

INVESTIGACIONES APLICADAS

Indicadores sociales y psicosociales de calidad de vida de las personas mayores en un municipio (*)

Social and psychosocial quality of life indicators of older persons in a municipality

F. CASAS, M. GONZÁLEZ, G. SENDERS, M. AYMERICH,
A. DOMINGO Y A. DEL VALLE

(UdG)**

RESUMEN

Se presenta una investigación sobre la calidad de vida de las personas mayores de un municipio a partir del análisis de las percepciones, evaluaciones y aspiraciones relacionadas con ámbitos concretos de sus vidas (características familiares, vivienda, salud, entorno inmediato, actividades, necesidades y dependencias y personas que ayudan a satisfacer necesidades).

Se han analizado las respuestas a 1988 cuestionarios obtenidos a partir de dos muestras representativas de personas mayores residentes en la ciudad que viven en domicilio particulares: una general de mayores de 65 años y una específica compuesta por un subconjunto de ésta de personas de 75 o más años que viven solos/as.

Se analizan datos que configuran indicadores contextuales relacionados con la vivienda. La autonomía para conducir y la autoevaluación de la propia salud se presentan como indicadores positivos que merecen ser tenidos en cuenta por su relación con la calidad de vida. También se analizan indicadores centinela de las condiciones físicas y relacionales que se dan en la unidad familiar e indicadores de situaciones de dependencia que permiten identificar necesidades y problemas sociales de las personas mayores. Las evaluaciones de las personas mayores sobre sus propias condiciones de vida son analizadas también a partir de indicadores psicosociales relacionados con la vivienda, el entorno inmediato, las actividades que realizan y los propios ingresos.

Los resultados obtenidos pueden ser aplicables a la mejora de la toma de decisiones

* La investigación aquí resumida se realizó mediante un convenio de colaboración científica, por encargo del Ayuntamiento de Girona. Se contó con la valiosa colaboración de Carles Canes, Estrella Herrador y Montse Nebot.

** UdG = Institut de Recerca sobre Qualitat de Vida (IRQV). Universitat de Girona

sobre los programas de intervención social a desarrollar en el sector de las personas mayores que tengan en cuenta la perspectiva de éstas.

PALABRAS CLAVE

Personas mayores. Calidad de vida. Indicadores psicosociales. Autonomía. Dependencia.

ABSTRACT

A research about the quality of life of the older persons of a municipality starting from the analysis of the perceptions, evaluations and expectations related to concrete spheres of their lives (familiar characteristics, housing, health, nearby environment, activities, needs and dependencies and persons helping them to satisfy needs) is presented.

Answers to 1988 questionnaires obtained from two representative samples of older persons living in private homes in the city have been analysed: persons over 65 years old and a specific one composed by a sub-sample of the general one, with persons over 75 years living alone.

Data shaping contextual indicators related to housing have been analysed. The autonomy to drive and the evaluation of one's health seem to be positive indicators to take in account while studying quality of life at these ages. Sentinel indicators of the physical and relational conditions in the family and indicators of dependency are analysed as well. The evaluations of the older persons about their own life conditions are also analysed through psychosocial indicators connected to housing, nearby environment, their activities and incomes.

The results obtained are applicable in order to improve the decision making process in social intervention programmes developed in the field of ageing aiming to take into account their perspectives.

KEY WORDS

Older persons, Quality of life. Psychosocial indicators. Autonomy. Dependency.

1. Introducción

El estudio de la calidad de vida se consolidó a lo largo de los años 60 del siglo XX como un ámbito científico interdisciplinar que contemplaba necesariamente la experiencia vivida por las personas, es decir, una importante dimensión psicosocial, que desde sus inicios se ha considerado que incluye el denominado bienestar psicológico o subjetivo. No fue de extrañar, pues, que los estudiosos de la calidad de vida se interesaran inmediatamente por las incipientes investigaciones sobre felicidad por una parte y satisfac-

ción vital por otra, que originaron la famosa controversia entre Ogburn y Cantril (Casas, 1999). Entre dichas investigaciones cabe destacar las de Neugarten, Havingshurt y Tobin que ya en 1961 propusieron su *Life Satisfaction Index* (LSI), 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.

Desde aquellos inicios, las investigaciones sobre la calidad de vida en la vejez se cuentan por miles (ver, por ejemplo,

Abeles, Gift y Ory, Eds. 1994). Muchos estudios han profundizado en los procesos personales y psicosociales que nos llevan a evaluar nuestro bienestar individual de unas formas u otras (ver, por ejemplo, Lawton, 1983; Okun y Stock, 1987; French et al., 1994). Otros muchos estudios se han interesado por la evaluación de la calidad de vida de conjuntos de población. Estos últimos fueron adquiriendo interés más allá de las ciencias humanas y sociales, constituyendo, por una parte, informaciones útiles para políticos y gestores responsables de programas de intervención social, y por otra, temáticas de interés popular, presentes en muchos debates mediáticos (ver, por ejemplo, INSERSO, 1992; Abeles, Gift y Ory, eds. 1994; Michalos et al., 2001).

A finales del siglo XX ya podíamos afirmar, sin lugar a dudas, que la calidad de vida había dejado de ser un concepto claro en el lenguaje cotidiano, ya que era utilizado más que para referirse a una *realidad*, para aludir a un *objetivo*, y ello desde todas las ideologías políticas, apelando a todo tipo de aspiraciones de los ciudadanos (Casas, 2000).

En este proceso hemos observado un creciente y grave olvido en todo tipo de publicaciones, incluidas algunas de científicas. Para muchos la calidad de vida se ha convertido en algo que definen los *expertos*, ignorando los propios orígenes de su estudio, según los cuales debe incorporar las *percepciones, evaluaciones y aspiraciones* de las personas (Campbell, Converse y Rodgers, 1976).

Aunque, lógicamente, expertos y ciudadanos pueden coincidir en sus evaluaciones, y de hecho así ocurre también en algunas apreciaciones hechas por personas mayores sobre su calidad de vida recogidas en investigaciones hechas en España (Fernández-Ballesteros y Maciá, 1993), a menudo hay discrepancias que nos señalan, no tanto un problema de quién tiene razón, sino la existencia de

otros fenómenos psicosociales subyacentes (Glatzer y Mohr, 1987).

Los políticos sensibles a la opinión pública y a la participación ciudadana se han ido interesando de forma creciente por las opiniones y evaluaciones hechas por los propios ciudadanos. Dichas informaciones son a menudo útiles para la toma de determinadas decisiones. En este sentido muchos estudios sobre el bienestar psicológico de grupos específicos de población resultan *aplicables*, al contribuir: (a) al desarrollo de buenos programas de intervención social que contemplan opiniones y preferencias ciudadanas, y (b) a la toma de decisiones sobre *prioridades*, asumibles en función de los recursos disponibles.

No cabe duda, además, que no todas las informaciones proporcionadas por los ciudadanos pueden ser consideradas igualmente "subjetivas", epistemológicamente hablando. Ni sus evaluaciones más "subjetivas" que las hechas por los expertos, que a menudo formulan fundamentalmente *atribuciones* sobre la calidad de vida de otras personas. Simplemente sus evaluaciones pueden ser *distintas*, por estar realizadas desde perspectivas y criterios de valor distintos.

El estudio de la calidad de vida se ha caracterizado por su orientación positiva, tanto al construir teorías, como a la hora de recoger datos de la realidad social. Es decir, no se interesa sólo por la *falta de calidad de vida* (situaciones de necesidad social, malestar social, problemas sociales, etc.), sino que intenta identificar situaciones de bienestar psicológico y social y comprender los factores que contribuyen a lograr, mantener y promover dichas situaciones positivas.

La introducción de *indicadores psicosociales positivos* en los estudios de calidad de vida de población anciana ha sido una práctica general en este ámbito de estudios, generalmente en forma de pre-

guntas referidas a percepciones y evaluaciones sobre sí mismo y sobre el medio ambiente circundante (Lawton, 1983; Michalos et al., 2001). El tema siempre polémico, y quizás inagotable, es la definición de unos ámbitos concretos, que se supone que son los más relevantes para evaluar la calidad de vida de las personas mayores, y de los que hay que identificar y obtener indicadores.

Como ya se ha apuntado en varios trabajos, los ámbitos de mayor contribución a la calidad de vida que definen las propias personas mayores, acostumbra a no coincidir exactamente con los de la población adulta más joven (Fernández-Ballesteros y Maciá, 1993). Sin embargo, muchos autores están de acuerdo en que la evaluación de lo que se ha venido denominando bienestar subjetivo (Okun y Stock, 1987) o bienestar psicológico (Casas, 1999), debe incluir necesariamente mediciones de la satisfacción de ámbitos relevantes de la propia vida (por ejemplo, la vivienda, la familia, el vecindario, los amigos, los ingresos, las actividades realizadas, la salud, la autonomía, el apoyo social), así como alguna medición global y directa de la satisfacción vital (Michalos et al., 2001).

Aunque el espacio disponible nos impide detenernos en la justificación de los diversos ámbitos contemplados en el estudio que se presenta a continuación, así como en sus antecedentes e interés aplicado, debemos señalar que el equipo investigador optó por un amplio espectro de ámbitos, sin profundizar mucho en cada uno (por resultar imperativo el establecimiento de un tiempo máximo de duración de las entrevistas), dejando abierta la puerta a futuros estudios más focalizados de aquellos ámbitos en que quedaran más interrogantes.

La investigación que se presenta a continuación debe considerarse precisamente en el contexto de los estudios que

aspiran a ser "aplicables". Nace de un encargo que realiza un ayuntamiento preocupado por conocer tanto la perspectiva de los expertos, como la perspectiva de los ciudadanos, antes de tomar decisiones sobre los programas sociales a desarrollar en el sector de las personas mayores.

Por esta razón el Ayuntamiento de Girona planteó al Instituto de Investigaciones sobre Calidad de Vida (IRQV) de la Universitat de Girona su interés para desarrollar un estudio sobre la calidad de vida de las personas mayores de 65 años residentes en domicilios particulares de la ciudad, a partir de las percepciones y evaluaciones realizadas por las propias personas mayores acerca de sus condiciones de vida. El IRQV configuró un equipo interdisciplinar de investigadores para desarrollar el estudio, y se dotó de dos asesores externos, reconocidos expertos en materia de necesidades de las personas mayores, con los que todo el equipo mantuvo sesiones de trabajo regular durante el desarrollo de la investigación, en las que también participaba un técnico municipal.

2. Diseño de la investigación.

La investigación se planteó en dos fases: Una fase cualitativa y otra cuantitativa. La primera fase perseguía un doble objetivo:

- Hacer una primera aproximación a los distintos ámbitos de necesidad de las personas mayores de la ciudad, a fin de no olvidar ningún aspecto importante en el cuestionario que después se pasaría a una muestra de las mismas.
- Perfilar como se podía explorar mejor cada aspecto de interés, mediante distintas posibles formulaciones de las preguntas del cuestionario.

Se realizó mediante grupos de discusión con cuatro modalidades: 1) Profesionales del ámbito de la salud expertos en gerontología; 2) Profesionales del ámbito de los servicios sociales, conocedores de la situación de las personas mayores en la ciudad; 3) Representantes de asociaciones de personas mayores y usuarios de servicios para las mismas; y 4) Cuidadores (familiares o no) de personas mayores que viven solas.

La segunda fase consistió en la pasación de un mismo cuestionario a dos muestras, complementarias entre sí: a) *una muestra representativa del conjunto de personas de más de 65 años que viven en la ciudad* (con exclusión de las de la muestra b), estratificada por 7 sectores territoriales que, desde el propio Ayuntamiento se denominan sectores de servicios sociales, y b) *una muestra representativa del subconjunto de personas de 75 o más años que constaba en el Padrón Municipal de Habitantes actualizado a setiembre del año 1999, que vivían solos/as*, igualmente estratificada. Estas muestras excluían expresamente las personas no domiciliadas en una vivienda familiar, es decir, las personas mayores acogidas en instituciones residenciales.

Se diseñó la investigación con estas dos muestras asumiendo la convicción previa de los responsables municipales, confirmada después por los profesionales de los grupos de discusión, de que el segundo grupo concentraba más necesidades y factores de riesgo, por lo cual se quería profundizar en su estudio y se optó por trabajar con una muestra de mayor representatividad.

Para confeccionar el instrumento de recogida de datos, que fue diseñado *ad hoc*, se revisaron diferentes cuestionarios utilizados en estudios anteriores de necesidades de las personas mayores, realizados en otros lugares de la geografía española, y en particular los de: Fernández-Ballesteros y Maciá, 1993; Consell Comarcal del Baix

Empordà, 1996; Feliu, Maluquer, et al., 1996; Diputació de Barcelona, 1998; y Palau, 1999. Se escogieron aquellos ítems que parecieron más conceptualmente apropiados y coherentes para explorar los aspectos de la calidad de vida de las personas mayores en los que se quería profundizar, particularmente aquellos que pudieran dar pistas sobre posibles actuaciones interventivas desde el sistema municipal de bienestar social. Una vez hechas las pruebas piloto correspondientes y pocos días antes de la pasación del cuestionario definitivo, el alcalde envió una carta informativa a las personas designadas aleatoriamente para ser encuestadas a fin de procurar un clima social favorable a la encuesta, y una recepción confiada de la encuestadora.

Cada una de las 10 encuestadoras, previamente formadas, tenían asignado un número equivalente de casos en cada sector territorial, y disponía del cuestionario en dos idiomas, catalán y castellano, a fin de facilitar su administración en la lengua que le fuera más cómoda a la persona encuestada. La encuestadora tenía el encargo de procurar crear un clima de confianza y transparencia a la hora de administrar el cuestionario, que se hacía de forma presencial.

Si la persona encuestada tenía dificultades para responder ella sola a las preguntas, se admitía la ayuda de otra persona que conviviera en el hogar, pero en este caso, las preguntas que corresponden a opiniones personales no se consideraban válidas si eran dadas por esta tercera persona, y se hacía constar *no sabe/no contesta*.

3. Muestra.

El método de muestreo utilizado para la pasación del cuestionario fue el aleatorio simple estratificado en 14 subpoblaciones que resultan del cruce de 7 sectores territoriales y los 2 grupos muestra-

les. El tamaño total de la muestra se distribuyó de manera no proporcional a fin de que el margen de error para el cálculo de proporciones fuera el mismo para las 14 subpoblaciones e igual a $\pm 0,0623$ en el supuesto de máxima indeterminación (es decir, proporción igual a 0,50) con un 95% de confianza. De esta manera, a las subpoblaciones más pequeñas les corresponden proporcionalmente más observaciones.

Las personas no localizadas después de tres intentos de contacto fueron sustituidas al azar por otro miembro de la misma subpoblación. La muestra definitiva está formada por un total de 1988 personas, de las cuales 628 corresponden al subconjunto de personas de 75 o más años que viven solas y 1360 al resto de personas mayores de 65 años. Los errores de muestreo aproximados son, por lo que respecta a toda la ciudad: 0,0199 de forma global y 0,0285 para el subgrupo de 75 o más años que viven solos/as; $\pm 0,055$ considerando sectores enteros; $\pm 0,03$ para grupos de edad enteros; y $\pm 0,025$ para toda la población. La representatividad de la muestra obtenida nos ha permitido realizar estimaciones bastante precisas de la incidencia de las distintas situaciones estudiadas en el conjunto de la población mayor de 65 años de la ciudad.

La distribución por sexos es desigual en la doble muestra que hemos obtenido. En la que a partir de ahora denominaremos *muestra general*, compuesta por mayores de 65 años (excluyendo a las personas de 75 o más años que viven solas), observamos un 56,2% de mujeres, mientras que en la *muestra específica* de personas mayores de 75 años o más que viven solo/as, encontramos un 86%. La actualización del Padrón Municipal de Habitantes de 1999, para el conjunto de mayores de 65 años nos indica un 60,16% de mujeres. En nuestro caso, el cómputo global de las dos muestras nos da un 65,59% de mujeres. El muestreo

obtenido está, pues, ligeramente sobredimensionado por lo que respecta al número de mujeres que viven solas. Esto podría ser debido a un mayor número de hombres que no han querido o no han podido ser encuestados, así como también al azar del muestreo, dado que la variable sexo no fue estratificada. Además, se ha podido observar que los hombres están infrarrepresentados en el intervalo entre 80 y 84 años en la muestra específica, mientras que, por el contrario, están sobrerrepresentados en el intervalo de 75 a 79 años en la muestra general.

Por lo que se refiere al *lugar de nacimiento*, ha resultado que un 43,2% de la muestra general y un 32,9% de la muestra específica han nacido fuera de Cataluña, pero dentro del Estado, mientras que un 1,4% y un 0,2% respectivamente han nacido en otro país. Entre el conjunto de la población de la ciudad estas dos cifras son respectivamente de un 22,83% y del 3,22%.

En lo que respecta a la *actividad laboral*, observamos que en la muestra de personas de 75 o más años que viven solos/as, se encuentran relativamente con más frecuencia personas que se han dedicado a tareas del hogar, y con menos frecuencia, personas que han trabajado como obreros o técnicos cualificados. En cambio, encontramos cifras parecidas de obreros no cualificados y de empresarios o comerciantes en ambas muestras.

El *nivel de estudios* de las dos muestras estudiadas también es ligeramente diferente. En la muestra general encontramos un 15,4% de personas analfabetas, versus un 11,6% en el subconjunto de 75 o más años que viven solos/as. En contraste, en la primera muestra tenemos un 48,7% que únicamente saben leer y escribir, mientras que esta situación se da en la segunda en un 62,6% de los casos.

4. Resultados.

4.1. Las condiciones globales de vida en la ciudad: Indicadores contextuales e indicadores centinela.

Desde el punto de vista de los *aspectos globales que configuran las condiciones de vida* de la gente mayor que vive en el municipio estudiado, *grosso modo* hemos encontrado unas condiciones parecidas a las que se dan en otros contextos urbanos de características socioeconómicas parecidas, y en algunas condiciones de las viviendas, incluso mejores.

Algunos **indicadores positivos** de condiciones de vida (Tabla 1) nos ilustran sobre el contexto general de las condiciones materiales de vida de la población objeto de estudio. Vemos que más de un 75% de las personas de más de 65 años que viven en la ciudad de Girona son propietarias de su vivienda. Más de un 73% tienen instalación de gas ciudad, un 65% disponen de calefacción central y más de un 30% tienen lavavajillas. Observamos, sin embargo, que todos estos porcentajes son sensiblemente inferiores entre el subconjunto de personas que, teniendo 75 años o más, viven solas, cosa que nos señala que, cuando se da

esta última condición, aumenta la probabilidad que se detecten condiciones de vida de las personas menos óptimas.

Otros indicadores identifican también porcentajes importantes de personas mayores con una calidad de vida relativamente elevada, aunque, tal como puede esperarse, con el aumento de edad algunos aspectos de esta calidad se observa que van disminuyendo. Uno de los que hemos explorado es el de **personas mayores que conducen**, cosa que supone, lógicamente, un importante grado de autonomía personal. Se calcula que un 25,3% de las personas de más de 65 años residentes en la ciudad conducen habitualmente o bien lo hacen de vez en cuando. Si tenemos en cuenta que el 61,1% no han tenido nunca carné, nos encontramos que sólo un 13,4% no conduce nunca, a pesar de tener carné. Entre las personas entre 66 y 74 años que tienen carné, los que conducen habitualmente llegan a un 72,6%, mientras que a esta edad los que no conducen nunca son sólo un 4,4%.

Si matizamos un poco más, y tenemos en cuenta el factor que las mujeres de estas generaciones de más edad disfrutaron de menos motivación cultural para aprender a conducir, vemos que, entre

TABLA 1
Indicadores contextuales de las condiciones materiales de vida, para la vivienda

Vivienda	Total Municipio	Por muestra	
		Más de 74 solos	Mayores de 65
Propietarios de la vivienda	73,3%	60,8%	75,1%
Tienen gas ciudad	71,8%	58,7%	73,7%
Disponen de calefacción central	63,1%	47,7%	65,1%
Tienen lavavajillas	27,9%	12,3%	30,2%

los hombres, los porcentajes son mucho más elevados. Un 45,5% de los hombres mayores de 65 años conducen habitualmente y un 5,2% lo hacen de tanto en tanto, un 30,6% no tienen carné, por lo tanto, sólo un 18,8% no conduce a pesar de tener. Esto nos indica que muchas mujeres mayores que viven en la ciudad de Girona disfrutan mucho menos de la autonomía que da el hecho de organizarse la vida con un vehículo que se conduce personalmente.

Un 81,6% de las mujeres mayores de 65 años que viven en Girona no tienen carné de conducir; un 5,6% conduce habitualmente, un 2,6% lo hace de vez en cuando, y un 9,8% no lo hace nunca, aun teniendo carné (es decir, un 54,44% de las que tienen carné, cosa que sólo pasa entre un 27% de los hombres mayores que tienen carné).

Por edades, el hecho de tener carné de conducir y no hacerlo resulta un indicador de referencia, no preciso, de la pérdida de autonomía: entre el 66 y los 74 años, sólo un 20,04% de los que tienen carné no conducen nunca; entre los 75 y los 79, ya son un 40,15%; entre los 80 y los 84, un 63,59% y a partir de los 85 años, un 76,99%. En la ciudad de Girona, la suma estimada de las personas de 85 años o más que conducen regularmente y aquellas que lo hacen de vez en cuando, representan un 26,12% de los que tienen carné de conducir y tienen estas edades.

Otro indicador positivo que merece ser comentado por su relación con la calidad de vida es la **autoevaluación de la propia salud**. La gran mayoría de los encuestados consideran que su salud es normal o buena. Los porcentajes con que se distribuyen las respuestas que van de *muy buena* hasta *muy mala* se mantienen bastantes constantes en todos los grupos de edad. Sólo a partir de los 85 años el número de los que la autoevalúan como mala supera a los que la consi-

deran buena; sin embargo, curiosamente, a partir de esta edad, el porcentaje de personas que consideran su salud como *muy buena* (el 5,5%) supera los que la consideran así entre los 75 y en los 79 años (un 3,5%) o entre los 80 y 84 años (un 2,9%).

Entre los hombres, la evaluación de la propia salud como *muy buena* (7,3%) o como *buena* (30,6%) es significativamente ($X^2_4 = 300,558$; $p = 0,0001$) superior al de las mujeres (4,5% y 19,3%, respectivamente). Complementariamente, entre las mujeres, los porcentajes de evaluación de la propia salud como *mala* (25,1%) o *muy mala* (3,4%) son bastante superiores que entre los hombres (16% y 1,7%, respectivamente).

La existencia de muchas personas que disfrutan de buena calidad de vida en función de sus circunstancias personales, y la positividad de algunos indicadores globales de condiciones de vida, no quita que debamos prestar atención a situaciones y tendencias que nos permiten identificar necesidades y problemas sociales aunque sean minoritarios, y cuyas repercusiones humanas y sociales apelen a respuestas desde las políticas sociales municipales.

Una primera visión panorámica de la existencia de subconjuntos de personas mayores residentes en la ciudad, cuyas condiciones de vida pueden estar muy por debajo de la media, o incluso ser decididamente negativas, nos la dan algunos *indicadores centinela* de las condiciones físicas y relacionales que se dan en la unidad familiar y que presentamos en la tabla 2.

La primera columna de esta tabla nos refleja el porcentaje de casos estimados en la ciudad de Girona que hay en cada situación, a partir de la ponderación de los resultados del muestreo representativo realizado; las dos columnas siguientes desglosan estos resultados en dos sub-

conjuntos: (a) el de las personas con 75 años o más que viven solas y (b) el resto de personas de más de 65 años. Es importante insistir acerca de que estos datos estimados no reflejan situaciones necesariamente negativas, pero pueden aludir a factores de riesgo, a la probabilidad de que emerjan o se agraven determinados problemas, afectando negativamente al bienestar y la calidad de vida de las personas mayores. Son factores que hay que considerar, sobre todo en planificaciones a medio y largo plazo, y de ahí que los denominemos centinelas, cual luces rojas de alerta que deben irse observando.

El hecho de *no tener familia*, o de *tenerla viviendo lejos*, es una situación que puede crear dificultades para satisfacer necesidades de la persona mayor, sobre todo a medida que aumenten sus dependencias y el grado de éstas. El hecho de *sólo vivir con otras personas*

también mayores, con el paso del tiempo, puede ir haciendo que diferentes necesidades sean atendidas menos adecuadamente.

En lo que concierne a las condiciones de la vivienda, un indicador centinela es el número de personas que no viven en una planta baja, en un edificio que *no dispone de ascensor*: con el paso de los años, las dependencias debidas a limitaciones de movilidad aumenta y la falta de ascensor incrementa las probabilidades de que la persona tenga más problemas para salir de casa.

Otro indicador utilizado es la antigüedad de la vivienda, que se ha desglosado en dos, ya que el intervalo entre 31 y 50 años se corresponde con un periodo en que la calidad de la construcción en la ciudad a menudo distaba de ser óptima. Si bien es cierto que viviendas muy antiguas pueden ser de óptima calidad y

TABLA 2
Indicadores centinela de las condiciones físicas y relacionales que se dan en la unidad familiar

	Total Municipio	Por muestra	
		Más de 74 solos	Mayores de 65
Características familiares			
Vivir solo y no tener familia	0,30%	0,30%	
Vivir solo y no tener parientes en el municipio	5,3%	0,7%	4,7%
Vivir con personas de más de 65 años exclusivamente	3,4%		3,4%
Vivienda			
Sin ascensor y no vivir en planta baja	29,3%	5,3%	24%
Edificio de más 50 años	12,6%	2,4%	10,2%
Edificio de entre 31 y 50 años	36,1%	4,1%	32%
No tener ducha ni bañera	1,8%	0,8%	0,9%
Baño no acondicionado	11,1%	2,6%	8,6%
No disponer de teléfono	2,9%	0,8%	2,1%

estar en condiciones buenas, también lo es que tienen por regla general muchas menos prestaciones y/o facilidades para las personas mayores (barreras arquitectónicas, cocinas no acondicionadas, baños no renovados o no adaptados, etc.), y más trabajo de mantenimiento. Ha podido estimarse que un 1,8% de las personas de más de 65 años que viven en la ciudad *no tienen ni ducha ni bañera*, cosa que no sólo comporta dificultades en la higiene personal, sino que en el futuro pueden hacer complejo el cuidado de estas personas a medida que sus limitaciones obliguen a que otras personas las ayuden en estas tareas.

Finalmente, hemos señalado como indicador centinela el hecho de *no disponer de teléfono* porque, obviamente, limita las posibilidades de que la persona mayor pida ayuda con rapidez en caso de que la necesite.

4.2. Indicadores de dependencia.

Otro tipo de indicadores son aquéllos que se refieren a las **situaciones de dependencia**. Para evaluarlos, hemos establecido 3 niveles de dependencia (baja, moderada, alta), en relación con la cobertura de diferentes tipos de necesidades: **básicas, instrumentales y de movilidad**. Hemos confeccionado un índice de dependencia de las necesidades básicas, y otro de las instrumentales, que va de 0 a 18 puntos. Hemos evaluado cada una de las necesidades con 6 indicadores, y cada indicador tenía tres posibles niveles de intensidad. Hemos puntuado con un "1" cuando una actividad se hace *con dificultad*, con un "2" cuando puede hacerse *sólo con ayuda*, y con un "3" cuando *no puede hacerla*, o sólo puede hacerla con una ayuda muy importante. Hasta 6 puntos se ha considerado las dependencias como bajas, de 7 a 12 como moderadas y a partir de 13 como altas.

El índice de necesidades de movilidad se han construido sólo con dos indicadores de 3 puntos cada uno, y por lo tanto, con una escala que va de 0 a 6. En este caso se ha considerado que entre 0 y 1 puntos sólo hay dificultad, pero no dependencia, entre 2 y 3 hay dependencia moderada, y entre 4 y 6 puntos significa una dependencia elevada.

Se han considerado como **indicadores de dependencia en las necesidades básicas**, en función de los tres niveles de dificultad apuntados, las tareas siguientes: levantarse, sentarse e ir a la cama, bañarse o ducharse, andar por casa, vestirse y desnudarse, ir al lavabo y comer solo/a.

Se han utilizado como **indicadores de dependencia en las necesidades instrumentales**, las actividades siguientes: cocinar, hacer las compras, atender el teléfono, controlar su dinero, hacer las tareas del hogar y hacer otras gestiones.

Finalmente, los **indicadores de dependencia en la movilidad** adoptados, también en función de los tres niveles de dificultad apuntados, han sido: subir y bajar escaleras, y salir a la calle.

Estos indicadores ya señalan problemas reales y actuales, es decir, no son meros centinelas. Sin embargo, al mismo tiempo, los indicadores de dependencia baja y moderada son también indicadores de riesgo, en el sentido que nos indican que, si no hay la atención y el apoyo necesarios, las condiciones de vida de aquella persona todavía pueden empeorar (y, por descontado, las condiciones de vida de las personas de que se hacen cargo).

Hemos podido observar que las personas mayores que viven en su casa pero manifiestan tener *dificultades para hacer algunas actividades cotidianas* en la ciudad, son más a menudo mujeres que hombres, a causa, al menos en parte, de la mayor población femenina en estas

TABLA 3
Personas mayores con dificultades en realizar las tareas cotidianas en función del grado de dependencia y del sexo

Sexo	Grado dependencia	Dependencia baja	Dependencia moderada	Dependencia elevada	Total
Varón	Grado dependencias act. básicas	67,5%	23,1%	9,4%	100%
	Grado dependencias act. instrumentales	28,6%	22,8%	48,7%	100%
	Grado dependencias act. movilidad	22,6%	35,7%	41,7%	100%
Mujer	Grado dependencias act. básicas	66,3%	21,5%	12,2%	100%
	Grado dependencias act. instrumentales	36,6%	35,6%	27,8%	100%
	Grado dependencias act. movilidad	28,3%	16,5%	55,1%	100%

edades. También es cierto, sin embargo, que las mujeres con dependencias representan una proporción más grande entre el mismo grupo de mujeres (un 13,2%) que la que representan los hombres con dependencias dentro de su grupo (un 7,3%), posiblemente por la mayor edad media de aquéllas.

Las personas mayores residentes en su casa, en la ciudad de Girona, *con alguna dependencia*, es decir, *con alguna actividad importante (sea cual sea) de su vida cotidiana que ya no puede hacer sin ayuda de otra persona*, han resultado ser un 11,2% de total de personas de 75 años o más que viven solas, y un 10,7% de la resta de mayor de 65 años. Teniendo en cuenta que los porcentajes que se consideran habituales en los países industrializados oscilan entre el 10% y el 15%, resulta que la ciudad de Girona tiende a estar en la zona baja del intervalo esperable.

Una situación bastante frecuente es que las personas con dependencias sufran

más de una, a menudo de alguna básica y alguna de movilidad. Todas las personas que manifiestan tener dependencias, tienen alguna de básica, que muy a menudo es la de no poder hacer sin ayuda la higiene personal completa (bañarse o ducharse).

Las dependencias, como puede esperarse, se observa que aumentan con la edad. Así, mientras que manifiestan tener dependencias sólo un 4,6% de la población entre 66 y 74 años, entre los 75 y los 79 ya las manifiestan un 6,5%, entre los 80 y los 84 un 13,8% y a partir de los 85, un 36,3%. La edad no solo aumenta el hecho de tener dependencias, sino también su grado.

De entre las personas que tienen dependencias, en todos los grupos de edad, el grupo más numeroso de las que tienen *dependencias elevadas* es siempre el de las que tienen dificultades de movilidad. Es también muy claro, no obstante, que las dependencias para hacer acti-

vidades básicas van adquiriendo el carácter de moderadas o elevadas con el paso de los años, asociadas a las graves limitaciones de movilidad. Las mujeres presentan proporcionalmente más dependencias elevadas de movilidad y para realizar actividades básicas que los hombres, mientras que éstos presentan proporcionalmente más dependencias elevadas para realizar actividades instrumentales.

Si bien todos estos datos sobre dependencias nos ayudan a hacernos una idea bastante precisa de las necesidades generales de las personas mayores que viven en la ciudad, hay que resaltar que los datos sobre *dependencias para satisfacer necesidades básicas* constituyen los indicadores más elementales y destacables de una gradual pérdida de autonomía. Nos indican el número de personas sobre el cual haría falta priorizar actuaciones preventivas, para evitar el agravamiento de sus consecuencias humanas (importante repercusión en el bienestar físico y psicológico de la persona) y sociales (mayores probabilidades de que la persona no pueda seguir en casa y requiera atención residencial).

Una importante información nos la da el análisis de *quién ayuda* cada persona mayor a satisfacer los diferentes tipos y grados de necesidades (Tabla 4). En lo que concierne a las necesidades básicas, observamos que, mientras el grado de dependencia es bajo, la persona mayor o bien va haciendo buena parte de las actividades sin ayuda de nadie o bien recibe la ayuda de la persona o personas con quien convive.

Cuando las dependencias son moderadas, se observa un importante incremento de la ayuda por parte de la persona o personas con quienes se convive, pero también de otras personas a quien no se paga, y, sobre todo, de *personas a quien se paga*. Cuando el grado de dependencia es elevado, se observa que prácticamente

sólo se dan dos tipos de ayudas: o bien de personas con quienes se convive (alrededor del 65% del casos, según la tarea) o bien de personas a quienes se paga (alrededor del 35% de los casos, según la tarea).

Tanto en situación de dependencias moderadas como elevadas, la alternativa de pagar a alguien es mucho más frecuente entre las personas de 75 años o más en que viven solas y, lógicamente, en consecuencia con lo que se ha dicho, cuando el grado de dependencia es elevado, es la única solución que se da en este subconjunto de población.

En lo que concierne a la ayuda que se recibe por satisfacer las *necesidades instrumentales*, vemos que pasa algo parecido a las necesidades básicas, pero con algunas matizaciones: cuando el grado de dependencia es bajo, observamos que la persona va haciendo ella sola todo lo que puede sin ninguna ayuda, o bien le ayuda alguien con quien convive, aunque también reciben alguna ayuda de parientes que no viven en casa. Una excepción son las tareas de la casa, a quienes ya un 21,2% de las personas mayores que tienen dificultades para hacerlas pagan para que se las hagan.

Cuando la dependencia para satisfacer necesidades instrumentales es moderada, vemos cómo se incrementa el porcentaje de personas a quienes se les tiene que hacer no sólo las tareas del hogar, sino también las compras, la comida y otras gestiones. Para todas estas actividades observamos un porcentaje de personas a las cuales se las hacen pagando: las tareas de casa en un 41,4% de los casos, cocinar en un 10,7%, hacer las compras en un 8,1% y hacer otros encargos en un 9,8%.

Finalmente, cuando el grado de dependencia es elevado, observamos que el porcentaje de personas que pagan para que les hagan las tareas del hogar dismi-

TABLA 4
Quién ayuda según diferentes grados de dependencia por lo que respecta a la satisfacción de necesidades básicas

		Nadie que vive/n en casa	Persona/s que no vive/n en casa	Pariente/s a quienes se les paga	Persona/s a quienes no se les paga	Persona/s	Total
Dependencia moderada	Levantarse, sentarse, ir a la cama	20,7%	54,1%	3,5%	17%	4,7%	100%
	Bañarse o ducharse	0,9%	68,3%	3,8%	18,4%	8,5%	100%
	Andar por casa	44,5%	38,9%	2,8%	6,9%	6,9%	100%
	Vestirse o desnudarse	10,5%	66,7%	2%	17%	3,7%	100%
	Ir al lavabo	29,1%	59,5%	2,2%	9,2%		100%
	Comer solo/a	57,2%	26,8%	1,7%	14,4%		100%
Dependencia elevada	Levantarse, sentarse, ir a la cama		65,7%		34,3%		100%
	Bañarse o la cama		55,9%	8,3%	35,8%		100%
	Andar por casa		64,2%		35,8%		100%
	Vestirse o desnudarse		64,2%		35,8%		100%
	Ir al lavabo		64,2%		35,8%		100%
	Comer solo/a	1,8%	63,9%		34,3%		100%

nuye (son más aquéllas a quien se las hace a un pariente), sin embargo aumenta notoriamente el porcentaje de las que pagan por cocinar (22,1%), hacer las compras (17,4%) o incluso utilizar el teléfono (20,2%).

Tanto en situación de dependencias moderadas como elevadas, también en esta ocasión la alternativa de pagar a alguien es mucho más frecuente entre las personas de 75 años o más en que viven solas, particularmente cuando el grado de dependencia es elevado.

Por lo que respecta a quién ayuda a las personas mayores de la ciudad cuando tienen dependencias en lo que concierne a su movilidad, según el grado de

esta dependencia, observamos que cuando la dependencia es moderada, lo más frecuente es que la ayuda se reciba de personas con quienes se convive o de otros parientes, pero ya en un 8,4% de los casos encontramos que se paga alguien para salir a la calle o bien se recibe ayuda de alguien que no es familiar, pero a quien no se paga, por hacer esta actividad.

Cuando es elevada, un 14,2% pagan incluso para caminar por casa y un 11,6% para salir a la calle. Una vez más, la alternativa de pagar a alguien es mucho más frecuente entre las personas de 75 años o más que viven solas, particularmente cuando el grado de dependencia es elevado.

Ante una supuesta *situación de urgencia*, las personas con dependencias para satisfacer sus necesidades básicas manifiestan que *esperan recibir la ayuda* de las personas con quienes conviven (42,3%), si es el caso, o de hijos (40,9%). Vemos, sin embargo, que un 4,2% confía en recibir esta ayuda de vecinos, un 0,3% de amigos y un 0,2% de servicios públicos. Claro que todas estas respuestas son la manifestación de un deseo que no se convierte siempre en realidad. En otra pregunta, hemos explorado qué les ha pasado realmente si alguna vez se han encontrado en una situación así.

Un 20,5% de las personas con dependencias para satisfacer necesidades básicas manifiestan que ya se han encontrado alguna vez con que *ningún familiar ha podido ayudarlos*. En estas circunstancias expresan haber recurrido a un abanico muy heterogéneo de ayudas, pero

fundamentalmente a ayudas privadas pagando (41,2% de los que se ha encontrado), a servicios públicos (20,2%), a vecinos (6,4%) y a combinaciones de estos tres tipos de ayudas.

4.3. Indicadores psicosociales: Evaluaciones de las personas mayores sobre sus condiciones de vida.

Desde el punto de vista de las *evaluaciones que las mismas personas mayores hacen de sus condiciones generales de vida*, los datos nos muestran que un porcentaje mayoritario se considera muy satisfecho con los diferentes aspectos que hemos explorado. Éste, sin embargo, es un resultado que no nos permite precipitar conclusiones positivas generales. Es bien conocido en los estudios sobre

TABLA 5
Indicadores psicosociales relacionados con la vivienda, el entorno inmediato y las actividades que realizan las personas mayores

		Total Municipio	Por muestra		
			Más de 74 solos	Mayores de 65	
Vivienda	Ser propietario/a de la vivienda donde se vive	73,3%	60,8%	75,1%	
	Valoración de la propia vivienda en general	Insatisfacción	0,9%	1,6%	0,7%
		Satisfacción	97,5%	95,7%	97,8%
Entorno inmediato	Valoración de la seguridad ciudadana en el propio barrio	Insatisfacción	24,2%	19,5%	24,9%
		Satisfacción	63,5%	65,6%	63,2%
	Valoración de la condiciones de su barrio en relación a otros de la ciudad	Peores	7,4%	5,5%	7,6%
		Mejores	31,1%	25,9%	31,8%
Actividades	Valoración del tiempo libre	Insatisfacción	5,6%	6,4%	5,5%
		Satisfacción	88,4%	88,4%	88,4%
	Haber iniciado una actividad nueva al cumplir los 65 años		19,6%	15,9%	20,1%
	Conocer una o más asociaciones		88,5%	87%	88,7%
	Participación en unas o más asociaciones		46,2%	45,5%	46,3%

calidad de vida el fenómeno llamado **sesgo del optimismo** (Veenhoven, 1994), que aparece cuando se estudian satisfacciones de conjuntos de población.

Observamos que las personas mayores, además de *considerarse mayoritaria -mente felices* con la vida, y satisfechas con su salud, con sus actividades de ocio y con su vivienda en general, también se manifiestan *mayoritariamente satisfechas* con su entorno inmediato, es decir, con su barrio, tanto en sí mismo como si lo comparamos con otros barrios de la ciudad, aunque en todos los casos encontramos ciertas diferencias entre unos sectores de la ciudad y otros.

Incluso un tema que es tradicionalmente conocido en este tipo de estudios como de mucha preocupación por parte de las personas mayores, y que a menudo es evaluado negativamente por ellas, la *seguridad ciudadana*, nos aparece con porcentajes de satisfacción bastante elevados. No obstante, el hecho de que la insatisfacción con este aspecto subjetivo oscile ostensiblemente entre sectores indica que se trata de una cuestión que hace falta profundizar. La percepción de que el entorno inmediato es inseguro, al margen de que sea o no una apreciación objetiva, tiene una importante influencia en el sentimiento de autonomía de las personas mayores (mucho más que entre las más jóvenes) y, por lo tanto, les limita la calidad de vida.

Es necesario destacar también el importante (por más que minoritario) número de personas que *perciben su propia salud como mala* ya señalado en el apartado 4.1. Sabemos que a menudo la autopercepción de mala salud puede ser mejor predictor de necesidades sentidas o de dependencias importantes en un futuro que la salud objetiva.

La *soledad* es un problema que puede llegar a ser muy grave en las personas mayores, según como la vivan y la exten-

sión e intensidad de sus redes de apoyo social. Por ello, el hecho de que la persona evalúe que está siempre o casi siempre sola resulta un indicador centinela. Esta situación se da en un 12,3% de las personas mayores encuestadas.

Otro indicador que se sabe que resulta muy predictivo de posibles necesidades emocionales es el hecho de que la persona se manifieste *insatisfecha con su vida*. Aunque acostumbra a ser un porcentaje relativamente bajo de la población (en la presente investigación se detecta que un 6,3% de las personas mayores se consideran mucho o bastante poco felices), ha podido constatar que entre estas personas siempre hay un porcentaje alto que sufre estados depresivos, cosa que puede ir perjudicando su estado anímico y de salud.

4.4. Las personas mayores según la evaluación de su situación económica presente y futura.

Un 38,3% de las personas del subconjunto de mayores de 75 años que viven solas y un 36,1% del subconjunto del resto de mayores de 65 años se manifiestan suficientemente satisfechas con sus ingresos actuales.

Por contraste, un 1,9% tanto del primero como del segundo subconjunto manifiestan que pasan situaciones de verdadera dificultad económica. Un 10,6% del primer subconjunto y un 15,2% del segundo manifiestan que tienen una situación económicamente deficitaria, pero que reciben ayuda para afrontarla. En ambos casos, estas situaciones son más frecuentes entre las mujeres que entre los hombres.

Un 1,3% del total de las personas mayores de 65 años que viven en la ciudad manifiestan vivir fundamentalmente de rentas personales. Un 48,6% de la pensión de jubilación, un 12,6% de una

pensión de viudedad, un 5,2% de una pensión de invalidez, un 3,3% de una pensión no contributiva. El resto manifestó que tiene diversas de estas fuentes de ingresos al mismo tiempo, menos un 10,9% que dicen que no tienen ningún ingreso regular, un 0,1% que dicen que viven de ayudas familiares y otro 0,1% de la caridad.

También se da la circunstancia que la persona mayor manifiesta que tiene que ocuparse económicamente de otra u otras personas que dependen. Hemos encontrado esta situación en un 20% de los mayores de 75 años que viven solos en la ciudad y en un 18,1% del resto de mayores de 65 años.

Una de las informaciones obtenidas en este estudio, que tiene mucha importancia para el diseño de las futuras políticas sociales para la gente mayor en la ciudad, es la constatación que un 32,7% de las personas de más de 65 años que actualmente viven en la ciudad de Girona consideran que no tienen o no prevén tener en un futuro ningún problema para afrontar económicamente los costes de ser atendidas adecuadamente cuando

sus necesidades o dependencias les exijan buscar una ayuda regular de otras personas (Tabla 6).

Si es bien cierto que hay un porcentaje ligeramente superior de hombres que de mujeres que estiman que no tienen problemas económicos para pagar estos servicios en un futuro, las diferencias no son muy importantes (35% de todos los hombres más mayores de 65 años, respecto del 31,2% de las mujeres).

Hay, sin embargo, un dato que llama la atención y que indica posiblemente que esta afirmación, puede ser susceptible de diferentes matizaciones. Se trata del hecho que sólo hay una coincidencia parcial entre las personas mayores que dicen que en un futuro las ayudas que puedan necesitar no piensan que les crearán ningún problema económico, y aquéllas que están satisfechas con su situación económica actual, que consideraran suficiente. Una coincidencia total sólo se da en el 19,9% de la población.

Un 10,2% de las personas mayores que viven en la ciudad manifiestan tener ingresos nada más que para cubrir sus

TABLA 6
Personas que consideran que en un futuro que alguien las ayude a cubrir sus necesidades puede llegar a ser un problema económico en función de la percepción de los ingresos actuales

	Pagar ayudas no es un problema	Pagar ayudas es un problema	NS/NC	Total
Satisfacción económica suficiente	19,9%	9,6%	7%	36,5%
Llegar sólo a cubrir gastos	10,2%	23,8%	9,7%	43,7%
'Déficit, pero cubierto con ayudas	2,2%	9,9%	2,5%	14,6%
Situación de dificultad	0,1%	1,6%	0,2%	1,9%
NS/NC	0,3%	1,6%	1,3%	3,2%
Total	32,7%	46,5%	20,8%	100%

gastos, pero, al mismo tiempo, que en un futuro no creen que tendrán un problema económico para recibir las ayudas que les haga falta. Y, incluso, hay un 2,2% de las personas mayores que viven en la ciudad que manifiestan tener una situación económicamente deficitaria y que salen adelante con ayudas de otros, pero que tampoco les preocupa que en un futuro el dinero pueda llegar a ser un problema para recibir las ayudas que les haga falta. Tenemos que entender que estas respuestas indican un alto grado de confianza en poder superar las situaciones de dificultad, sea porque se confía en las redes de apoyo social o sea por alguna otra creencia o convicción personal.

En cambio, encontramos un 9,6% del conjunto global de personas mayores que viven en la ciudad que, aun estando actualmente satisfechas con sus ingresos, piensan que en un futuro pueden tener dificultades económicas serias para poder pagar la ayuda que pueda llegar a hacerles falta.

5. Discusión

En general, puede mantenerse que el subconjunto de personas de 75 años o más que viven solas se encuentra en condiciones mucho más precarias que el conjunto general de personas mayores que viven en la ciudad. Además de la condición de *soledad*, y de todas las implicaciones humanas y sociales que conlleva, observamos que en muchos casos va asociada a otras necesidades más a menudo que en la media de la población mayor.

Por contraste, en casi todos los sectores de la ciudad las personas de este subconjunto se muestran menos exigentes, y hacen evaluaciones de las condiciones de vida más positivas que la media. Se observa, pues, que se trata de un sub-

conjunto de personas entre las cuales hay muchas que se han *adaptado psicológicamente* a unas condiciones de vida más precarias que las habituales en su entorno y se quejan menos.

Por este hecho, y por la mayor debilidad de sus redes de apoyo social, son personas entre las que es previsible que, cuando algunas de sus necesidades se hagan visibles (es decir, sean detectadas por los sistemas públicos), el grado de afectación o incluso de deterioro será a menudo superior a la media.

En el conjunto de la ciudad hemos podido estimar que hay unas 51 personas mayores que *no tienen absolutamente ningún familiar vivo*. Todas ellas pertenecen al subconjunto de los que tienen 75 años o más y viven solos o solas. Además, hemos podido también estimar que hay 395 personas mayores que *no tienen ningún familiar que resida en el término municipal*. De entre estas personas, 273 (el 69,11%) pertenecen al subconjunto de las personas mayores de 75 años que viven solas.

El análisis diferencial de los sectores de servicios sociales en que está dividida la ciudad nos presenta especificidades tanto de las condiciones de vida como de las necesidades de las personas mayores según el sector donde viven. Las diferencias halladas entre sectores, consideradas proporcionalmente al número de residentes, no son muy importantes, aunque, ciertamente, se ha identificado claramente que un sector destaca por encima de los otros por la concentración de situaciones de dificultad que en él se observan: *Barri Vell*, la zona más antigua de la ciudad.

Por otra parte, en la tabla 2, hemos señalado algunos indicadores centinelas. Si estos indicadores los cruzamos entre sí, o con otros datos, como pueden ser determinadas enfermedades, situaciones familiares o condiciones materiales de

vida, podríamos ir acotando pequeños grupos en situación de mayor dificultad o riesgo social.

Por ejemplo, al cruzar la condición de vivir en un piso sin ascensor, por el grado de dependencia en lo que concierne a la movilidad, observamos que en la ciudad de Girona hay 228 personas con un grado de dependencia elevado, para las cuales presumiblemente tiene que ser un problema serio no poder subir o bajar escaleras sin una ayuda importante. Este tipo de trabajo exploratorio permite pensar en sistemas futuros de detección de necesidades a partir de este tipo de trabajo minucioso.

Los grandes números nos dicen que buena parte de personas mayores de la ciudad que viven en su casa lo hacen en unas condiciones bastante dignas, y que ellas mismas las experimentan como satisfactorias.

Desde la perspectiva de los derechos humanos y la dignidad de las personas no podemos, sin embargo, resumir las condiciones de vida de las personas mayores en la ciudad de Girona sólo bajo las *leyes de los grandes números*. Este estudio nos ha permitido identificar *bolsas de necesidades sociales y de situaciones de riesgo* que a veces afectan muy pocas personas, pero que, en cualquier caso, al margen de considerar si las cantidades son bajas o elevadas, merecen una alta atención desde las políticas sociales municipales por las consecuencias humanas y sociales que se derivan del hecho de no considerarlas y atenderlas apropiadamente. Hay muchas dificultades que afectan a las personas mayores que, para atenderlas adecuadamente, hace falta **“personalizar las soluciones”**.

A lo largo de este estudio hemos visto que hay situaciones de dependencia muy heterogéneas, frente a las cuales las personas mayores disponen de diferentes sistemas de ayuda, con la implicación de

parientes y/o de otras personas. Sabemos, sin embargo, todavía demasiado poco del detalle sobre el grado de adecuación y de calidad de las ayudas recibidas en comparación con las que serían necesarias aun teniendo unos mínimos estandarizados de calidad; y también sabemos demasiado poco de las implicaciones técnicas y emocionales que acompañan estas situaciones de ayuda.

En otras palabras, hay personas que pueden estar siendo atendidas con un gran afecto, pero por personas cuidadoras que no tienen los conocimientos mínimos, por ejemplo, para cogerlas y desplazarlas apropiadamente, hasta el punto de poder estar dañándose ellas mismas al cargar pesos de manera perjudicial para su espalda; pero también hay personas que, siendo atendidas con toda corrección técnica, no reciben el calor humano mínimo para sentirse satisfechas con la ayuda recibida, o para superar sus sentimientos profundos de soledad, quizás porque la persona cuidadora se siente obligada a hacer la ayuda, que representa una carga que la desborda vitalmente. Sólo el ofrecimiento más intensivo de *servicios de proximidad, con un diseño esmerado de evaluación de sus resultados*, puede permitirnos en un futuro avanzar con rigor en el aumento de la calidad de los servicios, acompañado de un incremento de la calidad de vida experimentada por las mismas personas mayores.

6. Reflexiones finales y propuestas.

A manera de conclusiones, y para finalizar, presentaremos algunas de las reflexiones más relevantes que han surgido al debatir los resultados cualitativos y cuantitativos en el seno del propio equipo investigador, con los profesionales del municipio y en las sesiones de devolución con representantes de las personas mayores del municipio.

6.1. Características familiares.

- La evolución de la estructura familiar es un elemento clave en la previsión de recursos sociales dirigidos a las personas mayores: enviudar, cambiar de domicilio, ir a vivir con otras personas y quedarse solo o sola son acontecimientos vitales importantes para una persona mayor, que afectan su perspectiva vital y su calidad de vida.
- Disponer de datos sobre las tendencias generales en la población, o en subconjuntos de la población, particularmente sobre los cambios en la configuración de los hogares y sobre las nuevas familias residentes, puede ayudar a tomar decisiones a medio y largo plazo, porque hay situaciones que indican una mayor probabilidad que una persona mayor quede insuficientemente atendida.
- Hemos visto que hay personas que no tienen absolutamente ningún familiar vivo, mientras que hay otras a quienes sólo les queda la persona con quien conviven. Desde el punto de vista de las redes de apoyo social, hay que mantener especial atención a estas situaciones porque son muy frágiles.
- También hemos visto que hay bastantes personas mayores en la ciudad que viven solas. Estas situaciones deben considerarse como *indicadores centinelas*, ya que no son necesariamente preocupantes, pero pueden llegar a serlo si se dan en concurrencia con otros factores, como por ejemplo, tener dependencias de nivel elevado, no tener otros familiares residentes en el municipio, no poder pagar las ayudas que hacen falta.

6.2. La vivienda.

- Hay que adaptar internamente las viviendas para que las personas

mayores puedan seguir viviendo cuando van teniendo dependencias o los niveles de estas dependencias se van agravando. Por eso es necesario *suprimir barreras arquitectónicas* y para aumentar las medidas de seguridad, tanto dentro del hogar como entre el hogar y la calle, hace falta poder adaptar a las necesidades concretas de las personas mayores tanto las cocinas como los cuartos de baño.

- Hay que estudiar la viabilidad de poner condiciones a determinadas viviendas de nueva construcción, para que sean utilizables por personas mayores con dependencias.
- Para aquellas personas que no pueden seguir en su vivienda, por problemas estructurales o por la necesidad de obras con costes muy elevados, así como para personas en las cuales concurren necesidades o dependencias leves o moderadas, actualmente se considera muy apropiado *promover viviendas tuteladas* o estructuras similares.
- Hay un número importante de personas mayores en la ciudad de Girona que viven en pisos altos de casas que no tienen ascensor. Algunas de ellas tienen niveles de dependencia altos para satisfacer sus necesidades de movilidad, cosa que provoca graves dependencias para satisfacer necesidades básicas, cómo ir a la compra. Ésta es una de las situaciones que a veces puede no tener solución o sólo tenerla muy cara, para lo que hace falta buscar alternativas. También hay personas que en su casa no tienen ni bañera ni ducha. Hay personas que por sus enfermedades o dependencias no pueden cocinar si no se adaptan aparatos o la distribución de los elementos que conforman su cocina.

Todas estas situaciones merecen una atención prioritaria, porque si se solucionan, la persona mayor puede conservar la autonomía suficiente para que su situación personal y social no se agrave. Es importante que las personas, si así lo prefieren, tengan la posibilidad de envejecer en su casa.

6.3. El entorno inmediato.

- Es muy importante que las personas se sientan satisfechas con su entorno inmediato. No se trata sólo de que los entornos estén bien adaptados a las necesidades de las personas y que sean seguros. Es también crucial que las personas *los perciban como adecuados y seguros*. Estas percepciones forman parte de la calidad de vida.
- La *seguridad física y psicológica* de poder vivir autónomamente está ligada a la evaluación de que el contexto ambiental en que se vive tiene calidad. Las personas tienen que percibir que su entorno le proporciona suficiente calidad de vida y eso implica que esté transitable, limpio, bien iluminado, seguro, etc..
- Sentirse muy comunicado con el resto de la ciudad equivale a sentir más autonomía y a tener la percepción de estar en un entorno más "abierto". En este sentido, la disposición de *transporte público*, y el hecho de que éste esté adaptado a las personas con dificultades de movilidad, son aspectos a los que las personas mayores dan mucho valor.
- El *mobiliario urbano* pensado para que sea fácilmente utilizable por las personas mayores, y percibido como seguro, forma una parte importante de las percepciones de calidad del entorno en que se vive.
- La *seguridad ciudadana* es un tema de preocupación para muchas personas mayores. Sus *percepciones de seguridad o inseguridad* pueden guardar poca relación con las de las personas más jóvenes del mismo entorno, y no están necesariamente relacionadas con datos objetivos. No obstante, aunque sus percepciones puedan no ser objetivas, constituye un factor de inseguridad que disminuye sus evaluaciones de bienestar psicológico y de calidad de vida.
- Hay que abordar estas cuestiones desde dos vertientes: por una parte, prestando *atención a la posible objetividad de algunas quejas*: barreras arquitectónicas en algunas calles, aceras en mal estado, mejora del transporte público en aquello que proceda. Pero también, por otra parte, enviando *mensajes claros y directos a las personas mayores en el sentido que velamos por la calidad de su vida* en su entorno inmediato, y que tenemos y queremos tener especial cuidado al garantizar su seguridad y su bienestar.

De hecho, de buena parte de las actuaciones que podrían derivar de las reflexiones hechas en este apartado puede decirse que, en caso de ser llevadas a la práctica, es obvio que pueden tener un impacto no sólo sobre la población mayor, sino que redundan también en la mejora de la calidad de vida de otros colectivos, y del conjunto de los ciudadanos en general.

6.4. Actividades de las personas mayores.

- Hay que fortalecer las *redes relacionales y de apoyo social*. Contribuyen en sí mismas a la calidad de vida. Sin embargo, son un recurso complementario para detectar situaciones de necesidad, incluso de manera temprana. Hay muchas activida-

des culturales, sociales y de ocio que pueden potenciarse con el objetivo complementario de crear y fortalecer este tipo de redes.

- Es positivo para la calidad de vida de las personas mayores incrementar sus niveles de *participación social y ciudadana*: las personas mayores tienen que ser el primer factor informador y sensibilizador de su colectivo. Hay que maximizar el potencial que ofrece el hecho de disponer de un Consejo de las Personas Mayores.
- Tienen que potenciarse *redes de información* dirigidas a todas las personas mayores residentes en el municipio, para intentar aumentar el nivel de información de que disponen sobre las actividades en que pueden participar, y sobre los servicios de que pueden disfrutar.
- Hemos constatado que las *actividades relacionales, lúdicas y culturales* de muchas personas mayores son bastante limitadas. Hay un número no muy elevado de personas mayores que querían hacer más actividades, pero no las hacen por razones diversas. Todo señala la existencia de un reto que haría falta afrontar, aun sabiendo que los cambios de hábitos a menudo son muy lentos: hay que intentar crear, gradualmente, hábitos de participación en más actividades y más diversas.

6.5. Necesidades y dependencias.

- Es muy importante difundir una visión integral de las necesidades de las personas mayores que viven en la ciudad. Hay que contar que hay necesidades que siempre estarán presentes en determinados porcentajes, porque van aparejadas al hecho natural del envejecimiento. Hay,

pues, que asumirlas colectivamente, y buscar respuestas de la comunidad.

- Hay situaciones de dependencias importantes en que es crucial conseguir una verdadera *integración de servicios sociosanitarios*. Aunque el modelo está en debate en Cataluña, hace falta en todo caso que incluya una *visión integral de la ayuda a las personas mayores*.
- Hay que estudiar formas de *cooperación públicas y privadas* para incrementar la cobertura de atención a familias con recursos.
- Hay que implantar gradualmente sistemas de evaluación de los servicios y programas, para ir consolidando *referentes de calidad* para los servicios que se prestan.
- Hay que mejorar la información sobre los servicios de atención a la gente mayor que existen en la ciudad.

6.6. Personas que ayudan a satisfacer necesidades.

- Hay que profundizar en la idea de *complementariedad* entre recursos formales e informales, para mejorar el bienestar de las personas atendidas en los servicios.
- Tienen que ir estableciéndose formas de coordinación que otorguen *reconocimiento al cuidador informal*.
- Hay que ofrecer formas de *formación, apoyo y respiro* a las personas que tienen que cuidar personas mayores.

6.7. Líneas estratégicas de actuación.

Creemos que el análisis de la situación general de las personas de más de 65 años

que viven en la ciudad de Girona, en su hogar, nos lleva a subrayar la importancia de dirigir actuaciones a este conjunto de ciudadanos partiendo de un planteamiento globalizado, dando una visión coherente de conjunto a la ciudadanía, teniendo en cuenta su propia opinión y puntos de vista a través de los canales de participación ciudadana establecidos, y sobre la base de dos grandes objetivos:

- a) Promover la mejora de la calidad de vida del conjunto de la población de personas mayores que viven en la ciudad.
- b) Afrontar la diversidad de situaciones de necesidades, de dificultad y de dependencia de las personas mayores que viven en su hogar en la ciudad desarrollando actuaciones y programas transversales y fortaleciendo una red de servicios sociales que permita sectorizar y personalizar las actuaciones necesarias en función de cada realidad, y que pueda articular las actuaciones que gradualmente se desarrollen en aquel territorio.

Dentro de una planificación general de este tipo, haría falta la adopción de una serie de decisiones estratégicas previas, que tienen que ver, como mínimo, con las siguientes coordenadas:

- Niveles de cobertura de necesidades que se pretende alcanzar gradualmente a corto y medio plazo.
- Tipo de servicios que se implantarían o se reforzarían en una primera fase.
- Grado de contribución al gasto que ocasionan los servicios prestados que se considera que pueden asumir las personas mayores según su situación socioeconómica particular.

Una vez tomadas estas decisiones estratégicas, hará falta hacer estimaciones de las tendencias actuales de algunos datos

referidos a la situación de las personas mayores que viven en la ciudad, para poder discriminar en un futuro la *evolución natural* de las situaciones, de los cambios realmente conseguidos.

En el diseño de un programa de servicios, que pueda derivar de estas decisiones estratégicas, tendría que partirse de aquéllos estándares o ratios que tenemos actualmente y fijar los incrementos que se consideran deseables teniendo en cuenta las posibilidades de crecimiento en función de los recursos de que puede disponerse.

(a) Servicio de telealarma: hay referencias en la bibliografía especializada que apuntan que haría falta desplegar este servicio para un 12% de las personas mayores de 65 años que viven solas, cosa que equivaldría a un 2,42% de la población mayor de 65 años aproximadamente.

(b) Servicios de ayuda a domicilio: cada vez se debate más el hecho de que no es tan importante el porcentaje de cobertura como el hecho de que el sistema tenga flexibilidad para cubrir diferentes intensidades o grados de necesidad, que siempre son muy dispares. Una vez consultadas diferentes ratios en diversos trabajos (Plan General del Departamento de Bienestar Social de la Generalitat de Cataluña, Plan Gerontológico de Euskadi, el de la Diputación Foral de Guipúzcoa y el Plan Gerontológico de Vitoria-Gasteiz), parece que hay bastante consenso en que el estándar tendría que llegar cerca de un 8%, cuando se tiene en cuenta que hay diversos tipos de servicios de ayuda a domicilio, unos que sólo implican acompañamiento y vigilancia, que requieren menos intensidad de dedicación, pero que hacen falta para mucha más población. Cuando sólo se consideran los servicios de "mayor intensidad en el apoyo", entonces se habla de que puede ser suficiente una cobertura del 4,5% de la población, pero entonces implicando más dedicación

por persona de la media habitual. Está muy claro que el primer tipo de servicios es básico para desarrollar una actuación preventiva y de detección, así como para evitar que personas que viven solas entren en dinámicas que afecten negativamente su calidad de vida.

(c) Viviendas tuteladas: la definición utilizada no coincide en todos los trabajos publicados que se refieren a este tipo de servicio. Cuando se habla propiamente de *pisos tutelados*, parece que la cifra más consensuada es que hacen falta un 1% sobre el total de las personas mayores de 65 años en un territorio, mientras que cuando se habla de *apartamentos vigilados*, la cifra es de un 2% sobre la misma población.

(d) Centros de día: las referencias que se encuentran en la bibliografía próxima oscilan al estimar que estos servicios los necesitan entre un 1% y un 1,5% de la población de mayores de 65 años. En el caso concreto de la ciudad de Girona, hemos podido constatar que las personas que conocen el centro existente lo evalúan muy positivamente, pero que hay una insatisfacción unánimemente compartida por la falta de un transporte público adecuado para desplazarse.

(e) Servicios de comidas a domicilio: los pocos trabajos que se refieren a este tipo de servicio sitúan su necesidad alrededor de un 1% de la población mayor de 65 años de un territorio.

(f) Los hogares o clubes de gente mayor: también en este caso encontra-

mos recomendaciones muy desiguales en la bibliografía especializada, y las propuestas oscilan en el sentido que hace falta uno de estos centros por cada 2.500 a 20.000 personas mayores de 65 años.

Finalmente, tenemos que señalar que de los resultados de la investigación se desprende la necesidad de promover actividades culturales y de ocio, aún desplegando un sistema de información sobre actuaciones y recursos para la gente mayor, con implicación de sus instancias representativas. Los niveles de participación en actividades de todo tipo son muy bajos por parte de un porcentaje elevado de personas mayores que viven en la ciudad; incluso la adopción de nuevas iniciativas cuando disponen de más tiempo libre es escasa, aunque un cierto número de personas manifiestan que querrían hacer más cosas. Hay que promover más actividades, sobre todo aquellas más movilizadoras de salud, pero a partir de la implicación de las mismas personas, ya que el "empuje" que les hace falta a muchos sólo puede surgir de un ofrecimiento desde múltiples agentes sociales, incluyendo sus propios iguales, y los representantes de las personas mayores. Muchas manifiestan tener información insuficiente. Eso no se soluciona, obviamente, sólo disponiendo de más folletos o de otro material de divulgación. Hace falta un programa específico de difusión sistemática de información, con implicación de las propias personas mayores.

BIBLIOGRAFÍA

- Abeles, R. P.; Gift, H. C.; Ory, M.G.; Cox, D. M. (eds.) (1994). *Aging and quality of life*. New York. Springer.
- Campbell, A.; Converse, P. E. y Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life: Perceptions, evaluations and satisfactions*. New York. Russell Sage Foundation.
- Casas, F. (1989). *Técnicas de investigación social: Los indicadores sociales y psicosociales. Teoría y práctica*. Barcelona. PPU (371 págs.).
- Casas (1999). Calidad de vida y calidad humana. *Papeles del Psicólogo*. Nº 74, pp. 46-54.
- Casas (2000). De afrontar problemas sociales a promover la calidad de vida. En González, A. F. y Musitu, G. (Eds.). *Intervención psicosocial: Reflexiones teóricas, metodológicas y sobre ámbitos de intervención*. Santiago: Tórculo Artes Gráficas.
- Castells, M., y Pérez Ortiz, L. (1992). *Análisis de las políticas de vejez en España en el contexto europeo*. Madrid. INSERSO. M.A.S.
- Consell Comarcal del Baix Empordà (1996). *Estudi de les necessitats assistencials de la gent gran del Baix Empordà*. La Bisbal d'Empordà. Consell Comarcal del Baix Empordà (policopiado).
- Deven, F.; Inglis, S.; Moss, P.; y Petrie, P. (1997). Revisión de las investigaciones realizadas en Europa sobre conciliación de la vida laboral y familiar para hombres y mujeres y calidad de los servicios de atención. *Materiales de Trabajo Nº 40*. Madrid. Dir. Gral. de Acción Social, del Menor y de la Familia. M.T.A.S., 1998.
- Diputació de Barcelona (1996). Els ajuntaments i la gent gran: present i futur. *Quaderns de Serveis Socials*, 11.
- Diputació de Barcelona (1998). *Investigació social i gent gran en l'Administració Local*. Barcelona. Àrea de Serveis Socials. Diputació de Barcelona.
- Feliu, T. (dir.); Maluquer, E., et al. (1996). *La gent gran a casa*. Barcelona. Àrea de Serveis Socials. Diputació de Barcelona.
- Fernández-Ballesteros, R., y Maciá, A. (1993). Calidad de vida en la vejez. *Intervención Psicosocial*, 5, 77-94.
- Fernández-Ballesteros, R.; Zamarrón, M.D.; y Maciá, A. (1996). *Calidad de vida en la vejez en los distintos contextos*. Madrid. INSERSO. M.T.A.S.
- French, S. L.; Gekoski, W. L.; y Knox, V. J. (1994). Gender differences in relating life events and well-being in elderly individuals. *Social Indicators Research*, 35, 1, 1-25.
- Glatzer, W. y Mohr, H. M. (1987). Quality of life: Concepts and measurement. *Social Indicators Research*, 19, 1, 15-24.
- Guillemard, A. M. (1992). *Análisis comparativo de las políticas de vejez en Europa*. Madrid. INSERSO. M.A.S.
- INSERSO (1992). *Plan Gerontológico*. Madrid. Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- INSERSO (1995). *Cuidados en la vejez*. Madrid. INSERSO. M.A.S.
- Jamieson, A., y Illsley, R. (1990). *Contrasting european policies for the care of older people*. Bruselas - Luxembourg. CECA-CEA-CEEA.
- Kraan, R. J., et al. (1993). *La atención a las personas mayores. Innovaciones importantes en tres países europeos*. Madrid. INSERSO. M.A.S.
- Lawton, M. P. (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. *The Gerontologist*, 23, 4, 349-357.
- Michalos, A. C.; Hubley, A. M.; Zumbo, B. D.; y Hemingway, D. (2001). Health and other aspects of the quality of life of older people. *Social Indicators Research*, 54, 239-274.
- Neugarten, B. L., Havingshurt, R. J. y Tobin (1961). The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology*, 16, 134-143.
- Okun, M. A., y Stock, W. A. (1987). Correlates and components of subjective well-being among elderly. *The Journal of Applied Gerontology*, 6, 1, 95-112.
- Palau, N. (coord.) (1999). *Serveis socials i gent gran*. Barcelona. Àrea de Serveis Socials. Diputació de Barcelona.
- Rubio, R. y Muñoz, J. (comp.) (1993). *Gerontología social. Perspectivas teóricas y de intervención*. Jaén. Diputación Provincial de Jaén.
- S.I.S.S. (1989). *La asistencia domiciliaria en Europa*. Vitoria-Gasteiz. Dirección de Bienestar Social. Gobierno Vasco.
- Villar, J. y Ferrer, J. (1990). *Estudi demogràfic sobre l'envelliment a la ciutat de Girona*. Girona. Ajuntament de Girona (policopiado).
- Venhooven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, 9, 87-116.
- Vizcaíno, J. (2000). *Envejecimiento y Atención Social*. Barcelona. Herder.