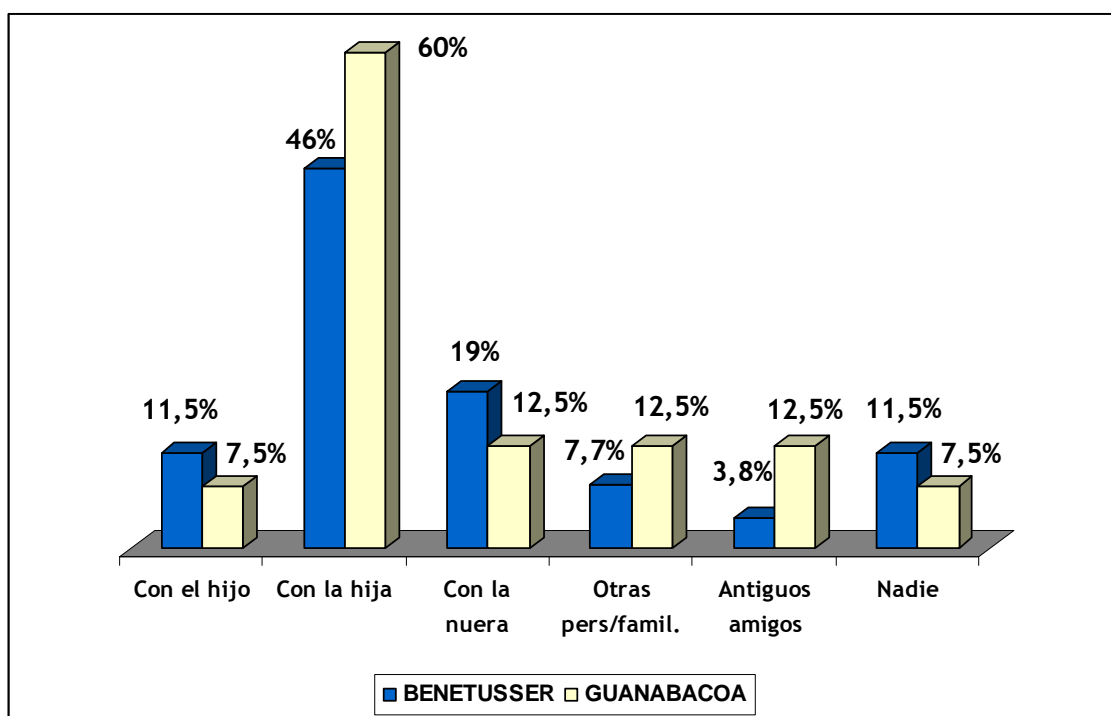


Fuente: Elaboración propia

A la vista de la mayor y más variada interacción social que desarrollan los residentes de Guanabacoa, podemos afirmar que el conjunto de éstos en general, y en especial las mujeres, obtienen una mayor satisfacción con la vida relacional que los de Benetusser. Esta afirmación no se basa exclusivamente en el número de relaciones establecidas, sino también en la diversidad de las mismas. Los residentes del Hogar 13 de Marzo establecen contactos que para ellos son significativos y gratificantes tanto con el personal del centro como con residentes de otros centros con los que esporádicamente comparten actividades. Esto, en sus propias palabras, les llena de alegría y les mantiene ilusionados en espera del próximo encuentro. Los residentes de Benetusser, por el contrario, dicen no hallar relaciones satisfactorias dentro de la Residencia y tampoco las obtienen fuera del centro, pues éstas se limitan a meros encuentros sociales sin vinculación emocional, reduciendo prácticamente toda su satisfacción a los contactos con sus familiares, personas ajenas al vivir diario del centro. Por ello, y aunque algunos mantienen un contacto frecuente con éstos, la brevedad y cada vez mayor ocasionalidad de las visitas suele generar insatisfacción.

Estas relaciones que hemos denominado de ‘intimidad’, y que los residentes establecen por medio de las visitas muestran unos resultados muy similares a los observados para las relaciones de carácter social: contactos en general insuficientes, aunque mejores resultados para los residentes de Guanabacoa. El siguiente Gráfico 12.12 (y los gráficos anexos 12.a1 y 12.a2, al final del capítulo), muestran la comparación de los mismos entre ambos centros. En el primero de los gráficos se presenta un análisis de carácter general para todos los residentes, mientras que los dos siguientes detallan las relaciones diferenciándolas según sexo.

GRÁFICO 12.12: BENETUSSER VS. GUANABACOA: RELACIONES DE INTIMIDAD.



Fuente: Elaboración propia

Como se observa en el gráfico 12.12, la familia es el principal vínculo entre los residentes y la sociedad exterior. Las visitas de los hijos son la manera más importante de mantener este vínculo y aunque los residentes de Guanabacoa mantienen un mayor número de contactos con sus descendientes (67,5%) que los de Benetusser (57,5%), en ambos centros son las hijas las protagonistas del mayor número de visitas. También en ambos la relación con

la nuera aparece como el segundo tipo de relación más frecuente (superior en el caso de Benetusser). Estos tres parientes (hija, nuera e hijo) son los que proporcionan a los residentes la inmensa mayoría de sus relaciones con el exterior, aunque son las mujeres las que llevan a cabo el mayor número de visitas. De hecho, las nueras, por su condición de mujeres, asumen el papel que deberían jugar los hijos, circunstancia especialmente significativa en el contexto de España que no ocurre tan marcadamente en Cuba. Parece aquí repetirse una especie de '*compromiso*' socialmente atribuido a las mujeres: son ellas las que asumen la mayor carga en el cuidado de los padres o suegros cuando éstos envejecen y aún viven en el domicilio (propio o con los hijos), y es también sobre ellas, sobre las que recae la '*obligación*' de visitarlos cuando pasan a vivir en una residencia de tercera edad.

Más allá de estos paralelismos, cabe destacar que un 12.5% de los residentes de Guanabacoa mantienen también relaciones con amigos íntimos u otras personas de su familia (en especial con los nietos), mientras que este porcentaje se reduce a casi la mitad en Benetusser (7.7%), donde se detecta un significativo porcentaje de residentes que no recibe visita alguna, lo que parece indicar una situación de mayor aislamiento. Por otra parte, respecto del análisis diferenciado por sexos (mostrado en los Gráficos anexos 12.13 y 12.14), basta decir que muestra un patrón muy similar a los datos ya explicados para el conjunto de los residentes con una única diferencia: en Benetusser hay más hombres que mujeres que dicen no recibir ninguna visita de familiares y amigos, mientras que la situación es inversa en Guanabacoa.

No puede suscitar muchas dudas reconocer la satisfacción relacional de los cubanos frente a la escasa satisfacción, o incluso la insatisfacción, mostrada por los españoles en el entorno de las residencias de ancianos. Al mayor número y diversidad de contactos que mantienen los primeros dentro y fuera del centro, se une la acción específica de algunos trabajadores que tratan de estimular y potenciar los lazos amistosos entre los residentes, así como la mayor calidad y satisfacción que estas relaciones producen según revelan los propios mayores. Una prueba más de esta satisfacción es el '*deseo*' mostrado por casi todos ellos de mantener relaciones con otras

personas, lo cual encaja perfectamente el modelo de '*Cultura de la Actividad*' descrito y que impregnan de dinamismo todas las esferas de la vida en el centro y permiten aceptar y sobrellevar mejor las experiencias que el envejecimiento '*institucionalizado*' plantea. En contraste, la mayor parte de los residentes de Benetusser, manifiesta sentirse poco interesado en hacer nuevas amistades o en relacionarse con alguien más que no sea su propio compañero, que no '*amigo*', de habitación. También esta introversión parece encajar perfectamente con el otro modelo descrito, la '*Cultura de la Dependencia*', pues muchos de los residentes españoles no desean hacer nuevas amistades, y tan solo se lamentan por las pocas veces que vienen a verlos sus hijos, a los que desearían tener casi constantemente al lado.

▪ OCUPACIÓN DEL TIEMPO

Posiblemente uno de los elementos que más influyen en la superior satisfacción y calidad de vida que hemos hallado en los residentes de Guanabacoa guarda relación con la ocupación del tiempo. La escasa oferta formal de actividades en Benetusser y la pasividad y desinterés con que el personal aborda la gestión y ocupación del tiempo de los residentes a lo largo del día, provocan una sensación generalizada de pasividad y aburrimiento que a menudo se proyecta en forma de introversión y de molestias físicas (dolor, visitas al médico, quejas, etc.). En contraste, en Guanabacoa, la oferta de actividades es tan amplia, y el estímulo que los residentes reciben por parte del personal para participar en las mismas tan importante, que probablemente de esta dinámica ha surgido en el centro la '*Cultura de la Actividad*' citada, generando esa disposición tan participativa y que parece resultar tan beneficiosa para la satisfacción con la vida institucionalizada. Por otra parte, muchas de las actividades desarrolladas a diario en este Hogar cubano, contribuyen significativamente a mejorar la salud de los residentes, pues además de potenciar los aspectos físicos, incrementan sus relaciones y contactos de carácter social, contribuyen a desarrollar y mejorar las

relaciones intergeneracionales, a la vez que suponen una fuente ocasional de financiación¹⁷⁶.

La comparación de los datos sobre el número de actividades y de participantes a lo largo del día en uno y otro centro no deja lugar a dudas. El Gráfico 12.13 de la página posterior, muestra estos resultados para el total de residentes de cada institución y se observa como los residentes de Guanabacoa realizan diariamente muchas más actividades que los de Benetusser y, por lo general, con un mayor nivel de participación¹⁷⁷. Con excepción del *'paseo'*, la *'lectura'* y el *'aseo de la habitación'* (valor este último que puede estar favorablemente polarizado hacia Benetusser, a tenor del mayor número de mujeres en el centro y la vinculación hallada entre las mujeres y la realización de esta actividad en ambos centros), los residentes de Guanabacoa son mucho más activos que los de Benetusser en el resto de actividades descritas¹⁷⁸.

Las actividades que los ancianos y ancianas realizan en la Residencia de Benetusser tienen mayoritariamente un carácter informal; salvo la gimnasia y el Taller de la Falla, ninguna de ellas forma parte de una programación ofertada por el centro y se realizan como opción personal de cada residente. Además de estas dos alternativas y de ver la TV, es difícil encontrar a dos residentes compartiendo una actividad, pues salen solos a comprar, al banco, al médico, a pasear, etc. Este planteamiento no contribuye a fomentar las relaciones ni a hacer que las actividades se conviertan en una alternativa

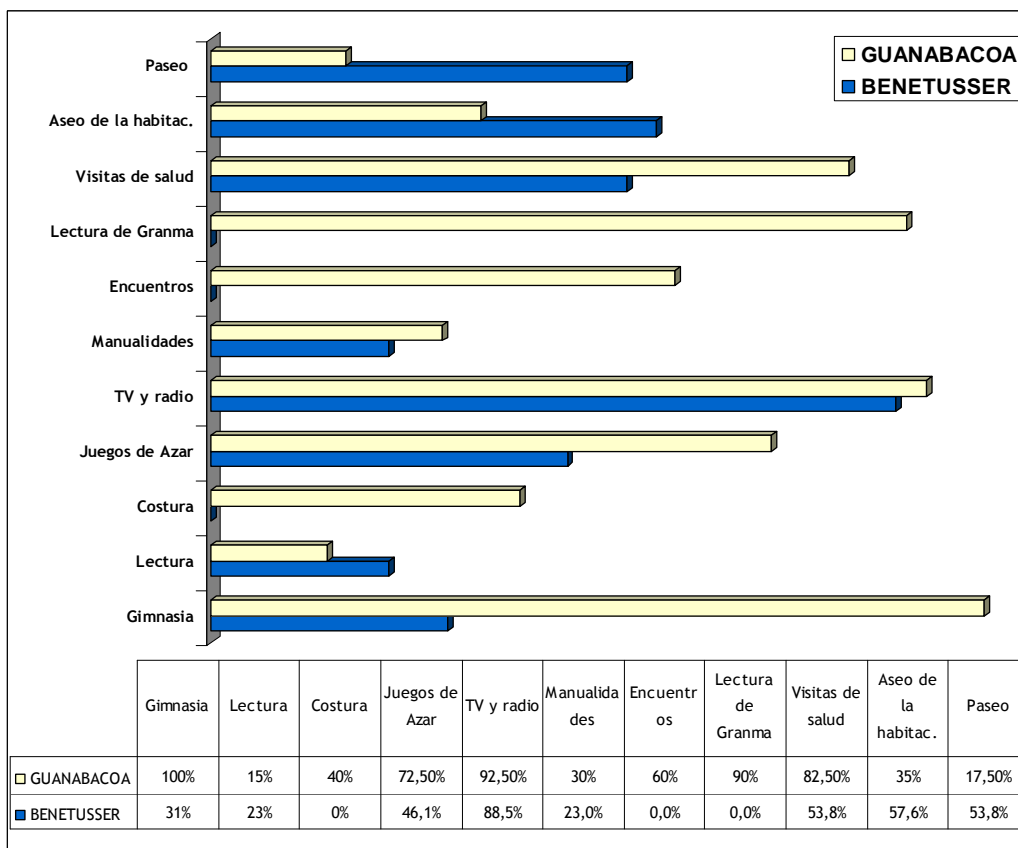
¹⁷⁶ Estas circunstancias, y también la elevada oferta de otras actividades a lo largo del día, evitan a los residentes cubanos la *'tentación'* de tomar las visitas médicas como una *'alternativa de ocio'*.

¹⁷⁷ Los residentes de Benetusser son ampliamente superados por los de Guanabacoa en casi todas las actividades, y aunque algunas de ellas son realizadas por un porcentaje de personas mayor en Benetusser que en Guanabacoa, las diferencias para estos casos son escasas y poco trascendentes, pues aunque hay más residentes que ocasionalmente pasean en Benetusser, hay muchísimos más que hacen ejercicio físico sistemática y diariamente en Guanabacoa. Por su parte, las mujeres, aunque son bastante más activas que los varones y las diferencias con sus homónimas cubanas no son tan significativas, también se quedan atrás respecto de la mayor parte de actividades (salvo el paseo y los juegos de azar), como puede verse en los gráficos 12.14 y 12.15.

¹⁷⁸ Resulta chocante el hecho de que los residentes de Guanabacoa superen a los de Benetusser en la actividad *'ver la TV'* y *'oír la radio'*, sin embargo, éstas son actividades formalmente establecidas en el centro y limitadas a unas pocas horas, a las que los residentes acuden sistemáticamente y de manera programada por el personal, contribuyendo a arrojar un cómputo muy elevado de participación, mientras que en Benetusser ésta es una actividad opcional, que pese a ocupar un número muy considerable de horas a lo largo del día no queda *'formalmente'* registrada.

deseable y divertida, lo que provoca que la opción de sentarse diariamente durante varias horas delante del televisor sea más habitual en la mayoría. Muy pocos dicen sentir satisfacción con estas escasas propuestas y, aunque también algunos manifiestan que la mejor opción es ‘no hacer nada’ y que ‘para eso están en el centro’, los que desean entretenerse durante el día reconocen sentir aburrimiento y cansancio. Los residentes siempre están esperando algo (la visita de un familiar, la comida, un programa de la TV...) y por eso el tiempo percibido parece mayor que el cronológico. Esta dinámica de pasividad, provoca la percepción de que los días son largos, tediosos, vacíos de contenido y suele acabar transformándose en insatisfacción, haciendo que muchos residentes de Benetusser se dediquen a preocuparse desmedidamente de sus problemas de salud y de soledad y contribuyendo a reafirmar las situaciones de ansiedad, depresión, culpa y dependencia.

GRÁFICO 12.13: BENETUSSER VS. GUANABACOA: OCUPACIÓN DEL TIEMPO PARA EL CONJUNTO DE RESIDENTES.



Fuente: elaboración propia

Contrariamente, en el Hogar de Guanabacoa la oferta formal de actividades en el marco del Programa de Ocio Activo es muy amplia y variada. Muchos residentes participan activamente en la propuesta y mantenimiento de algunas de ellas, mientras que otras son sistemáticamente fomentadas por los trabajadores del centro. Gran parte de la elevada participación de los residentes se debe sin duda a la labor del personal responsable de la organización y desarrollo de las actividades, pues con frecuencia animan a los residentes a que elijan alguna actividad y se esfuerzan en facilitar que todos puedan participar en los actos que se organizan en el Hogar (con especial dedicación a aquellos que tienen mayores problemas de dependencia). De este modo, mientras que en Benetusser se ha generado una actitud pasiva y de abandono hacia la realización de tareas, en Guanabacoa se fomenta la asunción de roles y la realización de actividades que puedan estimular la sensación de mantenerse ‘activo’, palabra fetiche para la mayor parte de los ancianos y ancianas válidos del Hogar 13 de Marzo. Como se ha dicho, resulta fácil comprobar cómo la participación en actividades contribuye a mejorar la satisfacción de los residentes. Este extremo no sólo optimiza el uso del tiempo a lo largo del día, sino que tanto la actividad física y mental, como la mayor interacción social que comporta la realización conjunta de actividades, contribuyen a que los residentes se sientan mejor de salud, mantengan sus capacidades funcionales, mejoren las relaciones personales y, en definitiva, se sientan más felices y satisfechos, no sólo con el Hogar, sino consigo mismos. Las actividades diarias tienen además un efecto muy importante a nivel individual y colectivo entre las personas mayores: contribuyen a que muchos residentes vuelvan a desempeñar roles activos que habían abandonado, y se han revelado como un detonante del ‘empowerment’¹⁷⁹ personal y grupal, que genera enormes beneficios para los residentes y para la vida en la institución.

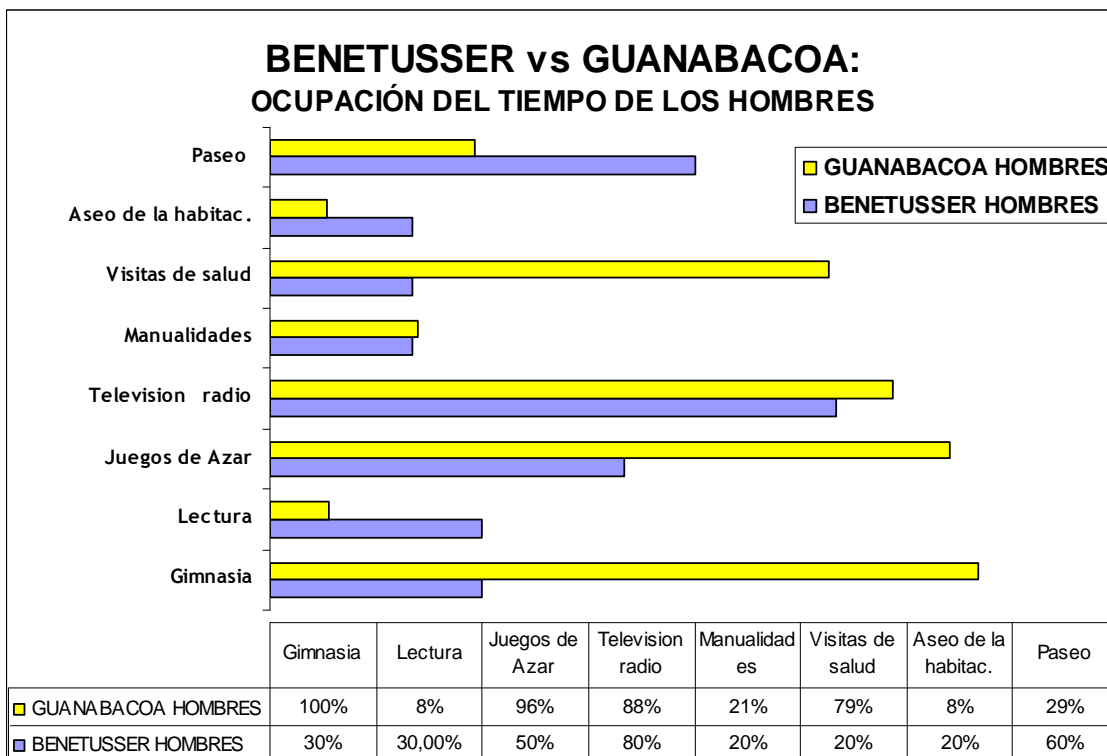
El análisis comparativo entre sexos aporta datos poco relevantes, y evidentemente se repite la mejor valoración y satisfacción sobre la ocupación

¹⁷⁹ Como ya se ha descrito en otro capítulo, el ‘empowerment’, hace referencia a la necesidad de revalorizar a las personas mayores y acabar con el mito de ‘vejez = dependencia’ e incapacidad, lo que se traduce en estimular a que la persona mayor continúe desarrollando los roles para los que esta capacitado.

el tiempo de los hombres y mujeres de Guanabacoa. La distribución de las actividades en función del sexo, puede consultarse en los Gráficos 12.14 y 12.15. Realizando un sencillo ejercicio matemático para calcular cuánto aportan hombres y mujeres al total de actividades realizadas en cada uno de los centros¹⁸⁰, comprobamos que, en Benetusser, las mujeres realizan un 14% más de actividad que los hombres (57% de las actividades las hacen mayoritariamente las mujeres y los hombres un 43%), mientras que en Guanabacoa, esta diferencia apenas alcanza el 7%, lo que da idea de una situación más equilibrada (53% y 46% respectivamente). Aunque estas diferencias no son muy amplias, permiten reconocer una superior actividad femenina en ambos entornos. Ellas son quienes más asean su habitación, consultan más al médico, realizan más manualidades y ven más la TV, mientras que los hombres destacan en la práctica de los juegos de azar y en pasear fuera del centro. La única actividad en la que aparecen diferencias entre ambos centros es la lectura: principalmente masculina en Benetusser y mayoritariamente femenina en Guanabacoa. Más allá de estos detalles particulares, el mayor índice de actividad general y la mayor capacidad relacional atribuidas a las mujeres, parecen aportarles mayor grado de satisfacción a este nivel que a los hombres.

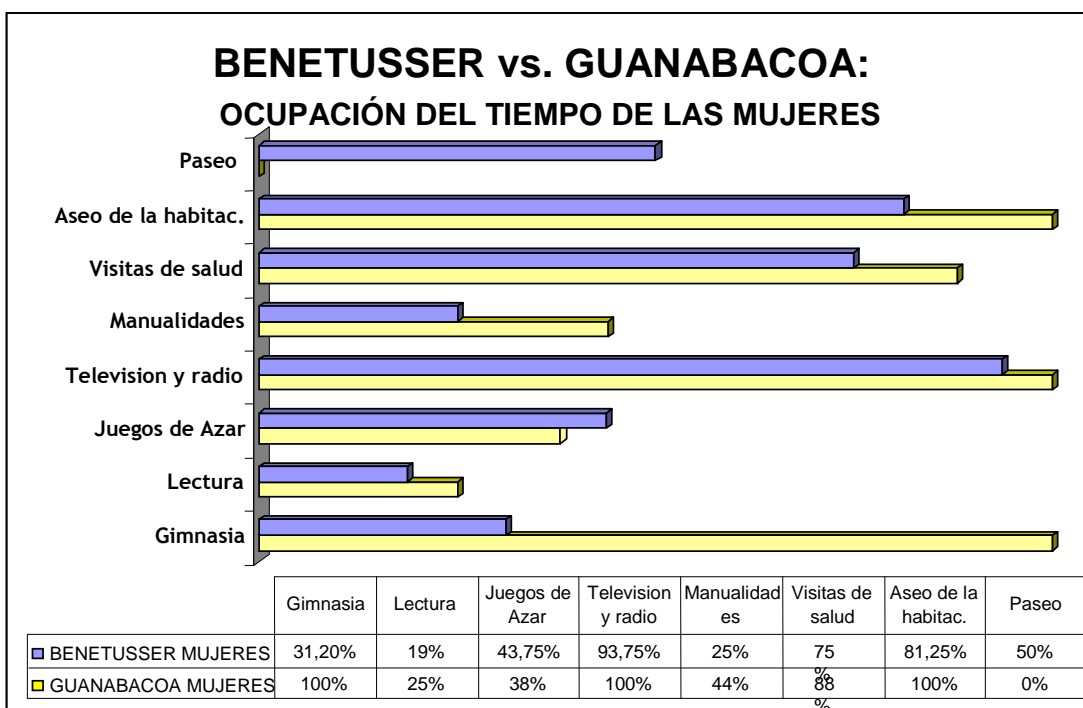
¹⁸⁰ Para calcular estos datos, hemos sumado el porcentaje de participación en cada una de las diferentes actividades (especificados en los gráficos citados) y se obtiene un valor de 728 puntos en Benetusser, 310 de los hombres más 419 de las mujeres, frente a 924 puntos en Guanabacoa, 429 de los hombres y 495 de las mujeres, lo que corrobora el hecho referido hacia la mayor satisfacción en Benetusser.

GRÁFICO 12.14: BENETUSSER VS. GUANABACOA: OCUPACIÓN DEL TIEMPO DE LOS HOMBRES.



Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 12.15: BENETUSSER VS. GUANABACOA: OCUPACIÓN DEL TIEMPO DE LAS MUJERES.

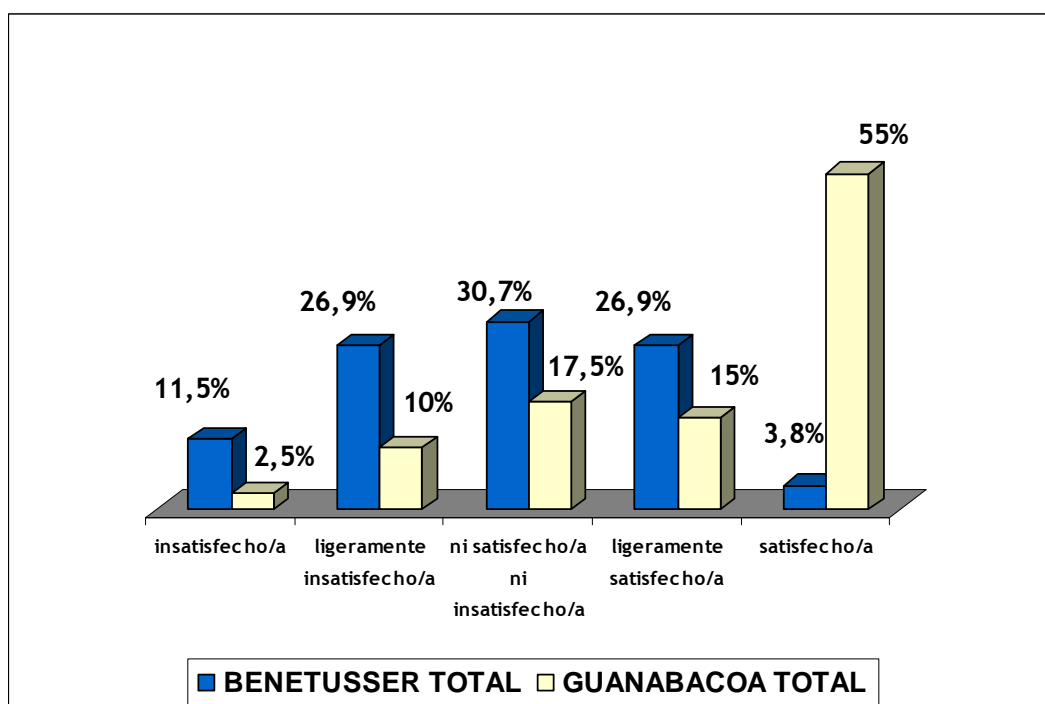


Fuente: Elaboración propia

▪ **SATISFACCIÓN CON LA VIDA**

El factor denominado ‘satisfacción con la vida’ es una variable controvertida en el análisis de la calidad de vida. Los elementos que la conforman incluyen una multiplicidad de aspectos que van desde la institucionalización, el carácter del individuo, la salud, la situación económica, las vivencias personales, etc., y pueden ejercer una gran influencia en la valoración que de su vida haga un individuo. A la vez, su carácter retrospectivo y tan relacionado con los aspectos subjetivos de otros componentes ya valorados en este estudio, nos hacen reiterar aquí la cautela ya aludida sobre el carácter ‘aglutinador’, más que ‘predictor’, de esta variable. No obstante, la escala SWLS utilizada, recoge una percepción subjetiva de la vida muy influenciada por la situación en que vive la persona en el momento en que realiza el test, y por ello los resultados se correlacionan bastante directamente con la vida que los ancianos y ancianas llevan en los centros estudiados. El gráfico 12.16 muestra los resultados de este cuestionario SWLS para ambos contextos.

GRÁFICO 12.16: BENETUSSER VS. GUANABACOA: SATISFACCIÓN CON LA VIDA SEGÚN LA ESCALA SWLS.

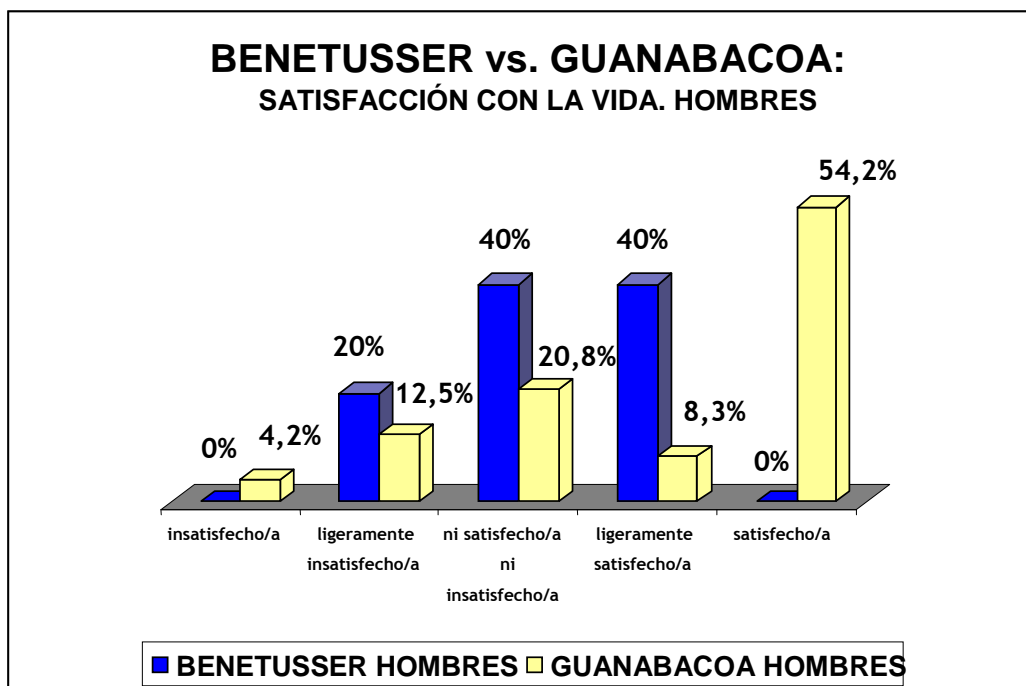


Fuente: Elaboración propia

Una simple visión del gráfico 12.16 revela con claridad la mayor satisfacción con la vida percibida por los residentes de Guanabacoa: en el caso cubano, la mayoría de los residentes se sienten satisfechos (55%), siendo muy pocos los insatisfechos (2,5%); en contraste, en el caso de Benetusser son muy pocos los residentes satisfechos (3,8%) y bastantes más los insatisfechos (11,5%). Por otra parte, frente a ese evidente posicionamiento hacia la satisfacción de los residentes cubanos, la gran mayoría de los residentes de Benetusser, casi un 85%, se sitúan en una especie de ‘limbo’ al respecto de la satisfacción: no están ‘*ni satisfechos ni insatisfechos*’, o sólo se manifiestan ‘*ligeramente satisfechos*’ o ‘*ligeramente insatisfechos*’, posturas que en Guanabacoa son claramente minoritarias.

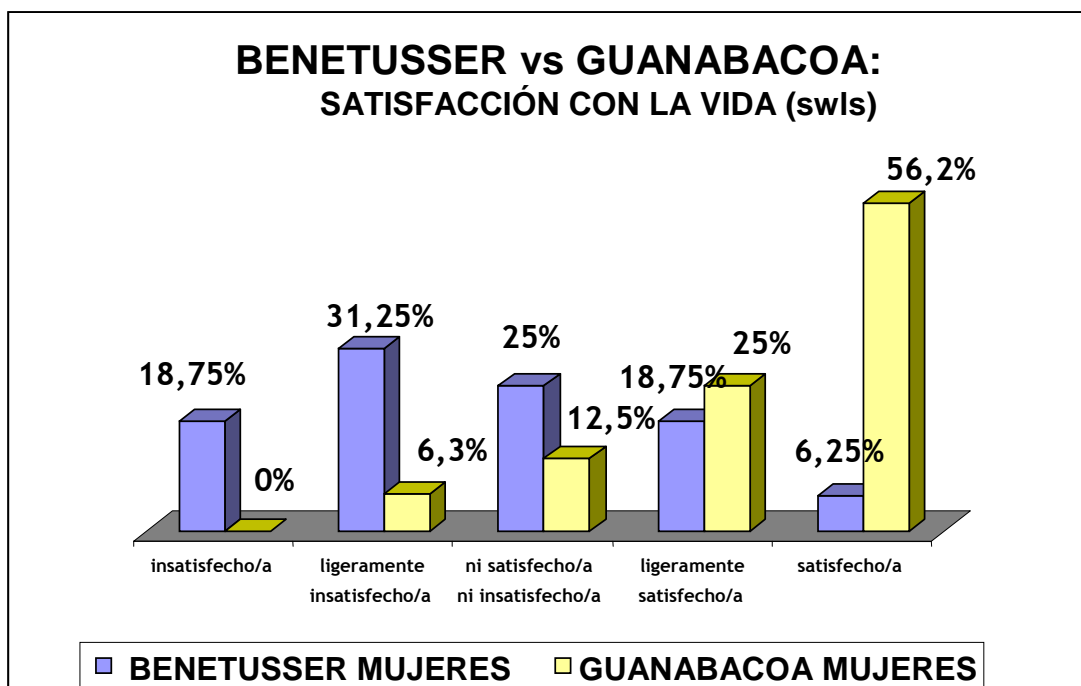
El análisis pormenorizado por sexos, que se presenta en los gráficos 12.17 y 12.18 también revela datos interesantes. Las diferencias entre los dos colectivos de hombres son muy evidentes: mientras los varones cubanos se sienten claramente satisfechos (54,2%), los españoles se sitúan sin excepción en los 3 estadios centrales de la escala (100%). De esta manera, podemos afirmar que ese ‘limbo’ al que nos referíamos hace un momento al hablar de la satisfacción con la vida, es fundamentalmente masculino (100%) y español. Aunque algunos varones cubanos también se posicionan en esos lugares de satisfacción más ‘plana’, lo hacen en una proporción muy inferior (sólo un 41,6%). Por otra parte, aunque igualmente las mujeres españolas se agrupan mayoritariamente en esa posición neutra (75%), a la vez, un porcentaje significativo (25%) expresa una postura más netamente definida de satisfacción o insatisfacción (18% y 6% respectivamente).

GRÁFICO 12.17: BENETUSSER VS. GUANABACOA. SATISFACCIÓN CON LA VIDA DE LOS HOMBRES SEGÚN SWLS.



Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 12.18: BENETUSSER VS. GUANABACOA. SATISFACCIÓN CON LA VIDA DE LAS MUJERES SEGÚN SWLS.



Fuente: Elaboración propia

En las entrevistas realizadas a los residentes de uno y otro centro, éstos contaban que sus vidas han sido felices y se sienten, en general, satisfechos. Esta percepción también aparece reflejada en los datos recogidos mediante el cuestionario SWLS en el Hogar de Guanabacoa, mientras que los cuestionarios de la Residencia de Benetusser no muestran tanta coherencia con los balances vitales expresados en las entrevistas. Los elementos que determinan el nivel de satisfacción de los residentes son variados, pero los más nombrados en sus entrevistas son el estado de salud y la capacidad funcional asociada al mismo y a la capacidad para hacer las cosas por sí mismos, la relación y contacto con la familia (motivo importante de satisfacción o insatisfacción) y con otras personas cercanas, y la existencia o no de ilusiones, deseos y perspectivas de futuro. Entre estos elementos los más determinantes parecen ser la satisfacción con la salud y la capacidad funcional, la satisfacción relacional y la ocupación satisfactoria y plena del tiempo. En todos ellos, el Hogar de Guanabacoa supera al de Benetusser por enormes diferencias.

La atención a la salud recibida en el propio centro, la posibilidad de elegir y realizar un gran número de actividades a lo largo del día, y la relación agradable y frecuente con otras personas de características y situaciones sociales similares, son elementos que justifican la mayor satisfacción con la vida de los residentes de Guanabacoa. También la mayor adecuación entre las expectativas imaginadas sobre la vida en la institución y las realmente encontradas, se manifiesta como un elemento determinante del elevado grado de satisfacción detectado en el Hogar de Guanabacoa, donde todos los residentes reconocían sin excepción que la vida en el centro les aportaba mucho más, y a todos los niveles, de lo que podían obtener en sus domicilios. Tras su institucionalización, los residentes en Guanabacoa obtienen una solvencia absoluta para la satisfacción de todas sus necesidades, circunstancia que, habida cuenta de la escasez económica en la que vivían antes del ingreso, constituía uno de los elementos más limitadores de su satisfacción vital. Esta escasez, que genera una sensación de frustración muy significativa y angustiante para la persona que la padece, se tornaba a menudo en satisfacción al verse solventada tras el ingreso en la residencia.

Los residentes de Benetusser por el contrario, aunque también ven cubiertas sus necesidades básicas con el ingreso en la Residencia, proceden por lo general de una situación de menor precariedad (pensiones económicas más elevadas, mayor disponibilidad de otros recursos sociales, etc.)¹⁸¹. De este modo, la mayoría interpreta su ingreso en el centro como una '*pérdida*' vinculada al '*abandono*' por parte de su familia, a quien hacen responsable de sus cuidados y de su actual situación de soledad y aburrimiento. Si tras la institucionalización, los residentes del Hogar de Guanabacoa tornaban en satisfacción y mejora de la situación personal la posible frustración por tener que abandonar sus hogares, los de Benetusser convierten esas mismas circunstancias en introversión, frustración e insatisfacción, sentimientos que parecen más acusados entre las mujeres que entre los hombres. Ellos se muestran mayoritariamente disconformes con el ingreso y, al igual que las mujeres lo perciben como un '*abandono*', pero también reconocen experimentar cierta comodidad y tranquilidad tras la institucionalización, y manifiestan un estado de conformismo que les lleva a instalarse en '*limbo*' al que hemos hecho referencia, mientras que las mujeres, manifiestan sentirse más frustradas y mucho menos satisfechas.

¹⁸¹ Es evidente que la casuística puede ser muy variada y en muchos casos presentarse en peores condiciones que los residentes de Guanabacoa. Sin embargo, entre los datos recogidos en la Residencia de Benetusser no había ningún residente con antecedentes de indigencia, abandono del hogar familiar, etc.

TERCERA PARTE:

CONCLUSIONES

CAPÍTULO 13: CONCLUSIONES

La comparación de los casos estudiados ha sido fructífera, no sólo porque ha permitido obtener la información que buscábamos, sino porque además ha mostrado otros datos inherentes a la satisfacción y calidad de vida de los residentes que parecían estar ocultos y que a la postre han resultado ser tremendamente significativos. Respecto de estos últimos, se han revelado en primer lugar datos relacionados con el género que evidencian una diferente calidad de vida para hombres y para mujeres dentro del entorno residencial. Por otra parte, también hemos descubierto la presencia de dos ‘*culturas residenciales*’ antitéticas entre los residentes: la ‘Cultura de la Dependencia’ y la ‘Cultura de la Actividad’.

Para abordar estos y otros datos relevantes, nuestras conclusiones se van a presentar a través de 5 apartados diferenciados: conclusiones sobre los test utilizados para medir la calidad de vida; conclusiones respecto de cada una de las variables del estudio; conclusiones sobre la evaluación de la calidad de vida de los 2 casos estudiados; conclusiones sobre las características de sexo y género; y conclusiones sobre las ‘*culturas residenciales*’ anteriormente referidas.

▪ SOBRE LOS CUESTIONARIOS UTILIZADOS

Aunque puede tener trascendencia la utilización de cuestionarios para valorar la capacidad funcional de autonomía básica entre los residentes asistidos (o entre los válidos para corroborar esta calificación), no parece justificado el uso sistemático de cuestionarios para la valoración de la

capacidad instrumental entre los residentes. Su uso está generalmente destinado a medir actividades que los mayores apenas realizan en los entornos residenciados y, por contra, el uso de estas herramientas introduce significativos sesgos. En primer lugar, porque las actividades analizadas no se realizan en presencia del ‘valorador’ (lavar, tomar el autobús, cocinar...), sino que éste toma como resultado ‘objetivo’ la opinión que el residente tenga sobre su capacidad para realizar una determinada tarea. Esta opinión se ve influenciada por muy diferentes circunstancias que son difícilmente controlables. En segundo lugar, introduce también un importante sesgo de género sobre los varones, que son sistemáticamente infravalorados frente a las mujeres cuando se utiliza el Test de Lawton, el más usado en las residencias de los países desarrollados.

- **RESPECTO DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO**

La influencia que cada una de las diferentes variables analizada genera sobre la calidad de vida de los residentes de ambos contextos puede resumirse de la siguiente manera:

- **ESTADO DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA**

- a) El estado de salud es uno de los determinantes de la calidad de vida más significativos para las personas mayores.
- b) Los residentes otorgan una gran importancia a su estado de salud, pero la relación más directa la establecen en base a la vinculación entre ese estado de salud y su capacidad para el desarrollo de las actividades de la vida diaria: ‘valerse por sí mismos’. De este modo, los problemas de salud no suponen un obstáculo importante para percibir una calidad de vida aceptable pero sí las consecuencias asociadas a ellos (limitaciones de movilidad, etc.).

- c) La existencia de síntomas físicos, y en especial el dolor, son también muy determinantes de la sensación de calidad de vida, pero en su control influyen tanto las medidas sanitarias como otros recursos directamente encaminadas a mejorar la satisfacción psicoemocional (relaciones sociales, actividades, autoestima, etc.).
 - d) La existencia de servicio sanitario en el centro genera sensación de tranquilidad y tiene el efecto paradójico de reducir la frecuencia de visitas sanitarias, cuyo número está a menudo más determinado por factores subjetivos que por elementos objetivos relacionados con el estado de salud.
 - e) El estado de salud de los residentes de los dos entornos estudiados es muy similar, y aunque los residentes españoles se ven beneficiados de un sistema sanitario económicamente más poderoso y con una mayor dotación de recursos, los cubanos obtienen otro tipo de beneficios que parecen incidir directamente en su bienestar.
- **CAPACIDAD FUNCIONAL (INSTRUMENTAL) Y CALIDAD DE VIDA**
 - a) La reducción de la capacidad funcional implica valoraciones muy negativas tanto de la salud como de la calidad de vida. Su pérdida interfiere directamente con la sensación de seguridad y autoestima y se percibe como uno de los elementos más desfavorables para la calidad de vida.
 - b) La capacidad instrumental es también un elemento significativo de la calidad de vida, pero pierde trascendencia en el entorno residencial, aunque la experiencia y riqueza en las interacciones sociales previas se manifiestan como elementos determinantes de la mayor capacidad de independencia instrumental en la vejez.
 - c) Los resultados de los test para la valoración de la capacidad funcional no siempre se correlacionan con la percepción subjetiva que los residentes tienen sobre su capacidad para realizar estas

actividades. Las limitaciones percibidas por los mayores válidos, al relacionarse mayormente con la fuerza o la capacidad para realizar estas tareas con rapidez y con sensación de comodidad y seguridad, no impiden que dichos cuestionarios reconozcan las tareas como realizadas.

▪ **SATISFACCIÓN CON EL ENTORNO Y CENTRO Y CALIDAD DE VIDA**

- a) Las condiciones materiales y estructurales de la residencia, así como la limpieza, iluminación y espacio, son los elementos más apreciados por los mayores.
- b) Los residentes de Benetusser tienen una gran opinión sobre los elementos citados, pero no refieren ninguna otra circunstancia más allá de esos elementos materiales.
- c) En Guanabacoa, a pesar de disponer de muy escasos recursos materiales, estos elementos se reconocen como suficientes y son muy apreciados, pero por encima de ellos, los residentes valoran más la posibilidad que la residencia les brinda para compartir actividades con otras personas, convivencia que en Benetusser se considera un inconveniente.
- d) También en Guanabacoa la relación con el personal del centro es uno de los aspectos mejor valorados, mientras que en Benetusser ningún residente manifiesta sentir especial aprecio por el personal.

▪ **SATISFACCIÓN CON LAS RELACIONES Y CALIDAD DE VIDA**

- a) En los dos contextos, la familia es el principal vínculo entre los residentes y la sociedad, destacando el papel que las mujeres (hijas o nueras) desarrollan en el mantenimiento de esas relaciones. En ese sentido, haber tenido hijos y llevarse bien con la familia implica mayor probabilidad de mantener la calidad relacional tras el ingreso en la residencia.

- b) Con el ingreso en la residencia se pierde casi por completo la relación con los antiguos amigos. En Guanabacoa, aunque esta pérdida también se produce, lo hace con menos rapidez e intensidad gracias a la programación de ‘encuentros’.
- c) Los residentes de Benetusser perciben como un conflicto la necesidad de adaptarse a las nuevas relaciones sociales y la mayoría no desea mantener contactos ni hacer nuevas amistades. En Guanabacoa, los contactos son más fluidos, variados y satisfactorios y hay interés manifiesto por relacionarse dentro y fuera del Hogar. En este centro, las actividades específicas para facilitar la integración producen un mayor número y calidad de contactos y genera una mayor autoestima, satisfacción y calidad de vida subjetiva.
- d) La ubicación del centro y la existencia de medios de transporte que permitan el acceso fácil al mismo es un elemento determinante del mayor número de contactos y visitas a los residentes, pero la actitud de la familia es trascendental al respecto.
- e) En Benetusser es más frecuente que surjan conflictos entre la familia tras el ingreso, lo que a veces genera el deterioro de las relaciones intrafamiliares.

▪ **USO DEL TIEMPO Y CALIDAD DE VIDA**

- a) En el entorno cubano se desarrolla una adecuada gestión del tiempo que permite una mayor sensación de sentirse ‘útil’ y activo, mientras que en Benetusser, la escasez de actividades se convierte en un elemento determinante de la insatisfacción.
- b) Los residentes con ‘*proyectos personales*’ o colectivos se sienten más satisfechos que los que no los tienen y valoran más su tiempo. La delegación de tareas y de algunos aspectos de la gestión del

centro que se hace en Cuba por parte del personal tienen un efecto muy beneficioso.

▪ **SATISFACCIÓN CON LA VIDA Y CALIDAD DE VIDA**

- a) La pérdida de la calidad de vida que genera el ingreso en una residencia en España es principalmente por problemas de salud, la muerte del cuidador principal o la imposibilidad de ser atendidos por sus familiares, en Cuba por problemas de salud o económicos.
- b) La mayoría de residentes cubanos se sienten satisfechos con su vida, mientras que esa misma sensación apenas se da en Benetusser y se torna por una especie de ‘*limbo*’ conformista, mayoritariamente masculino.
- c) Tras el ingreso, los españoles manifiestan insatisfacción por sentir la emotividad que conlleva el abandono del hogar, la pérdida del contacto con familiares o vecinos, con los animales de compañía y sus pertenencias, mientras que los cubanos sienten el ingreso como una solución a sus problemas.

▪ **SOBRE LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS CASOS ESTUDIADOS**

Por lo que se refiere al cómputo general de las variables estudiadas, se evidencia un resultado más positivo entre los residentes de Guanabacoa que en los de Benetusser. Para afinar la comparación, hemos construido el Cuadro 12.1, una tabla de doble entrada que sintetiza los resultados hallados para cada una de las diferentes variables analizadas. En él hemos diferenciado en primer lugar los ‘*Datos Objetivos*’ de la ‘*Percepción Subjetiva*’ y, aunque entendemos que el peso específico de cada una de las variables no equitativo, e incluso que hay variables cuyo resultado depende directa o indirectamente del resultado de otras, los hemos puntuado con un valor de (1), cuando la

valoración de la variable arroja un resultado positivo, o de (-1), cuando éste es negativo. Hemos hecho una excepción para la valoración de la percepción subjetiva de la satisfacción con la vida en Benetusser, que ha sido puntuada con 0 debido al resultado ‘*neutro*’ obtenido en los cuestionarios (ni favorable ni desfavorable). El resultado final de esta puntuación se expresa en una escala que va del 0 al 6, escala que se obtiene tras sumar las puntuaciones de cada una de las variables estudiadas.

CUADRO 13.1: BENETUSSER VS. GUANABACOA: RESULTADO DE LA COMPARACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLES ESTUDIADAS	BENETUSSER		GUANABACOA	
	DATOS OBJETIVOS	PERCEPCIÓN SUBJETIVA	DATOS OBJETIVOS	PERCEPCIÓN SUBJETIVA
1. SALUD	+1	-1	-1	+1
2. CAPACIDAD FUNCIONAL	+1	+1	+1	+1
3. RESIDENCIA Y ENTORNO	+1	+1	-1	+1
4. RELACIONES SOCIALES	-1	-1	+1	+1
5. OCUPACIÓN DEL TIEMPO	-1	-1	+1	+1
6. SATISFACCIÓN CON LA VIDA	-1	0	+1	+1
RESULTADO	0	-1	2	6

Fuente: Elaboración propia.

(+1: resultado positivo); (-1: resultado negativo); (0: resultado neutro: ni positivo, ni negativo).

Los residentes de Benetusser obtienen buenos resultados en la *valoración objetiva* de su estado de salud, su capacidad funcional y en la valoración de su centro y del entorno, pero negativos en cuanto a las relaciones sociales, la ocupación del tiempo y la satisfacción con la vida. Como puede observarse en el Cuadro 12.1, esta suma y resta de variables arroja un saldo final de 0 puntos, puntuación que se obtiene tras restar a los elementos valorados positivamente, aquellos otros reconocidos como

negativos y que, como es patente, anulan la acción que sobre el resultado final ejercían las variables que los residentes habían considerado más positivas. Por su parte, los residentes cubanos obtienen mejores resultados, pues aunque presentan peor estado de salud y viven en un entorno deficiente desde el punto de vista estructural y material, alcanzan en cambio muy buenos niveles de satisfacción en cuanto a la ocupación del tiempo, el índice de relaciones y la satisfacción con la vida, lo que permite alcanzar un saldo final de 2 puntos.

Son precisamente estas tres últimas variables, y en especial la satisfacción relacional y la ocupación del tiempo (entendiendo que ambos contribuyen a mejorar la satisfacción con la vida), las que inclinan la balanza final, marcando las diferencias más importantes entre los dos centros. Estas variables, no sólo producen una mejora en la calidad de vida percibida por los residentes, sino que ejercen una gran influencia en la valoración que éstos hacen del resto de variables (en especial sobre la salud)¹⁸².

La *percepción subjetiva* de estas mismas variables se muestra todavía mucho más discriminante y hace que la calidad de vida percibida por los residentes españoles alcance un valor negativo (-1) frente a uno altamente positivo (6) en el caso cubano. Es aquí donde se establecen las mayores diferencias entre ambos centros: frente a la mala opinión de los residentes españoles sobre su salud, sus relaciones sociales y su ocupación del tiempo, los residentes cubanos consideran estas variables muy favorablemente, lo que acaba por arrojar esa puntuación final de -1 frente 6 (una diferencia de 7 puntos).

Lo que evidencian estos datos es la gran trascendencia que poseen los elementos relacionados con la percepción del día a día de los residentes en el centro frente a los aspectos materiales de la institución. Superados unos mínimos estructurales y materiales, congruentemente relacionados con las características del contexto (y que a la vista de los datos recogidos en

¹⁸² Diferentes estudios muestran cómo la sensación de poder controlar el trabajo y la vida de uno mismo determinan una mayor percepción de control de la vida y mayor nivel de salud. Igualmente interesante es la evidencia de que a mayor sociabilidad y solidaridad, mejor salud (Navarro, V., 2008).

Guanabacoa pueden ser muy escasos sin que ello parezca tener en principio demasiada trascendencia), y un estado de salud que permita una suficiente autonomía para las actividades básicas de la vida diaria, los mayores encuentran la satisfacción fundamentalmente en los aspectos sociales de la convivencia y la sensación de reconocimiento personal. En esa tesitura, la programación de tareas y actividades a lo largo del día estimula las relaciones, facilita la recuperación y asunción de roles por parte del residente y permite recuperar parte del protagonismo y del control sobre la vida personal. Estas actividades pueden ser también muy positivas para mejorar la autoestima, superar la emotividad que conlleva el abandono del hogar, la pérdida del contacto con familiares, vecinos, animales de compañía y pertenencias, e incluso para reducir la percepción de los síntomas de algunas enfermedades y mejorar la satisfacción con el estado de salud.

▪ **SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DE SEXO Y GÉNERO**

Respecto de los condicionantes relacionados con el sexo, cabe decir que las mujeres presentan en general peor estado de salud y peor capacidad (subjetiva) para realizar las actividades básicas de la vida diaria, pero conservan en cambio mejor capacidad instrumental y presentan un mayor índice de relaciones y de actividades, lo que les hace sentirse en general, más satisfechas con su vida que los hombres. Quizás por la mayor riqueza social que encuentran en el entorno residencial, donde se liberan de la obligación de realizar las tareas domésticas y del relativo *'enclaustramiento'* que el hogar supone a veces para el ama de casa, recuperan el protagonismo de sus relaciones y pueden emprender nuevas actividades a lo largo del día, les aporte un *'plus'* de satisfacción que los hombres no perciben. Éstos parecen acusar en cambio una pérdida de protagonismo, y aunque su estado de salud es relativamente mejor que el de las mujeres, adoptan una actitud socialmente introvertida que les conduce a un mayor aislamiento e insatisfacción. Sin embargo, la comodidad de recibir determinado tipo de atenciones *'hoteleras'* en el centro, les lleva a aceptar la institucionalización

y les produce esa satisfacción de '*perfil bajo*' que hemos definido como '*limbo*'.

- **HOMBRES**

- a) El estado de salud de los hombres es mejor que el de las mujeres.
- b) La pérdida de autonomía y el excesivo control y rutinas son los aspectos peor valorados por los varones.
- c) Los hombres de Benetusser establecen escasos contactos sociales, limitados a la relación '*correcta*' con el compañero de habitación, y hay un número importante de residentes que tampoco se relacionan con su familia. No obstante, su percepción de la calidad de vida es menos sensible a las relaciones filiales que la de las mujeres.
- d) La herramienta utilizada para valorar las habilidades instrumentales introduce un sesgo de género importante y minusvalora sistemáticamente la capacidad de los hombres frente a las mujeres.

- **MUJERES**

- e) Las mujeres perciben peor que los hombres su capacidad funcional básica, pero conservan mejor su capacidad instrumental.
- f) Son más sensibles a las críticas y a la falta de intimidad, pero aceptan mejor las normas que rigen la convivencia en el centro.
- g) Presentan mayor índice de relación social que los hombres en los dos contextos y son más activas y emprendedoras, por lo que se sienten más integradas en el centro, más satisfechas y son menos sensibles a los síntomas físicos de sus problemas de salud.
- h) Con el ingreso en la residencia pierden por completo la relación con las antiguas amigas.

▪ SOBRE LAS “CULTURAS RESIDENCIALES”

Entre los dos centros estudiados hemos hallado la presencia de dos modelos culturales antagónicos de entender la vejez residencial. Si bien uno parece aminorar o limitar la satisfacción y la calidad de vida de los mayores, el otro tiende a estimular y mejorar la satisfacción. Estas dos formas diferentes de abordar el día a día en la residencia constituyen dos modelos de ‘cultura residencial’ que hemos denominado ‘Cultura residencial de la Dependencia’ y ‘Cultura Residencial de la Actividad’. Este segundo modelo es característico del Hogar de Guanabacoa y predispone a relativizar la vejez, la enfermedad y a aceptar los condicionantes de la institución. De esta manera, la vida en el centro se percibe como una oportunidad de mejorar y de aspirar a metas que se consideraban ya inalcanzables (recuperar la salud, hacer amistades, aprender a realizar actividades nuevas, pero también garantizarse los recursos básicos para la subsistencia). Por su parte, el modelo de ‘Cultura Residencial de la Dependencia’, genera una actitud negativa hacia la vejez y hacia la vida residencial que se relaciona casi de manera exclusiva con ‘pérdidas’ en lugar de con ‘ganancias’: pérdida de la salud, del domicilio, de las amistades y alejamiento de la familia, así como de la toma de iniciativas y del estímulo necesario para mantener las ganas de vivir. Esta particular lectura de la vejez, que parece haberse instalado en el centro de Benetusser y que acaba por ‘enculturar’ a todos sus residentes, produce efectos negativos que se manifiestan especialmente en el análisis subjetivo que los mayores de Benetusser hacen de su vida en el centro.

Las consecuencias de la instauración y del fomento de una u otra cultura residencial son tan trascendentales, que probablemente sean la causa de las enormes diferencias halladas en cuanto a la calidad de vida y satisfacción general de los residentes de cada caso estudiado. Tener objetivos por los que levantarse cada mañana, personas a las que saludar y con las que compartir inquietudes, sentirse protagonista y responsable de la realización de tareas que serán valoradas y apreciadas por otros, parecen estímulos suficientes como para constituir elementos sobre los que construir una vida relativamente satisfactoria en un nuevo entorno. A diferencia de lo que ocurre en la Residencia de España, en el Hogar de Cuba aún parece haber

espacio para la solidaridad y para fomentar aspectos relacionados con la convivencia en comunidad. Las actividades cotidianas se convierten en elementos que favorecen la sociabilidad, mientras que el estímulo para la realización personal satisfacción de los residentes. Por el contrario, el vacío en el que se perciben instaurados los residentes de Benetusser es el mejor indicador de que las cosas no van bien. Los residentes, inmersos en una monotonía ininterrumpida, recurren a la introversión de mirarse su propio interior y allí no encuentran más que molestias, dolor tristeza y pocos motivos para la felicidad y para seguir viviendo.

Quizás son esos los referentes que demuestran con mayor rotundidad que la calidad de vida en el entorno residenciado depende mucho del contexto y de las circunstancias en las que se vive. La mayoría de estudios sobre calidad de vida en personas de la tercera edad hacen referencia a que la percepción que los mayores tienen sobre la misma se relaciona con los determinantes objetivos (aunque también se citan las vivencias subjetivas –Fernández-Ballesteros 1998–), pero nosotros consideramos que el estilo de vida y la ‘*cultura residencial*’ del centro, se convierten en elementos mucho más determinantes de su calidad de vida. Como hemos comprobado, el modelo cultural que se instaura en la residencia, tiende a perpetuarse y a ‘*contagiarse*’ entre todos los residentes y de este modo, una vez adoptado, resulta muy difícil ir contra la inercia general. Esta inercia genera insatisfacción tanto entre quienes se hallan anclados en esa actitud dependiente, puesto que su consecuencia más directa es la frustración personal y el mayor progreso del envejecimiento físico, psíquico y social, como entre los que pretenden adoptar una postura más vital pero no encuentran cómo llevarla a cabo. La misma insatisfacción alcanza al personal del centro, que si bien obtienen inicialmente un beneficio subjetivo relacionado con la menor necesidad de diseñar y organizar actividades para los residentes, suele acarrearles también mayor número de problemas y conflictos relacionados con la insatisfacción de los residentes en el centro.

Todos estos aspectos negativos se tornan positivos cuando el modelo adoptado es el de la actividad, que fomenta la sensación de vitalidad al llenar

de tareas el día a día de los residentes y parece contribuir a mejorar no sólo su satisfacción con el tiempo, sino también las relaciones personales y familiares y suele producir importantes mejoras en el estado subjetivo de salud.

Por otra parte, a raíz de la opinión de los propios residentes, podemos destacar también la importancia del '*factor humano*' en relación al personal trabajador del centro, pues la visión que la institución y los profesionales que atienden a los ancianos tengan sobre la vejez, y en especial sobre esta '*vejez residencial*', resulta trascendental para desarrollar modelos de atención que fomenten la satisfacción y la calidad de vida o, por el contrario, estimulen la desvinculación, la marginación y la frustración, en definitiva, los dos modelos de cultura residencial de la '*dependencia*' o de la '*actividad*' que hemos encontrado.

El entorno residencial, entendido bajo la perspectiva del modelo de la dependencia, genera una restricción casi absoluta de las acciones sociales que favorecen que las personas se sientan partes activas de su sociedad, lo que provoca que los mayores se consideren todavía más viejos desde el momento del ingreso. Las vivencias que incentiva el modelo de la actividad, protegen en cierta medida, contra la soledad y el aburrimiento, mejoran la imagen de uno mismo y amortiguan otras pérdidas propias de la edad.

El Cuadro 12.2 recoge los elementos más destacables más directamente relacionadas con ambos modelos culturales.

CUADRO 13.2: PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LAS CULTURAS RESIDENCIALES DE ‘DEPENDENCIA’ Y ‘ACTIVIDAD’.

MODELO CULTURAL DE LA DEPENDENCIA	MODELO CULTURAL DE LA ACTIVIDAD
<p>Las personas que viven instaladas en este modelo llevan a cabo pocas actividades de ocio y se sienten poco satisfechos con ellas. Con frecuencia manifiestan aburrirse y no tener nada que hacer, aunque tampoco desean hacer cosas.</p>	<p>Los residentes que ‘viven’ en el modelo de la actividad desarrollan un numeroso y variado tipo de actividades, no siempre regladas, que les hacen sentirse útiles y reduce su percepción de vejez o de dependencia.</p>
<p>La falta de modelos o actividades que faciliten la integración de los residentes y sus contactos en el centro, dificultan una vida autónoma de calidad, aíslan al individuo y lo predisponen a la dependencia.</p>	<p>La existencia de programas de apoyo a la institucionalización, fortalece la red comunitaria y los vínculos entre los residentes, creando una red de familiaridad e identidad con el centro que contribuye a consolidar la percepción de que en el centro son mejor cuidados y valorados.</p>
<p>A la vez que presentan una menor integración social, rehúsan el contacto, salvo con la familia, y las escasas relaciones que establecen les producen poca satisfacción.</p>	<p>La actitud positiva hacia la vida en el centro, contribuye a que las relaciones entre los miembros sean fluidas, respetuosas, positivas y contribuyan a la satisfacción y la felicidad. La existencia de programas para el fomento de las relaciones es trascendental en ese sentido y facilita que los nuevos residentes acepten más fácilmente la institucionalización.</p>
<p>Se sienten muy preocupados por su estado de salud, visitan al médico con excesiva frecuencia y manifiestan con mayor intensidad los síntomas físicos de sus enfermedades.</p>	<p>Los residentes instalados en el modelo de la actividad se sienten con mayor capacidad funcional y confían más en su salud, se apoyan mutuamente y aceptan mejor las reducciones de la capacidad física que provoca el paso de los años.</p>
<p>La relación con la familia, único vínculo que el residente mantiene, se torna a menudo paradójica y es motivo de conflicto entre los miembros que la componen: el anciano reclama constantes visitas de sus familiares para que le ayuden a pasar el tedio de la vida en la residencia, pero a la vez, les hace responsables de su situación de institucionalización y se muestra ofendido con ellos, por lo que las visitas son, en ocasiones, un motivo de conflicto.</p>	<p>La actitud activa facilita la interacción mutua entre las personas residentes y también con sus familias, a las que no culpabilizan del ingreso y con las que a menudo se mejora la relación. Los familiares obtienen indirectamente el beneficio de no sentirse culpables de la insatisfacción de sus padres.</p>
<p>El personal del centro es otro de los receptores directos de la insatisfacción que envuelve todas las vivencias de los residentes.</p>	<p>El personal, que tienen una parte fundamental en la génesis de este modelo cultural de la ‘actividad’, se ve también beneficiado del bienestar subjetivo de los residentes, con los que establece una relación más cordial y de respeto mutuo.</p>

Fuente: elaboración propia

DOCUMENTOS ANEXOS

SERVICIOS QUE OFRECEN LAS RESIDENCIAS

Los servicios y actividades que aquí se relacionan son ofrecidos por las residencias dependiendo de su capacidad y características, así como del perfil de sus usuarios y usuarias. Los servicios y actividades específicos de cada uno de los centros están recogidos en los propios manuales de funcionamiento que suelen editar los diferentes centros o las administraciones responsables de la gestión de los mismos.

Con la finalidad de desarrollar un programa interdisciplinar de valoración y atención integral personalizados, todas las residencias disponen de los siguientes programas básicos de actuación, distribuidos en cuatro áreas funcionales:

1. Dirección y gestión de la residencia. Integra asuntos de administración, planificación, organización, coordinación y evaluación de servicios:

- Liderazgo y supervisión de los sistemas de gestión y mejora de la calidad asistencial de la residencia, incluidas las relaciones con el exterior.
- Constitución, formación y cuidado de los equipos profesionales.
- Garantiza la protección de datos relativos a los expedientes e historias individuales en sus diferentes formatos.

2. Atención social y psicosocial. Comprende actividades de acción social, de acompañamiento emocional y animación socio-cultural:

- Programa de atención social con actividades de información, asesoramiento, seguimiento de casos, participación, voluntariado, relaciones sociales y familiares. Desarrollo de otras acciones en coordinación con los servicios sociales comunitarios.
- Actividades y/o programa de carácter psicosocial. Desarrollo de grupos operativos, de ayuda mutua y otras actividades de convivencia, interacción personal y acompañamiento afectivo. En su caso, también puede incluir servicios de atención psicológica y mantenimiento de la función cognitiva.
- Programa de animación socio-cultural y otras actividades avanzadas de la vida diaria.
- Actividades y/o programa para la promoción de la autonomía personal y otras actuaciones favorecedoras del envejecimiento activo.
- Protocolo de ingreso en la residencia con actividades de acogida e integración.
- Otras actividades para facilitar la interioridad espiritual del ser humano, según los valores y creencias de los usuarios.

3. Atención a la salud. Incluye atención médica, de enfermería, de rehabilitación y otras actividades sanitarias:

- Plan de cuidados personales para la realización de las actividades básicas de la vida diaria, tales como aseo, vestir-desvestir, acostar-levantar, ayudas para comer, etc.
- Dietas equilibradas y adaptadas a las necesidades de los mayores y programa de prevención de la desnutrición y deshidratación. Otros regímenes alimenticios, según prescripción médica.
- Actividades y/o programas de prevención y promoción de la salud en general y fomento de estilos de vida saludables.
- Atención médica en sus distintos niveles. Gestión de la salud en la residencia. Diagnóstico, seguimiento, control de residentes con enfermedades crónicas, de procesos agudos y/o específicos, sin menoscabo de la atención que prestan los centros y servicios sanitarios.
- Protocolos de actuación para residentes con enfermedades más frecuentes y con

síndromes geriátricos.

- Atención de enfermería continuada, valoración, intervención y seguimiento de protocolos sanitarios. Administración y control de medicamentos.
- Programa de fisioterapia con actividades de prevención de la inmovilidad y tratamiento de las enfermedades prevalentes, actividades de rehabilitación, gerontogimnasia, etc.
- Programa de terapia ocupacional con actividades de psicomotricidad, entrenamiento en actividades de la vida diaria, terapias cognitivas, logoterapia, acondicionamiento del entorno, ayudas técnicas, etc.
- Participación en los planes, programas y actividades para las personas mayores que impulsan los servicios de salud de las diferentes autonomías.
- Atención y cuidado de los pies e intervenciones de podología básica, en su caso.

4. Cuidados hosteleros. Se preocupa de los servicios de alojamiento, restauración y demás actividades auxiliares:

- Actividades domésticas de limpieza, lavandería y costura.
- Restauración y atención en comedor.
- Mantenimiento del inmueble y de su equipamiento, en general.
- Cafetería y peluquería como servicios no gratuitos.
- Algunas residencias disponen de transporte adaptado para las personas residentes y usuarias, sin perjuicio de las obligaciones de las familias y del propio Servicio de Salud.

COMPROMISOS DE CALIDAD

1. Garantizar el acceso a una plaza pública en residencia a las personas mayores que superan la puntuación establecida en los baremos de las diferentes CC.AA¹⁸³.
2. Valoración integral de los usuarios y usuarias por el equipo interdisciplinar del centro en un plazo no superior a 40 días de su ingreso en la residencia. Posteriormente y con una frecuencia anual, se efectúan revisiones periódicas. Estas valoraciones son actualizadas al instante si se producen cambios en el proceso asistencial.
3. Cada residente dispondrá de un Plan de Atención Integral, al finalizar los distintos momentos de valoración.
4. Las residencias para mayores facilitan la participación de usuarios, usuarias y sus familiares en las actividades y organización del centro a través de sus órganos colegiados y/o de comisiones específicas de participación.
5. Las residencias ofrecen dietas equilibradas, adecuadas a las necesidades de sus usuarios.
6. Las residencias garantizan un hábitat confortable, accesible y con el equipamiento adaptado a las necesidades funcionales de los usuarios.
7. Muchas residencias aplican medidas concretas de mejora de la calidad asistencial basadas en sistemas de gestión de la calidad homologados y en algunas se aplican cuestionarios para valorar la satisfacción de usuarios y usuarias, familiares y profesionales de las residencias.
8. Las residencias disponen de los procedimientos oficiales establecidos por la normativa vigente para la gestión de sugerencias, quejas y reclamaciones y para garantizar la protección de datos personales de los residentes.

¹⁸³ La gran disparidad en los diferentes documentos consultados, no permite generalizar una cifra de baremación mínima ni tampoco un plazo mínimo generalizado para el ingreso en el centro. Aunque muchos de ellos citan los 30 días tras el proceso de valoración, como límite máximo para el ingreso, la realidad es que el periodo de espera hasta el ingreso es superior a un año con mucha frecuencia.

RECLAMACIONES, INICIATIVAS Y SUGERENCIAS

Los residentes pueden plantear iniciativas y sugerencias, así como presentar reclamaciones, por lo general, en la forma que se indica:

- A través de impresos normalizados existentes en todos los centros, oficinas y organismos de las administraciones pertinentes.
- De forma presencial, en las oficinas de atención al consumidor de las diferentes CC.AA.

DOCUMENTOS ANEXOS AL CAPÍTULO 4

TABLA ADJUNTA 4.1: EVOLUCIÓN DE LAS FORMAS DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

AÑO	FORMA DE MEDIDA
<i>Años 40</i>	Inicio de la medición de estado funcional.
<i>Años 50</i>	Escalas de medición de AVD.
<i>Años 60</i>	Aproximación a la medida de la calidad de vida relacionada con la salud: <i>Sickness Impact Profile</i> , <i>Nottingham Health Profile</i> .
<i>Años 70</i>	Desarrollo del movimiento de autoayuda.
<i>Años 80</i>	Desarrollo de cuestionarios breves: <i>Dartmouth COOP Charts</i> , <i>Duke Health Profile</i> ...
<i>Años 90</i>	Instrumentos específicos. Desarrollo de la evaluación de la calidad de vida en la vejez.

TABLA ADJUNTA 4.2: EVOLUCIÓN DE LOS MODELOS TEÓRICOS DE CALIDAD DE VIDA

MODELO	AÑO Y AUTOR
<i>Modelo Ecológico</i>	Lawton, 1991
<i>Modelos comportamentales</i>	Kaplan, 1994; Csikszentmihalyi, 1998; Reig, 2000
<i>Modelos de bienestar</i>	Lehman y cols., 1982; Baker e Intagliata, 1982
<i>Modelo de desempeño de rol</i>	Bigelow y cols., 1982
<i>Modelo de proceso dinámico de la calidad de vida</i>	Angermeyer y Filian, 2000
<i>Modelo de la homeostasis de la calidad de vida subjetiva</i>	Cummins, 2000
<i>Modelos de calidad de vida aplicados a personas mayores.</i>	

CUADRO ADJUNTO 4.1: METAS Y OBJETIVOS GENÉRICOS QUE SE PRETENDE CON LOS ESTUDIOS DE DETERMINACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS MAYORES:

<p><i>Objetivos de las medidas de CV en el ámbito general (Mold: 1995)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Potenciar la calidad de vida presente. ○ Aumentar la expectativa de vida ajustada a calidad. ○ Potenciar el crecimiento y desarrollo personal. ○ Mejorar la calidad del proceso de morir. ○ Mantener o aumentar la capacidad de participación en la toma de decisiones. ○ Mejorar la calidad de vida familiar y de los cuidadores tanto profesionales como no profesionales.
<p><i>Objetivos de las medidas de CV en el ámbito de las Residencias de Tercera Edad (Pynoos y Regnier, 1991)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ El diseño de ambientes que promuevan la posibilidad de vivir de forma más independiente. ○ La potenciación de la intimidad y de la regulación del contacto social. ○ Un incremento de la participación en actividades sociales. ○ La reducción de la dependencia. ○ El aumento de la orientación. ○ La potenciación del control y de la autonomía. ○ Intervenciones concretas para mantener o conseguir ambientes y espacios caracterizados por: <ul style="list-style-type: none"> • Privacidad • interacción social • control/autonomía • personalización • estética/apariencia • orientación • seguridad, • accesibilidad/funcionamiento • estimulación/desafío • atención sensorial • adaptabilidad • familiaridad

DOCUMENTOS ANEXOS AL CAPÍTULO 5

ANEXO 1: Tablas para recogida de datos objetivos.

VARIABLE: SALUD PERCIBIDA

NOMBRE	ENFERMEDADES	VISITAS MÉDICAS	FÁRMACOS	DOLOR	
				LUGAR/ INTENSIDAD	VECES/ SEMANA

Nota: contenido no reproducido por su amplia extensión. Los datos obtenidos se encuentran en el texto.

VARIABLE: TIEMPO (LIBRE)

NOMBRE	ACTIVIDAD	FREC. ACTVD.	TIEMPO/AC TVD.

Nota: contenido no reproducido por su amplia extensión. Los datos obtenidos se encuentran en el texto.

VARIABLE: SATISFACCIÓN SOCIAL

NOMBRE	RELACIONES INTIMAS	RELACIONES SOCIALES
Benetusser 1 (mujer)	Viuda. Con el hijo.	Compañera de habitación y poco más. Ocasionalmente la visitan más familiares
Benetusser 2 (mujer)	Viuda. Con los hijos	Compañera de habitación y dos o tres del centro.
Benetusser 3 (mujer)	Viuda. Con sobrinos	Compañera de habitación y dos o tres del centro.

Nota: Se reproduce solamente una parte de su contenido.

VARIABLE: SATISFACCIÓN CON EL ENTORNO

ELEMENTOS ESTRUCTURALES Y MATERIALES DEL CENTRO	BENETUSSER	GUANABACOA	RECURSO Y SERVICIO DEL ENTORNO (PUEBLO)	BENETUSSER	GUANABACOA
	Materiales de audio y video (televisión con mando a distancia, Video/DVD, Equipo de música)	ABUNDANTES		SOLO TV	Club de Jubilados
Mobiliario auxiliar en las habitaciones (mesilla, silla, mesa escritorio, armario)	COMPLETO	ESCASO O INEXISTENTE	Asistencia Sanitaria y Social	SI	SI
Mobiliario en zonas de descanso y estar (sofás, sillas, mesas, aire acondicionado u otros)	COMPLETO	ESCASO	Mercado	SI	SI
Baño en las habitaciones	TODAS	NO	Comercios	SI	ESCASOS
Recursos para el alojamiento (restauración, lavandería, ...)	SI	LIMITADOS	Parques/zonas verdes	SI	SI
Accesibilidad para discapacitados y recursos para el desplazamiento	SI	NO	Iglesia/Lugar de culto	SI	SI
Recursos específicos para higiene y atención de las personas mayores (baño adaptado, material ergonómico...)	SI	MUY ESCASO	Biblioteca, museos	SI	SI
Taller de actividades	SI	SI	Transporte público	SI	LIMITADO
Jardín, Terraza	SI	SI	Actividades culturales para mayores	SI	SI
Recursos o estructuras que garanticen la intimidad	SI	NO	Asociaciones u organizaciones vinculadas con la población residente	NO	SI
Recursos o actividades que garanticen la participación e integración (talleres, actividades de bienvenida o acogida...)	ESCASO	SI			
Atención sanitaria y social en el centro	NO	SI			

Nota: Se reproduce solamente una parte de su contenido.

ESCALA DE BARTHEL.

COMER:

- (10) Independiente. Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
- (5) Necesita ayuda. Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.
- (0) Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.

LAVARSE (BAÑARSE):

- (5) Independiente. Capaz de lavarse entero. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.
- (0) Dependiente. Necesita alguna ayuda o supervisión.

VESTIRSE:

- (10) Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.
- (5) Necesita ayuda. Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
- (0) Dependiente.

ARREGLARSE:

- (5) Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.
- (0) Dependiente. Necesita alguna ayuda.

DEPOSICIÓN:

- (10) Continente. Ningún episodio de incontinencia.
- (5) Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas y supositorios.
- (0) Incontinente.

MICCIÓN (Valorar la semana previa):

- (10) Continente. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí solo.
- (5) Accidente ocasional. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos.
- (0) Incontinente.

USAR EL RETRETE:

- (10) Independiente. Entra y sale solo y no necesita ningún tipo de ayuda por parte de otra persona.
- (5) Necesita ayuda. Capaz de manejarse con pequeña ayuda: es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.
- (0) Dependiente. Incapaz de manejarse sin ayuda mayor.

TRASLADO AL SILLON/CAMA:

- (15) Independiente. No precisa ayuda.
- (10) Mínima ayuda. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física.
- (5) Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.
- (0) Dependiente. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

DEAMBULACION:

- (15) Independiente. Puede andar 50 m, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo.

- (10) Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona. Precisa utilizar andador.
(5) Independiente. (En silla de ruedas) en 50 m. No requiere ayuda o supervisión.
(0) Dependiente.

SUBIR / BAJAR ESCALERAS:

- (10) Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona.
(5) Necesita ayuda. Precisa ayuda o supervisión.
(0) Dependiente. Incapaz de salvar escalones

Evalúa diez actividades básicas de la vida diaria, y según estas puntuaciones clasifica a los pacientes en:

- 1- Independiente: 100 puntos (95 si permanece en silla de ruedas).
- 2- Dependiente leve: >60 puntos.
- 3- Dependiente moderado: 40-55 puntos.
- 4- Dependiente grave: 20-35 puntos.
- 5- Dependiente total: <20 puntos.

Índice de Katz (Independencia en las actividades de la vida diaria)

Evaluación:

- A. Independiente en alimentación, continencia, movilidad, uso del retrete, vestirse y bañarse.
- B. Independiente para todas las funciones anteriores excepto una.
- C. Independiente para todas excepto bañarse y otra función adicional.
- D. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse y otra función adicional.
- E. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función adicional.
- F. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función adicional.
- G. Dependiente en las seis funciones.
- H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.

Independiente significa sin supervisión, dirección o ayuda personal activa, con las excepciones que se indican más abajo. Se basan en el estado actual y no en la capacidad de hacerlas. Se considera que un paciente que se niega a realizar una función no hace esa función, aunque se le considere capaz.

El resultado se informa mediante la letra adecuada, por ejemplo: **Índice de Katz: C.**

Bañarse (con esponja, ducha o bañera):

Independiente: necesita ayuda para lavarse una sola parte (como la espalda o una extremidad incapacitada) o se baña completamente sin ayuda.

Dependiente: necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo, para salir o entrar en la bañera, o no se lava solo.

Vestirse:

Independiente: coge la ropa solo, se la pone, se pone adornos y abrigos y usa cremalleras (se excluye el atarse los zapatos).

Dependiente: no se viste solo o permanece vestido parcialmente.

Usar el retrete:

Independiente: accede al retrete, entra y sale de él, se limpia los órganos excretores y se arregla la ropa (puede usar o no soportes mecánicos).

Dependiente: usa orinal o cuña o precisa ayuda para acceder al retrete y utilizarlo.

Movilidad:

Independiente: entra y sale de la cama y se sienta y levanta de la silla solo (puede usar o no soportes mecánicos).

Dependiente: precisa de ayuda para utilizar la cama y/o la silla; no realiza uno o más desplazamientos.

Continencia:

Independiente: control completo de micción y defecación.

Dependiente: incontinencia urinaria o fecal parcial o total.

Alimentación:

Independiente: lleva la comida desde el plato o su equivalente a la boca (se excluyen cortar la carne y untar la mantequilla o similar).

Dependiente: precisa ayuda para la acción de alimentarse, o necesita de alimentación enteral o parenteral.

Escala de Lawton (Actividades instrumentales de la vida diaria)

Aspecto a evaluar	Puntuación
Capacidad para usar el teléfono:	
• Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
• Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
• Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
• No es capaz de usar el teléfono	0
Hacer compras:	
• Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
• Realiza independientemente pequeñas compras	0
• Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
• Totalmente incapaz de comprar	0
Preparación de la comida:	
• Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
• Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
• Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
• Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
Cuidado de la casa:	
• Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
• Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
• Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
• Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
• No participa en ninguna labor de la casa	0
Lavado de la ropa:	
• Lava por sí solo toda su ropa	1
• Lava por sí solo pequeñas prendas	1
• Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
Uso de medios de transporte:	
• Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
• Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
• Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
• Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
• No viaja	0
Responsabilidad respecto a su medicación:	
• Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	1
• Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	0
• No es capaz de administrarse su medicación	0
Manejo de sus asuntos económicos:	
• Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
• Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	1
• Incapaz de manejar dinero	0
Puntuación total:	

La máxima dependencia estaría marcada por la obtención de 0 puntos, y 8 puntos expresarían una independencia total. Esta escala es más útil en mujeres, ya que muchos varones nunca han realizado algunas de las actividades que se evalúan

Escala de Satisfacción con la vida (SWLS).

A continuación encontrará cinco afirmaciones con las cuales Ud. podrá estar de acuerdo o en desacuerdo. Usando la escala del uno al siete mostrada abajo, indique su grado de acuerdo con cada afirmación, colocando el número apropiado sobre la línea que está antes de cada oración.

Por favor sea transparente y sincero en sus respuestas.

Recuerde que es una prueba anónima.

SWLS (Pavot y Diener, 1993)	1	2	3	4	5	6	7
1. En la mayoría de aspectos, mi vida es cercana a mi ideal.							
2. Las condiciones de mi vida son excelentes.							
3. Estoy satisfecho (a) con mi vida.							
4. Hasta ahora, he conseguido las cosas importantes que he deseado en la vida.							
5. Si pudiera vivir mi vida de nuevo, no cambiaría casi nada.							

(Pavot y Diener, 1993)

Valore sus respuestas según la siguiente escala:

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ligeramente en desacuerdo
4. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
5. Ligeramente de acuerdo
6. De acuerdo
7. Totalmente de acuerdo

EVALUACIÓN:

El puntaje total de la prueba oscila entre 5 y 35. Puede interpretarse tanto en términos absolutos como relativos de la siguiente manera:

- 30 a 26 puntos: satisfechas
- 25 a 21 puntos: ligeramente satisfecha.
- 20 puntos: punto neutral. Ni satisfacción ni insatisfacción con la vida.
- 19 a 15 puntos: ligeramente insatisfechas
- 14 a 10 puntos: insatisfechas.

DOCUMENTOS ANEXOS AL CAPÍTULO 10:

TABLA 10.5: RESIDENCIA DE BENETUSSER: PRUEBA DE SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA (CHI CUADRADO) ENTRE 'SEXO' Y 'GRADO DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA'.

Tabla de contingencia

		SATISFT		Total	
		0	10		
SEXO	0	Recuento	12	4	16
		% de SEXO	75,0%	25,0%	100,0%
		% del total	46,2%	15,4%	61,5%
	1	Recuento	6	4	10
		% de SEXO	60,0%	40,0%	100,0%
		% del total	23,1%	15,4%	38,5%
Total		Recuento	18	8	26
		% de SEXO	69,2%	30,8%	100,0%
		% del total	69,2%	30,8%	100,0%

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. Exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,650(b)	1	,420		
Corrección por continuidad(a)	,137	1	,712		
Razón de verosimilitudes	,642	1	,423		
Estadístico exacto de Fisher				,664	,352
N de casos válidos	26				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,08.

DOCUMENTOS ANEXOS AL CAPÍTULO 11

TABLA ANEXA 11.1: PRUEBA DE SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA (CHI CUADRADO) ENTRE GRADO DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA (SEGÚN ESCALA SWLS) Y SEXO, ENTRE LOS RESIDENTES DEL HOGAR DE GUANABACOA.

Tabla de contingencia

			SATISFACCIÓN		Total
			INSATISF.	SATISF.	
SEXO	Mujer	Recuento	6	10	16
		% de SEXO	37,5%	62,5%	100,0%
	Varón	Recuento	6	18	24
		% de SEXO	25,0%	75,0%	100,0%
Total		Recuento	12	28	40
		% de SEXO	30,0%	70,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,714 ^b	1	,398		
Corrección por continuidad ^a	,243	1	,622		
Razón de verosimilitudes	,707	1	,400		
Estadístico exacto de Fisher				,490	,309
Asociación lineal por lineal	,696	1	,404		
N de casos válidos	40				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,80.

DOCUMENTOS ANEXOS AL CAPÍTULO 12:

TABLA 12.A1: BENETUSSER VS. GUANABACOA: ELEMENTOS ESTRUCTURALES Y MATERIALES. VALORACIÓN CUANTITATIVA

ELEMENTOS ESTRUCTURALES Y MATERIALES DEL CENTRO	BENETUSSER	GUANABACOA	PUEBLO RECURSOS Y SERVICIOS DEL ENTORNO	BENETUSSER	GUANABACOA
Materiales de audio y video (TV con mando a distancia, Vídeo/DVD, Equipo de música)	ABUNDANTES	SOLO TV	Club de Jubilados	SI	SI
Mobiliario auxiliar en las habitaciones (mesilla, silla, mesa escritorio, armario)	COMPLETO	ESCASO O INEXISTENTE	Asistencia Sanitaria y Social	SI	SI
Mobiliario en zonas de descanso y estar (sofás, sillas, mesas, aire acondicionado u otros)	COMPLETO	ESCASO	Mercado	SI	SI
Baño en las habitaciones	TODAS	NO	Comercios	SI	ESCASOS
Recursos para el alojamiento (restauración, lavandería, ...)	SI	LIMITADOS	Parques/zonas verdes	SI	SI
Accesibilidad para discapacitados y recursos para el desplazamiento	SI	NO	Iglesia/Lugar de culto	SI	SI
Recursos específicos para higiene y atención de las personas mayores (baño adaptado, material ergonómico...)	SI	MUY ESCASO	Biblioteca, museos	SI	SI
Taller de actividades	SI	SI	Transporte público	SI	LIMITADO
Jardín, Terraza	SI	SI	Actividades culturales para mayores	ESCASAS	SI
Recursos o estructuras que garanticen la intimidad	SI	NO	Asociaciones u organizaciones vinculadas con la población residente	NO	SI
Recursos o actividades que garanticen la participación e integración (talleres, actividades de bienvenida o acogida...)	ESCASO	SI		-	-
Atención sanitaria y social en el centro	NO			-	-

Fuente: elaboración propia.

GRÁFICO ANEXO 12.A1: BENETUSSER VS. GUANABACOA: RELACIONES DE INTIMIDAD DE LOS HOMBRES.

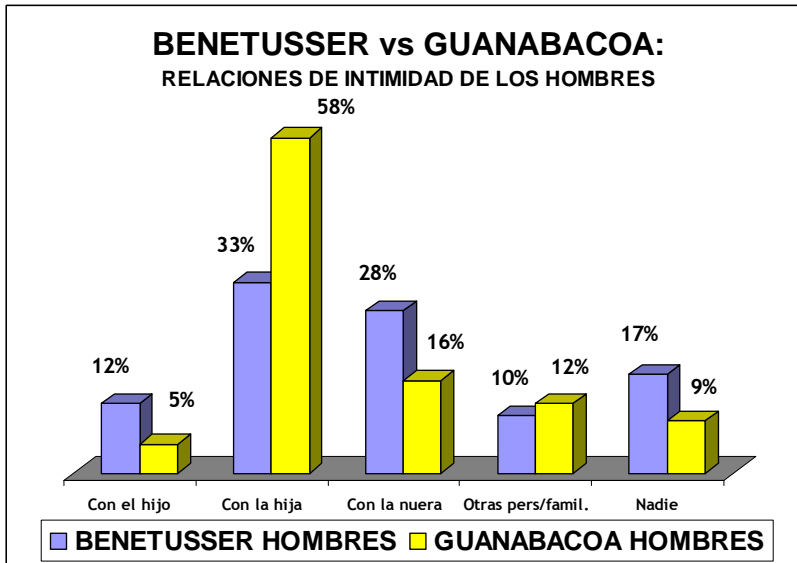
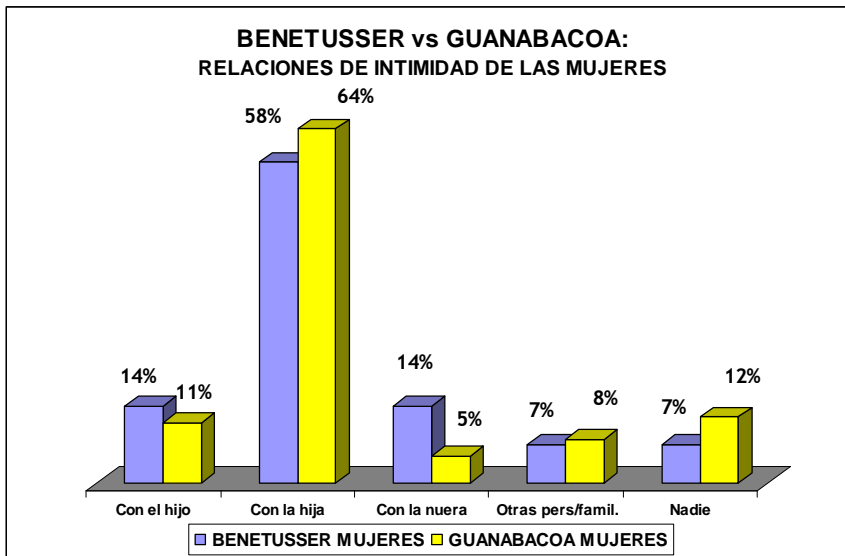


GRÁFICO ANEXO 12.A2: BENETUSSER VS. GUANABACOA: RELACIONES DE INTIMIDAD DE LAS MUJERES.



BIBLIOGRAFÍA

- 1) ABATI, F.; RODRIGUEZ, M. (1997): Territorio y Apropiación. en Aguirre, A. (Ed.). Cultura e Identidad Cultural. Ed. Bárdenas, pgs.: 65-70. Barcelona.
- 2) ABRAMS WB, BERKOW R. (1992): El Manual Merck de Geriatria. España. Ediciones Doyma.
- 3) AGUADO, A.L. y ALCEDO, M.A. (2003): “Necesidades percibidas en el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad”, Psicothema.
- 4) ÁGUILA MATURANA, A. (2003): “Síndrome postpolio”, en Rodríguez P, Aguado AL y Carpintero A: Discapacidad y Envejecimiento, Ed. Escuela Libre Editorial. Fundación ONCE. Madrid.
- 5) AGUIRRE, A. (1995): Etnografía: Metodología cualitativa en la investigación sociocultural. Editorial Boixareu Universitaria. Barcelona.
- 6) AGUIRRE, A. (1997): La Identidad Cultural, en Aguirre, A. (ed.), Cultura e Identidad Cultural. Ediciones Bardenas, págs: 31-56. Barcelona.
- 7) ALBERDI, I. (1999): *La nueva familia española*. Santillana. Madrid.
- 8) ALTARRIBA, F. X. (1992): Gerontología: Aspectos biopsicosociales del proceso de Envejecer. Editorial Boixareu Universitaria. Barcelona.
- 9) ALVES, O.; ZEVALLOS, M.G. (2000): Viviendas para ancianos y calidad de vida. Anexo de las Conferencias del III Congreso de la Sociedad Internacional para los Estudios sobre Calidad de Vida. Girona. Universidad de Girona.
- 10) AMERIGO, M. (1995): Satisfacción Residencial: un análisis psicológico de la vivienda y su entorno. Ed. Alianza Universidad. Madrid.
- 11) ANDREWS FM, WITHEY SB. (1976): Social indicators of well-being. American's perceptions of life quality. NY: Plenum Press.
- 12) ANTEQUERA-JURADO, R; BLANCO, A. (1998): Percepción de Control, Autoconcepto y Bienestar en el Anciano. En SALVATEZZA, L (org.) La vejez, una mirada gerontológica actual. Ed. Paidós. Barcelona.
- 13) ARANGO, J. (1987): “La modernización demográfica de la sociedad española”. En J. Nadal, A. Carreras y C. Sudriá (comps.): La economía española en el siglo XX. Una perspectiva histórica. Ariel. Barcelona.
- 14) ARGYLE, M. (1997): “Is happiness a cause of health?” Psychol Health, 12, pp: 769-781.

- 15) ARRARAS, J.I.; WRIGTH. S.J.; AHMEDZAI, S. y Cols. (1995): "Progresos en la medición de la calidad de vida en cuidados paliativos". En *Health Psychology and Quality of Life Research Proceedings of the European Health Psychology Society*. Vol. II. Editado por Jesús Rodríguez Marín. Dpto. de Psicología de la Salud. Universidad de Alicante. España. 1995: 629-636.
- 16) ATCHLEY, R. C (1971): "Retirement and leisure participation: continuity or crisis", *The Gerontologist*, 11.
- 17) ATIENZA, F.L., PONS, D., BALAGUER, I. y GARCIA-MERITA, M. (2000): Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, 12, 314-319.
- 18) ATTIAS-DONFUT, C. (1992): "Dependencia de las personas mayores y ayuda intergeneracional". *Papers*, nº 40, pp. 13-33.
- 19) BADIA, X. (1995): "La medida d la calidad de vida relacionada con la salud en los ensayos clínicos". En J. Sacristan, J. Badía y J. Rovira (eds.): *Farmacoeconomía*. Madrid: Editores Médicos.
- 20) BADÍA, X.; SALAMERO, M., y ALONSO, J. (1999): *La medida de la salud. Guia de escalas de medición en español*. Barcelona: Edimac.
- 21) BALTES, P. B. y MAYER K. U. (1999): *The Berlin Aging Study*. Cambridge. Cambridge University Press.
- 22) BARBAT I (1995): *Eficacia de los Cuidados Paliativos en la comunidad y la calidad de vida del paciente oncológico*. Tesis de Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana.
- 23) BARENYS, M^a P. (1993a): "El significado sociológico de la vejez y de las Residencias de ancianos". En Sánchez Vera, P. (ed.): *Sociedad y Población Anciana*. Universidad de Murcia. Murcia.
- 24) BARENYS, M^a P. (1993b): "Un marco teórico para el estudio de las instituciones de ancianos". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, nº 64, pp. 155-172.
- 25) BARON, R.; BYRNE, D. (1998): *Psicología Social*. Madrid. Prentice Hall (8^a Ed.)
- 26) BARROS, L. C. (1994): "Aspectos sociales del envejecimiento". En P.E. Anzola y cols.: *La atención de los ancianos: un desafío para los años 90*. Washington: OPS Publicación Científica 546.
- 27) BAZO, M.T. (1989): "Personas ancianas. Salud y soledad", *Revista Española de Investigación Sociológica*. REIS, nº 47, pp.193-223.

- 28) BAZO, M^a.T. (1991): "Institucionalización de personas ancianas: un reto sociológico". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, nº 53, pp. 149-164.
- 29) BAZO, T. (2001): Envejecimiento y protección social de la dependencia en España. Veinte años de historia y una mirada hacia el futuro. *Revista Intervención Psicosocial*. Col. Psicólogos.
- 30) BEAUVOIR, S. (1977): *La vejez*. Buenos Aires. Ed. Sudamérica.
- 31) BECH P. (1993): "Quality of life measurement in chronic disorders". En *Psychotherapy and Psychosomatics*; 59:1-10.
- 32) BENATAR, R.; FRÍAS, R.; KAUFMANN, A. E. (1993): *Gestión de las Residencias de la Tercera Edad*. Ediciones Deusto. Bilbao.
- 33) BENGTON, V. (2000): "Beyond the nuclear family: the increasing importance of multigenerational bonds, the burgess award lecture". En *Journal of Marriage and the Family*, vol. 62, pp. 1-15.
- 34) BENÍTEZ, M. E. (1999). *Panorama sociodemográfico de la familia cubana*. Editorial de Ciencias Sociales, La Habana.
- 35) BERGNER, M. (1989): "Quality of life, health status and clinical research". En *Med Care*, 27 (suppl), pp 1456-1485.
- 36) BIELZA DE ORY, V. (1989): "La población". En Bielza de Ory (coord.): *Territorio y Sociedad en España*, II. Taurus. Madrid.
- 37) BIRREN, J. E. y BENGTON, V. L. (eds.) (1988): *Emergent theories of aging*. New York: Springer.
- 38) BOOTH, T. *et al.* (1983): "Patterns of mortality in the homes for the elderly". En *Age and aging*.
- 39) BOWLING, A. (1998). *Medir la Salud: Un Repaso a las Escalas para medir la Calidad de Vida*. Buckingham. Open University Press
- 40) BRANDSTADTER, J.; VENTURA, D., y GREVE, W. (1993): "Adaptative resources of the aging self: outlines of an emergent perspective". *Int. J. Behav. Dev.*, 16, pp: 323-349.
- 41) BREILH, J. (1990): *Deterioro de la vida. Un instrumento para el análisis de prioridades regionales en lo social y la salud*. Corporación Editora Nacional. CEAS. Quito.
- 42) BROOKBANK, J. W. (1990): *The biology of aging*. New York: Harper and Row.
- 43) BUENDÍA J. (1994): *Envejecimiento y Psicología de la salud*. España. Editorial Siglo XXI de España Editores, S.A.

- 44) BUTLER R. (1999): La revolución de la longevidad. El correo de la UNESCO. 1999:18-20.
- 45) CABRERA, M. (1997): Participación social de las personas mayores. IMSERSO. Madrid.
- 46) CABRERA. M. (1995): Aproximaciones teóricas para el estudio de la calidad de vida. CIPS.
- 47) CAMPBELL, A., CONVERSE, P., RODGERS, E. (1996): The Quality Of American Life: Perceptions, Evaluations and Satisfactions. New York: Russel Sage Foundation.
- 48) CARIOU, M. (1995): Personnalité et Vieillesse. Introduction a la Psychogérontologie. Delachaux et Niestlé S.A., Neuchâtel (Suisse)-Paris.
- 49) CARRANZA, J. (1992) "Cuba: retos de la economía". En: Cuadernos de nuestra América. Vol. IX, No. 19, julio-diciembre, La Habana.
- 50) CASADO, D.; y LÓPEZ, G. (2001): Vejez, dependencia y cuidados de larga duración: Situación actual y perspectivas de futuro. Fundación "La Caixa".
- 51) CASALS, I. (1993): "Hacia la investigación sobre el envejecimiento". En P. Sánchez Vera (ed.): *Sociedad y Población Anciana*. Universidad de Murcia. Murcia.
- 52) CASAS, F., y AYMERICH, M. (2005): "Calidad de vida de las personas mayores". En Pinazo, S., y Sánchez M. (Dirs.): *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*. Madrid. Pearson
- 53) CASTILLON, A.; RUBIO, R.; ALEIXANDRE, M. (1999): Nivel De autoestima en los mayores tras un programa de ocio. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*. Julio-Agosto, Vol. 34, nº 4, 1999: 225-229.
- 54) Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas (CIPS), Departamento de Estudios sobre Familia (2001). *Familia y cambios socioeconómicos a las puertas del nuevo milenio*. CIPS, La Habana.
- 55) Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) (1998). *Boletín Demográfico*. Año XXXI, No. 62, Santiago de Chile.
- 56) CHÁVEZ, E. (1998). Transformaciones demográficas, cambios en la familia y niveles de salud en Cuba. En: *Revista CIDE*, Vol. 3, Num. 2, Universidad de Puerto Rico.
- 57) CITED, *Atención al anciano en Cuba. Desarrollo y perspectiva*, Editorial Palacio de las Convenciones, La Habana, 1996.
- 58) COMELLES, JM.; MARTINEZ, A. (1993): *Enfermedad, cultura y sociedad*. Ed. Eudema. Madrid.

- 59) COMFORT, A. (1977): Una buena edad, la tercera edad. Madrid: Editorial Debate.
- 60) Comisión de la Comunidad Europea (2001): El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera. Bruselas: UE.
- 61) Comité Estatal de Estadísticas (CEE) (1992): Anuario Demográfico de Cuba 1990. Editorial Estadística, La Habana.
- 62) Constitución de la República de Cuba (1992): Editora Política, La Habana.
- 63) CUMMING E. HENRY V.H. (1961): Growing old. The process of disengagement. Basic books. New York.
- 64) CUMMING, E. (1963): Réflexions sur la théorie du désengagement. Revue Internationale de Sciences Sociales, 15 (3).
- 65) DE PABLOS, J. C.; GÓMEZ, Y., y PASCUAL, N. (1999): El dominio sobre lo cotidiano: la búsqueda de la calidad de vida. Rev Esp Investigaciones Sociológicas, 86, pp: 55-78.
- 66) DEEG, D. y VAN ZONNEVELD, R. (1989): "Does happiness lengthen life?" En R. Veenhoven (ed.): How harmful is happiness? Rotterdam: Rotterdam University Press.
- 67) Defensor del Pueblo (2000): La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. Defensor del Pueblo, Madrid, 2000.
- 68) DEL RINCON, D. (1995): Estrategias de investigación cualitativa. Monografía. Barcelona.
- 69) DELGADO, M. (2001): "¿Por qué es tan baja la fecundidad española?" En AAVV: Las claves demográficas del futuro de España. Fundación Cánovas del Castillo. Madrid.
- 70) DENNIS, R.; WILLIAMS, W.; GIANGRECO, M. y CLONINGER, CH. (1994). Calidad de vida como contexto para la planificación y evaluación de servicios para personas con discapacidad. *Siglo Cero*, 25, 155, 5-18
- 71) DÍAZ, M. (1994). Uniones Consensuales en Cuba. Colección "Pinos Nuevos". Editorial de Ciencias Sociales, La Habana.
- 72) DIENER, E., SUH, E., OISHI, S. (1997): Recent findings on subjective Well-Being. *Indian Journal of Clinical Psychology (publicación on-line)*.
- 73) DIENER, ED.; EMMONS, RA.; LARSEN, RJ. y GRIFFIN, S. (1985): The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49 (1): 71-75.

- 74) DULCEY-RUIZ E, MANTILLA G, ALFONSO AM, y GARCÍA DM. (1998): Jornadas sobre Calidad de Vida y situaciones de cambio. EXPOJAVERIANA. Universidad Javeriana de Bogotá. 16 a 20 de Marzo de 1998.
- 75) DUMAZEDIER, J. (1968): Hacia una civilización del ocio. Barcelona, Estela.
- 76) DURÁN GONDAR, A. y CHÁVEZ NEGRÍN, E. (1998). Una sociedad que envejece: Retos y perspectivas. En: Revista Temas No. 14: 57-68, Abril-Junio de 1998, La Habana.
- 77) DURÁN GONDAR, A. y CHÁVEZ NEGRÍN, E. CHÁVEZ, (1997). La tercera edad en Cuba. Un acercamiento sociodemográfico y sociopsicológico. CIPS, La Habana.
- 78) DURÁN GONDAR, A.; DÍAZ, M. y CHÁVEZ NEGRÍN, E. (1999). La familia en Cuba. Evolución reciente, situación actual y escenarios futuros. (Inédito.)
- 79) DURÁN GONDAR, A. y CHÁVEZ NEGRÍN, E. (2000). Aging in Cuba: Realities and challenges. En: Medic Review, Volume II, Number I, New York.
- 80) DURAN GONDAR, A. (2008): La sociedad cubana. Sus retos y perspectivas frente al siglo XXI (consultado en la web <http://www.geprop.cu/dirprog/pnci010.htm> en el mes de enero de 2008).
- 81) DURANTE, P.; PEDRO, P. (1998): Terapia Ocupacional en Geriatría: principios y práctica. Ed Mássón. Barcelona.
- 82) DURKHEIM, E. (1970). *Le dualisme de la nature humaine, et ses conditions sociales*. Presses Universitaires. París.
- 83) ECHEVARRI, B. (1993): La gripe española: la pandemia de 1918-1919: Siglo XXI de España, Madrid
- 84) ELOSUA DE JUAN, R. (2002): La memoria durante el envejecimiento. Revista Española de Geriatría y Gerontología. Ediciones Doyma. Vol. 37, N° 03, Mayo-Junio 2002: 131-133.
- 85) ERIKSON, E. H. (1963): *Childhood and Society*. Ed. Norton. New York.
- 86) ESPEJO, J; MARTINEZ, J; ARANDA, J. M.; RUBIO, V.; ENCISO, I.; ZUNZUNEGUI, M. W., et al. (1997): “Capacidad funcional en mayores de 60 años y factores sociosanitarios asociados (proyecto ANCO)”. Atención Primaria, 20, pp: 3-11.
- 87) EUROSTAT-07:
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1073,46587259&_dad=portal&_schema=PORTAL&p_product_code=KS-AF-07-001

- 88) FELCE, D. y PERRY, J. (1995): Quality of life: It's Definition and Measurement. *Research in Developmental Disabilities*, Vol. 16, N° 1, pp. 51-74.
- 89) FERICGLA, JM. (2002): *Envejecer: una antropología de la ancianidad*. Ed. Herder. Barcelona.
- 90) FERNÁNDEZ, S. (2003): "Evaluación de experiencias integradoras en el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad". En Rodríguez P.; Aguado AL. y Carpintero A.: *Discapacidad y Envejecimiento*, Ed. Escuela Libre Editorial. Fundación ONCE. Madrid.
- 91) FERNÁNDEZ, R., *et alt.* (1984): "Indicadores de salud en ancianos institucionalizados". *Revista Española de Gerontología y Geriatria*, nº 21.
- 92) FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. (1996): Quality of life: Concept and Assessment. 26th International Congress of Applied Psychology. Montreal. Agosto.
- 93) FERNANDEZ-BALLESTEROS, R; ZAMARRÓN, M. D.; MACIÁ. A. (1996): *Calidad de Vida en la vejez en distintos contextos*. IMSERSO. Madrid.
- 94) FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (1997): *Calidad de Vida en la vejez: condiciones diferenciales*. Anuario de Psicología, N° 73. Facultad de Psicología. Universitat de Barcelona, 1997: 89-104.
- 95) FERNANDEZ-BALUSTERS, R. (1998): "Quality of life: concept and assessment". En J. Adair, d. Ballenger, y K. Deon (eds.): *Advances in psychological science*, Vol. 1: Social, personal and cultural aspects, East Sussex, UK: Psychology Press.
- 96) FERNANDEZ-MARTORELL, M. (1996): *Creadores y vividores de ciudades. Ensayo de antropología urbana*. EUB. Barcelona. 1996.
- 97) FERNANDEZ-MARTORELL, M. (1997): *Antropología de la convivencia*. Ed Cátedra. Madrid. 1997.
- 98) FERRELL B, WISDOM CH, y WINZE C. (1989): Quality of life as an outcome variable in the management of cancer pain. *Cancer* 1989; 63:2321-27.
- 99) FIERRO, A. (1994): *Proposiciones y propuestas sobre el buen envejecer*. En: J. Buendía (Ed.). *Envejecimiento y Psicología de la Salud*. Madrid: Siglo XXI; 3-33.
- 100) FLÓREZ, J. (2000): "El envejecimiento de las personas con síndrome de Down", en *Rev. Síndrome Down*, 17:16-24.
- 101) GALVANOVSIS, A., ROJAS, R. (2000). *Religiosidad, sentido de la vida relaciones familiares en ancianos*. *La Psicología Social en México*, Vol. VIII, pp. 603 - 609.

- 102) GARCÍA, E. (1992): "Movilidad, mortalidad y medicamentos en una Residencia de ancianos". En Revista Iberoamericana de Geriátría y Gerontología, vol. 8, 2 58-62.
- 103) GARCIA, M. y TORRES, P. (coords.) (1999): Temás de Enfermería Gerontológica. Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. Logroño.
- 104) GENERALITAT DE CATALUNYA (1993): *Pla integral de la gent gran*. Edit. Capítols. Barcelona.
- 105) GEORGE, P. (1985): Población y poblamiento. Península. Barcelona.
- 106) GIL CALVO, E. (2003): El poder gris. Una nueva forma de entender la vejez. Random House Mondadori. Barcelona.
- 107) GIL MONTALVO. M. (1996): Centros de día para personas mayores dependientes. Guía práctica, INSERSO, Madrid.
- 108) GILL, TM. y FEINSTEIN, AR. (1994): A critical appraisal of the quality of Quality-of-life Measurements. JAMA; 272 (8):619-25.
- 109) GOFFMAN, E. (1970): Internados. Ensayos sobre la situación de los enfermos mentales. Amorrortu Eds. Buenos Aires.
- 110) GOGNALONS-NICOLET, M. (1994): Du vieillissement normal au vieillissement réussi. Aspectes culturels, sociaux et psychologiques. Cahiers Psychiatriques Genevois, (p. 17).
- 111) GÓMEZ REDONDO, R. (1995): "Vejez prolongada y juventud menguada. Tendencias en la evolución de la esperanza de vida de la población española, 1970-1990". Revista Española de Investigaciones Sociológicas, n.º 71-72, pp. 79-108.
- 112) GONZÁLEZ, U.; GRAU, J. y AMARILLO, MA. (1997): La calidad de vida como problema de la bioética. Sus particularidades en la salud humana. En: Acosta JR (Ed.) Bioética desde una perspectiva cubana. La Habana: Centro "F. Varela": 279-85.
- 113) GONZÁLEZ, H. (2000). Aspectos sociodemográficos del embarazo adolescente en Cuba. Oficina Nacional de Estadísticas, La Habana.
- 114) GRAN ALVAREZ, MA. y LOPEZ NISTAL, LM. El descenso de la natalidad en cuba. Rev Cubana Salud Pública. [online]. abr.-jun. 2003, vol.29, no.2 [consultado 25 Julio 2007], p.132-138. Disponible en Web: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000200008&lng=es&nrm=iso>.ISSN 0864-3466.
- 115) GRAU, J. (1997): Calidad de vida y salud: problemas actuales en su investigación. Tesis para la opción del título de Especialista de I Grado en Psicología de la Salud. Facultad de Ciencias Médicas "Calixto García", Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana.

- 116) GREEN, C.; BRAZIER, J. y DEVERILL, M. (2000): "Valuing health-related quality of life. A review of health state valuation techniques". *Pharmacoeconomics*. 2000; 17(2): 151-65.
- 117) GUISET, MJ. (1998). *Vivre en petite unité*. Fondation de France. París.
- 118) GURLAND, B. y KATZ, S. (2000): "Calidad de vida y trastornos mentales de los ancianos" en Katschnig, H. (Dir): *Calidad de vida en los trastornos mentales*. Ed. Masson. Barcelona.
- 119) HARRIS, M. y ROSS, E, B. (1991): *Muerte, sexo y fecundidad. La regulación demográfica en las sociedades preindustriales y en desarrollo*. Alianza. Madrid.
- 120) HAYFLICK, L. (1994): *How and why we age*. New York. Ballantine Books.
- 121) HAVIGHURST, R. J. y ALBRECHT, R. (1980 [original de 1953]): *Older people*, New York, Arno Press [© Longmans and Green].
- 122) HERNÁNDEZ R. y BENÍTEZ, M.E. (1989): *Algunos aspectos demográficos y socio- económicos de los senescentes en Cuba*, CEDEM, Ciudad de La Habana.
- 123) HÉTU, J.L. (1988): *Du vieillissement*. Montréal (Canada): Edicions du Mèridien.
- 124) HOLLANDSWORTH, JG. (1988): *Evaluating the impact of medical treatment on the quality of life: a 5-years update*. *Soc. Sci. Med.*; 26:425-34.
- 125) HÖRNQUIST, J. O. (1989): "Quality of life: concepts and assessment". *Scand J, Soc. Med.*, 18, pp:68-79
- 126) http://www.ine.es/inebmenu/mnu_salud.htm (Instituto Nacional de Estadística. Datos sobre salud de la población española)
- 127) <http://www.paho.org/spanish/sha/profiles.htm>
- 128) IDLER, E. y BENJAMINI, Y. (1997): "Fifteen years of self-assessed health". *J. Health Social Behav.*, 38, pp: 21-37.
- 129) IDLER, E. y KASSEL, S. (1991): "Health perceptions and survival: do global evaluations of health really predict mortality?" *J. Geront.* 46 p: 586.
- 130) IGLESIAS DE USSEL, J. (2001). *La soledad en las personas mayores: influencias personales, familiares y sociales*. Madrid: Ministerio de Migraciones y Servicios Sociales.
- 131) IMSERSO (1998): *Soledad en las personas mayores*. Mº de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid

- 132) IMSERSO (1999): Informe de Evaluación del Plan Gerontológico. Col. Observatorio de personas mayores. nº1. Madrid.
- 133) IMSERSO (2000): Informe 2000. Las personas mayores en España Observatorio de las Personas Mayores.
- 134) IMSERSO (2004): Informe 2004. Las personas mayores en España Observatorio de las Personas Mayores.
- 135) IMSERSO (2007): A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. Encuesta 2006. Colección Estudios. Serie documentos estadísticos. Mº de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid
- 136) IMSERSO. Orden de 16 de mayo de 1985, que aprueba el Estatuto Básico de los Centros de Tercera Edad (boe de 29 de mayo).
- 137) IMSERSO/Metra Seis Economía (1990): Estudio de viabilidad de un plan de Ayuda a domicilio como alternativa al ingreso en centros residenciales.
- 138) INE (2002): Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.
- 139) Informe GAUR (1975): La situación de los ancianos en España, Madrid, Confederación Española de Cajas de Ahorros.
- 140) INGLEHART, R. (1991): El cambio cultural en las sociedades culturales avanzadas, Madrid, CIS-Siglo XXI.
- 141) INSERSO (1993): Plan Gerontológico, Madrid.
- 142) INSERSO (1995): Guía Directorio de Centros para personas mayores. Vol. 1: Residencias. Madrid.
- 143) INSERSO, (1990). Estudio sobre la ayuda a domicilio en España. Madrid, INSERSO/FEMP (Investigación no publicada).
- 144) INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA. DATOS SOBRE SALUD DE LA POBLACION ESPAÑOLA) http://www.ine.es/inebmenu/mnu_salud.htm
- 145) IZQUIERDO, A. y MARTÍNEZ, R. (2001): “La inmigración de extranjeros y el envejecimiento de la población”. En: Los mayores activos. Seniors Españoles para la Cooperación Técnica. Madrid.
- 146) JACOBY, R. y OPPENHEIMER, C. (2005): Psiquiatría en el anciano. Elsevier. Madrid.
- 147) JAMIESON, A. (1993). El apoyo informal en Europa. En: Comparación de políticas de atención a las personas mayores, S.G., Ed. Barcelona.
- 148) JANICKI, M.P. y DALTON, A.J. (1999): Dementia, Aging and Intellectual Disabilities_ A Handbook. Philadelphia: Brunner-Mazel.

- 149) JANICKI, M.P. y WISNIEWSKI, H.W. (1985): *Aging and Developmental Disabilities: Issues and Approaches*. Baltimore: Brookes Publishing.
- 150) JANICKI, M.P. (1996): *Help for Carers for Older People Caring for an Adult with a Developmental Disability*. Albany: New York Developmental Disabilities Planning Council.
- 151) JIMÉNEZ LARA, A. (2003): *Discapacidad y envejecimiento en España: Perfil sociodemográfico de las personas con discapacidad de edad madura.* ", en Rodríguez P, Aguado AL y Carpintero A: *Discapacidad y Envejecimiento*, Ed. Escuela Libre Editorial. Fundación ONCE. Madrid.
- 152) JOUVENAL, H. de (1988): *Europe's Ageing Population*. Paris, Futuribles.
- 153) KALISH, R. (1983): *La vejez. Perspectivas sobre el desarrollo humano*. Pirámide. Madrid.
- 154) KAPLAN, RM. (1985): *Quality of life measurement*. In: Karoly P (Comp) *Measurement strategies on health psychology*. NY: Wiley.
- 155) KAPLAN, G.A.; GOLDBERG, D.E.; EVERSON J.A. *et al.* (1996): "Perceived health status and morbidity and mortality: evidence from the Kuopio ischemic heart disease risk factor study". *Int. J. Epidemiol.* 25, pp: 259-265.
- 156) KASTENBAUM, R. (1980): *Vejez, años de plenitud*. México: Harper & Row,
- 157) KATSCHNIG, H. (2000): "Utilidad del concepto de calidad de vida en psiquiatría". En H. Katschnig, H. Freeman y N. Sartorius (dir.): *calidad de vida en los trastornos mentales*. Barceona: Masson..
- 158) KAUFMANN, A. E., y FRIAS, R. (1996): "Residencias: lo público y lo privado". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, n.º 73, pp. 105-126.
- 159) KELH, W. y FERNÁNDEZ, J. M. (2001): *La construcción social de la vejez*, en Cuadernos de trabajo social, nº: 14.
- 160) KRASSOIEVITCH, M. (1993): *Psicoterapia Geriátrica*. México, Fondo de Cultura Económica.
- 161) LAFOREST, J. (1991): *Introducción a la gerontología. El arte de envejecer*. Barcelona: Ed. Herder.
- 162) LARA-MUÑOZ, MC.; PONCE DE LEÓN, S. y DE LA FUENTE, JR. (1995): *Conceptualización y medición de calidad de vida de pacientes con cáncer*. *Inv Clin.*: 47 (4):315-27.
- 163) LARSON, R. (1978): *Thirty years of research on the subjectivewell-being of older americians*. *J. of Gerontol.*, 33. pp: 109-125.

- 164) LASLET, P. (2001) : Historia Contemporánea, Vol. (II), nº. 23 (2001), p.671-712, (1130-2402)
- 165) LAWTON, M. P. (1989): Medio ambiente y satisfacción de necesidades en el envejecimiento. Handbook of Clinical Gerontology. Organizado por Carstensen, L. y Edelstein, B. Pergamon Books Inc. Oxford. England (trad. de Hienas; Mássot, B. El Envejecimiento y sus trastornos. Ed. Martínez Roca S.A. 1989:46-53).
- 166) LAWTON, M.P. (2001): Quality of life and the end of the life. En J.E. Birren y K.W. Schaie (eds.): handbook of the psychology of aging (5th ed). San Diego, CA: Academic Press.
- 167) LAZARO EL NOGAL, M. (1999):; De nuevo las caídas. Revista Española de Geriatria y Gerontología. Ediciones Doyma. Vol. 34, nº. 04, Julio-Agosto, 1999: 189-191.
- 168) LEFRANÇOIS, R. (1997): Sociologie du Vieillissement. En M. Arcand y R. Hébert. Précis Pratique de Gériatrie. Québec, Edisem, Inc.
- 169) LEMON, W., BENGSTON, V.L. y PETERSON, J.A (1972): An exploration of the activity theory of aging: Activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community. Journal of Gerontology, 27, 511-523.
- 170) LESEMAN, F. y MARTIN, C. (1993). Les personnes âgées: dependence, soins et solidarités familiales. Comparaisons internationales. La Documentation Française. París.
- 171) LETURIA FJ. (1999): El proceso de adaptación en centros residenciales para personas mayores. *Rev Esp. Geriatr. Gerontol.* ; 34:105-12.
- 172) LIVI BACCI, M. (1978): “La fecundidad y el crecimiento demográfico en España en los siglos XVIII y XIX”. En D. V. Glass y R. Revelle (dirs.): Población y cambio social. Tecnos. Madrid.
- 173) LIVI BACCI, M. (1990): Historia mínima de la población mundial. Barcelona. Ariel.
- 174) LOLAS, F. (1991): Biomedicina y calidad de vida: análisis teórico. *Acta Psiquiat Psicol. Amer. Lat.*; 37:25-30.
- 175) LOPEZ DOBLAS, J. (2000), Estudio sociológico del envejecimiento de la población andaluza. Biblioteca Universidad de Granada: CPS/T 34.
- 176) LÓPEZ DOBLAS, J (2005). Personas mayores viviendo solas. La autonomía como valor en alza. Mº. Trabajo y A. Sociales. (IMSERSO).
- 177) LOPEZ, M. A; LOPEZ, J.; FERNANDEZ, C.; DEL CAMPO, J. M.; GALDON, P.; OTERO, A. (2002): Situación Funcional de los Ancianos con Cataratas. Revista Española de Geriatria y Gerontología. Ediciones Doyma. Vol. 37, Nº 02, Marzo-Abril. 2002: 101-110.

- 178) LYMAN, K. (1998): "Día a día con la Enfermedad de Alzheimer". IMSERSO. Colección rehabilitación. Madrid.
- 179) MARCHIONI, M. (1992): La audición. Un método de investigación participativa y comunitaria. Ed. Benchomo. Santa Cruz de Tenerife.
- 180) MARTINEZ TERESA, (2001): "Centros de día para personas mayores con dependencias". C. Documentos Política Social. Serie Docum. Téc. N° 8. Consejería de Asuntos Sociales del Principado de Asturias.
- 181) MÉMIN, C. (1984): *Proyect de vie avec les personnes agées en institution*. Edit. du Centurion. París.
- 182) MENENDEZ, E. (2002): La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo. Edicions Bellaterra. Barcelona.
- 183) MESLÉ, F. (1995): La mortalité en France: le recul se poursuit. *Population*, vol. 50, n.º 3, pp. 745-778.
- 184) MINISTERIO DE JUSTICIA, (1975). Código de Familia. La Habana.
- 185) MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (2004): Atención a las personas en situación de dependencia: Libro Blanco (Madrid: IMSERSO). www.imsersomayores.csisc.es/
- 186) MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (2002): Envejecer en España Madrid.
- 187) Mº TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (2006): Libro Blanco de la Dependencia. Madrid.
- 188) Mº. ASUNTOS SOCIALES (1996): *Estudio de satisfacción de la población anciana*. Madrid.
- 189) MOLD, J.W. (1995): An alternative conceptualisation of health and health care: its implication for geriatrics and gerontology". *Educ. Gerontol.*, 21, pp: 85-101.
- 190) MONOGRAFIES SANITARIES (Varios autores) (1992): La mujer en el Barrio de Natzaret. Generalitat Valenciana. Valencia.
- 191) MONTORIO, I. (1995): "Programas y servicios de apoyo a familiares cuidadores de ancianos dependientes". En *Rev. Española de Geriatria y Gerontología*, 30.
- 192) MORAGAS, R. (1991), *Gerontologia Social: envejecimiento y calidad de vida*. Barcelona. Herder.
- 193) MORAGAS, M. (1995): *Gerontología Social: envejecimiento y calidad de vida*. Editorial Herder. Barcelona.

- 194) MORENO, B. (1995): "Evaluación de la calidad de vida". Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. 1995.
- 195) MORENO, B y XIMÉNEZ, C. (1996): Evaluación de la calidad de la vida. En: Buela-Casal G, Caballo VE, Sierra JC (Eds) Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. Madrid: Siglo XXI: 1045-70.
- 196) MYERS, G.C. (1993): "International research on healthy life expectancy". En H. Feinlieb: Proceedings of the 1991 international symposium on fata on aging. National Center for Health Statistics: Washintong DC.
- 197) NACIONES UNIDAS. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales (1978): "Factores determinantes y consecuencias de las tendencias demográficas". New York: Naciones Unidas.
- 198) NAVARRO, V. Desigualdades sociales, calidad de vida y salud. (Artículo de opinión en Diario El País, 04/05/08).
- 199) NAVARRO, V. (2002): Bienestar insuficiente, democracia incompleta. Ed Anagrama. Barcelona. 2002.
- 200) NETTO, J.P. (2002): Tratado de Geriatria y Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- 201) NETTO, J.P. (2002): Reflexiones en Torno a la "Cuestión Social". En: Nuevos escenarios y prácticas profesionales. Una mirada crítica desde el Trabajo Social. Espacio Editorial - Buenos Aires, 2002.
- 202) NEUGARTEN, B.L., HAVIGHURST, R.J. y TOBIN, S. (1961). *Medición de una vida satisfactoria*. Periódico de Gerontología, 16: 134-43.
- 203) NEUGARTEN, B. (1999): Los significados de la edad. Barcelona. Herder.
- 204) NORDENFELT, L. (1993): Quality of life, Health and Happiness. Aldershot, Abevury.
- 205) O'SHEA E. (2003): La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes. Boletín sobre el Envejecimiento, Observatorio de Personas Mayores.
- 206) OBSERVATORIO DE MAYORES-IMSERSO (2004): Encuesta sobre Condiciones de Vida de los Mayores en Residencias, Septiembre- Octubre.
- 207) OCDE (1982): La liste OCDE des indicateurs sociaux. Paris OCDE.
- 208) OCDE (1992): L'áide aux personees agées fragiles: les questions de politique sociale. París.
- 209) OCDE (1996): Protéger les personnes agées dependentes. Des politiques en mutation. París. Etudes de politique sociale. nº 19.

- 210) Oficina Nacional de Estadísticas (ONE) (1997): Centro de Estudios de Población y Desarrollo (1997): El envejecimiento poblacional en Cuba: Apuntes para su estudio. ONE, Ciudad de La Habana.
- 211) Oficina Nacional de Estadísticas (ONE) (2000). Anuario Estadístico de Cuba 1999. ONE, La Habana.
- 212) Oficina Nacional de Estadísticas (ONE) (2001). Anuario Demográfico de Cuba 2000. ONE, La Habana.
- 213) OKUN, M.A.; STOCK, W.A., y HARING, M.J. (1984): "Health and subjective well-being: a meta-analysis". J. Aging Human Dev., 19, pp: 111-132.
- 214) OMS. (2002): Salud y envejecimiento. Un marco político. Revista dela SEGG. Monográfico. Agosto.
- 215) ONU (1982). Plan de acción internacional sobre el envejecimiento. I Asamblea Mundial del envejecimiento.
- 216) OPS. (2001): Programa especial de análisis de salud. Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos 1998. Washington, DC, OPS/OMS.
- 217) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2001): Regional Core Health Data System - Country Profile. Version electronica.
- 218) ORIZO, F.A. (1992): "La sociedad del bienestar". En de Miguel, A.: La sociedad española. pp. 236-237.
- 219) ORMEL, J.; LINDENBERG, S.; STEVERINK, N. y VERBRUGGE, L. (1999): "Subjective Well-Being and Social Production Functions", Social Indicators Research, 46: pp. 61-90.
- 220) OTERO PUIME, A.; ZUNZUNEGUI PASTOR, M.V.; BÉLAND, F.; RODRÍGUEZ LASO, A. y GARCÍA DE YÉBENES Y PROUS, M.J. (2006): Relaciones sociales y envejecimiento saludable. Documentos de trabajo. Fundación BBVA. Bilbao.
- 221) PACOLET et al. (1999). La protection social des personnes âgées dépendantes dans les 15 pays de L'UE et en Norvege. Commission europeenne.
- 222) PAILLAT, P. (1982) : « Famille et générations ». Gérontologie et Société, n° 21.
- 223) PARANT, A. (1981): "Les personnes âgées en France et leurs conditions d'habitat". Population, vol. 36, n.º 3, pp. 577-608.
- 224) PATRICK, DL y ERICKSON, P. (1993): Health status and health policy: quality of life in health care evaluation and resource allocation. New York: Oxford University Press.

- 225) PAVOT, W., DIENER, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment*, 5(2), 164-172.
- 226) PEÑATE, O. y LUGO, I. (1997): La seguridad social en Cuba. Retos y perspectivas. (Folleto), Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, La Habana.
- 227) PEREZ MENAYO, V. (1980): La protección del desempleo en España y en los países de las CEE, IES; Madrid.
- 228) PÉREZ MOREDA, V. (1980): “Las crisis de mortalidad en la España interior (siglos XVI-XIX)”. Siglo XXI de España Editores. Madrid.
- 229) PINAZO, S. y SÁNCHEZ, M. (dirs.) (2005): Gerontología. Pearson. Madrid.
- 230) POL, E. y VARELA, S. (1994): El concepto de identidad social urbana: una aproximación entre la psicología social y la psicología ambiental. *Anuario de psicología*, 62: 5-24. Universitat de Barcelona.
- 231) PORTO y RODRÍGUEZ, P. (Editores), Evolución y extensión del SAD en España, Madrid. IMSERSO, (1998)
- 232) PRESSAT, R. (1970). El análisis demográfico. (Prefacio de Alfred Sauvy). Instituto del Libro, La Habana.
- 233) PRESSAT, R. (1985): Introducción a la demografía. Ariel. Barcelona.
- 234) PUGA, M^a. D. (2001): Dependencia y necesidades de los mayores en España, una previsión a 2010. Fundación Pfizer. Madrid.
- 235) PUIJALON, B. y TRINCAZ, J. (2000): *Le droit de vieillir*. Librairie Arthème Fayard. París.
- 236) PUJADAS i MUÑOZ (coords.) (2004): Etnografía. Ed UOC. Barcelona
- 237) PUKROP, R.; MOLLER, HL. y STEINMEYER, EM. (2000): Quality of life in psychiatry: a systematic contribution to construct validation and the development of the integrative assessment tool “modular system for quality of life”. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2000; 250(3): 120-32.
- 238) PYNOOS, J. y REGNIER, V. (1991): “Improving residential environments for frail elderly: bridging the gap between theory and application”. En J. E. Birren, J. E. Luben y J. C. Rowe (eds.): The concept and measurement of quality of life in the frail elderly. San Diego: cademic Press.
- 239) QUEREJETA GONZÁLEZ, M. (2004): Discapacidad / Dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación. IMSERSO, Madrid.

- 240) QUINTERO, G. (1996): Calidad de vida y envejecimiento. En: Prieto O, Vega E. Temas de Gerontología. Ciudad de La Habana Editorial Científica técnica.
- 241) QUINTERO, G.; ESCALONA, C. (1992): “Estado funcional y bienestar subjetivo en la medición de la calidad de vida en los ancianos”. Folleto CITED.
- 242) REICHARD, S. (1962): Aging and personality. Wiley, Nueva York
- 243) RENAUD, F.; Investigación y desarrollo en el ámbito del hábitat y del alojamiento para las personas de edad. Sociología de la vejez. UDP Ediciones. Madrid 1992: 81-94.
- 244) RIVERA, D.; Perspectivas en gerontología y salud. Promolibro. Valencia. 1992.
- 245) RODRÍGUEZ OSUNA, J. (1985): Población y territorio en España. Espasa-Calpe, S.A. Madrid.
- 246) RODRÍGUEZ, P.; AGUADO, A.L. y CARPINTERO, A. (coordinadores) (2003): Discapacidad y Envejecimiento. Ed. Escuela Libre Editorial. Fundación ONCE. Madrid.
- 247) RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. (2004) Política social para la atención a las personas mayores. Ed. Fundación Iberoamericana de formación. Universidad de Granada. (en prensa).
- 248) RODRIGUEZ RODRÍGUEZ, P. y FERREIRO GASTÓN, E. 1995. Evaluación del servicios de teleasistencia domiciliaria. INSERSO.
- 249) RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. (1997): “El SAD. Conceptualización y objetivos generales”, en SEGG: El Servicio de Ayuda a Domicilio. Programación del Servicio. Formación para auxiliares. Ed. Panamericana. Madrid.
- 250) RODRIGUEZ RODRÍGUEZ, P. (1998): “El problema de la dependencia en las personas mayores”. *Documentación Social. Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada*, n.º 112, pp. 33-63.
- 251) RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. (1999): “La residencia. Concepto. Destinatarios y objetivos generales”, en SEGG: Residencias para personas mayores. Manual de orientación. De. SG. Barcelona.
- 252) RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. y SANCHO CASTIELLO, M.T.: Nuevos retos de la política social de atención a las personas mayores. La situación de fragilidad. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* 1995; 30(3): 141-152.
- 253) RODRÍGUEZ, C. (1999) Nuevas Tecnologías, Ayudas Técnicas en Rehabilitación. Cap. 16 Psicología de la Rehabilitación. Ed. Mapfre Medicina

- 254) RODRÍGUEZ, P. (2002): “El envejecimiento de las personas con discapacidad”, en Inclusión sociolaboral y envejecimiento en las personas con discapacidad intelectual. Instituto Galego de Iniciativas Sociales y Comunitarias. A. Coruña.
- 255) ROJO, G; FERNANDEZ, F.; MAYORALES, E.; Envejecer en casa: los predictores de la satisfacción con la casa, el barrio y el vecindario como componentes de la calidad de vida de los mayores en Madrid. Revista Multidisciplinar de Gerontología. Ed. Nexos. Vol. 10, Nº 4. Oct-Dic 2000: 20
- 256) ROWE, J. W. (1987): Human Aging, usual and successful. Science 1987 Jul 10;237(4811):143-9.
- 257) RUBIO, V.; MARTINEZ, J.; ESPEJO, J.; PERULA, L.; ARANDA, JM.; población en situación de riesgo entre los mayores de 60 años en una comunidad urbana. Revista Española de Geriatria y Gerontología. Ed Doyma. Vol. 23. Nº 6. Nov-Dic 1998: 340-348.
- 258) S.E.G.G. (2000) Geriatria XXI. Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España
- 259) SAEZ N.; Bienestar Social y ancianidad: reflexiones sobre la tercera edad y nuestros mayores. Ed. Promolibro. Valencia. 1998
- 260) SALVAREZZA, L. (1988). Psicogeriatría. Teoría y clínica. Buenos Aires: Paidós.
- 261) SAN MARTIN, H.; PASTER, V.; “Epidemiología de la vejez” Mc-Graw·Hill. Interamericana de España. Madrid. 1992.
- 262) SÁNCHEZ VIDAL, A. (1991): Conceptos y Formulaciones de la Comunidad. Psicología de la comunidad. Barcelona. PPU.
- 263) SANCHO CASTIELLO, T. (1994). Un lugar para vivir: Sistemas alternativos de alojamiento. Revista de la SEGG nº29.Monográfico, “Habitat y Vejez.
- 264) SANCHO CASTIELLO, T y RODRÍGUEZ PORRERO, C. (2001). Catalogo de recursos, servicios y ayudas técnicas. En Libro Blanco sobre la enfermedad de Alzheimer y trastornos afines. Vol.II. Obra Social CajaMadrid.
- 265) SANCHO CASTIELLO, T y RODRÍGUEZ PORRERO, C. (1999): “Política social de atención a las personas mayores” Gerontología Conductual, Vol. I Ed. Síntesis.
- 266) SANCHO, Mª.T. (coordinadora) (2002): “II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento”, En Revista Española de Geriatria y Gerontología, 37
- 267) SANZ, J.; “Valor y cuantificación de la calidad de vida en medicina” Medicina clínica. Vol. 96 Nº 2. 1991: 66-69.

- 268) SCHALOCK, R.L. (1997) Three decades of Quality of Life. Informe manuscrito.
- 269) SCHENEIDER, E. L.; y Rowe, J. W. (1996): Handbook of biology of aging. San Diego: Academic Press.
- 270) SETIEN, M. L. (1993): indicadores sociales de calidad de vida. Un sistema de medición aplicado al País Vasco. Madrid. Centro de Investigaciones Sociológicas-Siglo XXI
- 271) SHAPIRO, E. (1982): "Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly" Am. J. Public Health, 72, pp: 800-808.
- 272) SHUMACKER, S. y NAUGHTON, M. (1995): The International Assessment of Health-Related Quality of Life: a theoretical perspective. En: Shumaker S, Berson R, editors. The international assessment of health-related quality of life: theory, translation, measurement and analysis. Oxford: Rapid Communications.
- 273) SIEGRIST, J.; BROER, M. y JUNGE, A. (1996): Profil der lebensqualität chronoschranker (PLC). Göttingen: Hogrefe-Verlag GmbH and co. (traducción libre).
- 274) SIMÓ, C.; MENDEZ, S.; ESCUDER, R. (2005): La població estrangera al País Valencià. Una aproximació quantitativa per al període 1998-2004. En Mediterrània Migrant: les migracions al País Valencià. (Piqueras A. [coord], Publicacions de la Universitat Jaume I. Castelló.
- 275) SOLÉ, C.; TRIADÓ, C.; VILLA, F. y OSUNA, M.J. (2001). Diferències en oci i temps lliure en funció de l'edat i el gènere en una mostra d'adults. Revista de Psicologia i ciències de l'Educació, 9, 164-170.
- 276) SUBIRATS, J.; La vejez como oportunidad: un estudio sobre las políticas de tiempo libre dirigidas a la gente mayor. IMSERSO. Madrid. 1992
- 277) THURSZ, NUSBERG Y PRATHER: Empowering older people. An international approach. Ed. I.F.A., U.S.A.1995.
- 278) TIBBITTS, C. (1960). Handbook of Social Gerontology: Societal Aspects of Aging, Chicago, The University of Chicago Press.
- 279) TOBÍO, C. (2002): "Conciliación o contradicción: cómo hacen las madres trabajadoras". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, n.º 97, pp. 155-186.
- 280) TOWNSEND, P. (1962). The last Refuge. A Survey of Residential Institutions and Homes for the Aged, Londres, Routledge & Kegan Paul.
- 281) TRESERRA, M. A., et alt. (1993): *Pla integral de la gent gran*. Departamento de Bienestar Social. Generalitat de Catalunya. Ed. Capítols. Barcelona.

- 282) TRIANA, EA. y REYES T. Informática y adulto mayor. En: Triana EA, Sanabria R. Informática y envejecimiento. Retos de un nuevo milenio. La Habana Edición especial en CD-ROM. Editorial de Ciencias Médicas; 1999.
- 283) TRIESCHMANN, R. (1995): Envejecer con Discapacidad. Fundació Institut Guttmann.
- 284) UIMP (2004). “Mayores y Economía”. Ponencia inaugural del curso 29 marzo-2 abril.
- 285) VÁZQUEZ, M. A. (2001): “Programas de intervención para las personas con demencia”, en Rodríguez, P., et alt.: Residencias para personas mayores: manual de orientación. Editorial Médica Panamericana.
- 286) VEGA, JL.; BUENO, B (1996): Desarrollo adulto y envejecimiento. Ed Síntesis. Madrid.
- 287) VIDAL HERNÁNDEZ J. (1974): “Plan Nacional de la S. Social de asistencia a Ancianos”. Gerontología y Geriatria. Cruz Roja Española. Madrid.
- 288) VILLEZ, A. (1997). La viabilité et economie des petites unités de vie. Fondation de France. París.
- 289) VIMORT, Jean et al. (1984): “Nuevos aspectos sociológicos de la tercera edad” Texto de ponencias y comunicaciones. IV Jornadas Interdisciplinarias. *La ancianidad nueva etapa creadora*. Ámbito de Investigación y Difusión “María Corral”. Barcelona. Edimurtra.
- 290) VUORI HV. (1989): El control de la Calidad en los servicios sanitarios, conceptos y metodología. Barcelona: Editorial Masson.
- 291) WERNER, en WALSH, F. (1998): “El concepto de resiliencia familiar: crisis y desafío”, en Sistemas familiares, año 14, nº 1, marzo de 1998, pag. 11.
- 292) DEMING, WE. (1986): Calidad, Productividad y Competitividad, como salir de la crisis. Ediciones Díaz Santos S.A.
- 293) WERNER, en WALSH, F. (1998): “El concepto de resiliencia familiar: crisis y desafío”, en Sistemas familiares, año 14, nº 1, marzo de 1998, pág. 11.
- 294) WILLITS, F. K. y CRIDER, D. M. (1988): “Health rating and life satisfaction on later middle years”. J. Gerontol., 43, pp: 172-176.
- 295) WRIGLEY, E. A. (1985): Historia y población. Crítica. Barcelona.
- 296) YANGUAS, J. (2004): Analisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid

- 297) YANGUAS, JJ.; GALDONA, N; BUIZA, C; ETXEBARRIA, I.; GONZÁLEZ, MF; JULIÁN, P y URDANETA, E. (2006): Intervención en el funcionamiento cognitivo en demencia. En: Alzheimer: un reto de presente y futuro, pp 59-73. Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer a Coruña (AFACO) (Ed.), A Coruña.
- 298) YUSTE, A. (1995): “La Atención Paliativa”. En: Residencias para personas mayores. Manual de orientación, Rodríguez, P. (coord). IMSERSO. Madrid.