



9

MAYORES
EN RESIDENCIAS

Lourdes Pérez Ortiz
UAM



Mayores en residencias

Como complemento a la Encuesta Sobre Condiciones de Vida (ECVM), en la que se entrevistaba a mayores que vivían en hogares, el Observatorio de Personas Mayores ha realizado este año otra encuesta a mayores que viven en residencias, la hemos llamado *Encuesta sobre Condiciones de Vida de Mayores en Residencias* (ECVMR). El trabajo de campo se realizó durante las primeras semanas del otoño de 2004 a una muestra de 610 personas de 65 o más años. Realizar una muestra de este tipo presenta algunas dificultades, la primera de ellas no es de poca importancia, se trata de la dificultad para delimitar lo que técnicamente se denomina el *universo* de la encuesta, es decir, la población de referencia de la que la encuesta quiere ofrecernos información. Conocemos sólo aproximadamente el número de personas que viven en establecimientos de este género y, aún más aproximadamente, las características que presentan. El Censo de 2001 estimaba para ese año el número de personas de 65 o más años que vivían en «asilos o residencias de ancianos» en 84.607. La fecha de referencia de los datos del Censo es el mes de noviembre de 2001, sin embargo, según el Informe 2002, ya en enero de ese año había en España más de doscientas mil plazas residenciales; tan sólo la suma de plazas propias y plazas concertadas se aproxima a la estimación del Censo (según el Informe 2002, había 89.962 plazas de este tipo, 55.289 propias y 34.673 concertadas). La diferencia no es baladí, con la información censal, la *ratio* o *índice de cobertura*, es decir, el número de plazas residenciales por cada cien mayores resulta ser de 1,1, con los del Informe 2002, casi del triple (3,1 plazas por cada cien personas de 65 o más años).

En enero de 2004, más lejos ya de la fecha de referencia del Censo, el número de plazas residenciales era de 265.712 y la *ratio* de cobertura igual a 3,65 plazas por cada cien mayores (ver Capítulo 7 de este informe). Claramente el Censo subestima la cifra, seguramente, el dato de las plazas ofertadas se aproxima más a la realidad. En relación con las características de los ingresados, es procedimiento habitual considerar que, aunque las cifras censales en número absolutos no sean correctas, sí se puede considerar como válida la distribución por características sociodemográficas básicas. Así lo hemos hecho en las operaciones previas a la selección de las personas a entrevistar. De esta manera hemos supuesto que entre los residentes hay, aproximadamente, un hombre por cada tres mujeres y que, de cada cinco, uno tiene menos de 75 años, dos tienen más de 84, y los otros dos pertenecen al grupo de edades intermedio. En nuestra muestra, finalmente, la distribución por sexos se parece bastante a la que ofrece el Censo, mientras que la distribución por edades está algo más envejecida que aquélla. (Tabla 9.1).

En la muestra también se ha intentado controlar el peso de las características, no ya de los residentes, sino de los centros residenciales. Por ejemplo, los entrevistados se distribuyen más o menos equitativamente en residencias de cuatro tamaños establecidos previamente, menos de 50 plazas, de 50 a 100, de 100 a 150 y más de 150. También se ha intentado controlar el número de entrevistas según la titularidad de las residencias, finalmente, cuatro de cada diez entrevistas se han realizado en residencias pú-



blicas y el resto en residencias pertenecientes a entidades privadas con o sin ánimo de lucro. Con respecto a las condiciones de los residentes, en la muestra priman las residencias mixtas, es decir que combinan plazas para residentes sin discapacidades funcionales, con otras para dependientes. Tan sólo la octava parte de las entrevistas se han realizado en residencias sin plazas de asistidos, otro 10,6% en residencias con plazas exclusivamente de este carácter, y el restante 76,6% en residencias mixtas con un porcentaje variable de plazas de válidos y de asistidos. Además, en la muestra hay un 6,1% de personas que están viviendo en la residencia sólo de forma temporal; esta es una variable de importancia considerable, por este motivo, en la mayor parte del análisis que se describe a continuación se ha distinguido entre residentes permanentes y residentes temporales.

9.1. LA DECISIÓN DE INGRESAR EN LA RESIDENCIA

9.1.1. Las razones

La primera circunstancia que hemos querido analizar se refiere al ingreso en la residencia, es decir, qué condiciones hacen que una persona viva o no en una residencia. En primer lugar, la encuesta ha pedido a los mayores su impresión directa de cuál piensa que ha sido el motivo principal por el que ha venido a vivir a una residencia. Entre los motivos que expresamente señalan los mayores, destaca la búsqueda de compañía (34,5%), seguida por los problemas de salud y los familiares. Aproximadamente la cuarta parte de los residentes temporales señalan motivos relacionados con el deterioro del estado de salud o con la pérdida de autonomía funcional: no podía atender la casa (4,3%), por motivos de salud (11,3%), porque no podía «valerse por sí mismo/a» (10,1%); y algo menos, motivos familiares: por «no estorbar» a la familia (8,9%), porque la familia no puede atenderlo/a (6,2%), porque su marido o esposa ha tenido que ingresar (4,5%) o por carecer de familia (2,6%). Por el contrario, la afirmación rotunda de que «no tenía otra solución» es compartida por muy pocos (2,7%), destaca asimismo la escasa importancia que los mayores conceden a las razones económicas (0,3%). Por edad y sexo, evitar la soledad

tiene más importancia como motivo del ingreso para los hombres y para las mujeres más veteranas. La salud, sin embargo es más importante entre las mujeres, sobre todo, las menores de 85 años, mientras que los motivos familiares cobran importancia a medida que lo hace la edad del residente. Entre las personas que están en la residencia sólo temporalmente, los motivos familiares y, especialmente los de salud, cobran mayor importancia: dos de cada tres residentes temporales han ingresado por razones de salud, la quinta parte están en la residencia por motivos de «respiro» de la familia con la que vive y otro 5,4% por una incapacidad temporal para atenderlos de la persona que los cuida habitualmente. (Gráficos 9.1 y 9.2; Tablas 9.2, 9.3 y 9.4).

Para profundizar en las razones que condicionan la institucionalización es importante conocer la situación anterior al ingreso. Tenemos información sobre las formas de convivencia anteriores y sobre la vivienda de la que proceden los residentes. La mayoría de los residentes, casi ocho de cada diez, proceden de su propia vivienda, tan sólo la décima parte ha pasado antes por una fórmula intermedia de convivencia en la vivienda de otras personas. Un 7,7% procede de otra residencia, este porcentaje podría interpretarse como un *índice de rotación* entre residencias. Entre los que vivían en su propia casa, más de la mitad vivía en solitario, más las mujeres que los hombres. Entre los varones también es importante la proporción de los que vivían en pareja, muchos de ellos habrán ingresado en la residencia al enviudar. Esta distribución indicaría que para los hombres enviudar puede precipitar el ingreso en la residencia, mientras que hay más mujeres que, al perder a su esposo, continúan en sus propias viviendas viviendo solas, antes de ir a una residencia. La consideración de la edad introduce un nuevo matiz y es que enviudar a una edad elevada multiplica las posibilidades de que se produzca la institucionalización. La distribución del estado civil nos habla del extraordinario predominio de personas no casadas entre los residentes, la cuarta parte son solteros, el 60,6%, viudos y el 4% separados o divorciados, tan sólo uno de cada diez está casado o vive en pareja. De manera que no tener pareja se revela como un factor de peso en la decisión de vivir en una residencia. (Tablas 9.5, 9.6 y 9.7; Gráfico 9.3).



En relación con la vivienda, la proporción de personas que proceden de hogares en propiedad es más baja que en la población en viviendas familiares, especialmente entre las mujeres. Este resultado indica que es muy probable que no tener vivienda en propiedad favorezca el ingreso en la residencia. Más de la tercera parte de los residentes conservan su vivienda en propiedad, eso significa que casi la mitad de los internos que eran propietarios de sus viviendas no las han vendido ni cedido a otras personas. Este es uno de los motivos, sin duda poderoso, de que el Censo subestime el número de personas que viven en residencias de mayores, estas personas seguirán empadronadas en sus lugares de origen y habrán cumplimentado las hojas censales como si efectivamente siguieran viviendo allí. Los hombres parecen más propensos a conservar la vivienda. Entre los más veteranos, como es lógico, hay más personas que han perdido la propiedad, por venta o por haberla donado a los hijos, que entre los menores de 85 años. Las alternativas de alquilar o hipotecar la casa cuentan con muy pocos adeptos. Si la vivienda es accesible, está próxima a la residencia y su propietario puede llegar a ella fácilmente, simplemente, los mayores estarán reservando sus viviendas para su propio uso; en otro caso, las viviendas estarán vacías y el hecho de conservarlas en propiedad puede deberse a un conjunto de razones, entre ellas, que la vivienda tiene un valor simbólico, en la medida que puede significar la posibilidad de volver y, por tanto, de no romper por completo los vínculos con la vida anterior. Entre los que han vendido su vivienda, priman los motivos de carácter económico, unos seis de cada diez citan este tipo de motivaciones: para tener dinero (22,6%), no tener gastos (15,3%), para pagar la residencia o poder venir a la residencia (16,1%) o para dar dinero a algún familiar (6,5%). La constatación de que ya no la necesitan o no van a volver ha motivado la venta en algo más de la cuarta parte de los casos; esta apreciación es importante porque implica la ruptura con lo anterior, vender la vivienda por estas consideraciones supone «quemar las naves». El 7,3% afirman que vendieron la casa para no estar solos, de manera que la decisión de vender la vivienda habría ido íntimamente unida a la decisión de ingresar en la residencia. Por fin, el 2,4% de los que han vendido la casa parece que no han intervenido en la decisión, estos residentes contestan que «la vendió su hijo/a»; es una

proporción pequeña, pero implica que los mayores no han intervenido, que no han tenido capacidad de decisión en este acto de ruptura con lo anterior. (Tabla 9.8; Gráficos 9.4 y 9.5).

El juicio de los mayores sobre las condiciones de sus hogares, refuerza la idea de que las características de la vivienda intervienen en la decisión de vivir en una residencia. Aunque la inmensa mayoría de los residentes considera que sus viviendas eran cómodas para vivir, aproximadamente la quinta parte de ellos declara diversos grados de incomodidad; los hombres y los más jóvenes son más críticos a este respecto. La valoración del entorno de la vivienda es aún más positiva, el 85% de los residentes muestran su satisfacción a este respecto; de nuevo los más jóvenes emiten un juicio más negativo. Se puede interpretar en el sentido de que para los más jóvenes, la vivienda actúa con más fuerza como motor del ingreso en la residencia, mientras que para los más mayores, es la propia edad, la soledad o los problemas de salud o de autonomía funcional asociados a su edad más avanzada. La valoración de la calidad del entorno de la vivienda, del barrio o municipio, discrepa absolutamente con la circunstancia de que casi seis de cada diez residentes han tenido que desplazarse lejos para ingresar en la residencia; uno de cada tres incluso ha tenido que abandonar el municipio en el que residía habitualmente. La distancia física entre el centro residencial y el domicilio habitual, puede reforzar el desarraigo que acompaña en muchas ocasiones al ingreso en la residencia; se añade a la separación de los objetos y seres queridos entre los que ha discurrido su vida anterior de los mayores. La importancia de este factor queda de manifiesto porque, precisamente, la distancia geográfica es uno de los factores que inclinan la elección de la residencia concreta: la proximidad al domicilio ha inclinado la decisión de más de la quinta parte de los residentes (21,3%). Más de un tercio se reparten en un conjunto de respuestas que indican una muy escasa capacidad de decisión sobre el centro residencial: «me metieron» (10,5%), «me gestionaron otros el ingreso» (8,5%), «me la asignaron los servicios sociales» (7,4%), fue «la primera en aceptarme» (4,5%) o «la única que conocía» (3,4%). No obstante casi uno de cada cinco contesta que se inclinó por esa residencia en particular simplemente porque era la que más le gus-



taba (19,2%). (Tablas 9.9, 9.10, 9.11, 9.12 y 9.13; Gráficos 9.6 y 9.7).

9.1.2. Los agentes que intervienen en la decisión

En la decisión de ingresar en una residencia, en general, los mayores expresan una gran autonomía, aproximadamente las dos terceras partes de los residentes afirman haber tomado la decisión por sí mismos. El segundo agente que interviene en la decisión es la familia: de una u otra forma ha estado presente en la decisión de la cuarta parte de los mayores, su intervención es bastante más decisiva en el caso de las personas que están pasando una temporada en la residencia. Si los mayores han tomado por sí mismos la decisión de ingresar en la residencia puede derivar en una sensación de dominio de la propia vida, incluso aunque la alternativa no sea la que más les agrade, y puede facilitar la aceptación de la vida en la residencia; si la decisión ha sido adoptada por otros, el ingreso puede estar, sin embargo, marcado ya desde el origen por sentimientos negativos. Si el interno no ha intervenido en la decisión, puede iniciar su vida en la residencia con la percepción de que ya no tiene capacidad alguna para decidir sobre su propia vida, o con un sentimiento de despersonalización, que la vida en un establecimiento colectivo y estandarizado, agravaría después (Kaufman, Sánchez y Frías, 1997: 60)¹. Como parece lógico, los servicios sociales tienen una intervención bastante más reducida, su presencia ha mediado en el 6,1% de los ingresos, según la encuesta. Las mujeres y los más jóvenes expresan un grado de autonomía mayor en la decisión de ingresar. La presencia de los servicios sociales parece más decisiva en la elección concreta del centro residencial; en este caso, los servicios sociales u otros de carácter profesional han intervenido en uno de cada ocho ingresos. También la familia interviene más a este respecto, mucho más en el caso de las mujeres. Cuando se trata de los agentes que han proporcionado información sobre la residencia, la situación es más variada. La familia sigue siendo un agente primordial, pero la intervención de servicios profesionales, incluidos los asistentes sociales es mayor y también intervienen de una manera importante amigos y conocidos. Estos tres agentes han inter-

venido en las tres cuartas partes de los casos, además, uno de cada ocho no recibió ninguna información especial y, por fin, uno de cada diez tomó la iniciativa de visitar el centro. (Tablas 9.14, 9.15, 9.16 y 9.17; Gráficos 9.8 y 9.9).

9.2. LA VIDA EN LA RESIDENCIA

Una vez ingresados, interesa conocer si quiera aproximadamente cómo se desarrolla la vida en la residencia, la encuesta ha investigado, primero en términos generales, lo que los mayores consideran mejor y peor de vivir en una residencia y el tiempo que llevan viviendo en la misma. Después analiza la sociabilidad de los mayores, tal como se realiza dentro y fuera de la residencia, es decir, algún dato sobre la relación entre los residentes, las visitas que reciben y las ocasiones en las que salen de la residencia. En tercer lugar, se analizan las actividades que, a lo largo de la semana, estructuran el tiempo de los mayores y la medida en que la dirección de la residencia interviene en su organización, y los asuntos que más interesan a los mayores a través del interés que muestran por la información en un conjunto de áreas temáticas. Por fin se presentan algunos indicadores de posicionamiento de los residentes ante la vida en general, es decir, la frecuencia con la que experimentan determinados estados de ánimo, sus sentimientos generales ante la vida y las situaciones que en estos momentos más desean o más temen.

9.2.1. Consecuencias positivas y negativas de la vida en la residencia

En general, vivir en una residencia implica consecuencias positivas y negativas, aunque los mayores expresan con más claridad los efectos benéficos. El 12% de los residentes afirma que el ingreso en la residencia no le ha supuesto ninguna ventaja sobre su situación anterior, pero el 53,6% dice que tampoco le ha supuesto ninguna desventaja. Entre las consecuencias positivas, los mayores destacan que estar en la residencia les proporciona, sobre todo, comodidad (42,4%), tranquilidad (35,4%) y la compañía de otras personas (28,6%); entre las consecuencias negativas

¹ Kaufman, Sánchez y Frías, 1997; Barenys, 1990; Miranda, López i Casasnovas, 2000.



destacan sentimientos de añoranza y tristeza (15,9%), la falta de intimidad o problemas relacionados con la convivencia (13,3%) y la soledad (8,2%); existe un 5,1% que expresa de una forma radical las consecuencias negativas del ingreso, afirmando que no se acostumbra a la vida en la residencia. De manera que, a juicio de los mayores, el ingreso en la residencia produce consecuencias materiales e instrumentales fundamentalmente positivas (comodidad); en cuanto a las consecuencias sociales, el balance es más difícil de interpretar puesto que la vida en la residencia permite obtener compañía para muchas personas, pero para otros produce exactamente lo contrario, soledad, con el agravante de la pérdida de intimidad y de los problemas relacionados con la convivencia obligada con extraños; los números están bastante equilibrados, además, el 28,6% destaca la compañía de otros como principal ventaja de la vida en la residencia, y el 21,5% destaca la soledad o los problemas de convivencia como su principal defecto. (Tablas 9.18 y 9.19; Gráfico 9.10).

Una vez ingresados, la estancia en la residencia no parece muy larga: más de la mitad de los residentes permanentes lleva en la residencia menos de tres años, algo más de la cuarta parte más de cinco años. El incremento de la esperanza de vida en las décadas recientes debería haber producido, quizá, estancias más largas o en la expresión de Barenys (1990: 172), una «esperanza de vida en la residencia» también más larga, sin embargo, lo que sucede es que se han sumado dos fuerzas que actúan en sentido contrario: el incremento de la esperanza de vida de los mayores y la tendencia a ingresar en las residencias cada vez a edades más avanzadas, y todo parece indicar que ha ganado esta segunda. No obstante, entre algunos residentes se pueden encontrar estancias más largas, se trata lógicamente de los más veteranos y de las mujeres que tienen mayor esperanza de vida que los hombres y que, en la muestra, son mayores que ellos por término medio. De manera que puede ser verdad, tal como señalaba Barenys, que a algunos residentes les espera una estancia de diez o veinte años. (Tabla 9.20).

9.2.2. Relaciones personales

No es necesario argumentar demasiado para reconocer la importancia de las relaciones per-

sonales, en este caso, para los mayores que viven en residencias, sin embargo, en la encuesta hay una pregunta muy elemental que nos corrobora esta cuestión. Y es que las tres cuartas partes de los mayores que viven en la residencia de forma temporal prefieren pasar su tiempo libre en la compañía de otros; la edad no afecta a esta disposición a la sociabilidad, el género sí, los hombres, sobre todo los más jóvenes, parecen mostrar mayor disposición a pasar su tiempo libre en soledad. Dentro de la residencia, la mayoría estima también que las relaciones entre residentes son buenas o muy buenas; el diagnóstico parece compartido por los dos sexos y los dos grupos de edades, aunque, en general, los más jóvenes se muestran ligeramente más críticos, tan sólo el 2,4% juzga que el clima de relaciones dentro de la residencia es malo y un 15,4% que es regular. (Tablas 9.21 y 9.22).

Los intercambios entre la residencia y el exterior toman la forma de visitas que el residente recibe, pero los residentes también salen a menudo de la residencia. Se ha señalado la importancia de las salidas por varias razones: porque constituyen, en sí mismas, un signo de vitalidad; porque permiten al interno recuperar la identidad como ciudadano dueño de sus actos y porque las personas internas que salen suelen anticipar la salida, es decir, que además del tiempo que pasan fuera de la residencia, los mayores pasan otro tiempo adicional planificando lo que harán durante las salidas y las posibilidades de repetir las (Barenys, 1990: 165). Una parte de las salidas serán obligadas para ir al médico o realizar gestiones, pero también para realizar compras, acudir a centros de sociabilidad como bares y clubes de jubilados, visitar a familiares o acudir a servicios religiosos. Los resultados de la encuesta indican que la mitad de los residentes sale todas las semanas e, incluso el 33,7% lo hace todos o casi todos los días; una proporción similar (35,3%), sin embargo, no sale nunca, bien porque se lo impide una enfermedad (19%) o por otras razones (16,2%). La edad es determinante a este respecto, superar la barrera de los 85 años supone que, cuatro de cada diez residentes, ya no abandonan nunca la residencia, pero también lo es el sexo. Combinado género y edad obtenemos que si el 69,3% de los varones menores de 85 años sale todas las semanas y aun el 58,8% lo hace prácticamente a diario, entre las



mujeres de 85 años las proporciones ya se han reducido al 38,4% y al 20,5%, respectivamente; en el otro extremo, dos de cada diez hombres jóvenes no sale nunca de la residencia, pero entre las mujeres más mayores el porcentaje es del 44,3%. (Tabla 9.23; Gráfico 9.11).

Recibir visitas es síntoma de que se mantienen los vínculos con el exterior; que el residente no está aislado o no ha perdido el contacto con lo que ha sido su vida anterior. Por el mismo motivo las visitas pueden convertirse en un motivo de valoración social (Barenys, 1990: 160). La encuesta indica que más de la mitad de los residentes recibe al menos una visita semanal, pero un 15% no ha recibido ninguna en el últimos mes; los más mayores y las mujeres reciben visitas más a menudo y unas cinco personas de cada cien no han recibido visitas en el curso de los últimos seis meses. Las visitas las realizan fundamentalmente los familiares, aunque cerca de la quinta parte de los mayores son visitados por otras personas, especialmente amigos o amigas (16,6%); entre las mujeres y a medida que avanza la edad, sin embargo, las visitas de personas que no pertenecen a la familia reducen su presencia. Los contactos telefónicos con personas que viven fuera de la residencia son relativamente frecuentes, el 14,5% de los residentes permanentes mantiene una conversación telefónica con una de estas personas todos o casi todos los días, otro 26,9%, dos o tres veces a la semana; en el otro extremo, el 31,3% no recibió ni realizó una llamada en el curso de las últimas tres semanas; los que más usan el teléfono son los más jóvenes, quizá los más veteranos presenten deficiencias auditivas que dificulten el mantenimiento de la conversación de una forma satisfactoria; las mujeres jóvenes lo utilizan más que ningún otro grupo, a excepción de los residentes temporales. (Tablas 9.24, 9.25 y 9.26; Gráficos 9.12, 9.13 y 9.14).

En términos generales, los mayores que viven en residencias parecen tener redes de familiares y amigos restringidas y lejanas. Hay que tener en cuenta que, en muchos casos, la residencia en la que han ingresado está lejos de su domicilio y, por tanto, lo estarán también de sus familiares y amigos más próximos. Muchas veces además, la costumbre de edificar las residencias en lugares alejados de los núcleos de población, dificulta el mantenimiento de los lazos con el entorno habi-

tual en el que se ha desarrollado la vida de los mayores. Como resultado de la acción de estos factores, la encuesta refleja que los porcentajes de personas que tienen cerca a un hijo, hermano o cuñado o a un nieto no alcanzan ni siquiera el veinte por ciento, los que tienen cerca a un amigo son algunos más, el 24,4%. En el caso de los familiares más próximos, los hijos, casi la mitad de los residentes (44,7%) no los tiene, seguramente este es un factor importante en la adopción de la decisión de vivir en una residencia, así parece suceder, sobre todo, en el caso de los hombres más jóvenes. De manera que, en la mayoría de los casos no es que los hijos vivan lejos, sino que no están, que no los tienen; de todas formas, hay un 35,8% adicional que, aun teniendo hijos, los tiene a una distancia considerable. En el caso de los hermanos es diferente, la situación más abundante consiste en tener hermanos, pero tenerlos lejos. No obstante, la edad ejerce una poderosa influencia sobre la disposición de estos familiares, hay que tener en cuenta que, en general, tendrán la misma edad o parecida a la de los residentes, de forma que, al aumentar la edad, aumentará también el riesgo de haberlos perdido por defunción. Con respecto a los amigos, los que los tienen cerca son, fundamentalmente, los hombres más jóvenes; para los más mayores aumenta, sobre todo, el porcentaje de los que afirman no tener amigos, probablemente por consideraciones similares a las que hacíamos con respecto a los hermanos, en el sentido de que como son relaciones horizontales, intrageneracionales, los amigos van desapareciendo biológicamente a medida que aumenta la edad. No obstante, el género también ejerce una influencia poderosa, las mujeres tienen menos amigos que los hombres. Hemos combinado las distintas posibilidades con el fin de averiguar la proporción de residentes que carece de redes de apoyo, entendidas, como personas que no tienen cerca de ninguno de estos familiares (hijos o hijas, nieto/as, hermano/as o cuñado/as) ni a un amigo o amiga. Las conclusiones son bastante impactantes porque seis de cada diez mayores de los que viven en una residencia no tienen cerca a ningún familiar o amigo; si excluimos a éstos y nos quedamos sólo con las redes familiares, la proporción de personas que carece de ellas se eleva hasta el 72,9%, lo que arroja una proporción de personas aisladas socialmente, al menos en términos de distancia física, muy importantes. Por sexo y edades, las



mujeres y los varones de 85 o más años parecen más aislados que los hombres jóvenes, pero sólo si incluimos a los amigos. (Tablas 9.27, 9.28 9.29 y 9.30; Gráficos 9.15 y 9.16).

A pesar de este «aislamiento social» de las redes de relaciones más íntimas, la valoración de las relaciones familiares no puede ser más positiva: el 81,8% de todos los que viven en la residencia de forma permanente estima que sus relaciones son buenas o muy buenas y, aun, el 94,6% de los residentes temporales. Por sexo y edad, los hombres son más críticos que las mujeres, sobre todo los más veteranos, las mujeres juzgan sus relaciones de una manera más positiva, en este caso también más las más veteranas. Entre otras cosas, estas diferencias se explican porque las mujeres son las que reciben más visitas familiares. En general, ni hombres ni mujeres perciben que las relaciones que mantienen con sus familiares hayan cambiado de calidad tras el ingreso en la residencia, apenas la quinta parte dice haber notado algún cambio, casi siempre positivo, pero en cualquier caso, de poca envergadura. Las mujeres son las que notan más cambios, pero más o menos con las mismas características, pocos cambios y de signo positivo. Esta constatación contradice la idea comúnmente aceptada de que los vínculos familiares, en los que descansarían gran parte del equilibrio afectivo de los mayores, se transforman e incluso en ocasiones se rompen al ingresar en la residencia (Kaufmann, Frías y Sánchez, 1997: 59). No obstante, también sabemos que para los residentes es muy importante mostrar que las relaciones familiares son estrechas y buenas (Barenys, 1990: 161). (Tablas 9.31 y 9.32; Gráfico 9.17).

Con respecto a las relaciones personales, por último, la encuesta sometió al contraste de la opinión de los residentes algunas observaciones sobre la amistad. El diagnóstico que emiten los mayores también es bastante positivo, el 45,4% dice que tiene amigos de confianza, pero el 26,7% considera que no los tiene, que sólo son conocidos; un 35,3% más considera que su círculo de amistades se ha reducido en los últimos años, pero un 26,7% considera que se ha enriquecido, que tiene más amigos ahora que antes, y un 44,7% estima que es básicamente el de siempre, el círculo de amigos de toda la vida. Y es que los residentes también han tenido oca-

sión de establecer nuevas relaciones de amistad en la vejez, así lo estiman casi la mitad (48,5%), pero son más bien nuevas amistades, y no amigos del pasado con los que hayan recuperado el contacto (11%). Entre estas valoraciones destaca la afirmación de que la residencia puede ser también un lugar para expandir la sociabilidad, puesto que el 50,3% de los mayores estima que es fácil hacer nuevos amigos en ella, es la afirmación que ha suscitado el mayor apoyo por parte de los residentes. Y es que los compañeros en la residencia pueden ser una fuente de compañía y sociabilidad, proporcionando relaciones que pueden ir desde el compañerismo hasta la amistad y que pueden permitir reordenar la estructura afectiva de los mayores. El impulso de afiliación y la inclinación hacia los grupos de pares (de los iguales) se han considerado durante mucho tiempo patrimonio casi exclusivo de la adolescencia y de la primera juventud, sin embargo, nada impide que surja entre los mayores. La imposición de nuevas compañías que implica la vida en la residencia se puede convertir así en una oportunidad de redefinir y reforzar el espacio de relaciones sociales del interno (Kaufmann, Frías y Sánchez, 1997: 59). En la distinción por sexo y edad, llama la atención la situación de los hombres mayores de 85 años que son los que emiten un retrato más negativo de sus relaciones de amistad, no obstante, la información se basa para ellos en un número muy reducido de observaciones muestrales, lo que invita, como mínimo a tomarla con cierta precaución. Ellos son los que señalan preferentemente que no tienen amigos o que tienen menos que antes. Los hombres jóvenes y las mujeres resultan más dinámicos y más partidarios, sobre todo las mujeres, de establecer nuevas relaciones de amistad, en particular en la residencia. (Tablas 9.33; 9.34 y 9.35; Gráfico 9.18).

Por último, en este apartado de relaciones personales, la encuesta incluye tres preguntas: una que intenta pulsar la opinión de los mayores en residencias sobre la posibilidad de que se establezcan relaciones sentimentales entre mayores que no estén casados; las otras dos en relación con la preocupación de los residentes por su aspecto físico. Con respecto a las relaciones sentimentales entre personas de su edad, la cuarta parte de los residentes las aprueban de forma clara, pero bastantes más, cerca del cuarenta por



ciento, las desapruera. Los hombres y las personas más jóvenes se muestran más partidarios que las mujeres y los más veteranos. Los dos grupos extremos, es decir, hombres jóvenes y mujeres veteranas, muestran unas actitudes bastante diferentes: entre los varones menores de 85 años, el 39,5% aprueba las relaciones y un 14,2% las desapruera; entre las mujeres de 85 o más años las proporciones son del 14,2% y del 24,7%, respectivamente. La preocupación por el aspecto físico se evalúa a través de dos preguntas, una escala de grado de preocupación y una pregunta directa sobre la medida en que a los residentes les gusta o no arreglarse sin que exista un motivo especial. A esta segunda pregunta, el 73% de los mayores han respondido afirmativamente, menos los hombres, sobre todo los más jóvenes. Los resultados de la escala de preocupación por el aspecto físico indican un interés generalizado entre los residentes por estas cuestiones: entre los hombres, más de la mitad dice estar muy o bastante preocupado, las preocupación no obstante en bastante mayor entre las mujeres, sobre todo, las más jóvenes y bastante menor entre los residentes temporales. (Tablas 9.36 y 9.37; Gráficos 9.19 y 9.20).

9.2.3. Actividades e intereses

Entre las actividades más frecuentes de los mayores, las primeras son la audiencia de medios de comunicación, sobre todo la televisión, y la lectura; son actividades que no requieren actividad física y que se pueden realizar dentro de la residencia, incluso en privado, sin necesidad de compartirlas con otras personas. Es difícil, a través de una encuesta, evaluar las consecuencias de la audiencia de medios entre los residentes, no obstante, no siempre será una mera forma pasiva de llenar el tiempo. Por ejemplo, si la audiencia se realiza en lugares colectivos, puede convertirse en todo un acto social si el mayor comparte con otros comentarios o conversaciones en relación con lo que ve u oye o a propósito de cualquier otra cuestión; incluso si se realiza en la propia habitación en compañía de otros podría tener este carácter. También es cierto que el visionado o la escucha de los medios en lugares colectivos puede impedir el control de estas actividades, por ejemplo, por las dificultades que implica para escoger un determinado programa o, incluso, regular el volumen del receptor de una manera

aceptable para todos (Barenys, 1990: 169). Después de la audiencia de medios y la lectura, aparece ya una actividad eminentemente física, practicar algún deporte o gimnasia, otra que requiere salir de la residencia, como es ir al parque o a pasear, y una tercera que implica la solidaridad con otros residentes. El género no altera sustancialmente estas prioridades, aunque los hombres suelen practicar más las actividades que se realizan en el exterior o las que requieren actividad física, excepto la gimnasia, en la que las mujeres residentes participan tanto como los hombres; las mujeres ayudan más a otros residentes, van más a la iglesia y realizan más trabajos manuales. A este respecto, Barenys destacaba en su análisis de centros residenciales realizado durante la década de los ochenta del siglo pasado, que la realización de labores era aprovechada al final por todos, por hombres y por mujeres, para ellas porque era una de sus formas preferidas para pasar el tiempo, para los hombres no porque les gustase hacer labores (la encuesta indica que no las hacen), sino porque gustaban de permanecer junto a las mujeres en las salas de costura o similares (1990: 167). La edad reduce la frecuencia de casi todas las actividades, salvo, entre otras, la audiencia de radio, que parece sustituir a la televisión entre algunos de los residentes más veteranos. (Tablas 9.38, 9.39 y 9.40; Gráfico 9.21).

Para algunas actividades, una semana no es un horizonte temporal muy apropiado; en la encuesta se preguntó también a las personas que no habían realizado en ese tiempo algunas de las actividades, si las habían hecho en el curso del último año. De esta forma, algunas actividades más minoritarias o menos frecuentes, cobran mayor importancia. Por ejemplo, casi tres de cada diez residentes salió en algún momento de la residencia para visitar a algún familiar, el 18,7% participó en una excursión y un 16,4% acudió a algún espectáculo fuera de la residencia. Uno de cada nueve fue a bailar y más o menos la misma proporción asistió a clases o a alguna charla y, además, unos cuatro de cada cien impartieron algún tipo de enseñanza a otras personas. Entre estas actividades se encuentran algunas de las más valoradas por los internos, fundamentalmente porque son actividades extraordinarias, que rompen la rutina de la vida en el centro y, además, porque suelen implicar pasar bastante tiempo fuera de la residencia. Barenys (1990: 171)



constata, por ejemplo, el interés que despertaban las excursiones entre los internos de las residencias en las que realizó su trabajo de campo. Los mayores las preparaban con mucha ilusión y con mucho tiempo de antelación y, en los días posteriores, eran objeto de conversaciones y comentarios animados. (Tabla 9.41, Gráfico 9.22).

Algunas de estas actividades dependen de la capacidad de la residencia para organizarlas y darlas a conocer a sus internos. Entre las actividades que organizan las residencias, las más frecuentes son los oficios religiosos y la gimnasia, los juegos educativos y los talleres de manualidades; también son comunes las excursiones, las charlas y tertulias; en las residencias de más de la mitad de los mayores se organizan estas actividades. Algo menos común es el baile, las salidas a espectáculos y el teatro. Las actividades que los mayores no realizan y quisieran son, fundamentalmente, actividades que requieren salir de la residencia, como asistir a espectáculos o ir de excursión, en tercer y cuarto lugar, las mujeres demandan poder coser o realizar labores y bailar, y los hombres, encontrarse con amigos o ir de visita al domicilio de algún familiar. (Tabla 9.42; Gráfico 9.23).

Las áreas de interés de los residentes no tienen una traducción inmediata en las actividades que desarrollan, tal como se han descrito en las páginas anteriores. El primer área de interés entre los residentes, igual que entre los mayores que viven en hogares familiares, es la salud: las dos terceras partes de los residentes están muy o bastante interesados en estas cuestiones. A continuación aparecen dos áreas que despiertan el interés aproximadamente de la mitad de los mayores, se trata de la naturaleza y de cuestiones culturales. Las dos son áreas socialmente poco problemáticas, correctas, cualquiera podría declarar en una encuesta que se interesa por estas cuestiones; en el caso de los mayores, sin embargo, el interés por la naturaleza puede estar relacionado con el origen rural de la mayor parte de las personas de estas generaciones, y la cultura, con sus deseos de aprender para compensar sus bajos niveles de educación formal. A continuación, más o menos la tercera parte se interesan por la mayoría de las áreas (sociedad, ciencia, cocina, belleza, deportes y sucesos); las que suscitan menos interés son la política y los temas

económicos y laborales. No obstante, el orden de prioridades resulta muy marcado por el género, aunque las dos primeras áreas, salud y naturaleza, siguen manteniendo sus posiciones, los hombres están más interesados que las mujeres por el deporte (que ocupa el tercer lugar), la política y la economía y, mucho menos por los sucesos y los temas considerados «femeninos» (sociedad, belleza y cocina). Entre las mujeres, por el contrario, estas áreas interesan más que otras como la ciencia; entre las que despiertan menos el interés de las mujeres se encuentra, como era previsible, el área masculina por excelencia, es decir el deporte; sin embargo incluso el deporte suscita, entre las mujeres, mayor interés que la política y mucho más que la economía. La distribución por edades refleja el predominio de los intereses de las mujeres en el grupo de edad más avanzada, porque en este grupo hay considerablemente más mujeres que hombres. Además, con la edad se reducen los porcentajes de personas interesadas pero sólo en algunas áreas, por ejemplo, salud, deportes y naturaleza, en el resto el interés no decae de forma significativa a partir de los 85 años. (Tablas 9.43, 9.44 y 9.45; Gráfico 9.24).

9.2.4. Sentimientos generales ante la vida

El posicionamiento general ante la vida se ha investigado en la encuesta preguntando a los residentes con qué frecuencia experimentan un conjunto de estados de ánimo, cuáles son las situaciones que temen más en estos momentos o en cuales se concretan sus deseos y, por fin, cómo evalúan su vida en general, a través de una escala de grado de satisfacción. En los estados de ánimo, decididamente dominan los estados positivos sobre los negativos, en general en ambos sexos y en los dos grupos de edades. Más del ochenta por ciento de los residentes experimenta normalmente felicidad o alegría, el setenta por ciento se sienten ilusionados o con ganas de hacer cosas y más del sesenta por ciento se han sentido útiles. La frecuencia con la que se presentan sentimientos negativos es más baja, pero no desdeñable: aproximadamente la mitad experimentan tristeza y, cuatro de cada diez, se sienten deprimidos, intranquilos, solos o aburridos. En general, los hombres experimentan más los sentimientos positivos que las mujeres, sobre todo el de sentirse útil. La expresión de los



sentimientos negativos parece adoptar formas diferentes para cada uno de los sexos, en correspondencia con el contenido de los roles tradicionales de género. En los hombres los estados negativos se concretan más bien en la experiencia de soledad y aburrimiento; este segundo sentimiento, en particular, estaría relacionado con la mayor orientación a la acción de los varones. Las mujeres, por el contrario, experimentan con mayor frecuencia depresión, tristeza e intranquilidad. La edad parece reducir la frecuencia de los estados de ánimo bajos, aunque los jóvenes se sienten útiles más a menudo; todos los demás sentimientos positivos se producen con más frecuencia en los residentes que han superado los 85 años. Entre los sentimientos negativos, la soledad se presenta con una frecuencia relativamente elevada, se presenta de forma habitual a unas cuatro de cada diez mujeres, pero casi a las tres cuartas partes (74%) de los hombres. Sin embargo, los resultados de la encuesta indican que se trata, básicamente, de una soledad de ocasiones especiales (37,4%) o que se presenta en caso de enfermedad (11,8%); no obstante, el 15% se siente solo durante todo el día o en todo momento, lo que equivale a que la soledad es para ellos un estado permanente, en otros se concentra en horas o momentos determinados, fundamentalmente por la noche (16,8%) y, en menor medida, por la tarde o durante los fines de semana. (Tablas 9.46, 9.47 y 9.48; Gráficos 9.25 y 9.26 y 9.27).

La encuesta se ha aproximado a las expectativas de los residentes preguntándoles directamente por sus principales deseos y temores. En primer término, tres de cada diez mayores (29,3%) manifiestan no tener ninguno en especial, que no sea seguir como hasta ahora. Es un deseo que implica pocos cambios, parece una forma muy conservadora de estar ante la vida, sin embargo, lo que de verdad revela es que entre los residentes existe una expectativa cierta de empeorar. Entre los que sí manifiestan deseos más concretos, la mayoría se orientan a la familia y los viajes. Casi la cuarta parte desearían tener a sus familiares cerca (22,7%), el 17,2% desearía emprender un viaje (12% en primera respuesta); con menor intensidad, los mayores manifiestan deseos de conocer a otras personas (9%), o participar en actividades que beneficien a la sociedad (5,1%); es muy digno de reseñar el que los pro-

blemas económicos sólo aparezcan referidos por el 4% de los residentes (1,9% en primera opción). Entre los temores destacan los que tienen que ver con la salud y con las capacidades funcionales. La salud, bajo la forma genérica de temor a la enfermedad, o las más concretas de perder la memoria o experimentar dolor, constituye el temor fundamental de la tercera parte de los residentes; una proporción ligeramente superior los cita en segunda respuesta. La pérdida de la autonomía (no poder valerse por sí mismos o depender de otros), preocupa a más de la mitad de los internos (el 29,3% como primer temor). Un tercer grupo de expectativas negativas está en el horizonte de la cuarta parte de los residentes, y tiene que ver con la muerte, pero no con la propia, sino con la de seres queridos o de la pareja. La muerte propia y la soledad ocupan, sin embargo, los últimos lugares entre las preocupaciones de los residentes. (Gráficos 9.28 y 9.29).

El que existan temores en el horizonte vital de los mayores que viven en residencias no impide, desde luego, que muestren un elevado grado de satisfacción por la manera en que transcurren sus vidas. En esta apreciación se comportan como los que viven en hogares familiares. En cualquier caso, el diagnóstico parece muy rotundo, ya que siete de cada diez internos se muestran muy o bastante satisfechos con su situación general. El género y la edad actúan sobre esta variable de forma extraña y es que, para los hombres, la edad parece reducir la satisfacción vital, pero la información relativa a las mujeres refleja exactamente lo contrario; de todas formas, las diferencias entre unas y otros son bastante pequeñas. Los residentes temporales son los que expresan menor satisfacción vital, no obstante, la información que nos ha proporcionado la ECVMR está basada en un número de observaciones muestrales extremadamente reducido, lo que invita a contemplar este dato con cautela. (Tabla 9.49; Gráfico 9.30).

9.3. CARACTERÍSTICAS Y EVALUACION DE LAS RESIDENCIAS

Por último se presentan un conjunto de indicadores relacionados con las residencias en las que viven los mayores, en primer lugar se ha pe-



dido a los residentes que evalúen las dotaciones de las que disponen y los servicios que ofrecen, empezando por el ámbito más reducido de la habitación que ocupan y siguiendo por otro conjunto más general. En algunos casos, la información busca datos objetivos; en otros, se complementa también con la valoración subjetiva que realizan los entrevistados. Pero, además, se les ha pedido una evaluación general sobre las residencias, al entender que los ingresados pueden ofrecer un juicio privilegiado en este sentido, por cuanto son de verdad quienes las conocen y quienes mejor pueden apreciar la medida en que se adaptan o no a sus necesidades. A este respecto se han obtenido de la encuesta, por ejemplo, un conjunto de indicadores de «adhesión» a la residencia y se les ha preguntado qué otras alternativas a la institucionalización habría preferido y cuáles estaban realmente a su alcance. El capítulo se cierra con la opinión de los residentes sobre el papel de las residencias en el marco de la atención global a los mayores.

9.3.1. Dotaciones

El primer aspecto que nos ha interesado en el análisis de las dotaciones de los centros residenciales es la habitación, por entender que es el lugar de referencia básico de los mayores que viven en las residencias; el verdadero sustituto de la vivienda. Según la ECVMR, casi las dos terceras partes de los residentes viven en habitaciones compartidas, más las mujeres que los hombres; entre los hombres esta situación es más común entre los más jóvenes, que son los que tienen más posibilidades de compartir la vivienda con su pareja; entre las mujeres sucede lo contrario, es la edad la que incrementa la posibilidad de compartir habitación. Las habitaciones compartidas son, sobre todo, dobles, pero casi un tercio corresponde a viviendas compartidas con dos o más personas. Todo parece indicar que cuando los hombres comparten habitación lo hacen básicamente con sus mujeres, mientras que entre éstas, cuando se comparte la habitación se hace sobre todo con extraños. Sin salir de este recinto, las dotaciones más críticas, es decir, el cuarto de baño y el interfono o un dispositivo similar que permita comunicarse de forma rápida con el personal de la residencia, falta en la habitación de uno de cada cinco residentes. La mayoría de los residentes, sin embargo, dispo-

nen en su habitación de una pequeña zona de estar o, al menos un sillón, esta instalación tan básica puede ser de una importancia fundamental para poder recibir visitas en la habitación, del exterior o de otros residentes, y para hacer de este espacio algo más que un sitio para dormir. La cuarta parte de los residentes no dispone de esa «zona de estar» en su habitación. La mitad de los residentes cuentan con un aparato de televisión en el dormitorio, la quinta parte de un teléfono fijo, y el 16,1% tiene una nevera. La televisión es importante porque ocupa una parte sustancial del tiempo de los mayores, tenerla en su dormitorio puede suponer un cierto riesgo de aislamiento para los residentes, pero a cambio permite que también ellos realicen un consumo televisivo personal e individualizado, como el que realizan ya la inmensa mayoría de los miembros de nuestra sociedad. Además de este electrodoméstico, la nevera es un equipamiento importante para los mayores, porque les permite conservar en su propia habitación algunos alimentos que hayan comprado personalmente o que se les hayan facilitado en la propia residencia o en el exterior y, con ello, permitan eludir en parte la rigidez de los horarios de las comidas. Por último, aproximadamente uno de cada cinco mayores tiene teléfono en su habitación, lo que les permite, sin duda, un contacto más fluido con el exterior. Hemos preguntado también a los residentes si tenían un teléfono móvil a su disposición, los resultados obtenidos indican que el teléfono móvil empieza a afirmar su presencia también entre los mayores institucionalizados. Seguramente esta es una de las dotaciones personales más importantes que puede tener una persona que vive en un alojamiento colectivo, por la autonomía que proporciona en el establecimiento y el mantenimiento de las relaciones personales dentro o fuera de la residencia. El teléfono móvil está más extendido entre las mujeres menores de 85 años y entre los varones y mucho menos entre los residentes temporales. En los demás equipamientos no hay diferencias destacables en las dotaciones según el sexo de los residentes. Existen diferencias sólo ligeras en función de la edad, pero son de signo positivo, es decir, que afortunadamente, algunos equipamientos como el baño o el interfono están más presentes en las habitaciones de los más mayores. (Tablas 9.50 y 9.51; Gráficos 9.31 y 9.32).



Uno de los inconvenientes de la vida en un alojamiento colectivo es la necesidad de someterse a las normas que lo rigen; la imagen estereotipada de la residencia de mayores responde a un lugar donde la convivencia está rígidamente regulada, por normas escritas o como fruto de la costumbre, con horarios rígidos e inamovibles. El propósito de la reglamentación sería facilitar la organización del trabajo del personal del centro y el mantenimiento de la disciplina. Los resultados de la encuesta indican que, en general, en las residencias existe bastante libertad en la disposición de las habitaciones, en la circulación por las instalaciones de la residencia y en las visitas. Las normas permiten a los ingresados ir a su habitación cuando quieran, moverse libremente por la residencia y usar el teléfono. La libertad se concreta también de una manera importante en las visitas que pueden recibir cuando quieran y también en su propia habitación. Las dos terceras partes se sienten capacitados para presentar quejas o reclamaciones; más de la mitad pueden decorar su habitación con enseres propios y disponer de algunos alimentos en la habitación. La libertad es menor con respecto a los horarios, el 46,9% puede elegir el horario para el aseo, pero sólo el 14,4% para las comidas principales del día, otro 40,3% puede elegir comer solo o con las compañías que desee. Las normas son bastante más estrictas en asuntos que afectan directamente a la atención de los mayores: consultar el expediente personal o participar en la elaboración de su plan de cuidados. También es bastante difícil participar en las decisiones que se adoptan en la residencia y, en particular, sobre la posibilidad de tener un animal de compañía. Los varones expresan mayor capacidad para presentar quejas o reclamaciones, a cambio las mujeres expresan mayor libertad para decorar sus habitaciones. Los hombres también se sienten más libres para ver su expediente personal, aunque no para elaborar su plan de cuidados, y para participar en las decisiones de la residencia. (Tabla 9.52).

La evaluación de los atributos de la residencia es en general muy positiva, sobre todo en lo que se refiere a los aspectos físicos (localización y facilidad para desplazarse); la asistencia del personal y los servicios de la residencia, aunque también son objeto de un juicio más positivo, tienen una proporción de detractores algo

mayor (aproximadamente una de cada diez personas); les siguen las normas de la residencia y la relación con los administradores. Lo que suscita menos acuerdo es lo que se refiere a la forma de pago y al importe de las cuotas de la residencia. El sexo y la edad no cambia demasiado la evaluación de estos atributos, aunque los hombres están menos satisfechos en lo que se refiere a los aspectos más formales de la vida en la residencia: la relación con los administradores y las normas. En el juicio sobre otras instalaciones y servicios se repite, con algunas excepciones, la pauta de valorar muy positivamente las instalaciones físicas (el comedor, la habitación, el cuarto de baño, las salas comunes de estar o de televisión), excepto los jardines y las escaleras, que valoran bien o muy bien menos de las dos terceras partes de los residentes. Los servicios médicos y sanitarios también obtienen muy buena calificación. Otros servicios tienen una valoración menos positiva: la comida, los de trabajo social, la peluquería, los talleres, la cafetería y la biblioteca. Esta elevada consideración de las características concretas de la residencia es la que explica que los mayores señalen pocas carencias en los centros; cuando se les pregunta por las cosas que echan en falta, un 5% echa de menos la cafetería, y proporciones inferiores biblioteca, jardines, peluquería, talleres y más servicios médicos y sanitarios. La accesibilidad de las distintas instalaciones de la residencia parece ser muy buena, el 92,6% de los residentes afirma que puede acceder a todas las instalaciones del centro, las personas más jóvenes, que son las que tienen menores probabilidades de sufrir dificultades físicas, son sin embargo las que se muestran más críticas a este respecto. Quizá sólo sean más exigentes. (Tablas 9.53, 9.54 y 9.55; Gráficos 9.33 y 9.34).

9.3.2. Valoración general de las residencias

El grado de *adhesión* a las residencias parece bastante elevado, ocho de cada diez internos volverían a elegir vivir en una residencia o lo recomendarían a un amigo y nueve de cada diez manifiestan que seguirán viviendo en la residencia en los próximos años. En general la adhesión es más alta entre las mujeres y entre los hombres más jóvenes. Entre todos ellos, su opinión sobre las residencias ha variado después de vivir



en una de ellas, sobre todo, a juicio de las mujeres más jóvenes; los hombres menores de 85 años, por el contrario, se muestran otra vez más críticos. Ante este elevado grado de adhesión a las residencias no resulta extraño que la valoración global resulte muy positiva, nueve de cada diez residentes se muestran muy o bastante satisfechos. Las mujeres y los más veteranos tienen una impresión general de la residencia más entusiasta que la de los hombres y las personas más jóvenes de los dos sexos. (Tablas 9.56, 9.57, 9.58 y 9.59; Gráficos 9.35 y 9.36).

La adhesión a las residencias también se manifiesta sólidamente cuando se pregunta a los mayores por lo que habrían deseado hacer en lugar de ingresar en el centro. En primer lugar, destaca que más de la mitad (56,8%) expresan que prefieren vivir en la residencia; algo más de la tercera parte de los mayores (35,8%) habría optado por una situación alternativa. Esas alternativas consisten fundamentalmente en permanecer en su casa, pero sin ayuda (20,2%), en menor medida, con un empleado de hogar (5,8%) y, muy marginalmente, con la ayuda de los servicios sociales (1,9%). Otro 7,9% habría optado por abandonar su vivienda e ir a vivir con otros familiares. Las mujeres optan más por quedarse en su casa, especialmente las menores de 85 años; los hombres por ir a vivir con sus familias. Cuando se pregunta a los mayores, con independencia de sus deseos, cuáles de esas alternativas estarían realmente a su alcance, la situación varía considerablemente: si el 35,8% habría deseado una situación distinta a la institucionalización, lo cierto es que sólo el 20,1% podría efectivamente cambiarla. Además, los mayores expresan un desconcierto importante con respecto a la cuestión, y es que el 18,3% se refugia en la opción «No sabe/No contesta», lo que puede ser reflejo de que su problema no admitía una solución fácil o de que la decisión no depende de ellos. La discrepancia mayor se produce alrededor de la opción de permanecer en casa sin ayu-

da, sólo el 5,6% de los residentes podría hacerlo, de manera que un 14,7% de ellos desearía hacerlo, pero no puede. La alternativa de ir a vivir con la familia registra menos discrepancias entre el deseo y la disponibilidad real de esa posibilidad. Este resultado podría indicar que, aunque una buena parte de los residentes, especialmente los varones, desearían vivir con ellos, al final decidieron no hacerlo, conocedores de las dificultades prácticas que puede ocasionar esta forma de convivencia. (Tablas 9.60, 9.61 y 9.62; Gráfico 9.37).

9.3.3. La residencia en el marco de la atención a los mayores

Precisamente, con respecto al papel de las familias la encuesta ha realizado también dos preguntas, en la primera se requiere a los residentes que valoren cómo los hijos de las generaciones actuales atienden a sus padres mayores, en comparación con lo que hicieron generaciones anteriores. El diagnóstico es bastante claro, los residentes consideran que el trato es peor ahora, así lo afirman con rotundidad el 43,6% de todos los entrevistados, frente al 7,9% que afirma lo contrario; todos los demás se refugian en posiciones intermedias como que es igual que antes (18%), que no se puede comparar porque las circunstancias han cambiado (16,4%) o, sencillamente no contestan (14,1%). En correspondencia, los residentes estiman que la atención de los mayores ha dejado de ser competencia exclusiva de las familias, tan sólo el 9,2% lo afirma; ni siquiera estiman que las familias deban asumir el papel principal, antes al contrario, los residentes juzgan que la atención de los mayores es responsabilidad principal (36,9%) o incluso exclusiva (22,7%) de la Administración pública. El sexo y la edad, en este caso, actúan de forma contrapuesta, los hombres jóvenes y las mujeres más mayores son las que reclaman mayor protagonismo de las familias. (Tablas 9.63 y 9.64; Gráficos 9.38 y 9.39).