

## **DISEÑO DE CENTROS Y SERVICIOS PARA MAYORES**

*Alicia Fernández Sáenz de Pipaón*

*“Nada hay tan agradable como  
tomarse trabajo por una persona que lo merece”  
(Marcel Proust)*

### **REFLEXIONES INICIALES**

De lo que no cabe duda es de que el fenómeno del envejecimiento y del sobre-envejecimiento que viven las sociedades actuales exige la mejora y el incremento de recursos que den respuesta a las demandas de atención, pero también a las de calidad que el colectivo merece.

El paso previo al diseño y planificación de cualquier proyecto ha de ser el conocimiento exhaustivo de las personas a quienes va dirigido. En el caso de las personas mayores, el grupo se conforma como heterogéneo y muy amplio. Entre las características del colectivo debemos destacar:

- Tercera y cuarta edad. No perdamos de vista que la esperanza de vida en nuestro país supera los 83 años, y que la prevalencia de nonagenarios cada vez es mayor. Por tanto, no podemos pensar que el grupo de personas entre 65 y 74 años va a presentar las mismas demandas que el grupo de 75 en adelante. La edad va a incidir sobre variables tan importantes como la dependencia, el estado de salud, el estado civil, los intereses, los gustos, etc.
- Distribución geográfica. Esta variable demográfica también marca de manera fundamental al grupo. En general sabemos que las mayores tasas de envejecimiento se dan en las zonas rurales y que, su distribución en las ciudades también suele concentrarse en los cascos antiguos. En el primero de los casos, la dispersión del colectivo va a dificultar su atención. En el caso de las ciudades, la ubicación de las viviendas en las zonas viejas va a conllevar problemas como la falta de accesibilidad y la no adecuación de las mismas.
- Acceso a recursos. Entre los cambios que se asocian al proceso del envejecimiento nos encontramos con uno social que afecta de manera decisiva al grupo de mayores: la jubilación, que conlleva reducciones

importantes a nivel de relaciones sociales, de responsabilidades y de ingresos económicos. Esta disminución de ingresos, va a dificultar el acceso a determinados recursos. El nivel cultural del grupo también impone serias diferencias, ya que, si bien el grupo de los mayores más jóvenes está alcanzando cotas cada vez más altas en cuanto a formación, el grupo de los más mayores presenta niveles muy inferiores de nivel cultural. Por último, el grupo de los más jóvenes ha aprendido a planificar y disfrutar de su tiempo libre, mientras que el de los más mayores no ha recibido esa formación o ese patrón social. Las diferencias señaladas van a determinar de nuevo el acceso y utilización que hagan de los recursos, así como van a imponer diferencias a la hora de su planificación.

- Género. En el caso del grupo de mayores, el género también va a resultar decisivo. Sabemos que la mujer va a tener una esperanza de vida más larga, que provoca la feminización del grupo de los más mayores. Estas mujeres además cuentan con niveles culturales más pobres que los hombres, viven más años, pero con mayores niveles de dependencia y cobran, en la mayoría de los casos pensiones de viudedad, que son significativamente más escasas que las de jubilación. Además, el género interviene de forma decisiva en el momento de la jubilación, en el caso de los varones, la jubilación tiene una fecha socialmente impuesta que le impone cambios bruscos en su estilo de vida, sin embargo, en el caso de las mujeres, tradicionalmente cuidadoras de la casa, su rol no se ve modificado por el cumplimiento de años, sólo alteraciones físicas o psíquicas van “jubilarse” de sus ocupaciones, por lo que su demanda de recursos seguramente ha sido previa a los 60 años y sólo variará en caso de alteraciones en su autonomía. No obstante, con el acceso de la mujer al mercado laboral, es posible que esta circunstancia llegue a igualarse en un futuro relativamente cercano.

La aparición de dependencia o de enfermedad, el estado civil y las relaciones familiares y sociales, el género, el lugar de residencia, el nivel de ingresos, el nivel cultural, las actitudes ante el propio envejecimiento, la capacidad de gestionar el tiempo libre, la autoestima, las actitudes de la sociedad en que viven, etc. son, por tanto, aspectos fundamentales que definen el tipo de recursos que se deben dotar.

Pero no olvidemos que este grupo cada vez más numeroso, es un grupo exigente y cada vez más, a medida que se adhieren a él personas de niveles socioculturales mayores y a medida que las familias de las personas mayores dependientes se implican en la reivindicación de servicios de calidad.

Estamos siendo testigos de una sociedad cambiante, en la que las personas mayores tienen mucho que decir y su voz cada vez es más tenida en cuenta. Sin embargo existen todavía muchos mitos y prejuicios asociados al envejecimiento que mantienen los propios mayores y también la sociedad en que viven. Sirva el siguiente cuento de J. Bucay para entender la importancia

que las propias creencias van a tener sobre nuestro propio envejecimiento y sobre cómo observamos y atendemos el de los demás:

“Cuando<sup>1</sup> yo era pequeño me encantaban los circos, y lo que más me gustaba de los circos eran los animales. Me llamaba especialmente la atención el elefante que, como más tarde supe, era también el animal preferido por otros niños. Durante la función la enorme bestia hacía gala de un peso, un tamaño y una fuerza descomunales... Pero después de su actuación y hasta poco antes de volver al escenario, el elefante siempre permanecía atado a una pequeña estaca clavada en el suelo con una cadena que aprisionaba una de sus patas.

Si embargo la estaca era solo un minúsculo pedazo de madera apenas enterrado unos centímetros en el suelo. Y, aunque la cadena era gruesa y poderosa, me parecía obvio que un animal capaz de arrancar un árbol de cuajo con su fuerza, podría liberarse con facilidad de la estaca y huir.

El misterio sigue pareciéndome evidente. ¿Qué lo sujeta entonces? ¿Por qué no huye? Cuando tenía cinco o seis años, yo todavía confiaba en la sabiduría de los mayores. Pregunté entonces a un maestro, un padre o un tío por el misterio del elefante. Alguno de ellos me explicó que el elefante no se escapaba porque estaba amaestrado.

Hice entonces la pregunta obvia: “Si está amaestrado ¿por qué lo encadenan?”.

No recuerdo haber recibido una respuesta coherente. Con el tiempo olvidé el misterio del elefante y de la estaca, y sólo lo recordaba cuando me encontraba con otros que también se habían hecho esa pregunta alguna vez.

Hace algunos años descubrí, que, por suerte para mí, alguien había sido lo suficientemente sabio como para encontrar la respuesta:

El elefante del circo no escapa porque ha estado atado a una estaca parecida desde que era muy, muy pequeño.

Cerré los ojos e imaginé al indefenso elefante recién nacido sujeto a la estaca. Estoy seguro de que, en aquel momento, el elefantito empujó, tiró y sudó tratando de soltarse. Y, a pesar de sus esfuerzos, no lo consiguió, porque aquella estaca era demasiado dura para él.

Imaginé que se dormía agotado y que al día siguiente lo volvía a intentar, y al otro día, y al otro... Hasta que un día, un día terrible en su historia, el animal aceptó su impotencia y se resignó a su destino.

Ese elefante enorme y poderoso que vemos en el circo, no escapa porque,  **cree que no puede**. Tiene grabado el recuerdo de la impotencia que sintió poco después de nacer. Y lo peor es que jamás se ha vuelto a cuestionar seriamente ese recuerdo.

Jamás, jamás volvió a poner a prueba su fuerza...”

Tomemos de lo anterior dos ideas fundamentales: La importancia de conocer muy bien las características de las personas que se beneficiarán del recurso que diseñemos y la necesidad de potenciar TODAS las capacidades e intereses de las personas que los utilicen, para que, en ningún caso, coarten sus aptitudes y deseos ya que de lo contrario podemos favorecer la dependencia y la aparición de problemas emocionales.

---

1. Bucay, J. (2003): *Déjame que te cuente*. Barcelona: RBA Libros, S.A., pág. 11-13.

## ¿QUÉ ENTENDEMOS POR *CALIDAD DE VIDA Y BIENESTAR*?

Los conceptos que siempre deben estar presentes cuando nos planteamos el diseño de cualquier recurso son los de Calidad de Vida y Bienestar. La optimización de ambos debe ser el objetivo fundamental, pero hemos de tratar de tener claro y concretar qué significan o qué queremos decir cuando nos referimos a ellos, ya que las definiciones son muchas:

Ostroot et al. (1982) nos definen la calidad de vida como “un concepto unido a lo que se denomina bienestar y asociado al concepto de felicidad”. Setién (1993) también se refiere a ella como un concepto ligado a varias dimensiones, “se suele recurrir a un conjunto amplio de áreas de la vida para poder captar globalmente la calidad de vida”. El mismo autor nos habla de las dificultades para concretarlo y de los factores subjetivos que conlleva, “se refiere más a la experiencia de vida que a las condiciones de vida”.

Quizá una definición válida podría venir de la mano de Schalock (2003) quien nos dice que la calidad de vida es una “percepción individual o del grupo de que se satisfacen sus necesidades y de que no se están negando las oportunidades para conseguir mayor grado de felicidad, bienestar y satisfacción”. También en esta definición se deduce su relación directa con otras dimensiones.

La subjetividad asociada al concepto complica también los medios para evaluarlo ya que podríamos definir tantas calidades de vida como personas evaluadas, por lo que “sólo puede evaluarse indirectamente, a través de los **indicadores de vida**, estos indicadores se basan tanto en hechos objetivamente observables y en las condiciones de vida en sociedad, como en las percepciones y juicios subjetivos de la propia gente respecto de su vida y de sus circunstancias concretas” (Szalai, 1980).

De lo anterior se deduce que si bien contamos con algunos indicadores que pueden ser “universales” y que van a afectar a la calidad de vida de todos (indicadores relacionados con salud física, condiciones de vivienda, de ingresos económicos, etc.), habrá otros que sean más individuales o más propios de unos colectivos o grupos que de otros, por ejemplo, percepción de autonomía, de libertad, de control sobre la propia vida, etc.

El segundo concepto que debemos tener en cuenta es el de bienestar, que se observa claramente relacionado con el anterior. El concepto de bienestar debe tener en cuenta lo físico, lo psíquico y lo social (OMS, 1946), pero de nuevo, el concepto de bienestar psíquico o subjetivo puede tener lecturas o definiciones bien diferenciadas. Encontramos al respecto dos teorías que en principio se contraponen: Teorías de abajo-arriba frente teorías de arriba-abajo. La de abajo-arriba sostiene que la felicidad es la suma de los momentos felices. La de arriba-abajo conciben la tendencia a la felicidad como un rasgo, defendiendo que existe una predisposición a percibir los acontecimientos de forma positiva. No obstante, Kozma, Stone y Stones (1997), tras revisar evidencia empírica sostienen que el constructo bienestar subjetivo tiene ambos componentes: rasgo (estable) y de estado (reactivo).

Considerando ambos enfoques como complementarios, la visión actual de muchas intervenciones sociales debe perseguir el objetivo de devolver el *sentimiento de competencia y de control*, así como modificar las *atribuciones de causalidad*.

### **¿A QUIÉN SE DIRIGEN LOS RECURSOS?**

Cuando hablamos de diseñar o planificar Centros o Servicios para Mayores, hemos de tener en cuenta que no sólo aquellos que intervienen de manera directa con este grupo buscan como objetivo la mejora de su atención y calidad de vida.

Independientemente de que el objetivo de la atención se dirija al grupo de mayores, la intervención puede enfocarse hacia diversos grupos: Familia, profesionales, población en general y los propios mayores.

Entre los recursos orientados a la familia podemos encontrar: Programas de respiro familiar, grupos de apoyo o apoyo psicológico individual, formación para familiares, información y orientación, asesoramiento legal, etc.

Entre los orientados a los profesionales: Programas de formación en tratamientos, cuidados, habilidades de comunicación, cambio de actitudes, etc.

Entre los orientados a la población en general: Campañas de información y cambio de actitudes (hacia los mayores y hacia el propio envejecimiento), captación de voluntariado, reivindicación política, etc.

Por fin, entre los que se dirigen directamente a los mayores, cabe distinguir entre recursos generalistas (o de base) y especializados. Entre los primeros podemos destacar los servicios de información y orientación, los viajes subvencionados, los servicios de ayuda a domicilio, etc. y entre los segundos podríamos hablar de los hogares, centros de día, hospitales de día, residencias, grupos de terapia, etc.

### **CENTROS Y SERVICIOS**

Entrando ya en el aspecto concreto que nos ocupa, debemos comenzar definiendo qué entendemos por Centros y Servicios.

Un Centro es la infraestructura desde la que se articulan diversos servicios o donde se presta un servicio concreto. Podemos encontrar centros polivalentes, desde los que se ofertan varios servicios generales y centros especializados, en los que se oferta un servicio concreto orientado a un colectivo muy delimitado.

Un Servicio es el recurso específico que da respuesta a una o varias necesidades biopsicosociales. Similar a los anteriores, podemos encontrar Servicios generalistas que pueden dar respuesta a personas y necesidades diversas y los Servicios especializados, que se centran en necesidades mucho más concretas y de colectivos determinados.

## **AREAS DE INTERVENCIÓN**

Siguiendo la definición que hemos hecho de Bienestar y de Indicadores de evaluación de la calidad de vida, dividiremos las áreas de Intervención en tres grandes bloques: bienestar físico, bienestar social y bienestar emocional. Cada una de ellas a su vez estará compuesta por diferentes aspectos que en muchos casos darán lugar a centros y servicios bien diferenciados.

### **ÁREA DE BIENESTAR FÍSICO**

Dentro de ella se deben incluir recursos orientados a optimizar tanto la salud física como la psíquica, las habilidades sensoriales, la atención médica general y especializada, la autonomía personal (AVD), el deporte, la higiene, la nutrición, etc

### **ÁREA DE BIENESTAR SOCIAL**

En ella podemos distinguir varios bloques importantes: la integración social, en la que se incluirían la familia, los amigos, las relaciones sociales, los apoyos, los recursos formales, etc.; el bienestar material, en el que encontraríamos aspectos relacionados con la vivienda, el nivel socioeconómico, la pensión de jubilación, etc.; los derechos; y la inclusión social, en la que se engloban aspectos tan importantes como la presencia social, los roles, el ambiente residencial, el voluntariado, etc.

### **ÁREA DE BIENESTAR EMOCIONAL**

Si atendiéramos a la pirámide de Maslow, veríamos que esta área responde a necesidades de la persona que se ubican en la parte superior de dicha pirámide, lo que significa que, si algunas de las necesidades más básicas no están cubiertas, difícilmente podremos lograr optimizar estas otras.

Entre las áreas de bienestar emocional, hemos de atender fundamentalmente a la satisfacción, al autoconcepto, a la salud mental, al desarrollo personal (nivel de competencia social, habilidades, educación, etc.), al control sobre la propia vida y la toma de decisiones propias, a la autonomía, a la libertad, a la intimidad, a las metas y valores individuales, etc.

## **¿CÓMO EVALUAR Y VALORAR?**

Como ya hemos dicho, previo al diseño de cualquier recurso es necesaria la evaluación exhaustiva de las características y necesidades biopsicosociales del colectivo al que irá destinado.

Asimismo, una vez dotado el centro o servicio, será necesario valorar a cada uno de los potenciales beneficiarios para conocer la idoneidad o no del recurso para él.

La evaluación de la persona mayor contempla una serie de limitaciones que deben ser salvadas para garantizar una correcta recogida de la información. Entre los riesgos a los que está expuesta esta situación nos encontramos con: Riesgos de la *persona mayor*: riesgo de fatiga, condiciones sensoriales, motivación, ansiedad al sentirse evaluados; Riesgos del *evaluador*: condicionamiento verbal, características psicológicas (actitud de vigilancia) y físicas (sexo y apariencia externa), expectativas del evaluador (“edadismo”): se valora aquellos que responde a estereotipos o mitos sobre la vejez); y Riesgos de *la situación de evaluación*: ambiente físico (condiciones de iluminación e insonorización), falta de familiaridad con las pruebas y estímulos que se utilizan, uso de pruebas contrarrelaj.

Entre los procedimientos de recogida de información, los más utilizados de manera genérica son:

**La Entrevista:** Considerada la técnica más antigua y de más amplio espectro. Precede a cualquier otra técnica y continúa utilizándose a lo largo de todo el proceso de evaluación. Se utilizan para obtener información de todo tipo e, incluso, para obtener muestras de conducta del individuo (por ej., observación del comportamiento ante la aplicación de ítems o su forma de interactuar con el entrevistador). La información recogida debe ser concreta y específica. Ejemplos de entrevista dirigida adaptados a personas mayores son el OARS (Escala de Recursos Sociales del Duke University Center (1978) y el CARE.

**La Observación:** La observación en situación natural ha sido considerada una de las formas más valiosas de recogida de información en la evaluación de ancianos, ya que no se ve afectada por problemas relacionados con la edad. Esta técnica presenta algunos problemas: Reactividad, intromisión en la intimidad y cantidad de tiempo necesario para obtener muestras representativas; por ello ha sido muy poco utilizada.

Algunos ejemplos de registros de observación son el NOISIE 30 (Escala de observación para la evaluación de residentes), SGRSM PAMIE, SCAG, etc.

**El Autoinforme:** Deben ser diseñados específicamente o modificados con las siguientes características: Breves en extensión, fácilmente comprensibles (adaptados a nivel cultural y tamaño de letra adecuado), incluir ítems relacionados con la edad, proporcionar datos normativos para la población anciana. Ejemplos de esta técnica son: BDI (Inventario de depresión de Beck), MMPI (Escala de depresión de Hathaway y Mckinley).

**El Autoregistro:** Posibilita la investigación de los problemas o síntomas específicos mostrados por un individuo en el mismo momento en que ocurren, recogiendo in vivo dimensiones de la conducta o de determinadas situaciones que son, difícilmente analizables mediante otras formas de evaluación. Contribuye a mejorar la generalizabilidad de los resultados. A pesar de la importancia de esta técnica, ha sido escasamente utilizada, en especial por las siguientes desventajas: deseabilidad social (tendencia a registrar menor

ocurrencia o una tasa más baja de comportamientos no normales), deterioro cognitivo, “Recelo”, No tener las habilidades para la observación y la cumplimentación del autoregistro.

Todas las técnicas de evaluación comentadas arriba son genéricas y han sido utilizadas para cualquier tipo de población. Presentan ventajas e inconvenientes que deben ser tenidas en cuenta por el evaluador y especialmente, han de ser adaptadas al colectivo al que se pretenden administrar.

Para la evaluación específica de determinadas áreas de intervención, encontramos algunas pruebas estandarizadas y/o indicadores objetivos, algunos ejemplos se detallan a continuación:

**Salud Física:** Además de pruebas médicas específicas para las diferentes enfermedades o síntomas que puedan presentarse, la evaluación del Bienestar Físico puede obtenerse a través de indicadores como pueden ser: el número de enfermedades diagnosticadas, el número de días en cama, el número de hospitalizaciones, el número de consultas médicas, dolor físico, síntomas, signos de examen físico, tratamientos médicos recibidos, consumo medicamentos...

**Funcionamiento Cognitivo:** Además de los datos que la observación directa y la información de familiares y cuidadores, contamos con algunas pruebas estandarizadas: Miniexamen cognoscitivo (MEC), CAMDEX y Test de Barcelona.  
**Funcionamiento Psico-Afectivo:** También la observación puede ofrecernos información relevante acerca de la situación afectiva de la persona evaluada. Como pruebas estandarizadas contamos, entre otras, con: la Escala de Satisfacción Filadelfia (Lawton, 1972), el BDI (Inventario de Depresión de Beck), la GDS (Geriatric Depression Scale), Brink, Yesavage et al.; y para evaluar el estado emocional de los cuidadores informales la Escala de Sobrecarga percibida en cuidadores (Zarit y Zarit).  
**Habilidades y Relaciones Sociales / Familiares. Apoyo Social:** Aunque de la entrevista y de la observación obtendremos también información relevante a este respecto, contamos con dos ejemplos de evaluación contrastada: Inventario de recursos sociales en el anciano (Díaz Veiga, 1985) y la Escala de Recursos Sociales (OARS), Duke University Center (1978).

**Capacidad Funcional y Competencia Conductual:** Esta evaluación, de especial relevancia, es de fácil cumplimentación y conviene hacerlo de manera periódica. Entre los sistemas de evaluación contamos con los Cuestionarios de AVD (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria y Actividades Básicas de la Vida Diaria): Índice de Katz (1963), la Escala de actividades Instrumentales de la Vida Diaria (Lawton y Brody, 1969) y la NOSIE-30, Escala de observación para la evaluación de residentes.  
**Contexto Residencial.** Esta evaluación, más dirigida al contexto que a la persona, cobra especial relevancia en el tema que nos ocupa, por lo que será desarrollada más adelante. El único cuestionario estandarizado para evaluación de los centros residenciales que acogen a personas mayores en nuestro país es el SERA (Sistema de Evaluación de Residencias de Ancianos), Fernández-Ballesteros, Izal, Montorio, Llorente, Hernández y Guerrero.

Antes de finalizar este espacio destinado a la evaluación quisiera destacar que lo comentado aquí no son más que algunos ejemplos de los instrumentos tradicionalmente utilizados, pero el lector debe saber que existen muchas otras herramientas de evaluación que pueden ser empleadas, por lo que redundo en la idea de la importancia que el criterio del evaluador tiene a este respecto.

## **¿QUÉ PASOS DEBEMOS SEGUIR PARA DISEÑAR EL CENTRO O SERVICIO ADECUADO?**

Una vez que contamos con la evaluación de las características y necesidades del colectivo, la planificación es el segundo paso fundamental antes de iniciar cualquier actividad.

*“La planificación consiste en concebir un futuro deseado, así como los medios reales para alcanzarlo” (Ackoff, 1973).*

Características de la planificación:

1. Va dirigida al futuro.
2. Es un proceso continuo y dinámico que debe ser flexible.
3. Facilita la toma de decisiones.
4. Ha de tener en cuenta las características del contexto.
5. Su fin último es la acción.
6. Debe prever el método de evaluación que se aplicará en los distintos momentos de su desarrollo.

Algunos aspectos que se deben valorar en la toma de decisiones son: la racionalidad política (apoyo y consenso institucional), la racionalidad legal y la racionalidad sustancial o material, que debe responder a la doble vertiente: racionalidad económica y eficacia ante las necesidades sociales.

Una herramienta eficaz para la planificación es el método de las nueve preguntas (Ander-Egg), que resulta un ejercicio eficaz para determinar los aspectos que van a ser decisivos en el proyecto. Las preguntas que debe hacerse quien planifique son:

1.- ¿QUÉ... voy a planificar?

Esta cuestión responde a la *naturaleza del proyecto*, y trata de clarificar si vamos a diseñar un centro o un servicio, un recurso general o específico, qué tipo de centro queremos (residencial, de día, ocupacional...) o qué tipo de servicio (SAD, información, catering a domicilio, curso...).

2.- ¿POR QUÉ... lo voy a hacer?

Esta segunda cuestión hace referencia al *origen y fundamento*, es decir a la necesidad detectada que debemos atender, se trata de justificar la necesidad de su puesta en funcionamiento.

3.- ¿PARA QUÉ... lo voy a hacer?

Es decir, qué *objetivos* pretendo conseguir con la puesta en funcionamiento del recurso, qué necesidades de las descritas antes tengo pensado cubrir y en qué medida.

4.- ¿CÓMO... lo voy a hacer?

En este punto nos corresponde hablar de la *metodología* que seguiremos para poner en práctica el proyecto. Si hay que hacer obras o no, si hay que equipar o no, si va a haber unas actividades u otras y cuáles, qué sistemas de evaluación voy a emplear, etc.

5.- ¿PARA QUIÉN... lo voy a hacer?

Ahora hemos de delimitar los *posibles beneficiarios* de nuestro proyecto, debe quedar muy bien reflejada la población a la que va dirigido ya que este aspecto va a definir el número de plazas, el perfil de los usuarios, los ratios de personal, etc.

6.- ¿CUÁNDO Y EN QUÉ ORDEN... lo voy a llevar a cabo?

El *cronograma* es un aspecto de vital relevancia. Debe ser diseñado de manera muy realista ya que va a imponer el ritmo de trabajo posterior, afectando a todas las personas y procesos implicados en el proyecto.

7.- ¿DÓNDE... lo voy a hacer?

La *ubicación / localización* del proyecto también debe ser definida. Por una parte la región o localidad que lo acogerá o donde se centralizará su gestión, por otra, la zona concreta del municipio y por último si se integrará en un edificio o centro ya existente o necesitará un solar concreto para sí.

8.- ¿QUIÉN (LO)... va a hacer?

Esta quizá es la parte que mejor hemos de diseñar, no porque sea más importante que los objetivos del proyecto, sino porque va a definir tanto la calidad de atención futura, como la viabilidad económica del proyecto. Los *recursos humanos* deben ser escrupulosamente estudiados para prevenir la sobrecarga, las limitaciones en el cuidado y en definitiva los tiempos de atención que se destinarán a los beneficiarios.

9.- ¿CON QUÉ... lo voy a hacer? / ¿CON QUÉ... lo voy a costear?

También los *recursos materiales*, los espacios y equipamientos van a ser determinantes en la correcta atención, por lo que deben ser muy bien estudiados y planificados de antemano. Cuando hablábamos de la viabilidad

técnica y económica del proyecto, destacábamos su importancia. Ya que no sólo estamos planificando un recurso sino que este debe ponerse en funcionamiento y mantenerse en el tiempo. Por tanto, antes de comenzar será vital concretar si el proyecto parte de una iniciativa privada (empresarial o de una entidad sin fin de lucro) que puede hacer frente a todos los gastos y a la óptima gestión del recurso, con o son convenios con la administración pública y/o por el contrario si estamos hablando de un recurso público al 100%, lo que conllevará oposiciones, una gestión determinada, una burocracia particular, etc.

## **PRINCIPIOS BÁSICOS DE LOS RECURSOS PARA PERSONAS MAYORES**

Todo recurso de atención a personas mayores debe priorizar y buscar la optimización de las siguientes dimensiones:

- Integración Social / Normalización. La presencia social, la realización de actividades en espacios públicos próximos a la vida del municipio o barrio y la normalidad y cotidianeidad de las actividades que se propongan son aspectos que deben perseguirse al objeto de que la persona mayor no padezca el sentimiento de desarraigo, ni de distintividad y pueda desenvolverse normalmente con su repertorio de conductas habitual.
- Control / posibilidad de elección. La percepción de control sobre la propia vida y la libertad de elección son otras de las dimensiones relevantes para el bienestar subjetivo como ya hemos visto, por lo que deben primarse sobre otros intereses.
- Accesibilidad al recurso y su entorno. Es importante que la persona mayor pueda acceder al recurso de manera sencilla y autónoma lo cual también favorecerá su percepción de control.
- Adaptación a intereses y motivaciones. Como ya hemos visto, la evaluación previa de las necesidades y características del colectivo es fundamental, ya que se trata de planificar sobre intereses concretos del colectivo, no sobre potenciales motivaciones que intuitivamente hayamos pensado. En estos casos es fácil caer en el *error de atribución*, según el cual podemos convencernos de que aquello que para nosotros es interesante también lo es para la persona mayor, lo cual deja de lado a los verdaderos protagonistas de nuestro diseño.
- Adaptación a otras características personales: físicas, sensoriales, cognitivas, culturales...
- Familiaridad y continuidad respecto al ambiente previo del individuo. Ligado a la integración / normalización debe ir el mantenimiento de la relación con el entorno, que favorece el arraigo, las relaciones anteriores, la familiaridad, etc.

Ligado a las dimensiones anteriores, en la actualidad se pone el acento en otros principios que deben marcar la intervención: Libertad, independencia (autonomía), oportunidad y la reducción de las discrepancias entre necesidades personalizadas y recursos.

Un ejemplo ya clásico que fue pionero en demostrar cómo las actuaciones que potenciaban la sensación de control sobre la propia vida y la asunción de responsabilidades mejoraban el bienestar de las personas mayores, es el de Langer y Rodin (1976). En su investigación se enviaba dos tipos de mensajes a dos grupos experimentales compuestos por personas mayores que residían en un mismo centro residencial. Veamos dichos mensajes:

#### *Mensaje de responsabilidad del personal*

Les he convocado hoy para darles información sobre la Residencia. Me sorprende saber que muchos de ustedes desconocen qué cosas están a su disposición; que muchos de ustedes ignoran todo lo que está permitido hacer aquí. Deténganse un minuto a pensar en todas las opciones que se les han dado en relación con su vida para que ésta sea más interesante. Por ejemplo, se permite visitar a otras personas de otras plantas y usar el salón de esta planta para las visitas, así como también el comedor o sus propias habitaciones. Deseamos que sus habitaciones sean tan agradables como sea posible; queremos que ustedes estén felices aquí. Es nuestra responsabilidad hacer de este lugar una casa de la que ustedes puedan estar orgullosos y en la que ser felices y nos gustaría hacer todo lo que sea posible para ayudarles. También, aprovecho la oportunidad para darles a cada uno de ustedes, un regalo de la Residencia. La enfermera les mostró una cesta llena de plantas y entregó una a cada residente: las plantas son para ustedes, el personal de planta las regará y estará encargado de cuidarlas.

Por último quería decirles que la próxima semana se proyectará la misma película dos veces: el jueves y el viernes. Después les diremos que día está previsto que la vea cada uno de ustedes.

#### *Mensaje de responsabilidad del individuo*

Les he convocado hoy para darles información sobre la Residencia. Me sorprende saber que muchos de ustedes desconocen qué cosas están a su disposición y lo que es más importante que muchos de ustedes ignoran la influencia que tienen sobre su vida aquí. Deténganse un momento a pensar en las decisiones que pueden tomar. Por ejemplo, tienen la responsabilidad de cuidar de sí mismos y decidir si desean o no hacer de este lugar una casa de la que poder sentirse orgullosos y en la que vivir felices. Deberían decidir cómo les gustaría que fuera su habitación si desean que les visiten amistades que viven en esta u otras plantas o si desean visitar a sus amigos en su propia habitación o en la de ellos. En otras palabras es su vida y pueden hacer con ella lo que desean.

También aprovecho la oportunidad para darle a cada uno de ustedes un regalo de la Residencia. Se les entregó una cesta llena de plantas y se les dieron dos posibilidades: primera decidir si deseaban una planta y

segunda elegir una de ellas. Todos los residentes se llevaron una planta. Las plantas son para ustedes y pueden cuidarlas como crean conveniente.

Por último, quería decirles que se proyectará la misma película dos veces la próxima semana, jueves y viernes. Pueden decidir qué día les gustaría ir, en el caso de que decidan verla.

Como se desprende de los mensajes, la diferencia entre los grupos estribaba en que al primero no se le animaba a tener control sobre los acontecimientos diarios, a tomar decisiones o a asumir la responsabilidad de su propio bienestar, cosa que sí se hacía en el caso del segundo grupo. Dieciocho meses después se contrastó que en los miembros del segundo grupo se encontraban significativamente más activos, más alerta, mostraban mayores sentimientos de felicidad y mejores estados de salud física. Además mientras la tasa de mortalidad del centro residencial antes del experimento era del 25%, se contrastó que mientras en el primer grupo (aquel sin responsabilidades) la tasa ascendió al 30%, en el grupo con responsabilidades, descendió al 15% (Rodin, 1980).

Si bien los mensajes vistos pueden formar parte de la organización de cualquier recurso sea centro o servicio, nos centraremos ahora en aspectos concretos de los centros que pueden mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

## **DIMENSIONES DE CALIDAD DE LOS CENTROS PARA MAYORES**

Siguiendo a Montoro (1999), podemos extraer muchas variables que afectan a la calidad asistencial. En orden de importancia el autor nos destaca tres grandes grupos:

**Aspectos Institucionales:** Se contrasta que la mayor calidad la ofertan los centros sin ánimo de lucro, los que cuidan el ambiente y presentan configuración familiar, aquellos en que las ratios profesional-cama son ajustados y los que cuidan la formación del personal y su entrenamiento para combatir el estrés laboral, así como los que ofertan mayor estabilidad laboral.

**Aspectos Relacionales:** En este sentido los que mayor calidad presentan son aquellos que fomentan la participación de los residentes así como el cuidado informal de los cuidadores.

**Aspectos Interaccionales:** Al contrario de lo que se esperaba, el autor NO encontró relación significativa entre las habilidades de comunicación y el conflicto personal con la calidad asistencial.

En lo relativo a Aspectos Ambientales del diseño de centros, Reigner (1993) destaca<sup>2</sup> que éstos deben favorecer: la intimidad, la interacción social,

---

2. En IZAL, M. (1995). *“Características ambientales de las residencias de ancianos. Evaluación ambiental”*. En INSERSO-SEGG: *Residencias para mayores*. Barcelona: SG Editores, págs. 92-113.

el control / posibilidad de elección, la orientación, la seguridad, la accesibilidad y posibilidad de manejo del entorno (ventanas, puertas, grifos, etc.), la estimulación ambiental, la adaptabilidad a cambios ambientales, la familiaridad y continuidad respecto al ambiente previo, la estética, la personalización y la adaptación a características personales.

Estos aspectos ambientales mencionados han sido muy a menudo desatendidos a favor de las infraestructuras existentes (en ocasiones excesivamente grandes) y los beneficios económicos o escasez de los mismos. No obstante, las líneas actuales de diseño y planificación de centros, tienden a reducir el número de residentes lo cual favorece ambientes más familiares, más orientadores y más flexibles en cuanto a organización y toma de decisiones, lo cual se torna significativamente positivo para el bienestar de los usuarios.

### **SERA (Sistema de Evaluación de Residencias de Ancianos)**

(Fernández Ballesteros, 1996)

Una vez destacadas las dimensiones más relevantes que afectan al diseño de los centros o que, al menos, deberían hacerlo, debemos conocer la única herramienta completa de evaluación de centros residenciales para mayores, validada en nuestro país por Fernández Ballesteros, Izal y cols. Esta técnica es una adaptación del Multiphasic Environmental Assessment Procedure (MEAP) de Moos y Lemke (1979, 1984).

Esta herramienta consta de once instrumentos con baremos españoles, que aglutinan inventarios, escalas y cuestionarios, finalizando por mapa de observación. Algunas de las pruebas son rellenadas directamente por los evaluadores fruto de la observación o consulta a determinados profesionales, otras serán contestadas por los profesionales y las últimas por los propios residentes. Prácticamente todas las personas implicadas en el funcionamiento del centro manifestarán sus opiniones al respecto, por lo que los datos finales resultan muy completos. Cada una de las pruebas consta a su vez de subescalas que ahondan en todos los aspectos relacionados con el ámbito de evaluación. Las escalas de las que consta el SERA se detallan a continuación:

ICAF: Inventario de características arquitectónicas y físicas, localización, entorno, interior...

ICOF: Inventario de características organizativas y de funcionamiento, requisitos para acoger a los residentes, disponibilidad de actividades y servicios...

ICPR: Inventario de características de personal y residentes, aspectos sociodemográficos, nivel de actividad y funcionamiento de residentes, uso de servicios y actividades...

ECS: Escala de clima social, percepciones de personal y residentes.

EV: escala de valoración, Aspectos globales: diversidad, etc.

CIP: cuestionario de información personal, Habilidades funcionales, nivel de actividad y estado de salud de los residentes.

CS: cuestionario de satisfacción, Nivel de agrado de los residentes en torno a aspectos de la propia residencia y de relaciones personales dentro y fuera.

LN: listado de necesidades, de los residentes y del personal hacia los servicios.

Mapas de interacción conducta-ambiente: Técnica de observación que informa sobre pautas de comportamiento de residentes en diferentes momentos y lugares del centro.

## **A MODO DE CONCLUSIÓN**

Si bien todo lo mencionado en el capítulo puede resultar obvio y de fácil planteamiento, la realidad se nos presenta, en demasiados casos, poco afín a lo dicho. La excusa más común a ello resulta el elevado coste económico de mantener infraestructuras y personal suficiente en centros y servicios; pero esta "excusa" no hace sino restar valor e importancia a conceptos fundamentales como la motivación del personal, la comunicación con él, el bienestar de la plantilla y su autorrealización, las actitudes que se muestra hacia los beneficiarios y los mensajes que se les transmiten, las posibilidades de elección y de control sobre la propia vida que se les ofertan, etc. En definitiva, sería recomendable que cada centro y servicio marcara sus propios indicadores y realizara una auto evaluación continua, de manera sincera y crítica que le permitiera mejorar la calidad que ofrece por encima de la cobertura de las necesidades básicas de manutención y cuidado físico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BECK, A.T.; STEER, R.A. y BROWN, G.K. (1996): *Beck depression inventory: manual*. San Antonio (Texas) Psychological Corp.: Harcourt Brace.
- BUCAJ, J. (2003): *Déjame que te cuente*. Barcelona: RBA.
- MARTIN ROTH y otros (1991): *Examen Cambridge para trastornos mentales en la vejez*. Barcelona: Ancora.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R.; IZAL, M.; MONTORIO, I.; LLORENTE, G.; HERNÁNDEZ, J. M. y GUERRERO, M. (1996): *Sistema de Evaluación de Residencias de Ancianos (SERA)*. Madrid: INSERSO.
- IZAL, M. (1995): "Características ambientales de las residencias de ancianos. Evaluación ambiental". En INSERSO-SEGG: *Residencias para mayores*. Barcelona: SG Editores, pp. 92-113.
- IZAL, M. y MONTORIO, I. (1993): "Adaptation of the Geriatric Depression Scale in Spain: a preliminary study". *Clinical gerontologist*, 13 (2), pp. 90-91.
- PEÑA-CASANOVA, J. (1990): *Programa integrado de exploración neuropsicológica: Test Barcelona*. Manual. Barcelona: Masson.
- RODIN, J. y LANGER, E. (1980): "Aging labels :the decline of control and the fall of self-esteem". *Journal of Social Issues*, 36 (2), pp. 27-29.
- SCHALOCK, R. L. y VERDUGO, M. A. (2003): *Calidad de Vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza.
- SETIEN, M. L. (1993) *Indicadores sociales de calidad de vida: un sistema de medición aplicado al País Vasco*. Centro de Investigaciones Sociológicas: Siglo XXI de España.
- SZALAI, A. y ANDREWS, F. M. (1980): *The quality of life: comparative studies*. International Sociological Association.