



**REPRESENTACIONES Y SIGNIFICADOS
ACERCA DE LA VEJEZ
INSTITUCIONALIZADA**

TFC HUMANIDADES UOC
MUNDO ACTUAL
M^a ÁNGELES MARTÍN MARAVER
CURSO 20011-2012

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
1º.- OBJETIVOS	6
2º.- MARCO TEÓRICO	7
A.- EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN	7
B.- CONCEPTOS DE VEJEZ	10
C.- VEJEZ E IDENTIDAD	11
D.- VEJEZ E INSTITUCIONES GERIÁTRICAS	12
D.1.- Teorías centradas en las ganancias	12
D.2.- Teorías centradas en las pérdidas	14
E.- MITOS, ESTEREOTIPOS Y VEJEZ INSTITUCIONALIZADA	16
3º.- MODELO DE ANÁLISIS	19
4º.- METODOLOGÍA	23
A.- LÍNEAS GENERALES	23
B.- RECOGIDA DE DATOS	24
5º.- ANÁLISIS DE DATOS	26
A.- UMBRAL DE LA VEJEZ	26
B.- INSTITUCIONES GERIÁTRICAS	28
C.- IMAGEN SOCIAL: GANANCIAS Y PÉRDIDAS	31
C.1.- Ganancias	31
C.2.- Pérdidas	34
D.- IDENTIDAD PERSONAL Y SOCIAL	36
D.1.- Identidad Personal	37
D.2.- Identidad Social	39
D.- ESTEREOTIPOS, ESTIGMAS Y TABÚES SOBRE LA VEJEZ	41
6º.- CONCLUSIONES	44
7º.- CONVENCIONES	47
7º.- BIBLIOGRAFIA	48
8º.- ANEXOS	54
ANEXO I: Datos sociométricos de los participantes en las encuestas y entrevistas	55
ANEXO II: Guión de entrevistas	58
ANEXO III: Encuestas	61

INTRODUCCIÓN

*“Todos los seres humanos desean tener una vida larga,
pero nadie quiere ser viejo”*

Jonathan Swift¹

La visión de la vejez ha evolucionado a lo largo de la historia en función de factores tan diversos como los demográficos, la economía, la escritura, la religión, la filosofía, el arte... En los pueblos ágrafos el anciano ha sido respetado por ser la fuente de la transmisión cultural. En numerosas culturas la religión, la justicia, los ceremoniales han sido sus ámbitos privilegiados de actuación. Incluso las deidades han sido representadas como personas mayores, simbolizando con ello su sabiduría y honorabilidad. También se ha relacionado al mundo de los ancianos con la magia y la brujería, y la asociación entre envejecimiento y muerte puebla numerosos cuentos y leyendas.

En el transcurso del tiempo el interés por la vejez ha estado muy centrado en el deseo de prolongar la juventud y luchar contra la enfermedad. Inmortalidad y longevidad sustentan al mito griego de la fuente de la juventud, protagonizado por la ninfa Juventus, transformada en un arroyo claro cuyas aguas devolvían la juventud y la salud a quienes en ellas se bañaban². Del Antiguo Egipto conservamos el papiro *Smith* (3.000-2.500 A. de C.) donde se prescriben tratamientos médicos contra los efectos de la vejez³. Y en China, para asegurar una larga vida, se regalaban a los ancianos los “vestidos de la longevidad”, elaborados por jóvenes muchachas que bordaban en ellos la palabra “longevidad”.⁴

Aunque cada sociedad tiene un modelo de vejez acorde con sus valores, este concepto ha oscilado básicamente entre dos posturas contrapuestas: la que asocia la vejez a la experiencia y el conocimiento y otra que la interpreta negativamente como una época de deterioro y antesala de la muerte. Esta ambivalencia aparece en el Antiguo Testamento, concretamente en el Libro de los Reyes se califica de dichosa a la vejez y en el Libro de la Sabiduría ya no es mérito ser anciano. A su vez, en la Edad Media, San Agustín dignifica la imagen de la ancianidad, porque se libera de las ataduras mundanas, mientras que Santo Tomás

¹ Swift Jonathan: *Ideas para sobrevivir a la conjura de los necios*. Barcelona: Península. 2000, p. 42.

² Inmaculada de la Serna de Pedro: *La vejez desconocida: Una mirada desde la biología a la cultura*. Díaz de Santos. 2003; página 29

³ *Ibidem*; página 29

⁴ *Ibidem*, página 30.

de Aquino reincide en el estereotipo de vejez como periodo de decadencia y decrepitud moral y física⁵. Aunque el hedonismo renacentista desprecia a la vejez, Tomás Moro (1478-1535) en *La Utopía* destaca el papel moderador de los ancianos frente al ardor de los jóvenes. *El Rey Lear* de William Shakespeare (1564-1616) resume la angustia y ambigüedad de la vejez y profundiza en el conflicto generacional. Las obras de Dickens (1812-1870) y Víctor Hugo (1802-1885) resaltan la ternura hacia el anciano o exaltan a la vejez respectivamente, mientras que Oscar Wilde (1854-1900) considerará que “El drama de la vejez no consiste en ser viejo, sino en haber sido joven”.⁶ Sin embargo, ninguna de las dos imágenes, exaltada y degradada, corresponde a la del anciano real.

Teniendo como precedentes estas concepciones, el interés científico por la vejez se inicia a finales del siglo XIX con el surgimiento de la Geriatria médica centrada en los aspectos del declive biológico. Posteriormente la Gerontología, nueva disciplina dentro de las ciencias del comportamiento, va a sumarle causas sociales, psicológicas y psiquiátricas a los aspectos puramente médicos del estudio de la vejez. Tras la Segunda Guerra Mundial se intensifican las investigaciones sobre el envejecimiento debido a que, por primera vez en la historia, un gran número de la población alcanza una edad avanzada. La proliferación de esos trabajos derivará en los años sesenta en el nacimiento de la Psicogerontología. Esta nueva disciplina desarrollará estudios interdisciplinarios siguiendo un modelo integral bio-psico-social acorde con la definición de la salud humana que, en 1946, la Organización Mundial de la Salud definió como “un estado de bienestar físico, mental y social y no simplemente como ausencia de enfermedad”.⁷

Las principales temáticas abordadas por los estudios científicos han estado relacionadas con aspectos sociodemográficos del envejecimiento; envejecimiento y salud mental; políticas sociales sobre vejez y envejecimiento; deterioro y dependencia; calidad en la vida de los ancianos... En los estudios señalados, tradicionalmente se han utilizado métodos cuantitativos con el objeto de buscar la verdad a partir de la mayoría. Y, en su afán de hacer extensivos los resultados a la globalidad del colectivo, la ciencia ha encontrado dos importantes dificultades a la hora de abordar su estudio sobre la vejez: una, los numerosos cambios que se producen en esta edad y otra la diversidad de “vejezes”, que sobrepasan las expectativas de las investigaciones

⁵ Carbajo Vélez, M^a del Carmen: “La historia de la vejez”. *Ensayos*, 2008 (18); página 242.

⁶ Inmaculada de la Serna de Pedro: *La vejez desconocida: Una mirada desde la biología a la cultura*. Díaz de Santos. 2003; página 49.

⁷ Carbajo Vélez, M^a del Carmen: “La historia de la vejez”. *Ensayos*, 2008 (18), página 251.

realizadas. Las verdades científicas que se ofrecen de la vejez son todavía incompletas y podemos afirmar que en la mayoría de las disciplinas están en un proceso de “descubrimiento”.⁸

Además, esos estudios generalmente han obviado un aspecto fundamental: las representaciones y significados de la vejez. Antes de la sociedad industrial “la vejez, al igual que la niñez y la adolescencia, no estaban presentes ni definían el imaginario social”.⁹ Hasta ese momento el conocimiento de la vejez se circunscribía al sentido común y la intuición. El acercamiento a este tema por parte de la ciencia es reciente y sus pretensiones de ofrecer un modelo homogéneo e idealizado contrastan con la diversidad de convenciones sobre el mundo de la vejez. Esos conocimientos socioculturales suelen ser considerados de segunda mano; sin embargo, continúan influyendo y perpetuándose en la concepción de lo que es la vejez. De ahí la importancia de indagar las representaciones sociales que familiarmente orientan los pensamientos acerca de este colectivo. Sin duda, en este contexto, es importante conocer los avances científicos, pero no es menos relevante realizar un acercamiento a la vejez como un fenómeno del pensamiento social.

Desde esta perspectiva, entender la vejez supone comprender a una sociedad que ha concebido el aumento de las expectativas de vida como una amenaza a la salud o a la economía. Entender a la vejez supone adentrarse en un pensamiento racional que define la identidad en función de la productividad y los valores asociados a la juventud. Entender la vejez supone revelar los conocimientos irracionales e irreales que aún la definen y sustentan, y normalmente la minimizan y discriminan. Estos argumentos justifican no sólo los motivos de este trabajo de investigación, sino también la importancia y actualidad del tema objeto de estudio: Entender la vejez desde la visión de sus protagonistas, conjugando vejez e instituciones geriátricas como uno de los factores que condicionan su significación sociocultural. Esa realidad nos acercará a una sociedad que percibe a la vejez como un problema y donde las residencias geriátricas se plantean como una solución *in extremis* no sólo para los mayores, sino también para sus familias.

⁸ García González, Francisco: *Vejez, envejecimiento y sociedad en España, siglos XVI-XXI*. Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha. Cuenca, 2005. Página 16.

⁹ Ramos Esquivel, Júpiter: “Los problemas del conocimiento alrededor del estudio de la vejez”. *Revista de Educación y Desarrollo*. 10. Abril-junio de 2009. Página 77.

1º.- OBJETIVOS

Este trabajo de investigación se enmarca en los estudios dedicados al conocimiento del significado que se le atribuye a la vejez en nuestra sociedad. El ámbito de interés se centra en la vida de las personas mayores dentro y fuera de las instituciones geriátricas con el objeto de comprender en qué medida estos factores pueden llegar a condicionar el imaginario acerca de la vejez. Más específicamente la idea central, que orienta la investigación y delimita claramente el tema de trabajo, se sintetiza en la siguiente pregunta clave: ¿Cómo incide la institucionalización de los ancianos y las ancianas en la concepción y autopercepción de la vejez?

Partiendo de esta cuestión inicial, el objetivo general que determina la finalidad y propósito de este trabajo se enuncia como sigue:

- Estudiar si la institucionalización es o no un factor que condiciona la concepción y la autopercepción de la vejez.

Este objetivo general se desglosa en cinco objetivos específicos que van a demarcar los aspectos hacia los que dirigir la atención y que van a favorecer la formulación de estrategias de trabajo:

1. Examinar la interpretación que ancianos institucionalizados e independientes hacen de su posición social y su vida, y cómo ésta incide en la propia percepción de la vejez y la de sus iguales.
2. Indagar cómo negocian los ancianos su identidad dentro y fuera de las instituciones geriátricas y valorar en qué medida esta diferenciación incide en su autoestima.
3. Identificar los conocimientos versados y profanos que, acerca de la vejez, tienen los profesionales que trabajan en el cuidado y atención de personas mayores, y relacionarlos con los comportamientos y actitudes hacia los ancianos.
4. Relacionar datos sociodemográficos con el significado dado al concepto de “vejez” para conocer el grado de consenso social acerca del mismo.
5. Registrar mitos, estereotipos y prejuicios en los discursos que los protagonistas de esta investigación ofrecen acerca de la vejez institucionalizada e identificar el impacto que ellos tienen en la imagen y autopercepción de las personas mayores.

2º.- MARCO TEÓRICO

Las investigaciones relacionadas con el colectivo de ancianos y ancianas se han incrementado en los últimos años. Sin embargo, se trata principalmente de una acumulación de datos empíricos y un más reducido desarrollo teórico. Cuando relacionamos vejez e institucionalización, el número se reduce y se centra básicamente en los estudios sobre la calidad de vida de las personas mayores y de sus familias. Considero que las dimensiones de ese fenómeno precisan una mayor comprensión y atención.

Partiendo de la sociología de las organizaciones, hemos de tener en cuenta que, en instituciones como los geriátricos, los modelos de organización y de gestión afectan a las prácticas concretas de quienes las aplican y a las de quienes se encuentran bajo su influencia. Y, como apunta María Pía Barenys, “abordar el análisis de las residencias de ancianos es ahondar en el significado sociológico de la ancianidad en nuestra sociedad”.¹⁰ Teniendo como base ambas perspectivas, el marco teórico de esta investigación se centrará en identificar teorías que nos ayuden a comprender en qué medida la internalización en instituciones geriátricas puede determinar una imagen y autopercepción específica de la vejez.

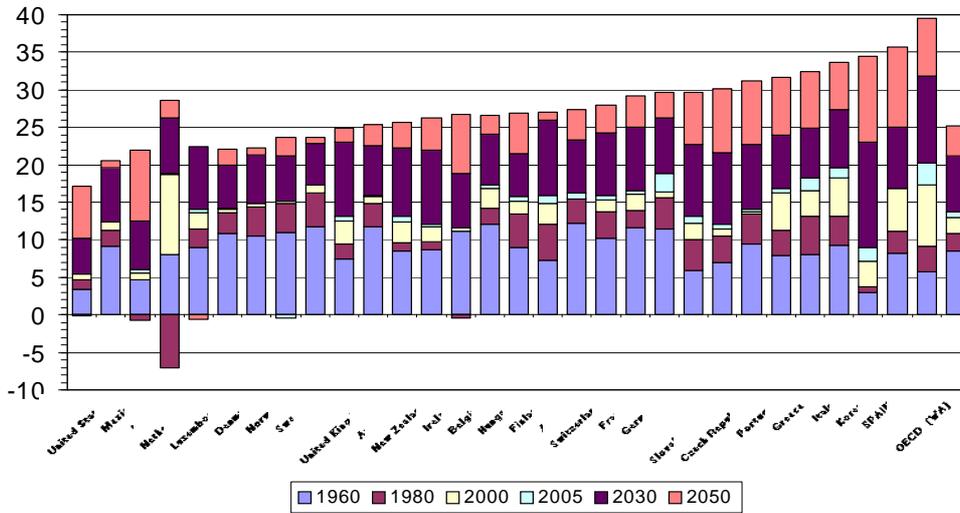
A.- EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN

El envejecimiento de la población es un importante logro humano asociado a los avances médicos que han elevado la esperanza de vida. Esta conquista ha transformado a la vejez en un colectivo que puede llegar a superar la cuarta parte de la población mundial. Concretamente en España el crecimiento demográfico se ajusta al denominado “crecimiento en forma de pirámide invertida”, debido a que aumenta el número de personas mayores que viven en nuestra sociedad al mismo tiempo que la tasa de natalidad decrece. Según la previsión de los datos de la OCDE (2006), España será el país más viejo de Europa en el año 2050 con “uno de cada tres ciudadanos por encima del umbral de los 25 años”.¹¹

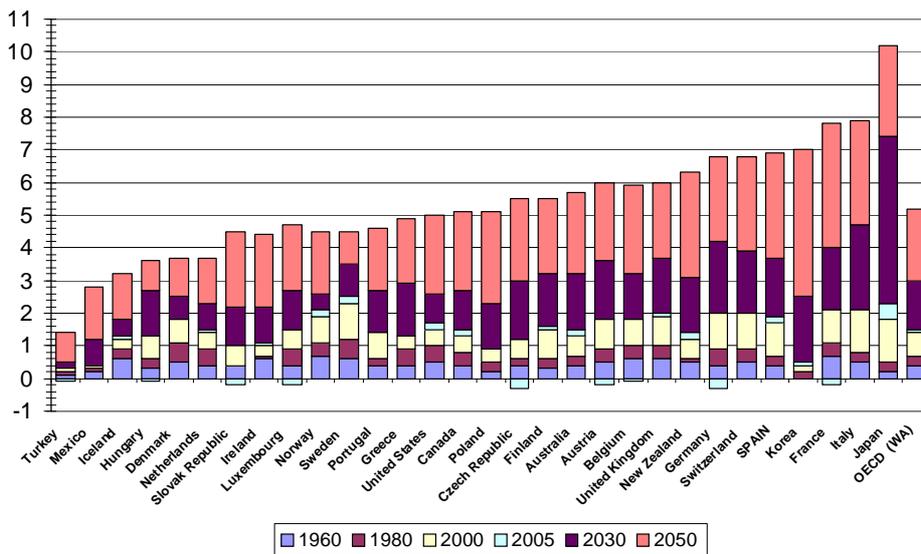
¹⁰ Barenys, María: “Las residencias de ancianos y su significado sociológico”. *Papers*. 40, 1992. Pagina 121.

¹¹Luis V Doncel, Tomás Gutiérrez Barbarrusa: *Personas mayores y su situación de dependencia en España: informe para la Fundación Consejo General de la Abogacía Española 2005*. Librería-Editorial Dykinson, 2006, página 22. <http://tinyurl.com/chsbhqb>

OCDE. % de población de 65 y más años



OCDE. % población de 85 y más años



Fuente: OCDE Demographic and Labour Force database (July 2006).¹²

Este envejecimiento de la población constituye un fenómeno social novedoso que se ha visto directamente afectado por otros cambios, producidos en las sociedades modernas, relacionados con las funciones del cuidado de la vejez que eran propias de las mujeres en la

¹² Braña Pino, Francisco Javier: "Demografía y dependencia. Previsiones, realidades, esperanzas". Envejecimiento y dependencia. Retos y políticas. I Encuentro. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Zaragoza, 19 de febrero de 2009. www.unizar.es/centros/fccee/doc/ponencia_brana.ppt

familia tradicional. Sin duda, la incorporación femenina al mundo laboral, sumada al cambio en los modos de vida y estructura familiar, ha incidido en la desprotección y aumento de la marginalidad de la tercera edad. Conscientes de esa realidad y de su progresión, en las sociedades industriales avanzadas se comenzaron a aplicar medidas compensatorias para dar respuesta a las demandas y necesidades de los ancianos y ancianas que se veían privados de autonomía física, económica, psicológica o cognitiva. Con este objetivo surgieron las residencias de la tercera edad.

Esas instituciones tienen su precedente en la beneficencia religiosa que, desde la Edad Media, en los asilos daba cobijo a personas en situación de marginalidad. Tras la Revolución Francesa aparece la Asistencia Social como un derecho de los marginados. Hasta 1934 España no se incorporará a esta forma pública de acción social¹³. Pero son las políticas de bienestar social desarrolladas por el Estado, a partir de los 70, las que gestan instituciones para pensionistas que, por diversas razones, carecían del tradicional cuidado y custodia familiar. Por tanto, en su origen la política social hacia la tercera edad tuvo un carácter asistencialista y estuvo asociada a sectores marginales de la sociedad, lo que le confirió una imagen excluyente¹⁴.

Progresivamente se evolucionará de las iniciales Residencias de Ancianos, que garantizaban una vivienda digna y cubrían las necesidades básicas de la vida diaria, a Centros Gerontológicos donde se intentará potenciar las capacidades de las personas jubiladas y prevenir los deterioros de la edad con la incorporación de profesionales y recursos adecuados (atención médica y de enfermería, servicios sociales y psicológicos, etc.).

Actualmente prevalece la consideración de la vida familiar como el modo de convivencia más favorable para las personas. Por ello, se están realizando esfuerzos por mantener a la población mayor en sus hogares y retrasar el ingreso en las Residencias. Una alternativa es el Hospital de Día (estancias no continuadas en residencias) que pretende sustituir el internamiento por un cuidado compartido con las familias. De igual manera la asistencia geriátrica domiciliar permite trasladar hasta el hogar del anciano servicios médicos o de enfermería y de asistencia social. Y, aunque fue aprobada en 2006 la "Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia y a las familias" (Ley de Dependencia), la actual crisis económica ha impedido su adecuada aplicación, no existiendo unas medidas

¹³ Iniciativa Social y Estado de Bienestar: *De la caridad al estado de bienestar*
<http://www.iniciativasocial.net/historia.htm>

¹⁴ Osorio, Paulina: "La longevidad: más allá de la biología. Aspectos socioculturales" Papeles del CEIC, núm. 002, septiembre, 2006, página 9. Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea. España

realmente eficaces de apoyo financiero a las familias con un anciano en situación de dependencia.

B.- CONCEPTOS DE VEJEZ

Para el propósito de este trabajo es preciso conocer las interpretaciones que las investigaciones recientes proponen sobre la imagen y autoconcepto de la vejez. El acercamiento analítico a este concepto ha de ser multidisciplinar, acorde con los cambios que se producen, que son de naturaleza biológica, psicológica y social. Biológicamente la vejez se define como un proceso de envejecimiento caracterizado por los cambios derivados del desgaste del organismo debido al paso del tiempo. La preocupación de las ciencias biomédicas es conocer las causas de ese envejecimiento para aunar de manera efectiva “vivir más” y “vivir mejor”.

Esta visión involutiva de los sistemas biofísicos contrasta con el nuevo enfoque de la Psicología evolutiva que considera a la senectud como un período más del ciclo vital que no afecta por igual a todas las personas y que presenta cambios tanto a nivel biológico, psicológico como social¹⁵. Estos cambios suponen pérdidas y también ganancias, pues hay funciones que a medida que aumenta la edad experimentan una mejora (el conocimiento acumulado, la riqueza verbal y la comprensión del lenguaje), algunas sufren un decrecimiento (las capacidades que exigen versatilidad para enfrentarse a las situaciones nuevas) y otras funciones se estabilizan (la personalidad). Desde esta perspectiva, el proceso de envejecimiento es individual y depende de una multiplicidad de aspectos relacionados con el momento en que las personas llegan a la vejez, cómo llegan y cómo la recorren.

En España la edad que determina la entrada en la vejez es la de la jubilación, que desde hace poco comienza a los 67 años. Este aspecto de la vejez no es algo que esté delimitado, ni biológica ni psicológicamente. Se trata de una convención social que, como señala la profesora de la Universidad de Málaga, Concepción Sánchez Palacio, determina que los individuos “se sepan viejos a través de los otros”¹⁶, aun cuando su propia autopercepción diste de identificarse como tales.

Socialmente, el concepto de vejez ha cambiado a lo largo del tiempo y no encontramos concepciones únicas, sino variables y diferenciadas. Entre la veneración y la marginación, la

¹⁵ Ursula Lehr, Hans Thomae y Paul B. Baltes, R.Fernández-Ballesteros, son autores relacionados con esta visión evolutiva.

¹⁶ Sánchez Palacios, Concepción: *Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas*. Tesis Doctoral. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad de Málaga, 2004. Página 15

visión histórica y antropológica de la vejez se nos muestra como una construcción cultural ambivalente, heterogénea y contradictoria.

C.- VEJEZ E IDENTIDAD

La Psicología Humanista¹⁷ defiende la búsqueda de la identidad a lo largo de toda la vida. ¿Pero, qué entendemos por identidad? El psicólogo social británico Henry Tajfel¹⁸ y sus colaboradores afirman que tenemos dos identidades: una "Identidad Personal", constituida por nuestros caracteres personales únicos e idiosincrásicos, y una "Identidad Social", que aglutina las características compartidas con nuestros semejantes en el seno de diferentes grupos y deriva de "el conocimiento que posee un individuo de que pertenece a determinados grupos sociales junto a la significación emocional y de valor que tiene para él/ella dicha pertenencia".¹⁹ Además, en la identidad social se distinguen tres elementos fundamentales: "*el cognitivo* (el conocimiento que posee el individuo respecto a su pertenencia a determinado grupo o autocategorización), *el evaluativo* (valor positivo o negativo vinculado a la pertenencia grupal o autoestima grupal) y *el emocional* (sentido de implicación emocional con el grupo o compromiso afectivo)".²⁰

Uno de los aspectos destacados de la búsqueda de la identidad es alcanzar una imagen o concepto satisfactorio de sí mismo. Esta pretensión oscila entre el deseo de ser valorados y aceptados por los demás, junto al deseo de ser reconocidos como individuos únicos e independientes. Este hecho nos suele llevar a confirmar o a cambiar nuestra condición de miembro de un grupo, dependiendo de si éste contribuye o no a alcanzar esa autodefinición positiva. En este sentido, las personas mayores admitirían su pertenencia al grupo en el caso de aceptación social derivada del respeto por parte de las otras generaciones, de sus posibilidades de ser independientes, de su grado de integración... Sin embargo, experimentarían rechazo por la vejez, en tanto ésta sea asociada a dependencia, escasos recursos, marginalidad, soledad, enfermedad y muerte.

¹⁷ Pretende la consideración global de la persona y la acentuación en sus aspectos existenciales (la libertad, el conocimiento, la responsabilidad, la historicidad), criticando a una psicología que, hasta entonces, se había inscrito exclusivamente como una ciencia natural, intentando reducir al ser humano a variables cuantificables (conductismo), o que, en el caso del psicoanálisis, se había centrado en los aspectos negativos y patológicos de las personas (la enfermedad humana).

¹⁸ Henry Tajfel con su Teoría de la identidad social es el claro precursor del estudio de la identidad social.

¹⁹ Tajfel, H. : *Human groups and social categories*. Cambridge: Cambridge University Press. 1981 (Versión española Tajfel, H. [1984]. Grupos humanos y categorías Sociales. Barcelona: Herder).

²⁰ Scandroglio, Bárbara; López Martínez, Jorge S. y San José Sebastián, M^a Carmen: "La Teoría de la Identidad Social: una síntesis crítica de sus fundamentos, evidencias y controversias". *Psicothema* 2008. Vol. 20, n^o 1; página 85.

La auto y hetero definición de la identidad ha de entenderse como un proceso dinámico y cambiante enmarcado en las reglas y normas sociales²¹ que cada sociedad particular determina a lo largo de su historia. Particularmente, en nuestra sociedad podemos distinguir dos tipologías que definen la identidad en la vejez: la de los viejos “exitosos” o activos y la del viejo “dependiente” o inactivo. Sin embargo, el estudio de la identidad en la vejez ha de acentuar los aspectos diferenciales y singulares derivados de las numerosas experiencias vitales que las personas mayores han ido acumulando a lo largo de su vida y que las hacen muy diferentes entre sí. Con ello se pretende cuestionar las visiones generalizadoras y estereotipantes de la vejez y se muestra la construcción de la identidad a lo largo de toda la vida como producto de contextos históricos y culturales particulares.

En definitiva, la identidad se construye desde la interacción entre las características personales y el contexto social. Por tanto, no podríamos llegar a un conocimiento completo de nosotros mismos si no incluimos en el auto-concepto nuestra pertenencia grupal, lo que sentimos por estos grupos y la influencia que esto ejerce en nuestras creencias, percepciones y conducta. Incluso, para John C. Turner (1999) la autoestima “es el resultado de un proceso psicológico de autocategorización en el contexto de los valores e ideologías grupales”.²²

D.- VEJEZ E INSTITUCIONES GERIÁTRICAS

En este apartado realizaré un repaso a las teorías psicosociales relativas a la naturaleza y la condición de los mayores y su incidencia en su institucionalización. Son de interés aquellas que nos introducen, por un lado, en el conocimiento de la relación entre el sistema social y los ancianos y, por otro, en la adaptación del individuo a su propio proceso de envejecimiento. Clasificaré esas teorías, e investigaciones empíricas de ellas derivadas, en función de su inclinación hacia las pérdidas o hacia las ganancias que se producen en la vejez.

D.1.- Teorías centradas en las ganancias

Entre las que resaltan las ganancias hay que citar las teorías de la interdependencia entre ambiente y vejez que se derivan del Modelo Ecológico de Rudolf H. Moos, profesor del

²¹ Rosana Peris Pichastor, Sonia Agut Nieto: “Evolución conceptual de la Identidad social. El retorno de los procesos emocionales.” Revista Electrónica de Motivación y Emoción. REME Volumen X Diciembre 2007 Número 26 – 27. Página 2

²² Scandroglio, Bárbara; López Martínez, Jorge S. y San José Sebastián, M^a Carmen: “La Teoría de la Identidad Social: una síntesis crítica de sus fundamentos, evidencias y controversias”. *Psicothema* 2008. Vol. 20, nº 1; página 86.

Departamento de Psiquiatría y ciencias de la Conducta en Stanford²³ que reconoce el importante papel desempeñado por el ambiente en la explicación del comportamiento en la vejez. El modelo ecológico del envejecimiento formula que “la conducta es una función de la competencia del individuo y de la presión ambiental que supone la situación... el ambiente más favorable sería aquél cuyo nivel de exigencia se situara en el límite del máximo nivel de competencia”.²⁴ Esta línea de investigación aplicada al contexto de la vejez e instituciones geriátricas ha producido una importante literatura acerca de la calidad de la vida institucional que ha influido en la elaboración de la normativa que la regula. La Dra. Rocío Fernández Ballesteros es todo un referente en los paradigmas ecológicos a la hora de la evaluación en España de Residencias y en la comprensión y mejora de los tipos de cultura y estilos institucionales que moldean y organizan las distintas conductas que se implementan con los mayores institucionalizados.

Otras investigaciones revalorizan las potencialidades cognitivas del mayor al sugerir que la capacidad de aprendizaje se mantiene en la edad avanzada siempre que el contexto favorezca ese desarrollo. Estas teorías están avaladas por las neurociencias y el descubrimiento de la neuroplasticidad, que supone la modificación constante del cerebro y la creación de nuevas conexiones y nuevas redes neuronales a lo largo de toda la vida por factores intrínsecos genéticos y otros extrínsecos como la actividad, el aprendizaje y la experiencia de los individuos. Esta visión autónoma de las personas mayores, trasladada al mundo institucional, justifica la aplicación de proyectos de animación sociocultural y la búsqueda de modelos alternativos de residencias que combinen independencia y seguridad unidas al aprovechamiento social de esa vejez competente.

En esta misma línea, el “envejecimiento exitoso”²⁵ de Paul B. Baltes establece que vejez y éxito no son contradictorios. La persona mayor tiene también la posibilidad de construir activamente su vida y regularla conforme a las exigencias de la edad. Sus estudios reflejan que la mayor parte de los ancianos, incluidos los institucionalizados, tiene una autoimagen positiva y siente satisfacción con sus vidas. Para explicar esta actitud la teoría de la subcultura defiende que establecer comparaciones de sí mismos con otras personas que están en situación similar a la suya ayudaría a las personas ancianas a mantener su identidad y una autoestima positiva: “Las subculturas tienden a formarse cuando los miembros de cualquier grupo social que se enfrenta a problemas similares, como los jóvenes o las personas mayores, interactúan entre sí

²³ María Izal y Rocío Fernández-Ballesteros: “Modelos ambientales sobre la vejez”. *Anales de psicología*, 1990. Página 184

²⁴ Ibidem. Página 184

²⁵ Sarabia Cobo Carmen María. “Envejecimiento exitoso y calidad de vida: Su papel en las teorías del envejecimiento”. *Gerokomos* v.20 n.4 Madrid dic. 2009, páginas 172-174. <http://tinyurl.com/ccyhu9v>

significativamente más de lo que lo hacen con otras personas y tratan de hallar respuestas comunes a esos problemas”.²⁶

D.2.- Teorías centradas en las pérdidas

En el grupo de teorías que acentúan las pérdidas se incluyen los estudios sociodemográficos y de salud pública que se han centrado en el deterioro y la pérdida de competencia del mayor. Las estadísticas corroboran la tendencia en alza de la admisión en los centros geriátricos de pacientes con cuadros de desposesión afectiva, social, económica o de salud lo que genera en ellos baja autoestima. De igual modo cada vez ingresan más personas para recibir una asistencia terminal. En consecuencia, frecuentemente la institucionalización se muestra asociada a una situación de dependencia, desprotección y muerte.

Otros estudios cuantitativos se centran en el costo que supone para las políticas sociales de un país el cuidado o la mejora de la vejez. Estas interpretaciones nos remiten al modelo funcionalista que tiene su origen en el sociólogo y antropólogo francés Émile Durkheim y su concepción de que la organización social determina las funciones que se les atribuyen a los actores sociales²⁷. El funcionalismo nos define como una sociedad organizada en base a la productividad. En este contexto surge el concepto de “jubilación” para designar a quienes dejan de ser productivos y útiles para la sociedad. Desde esta perspectiva los mayores son considerados una carga social y familiar. Esto convierte a las Residencias en un universo marginal, en el lugar de retiro donde se aísla al anciano de la sociedad.

El sociólogo Erving Goffman²⁸ define a las residencias de la tercera edad como “Institución Total”, es decir, espacios sociales cerrados, donde las reglas minuciosas que se ponen en práctica limitan la autonomía individual, la intimidad y la libertad de los internos. Las normas y reglamentos rígidos que normalmente se aplican en los geriátricos responden a una visión del anciano como ser desprotegido y con carencias inherentes a su vejez. Basándose en estas teorías, Lucas Graeff²⁹, en su estudio antropológico sobre el asilo Padre Cacique en Porto Alegre-RS, nos advierte que los residentes dependientes que asumen su condición de persona disminuida normalmente generan una subcultura que “mortifica al yo” debido a su incapacidad para adaptarse al ambiente extrarresidencial.

²⁶ Susana Kehl y J. Manuel Fernández “La construcción social de la vejez” Cuadernos de Trabajo Social. 2001, 14; página 154.

²⁷ IMSERSO: *Personas mayores y residencia. Un modelo prospectivo para evaluar las residencias*. Tomo I. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales Página 84

²⁸ Goffman, E., 1970: *Internados*, Buenos Aires, Amorrortu

²⁹ Lucas Graeff: “Psicología.Tercera Edad. Envejecer en el asilo: una mirada diferente. Estudios interdisciplinarios sobre el envejecimiento”, <http://es.wordpress.com/tag/instituciones-asilares/>

En esta línea centrada en las pérdidas, Teresa Orosa³⁰, profesora de Psicología del Adulto Medio y Mayor y presidenta de la Cátedra del Adulto Mayor de la Universidad de La Habana, destaca a dos autores que asocian la vejez a la interiorización de sentimientos de incompetencia y de desamparo. Por un lado el psicólogo Erik Erikson concibe la vejez como una fase de preparación del individuo para la soledad, la muerte y el final. Por otro, la teoría psicológica de la continuidad de Charlotte Bühler describe la vejez como el ciclo de revisión de las metas anteriores, lo que provoca estados de resignación o fracasos. Estas interpretaciones subyacen en los contextos residenciales paternalistas que no fomentan la autonomía de las personas mayores y que limitan significativamente su libertad respecto a la toma de decisiones personales. Según el psicólogo Martin Seligman³¹, estas situaciones originan una “indefensión aprendida”, que se produce cuando la persona mayor asume la pérdida del control de su vida y se resigna a no hacer nada para cambiarlo.

La teoría de la desvinculación de los científicos sociales Elaine Cumming y William E. Henry³² sostiene que, a medida que envejecen, las personas van aceptando el declive de sus habilidades y en ese mismo grado se van distanciando del mundo. Este deseo de desvinculación convierte a la seguridad y la ayuda eficiente en las claves del bienestar y felicidad de los ancianos y ancianas. Desde esta perspectiva, el servicio que ofertan las residencias geriátricas ha de incidir básicamente en satisfacer esas necesidades primarias.

Finalmente, las teorías del rol³³ defienden que la jubilación marca negativamente la entrada a la vejez, pues se asocia a la pérdida de poder y estatus social o empresarial. La vejez es catalogada como un “problema social” similar a los enfermos mentales, los marginales, etc. Estas interpretaciones han trasladado una imagen negativa de la institucionalización geriátrica asociándola a una situación normalizada en consonancia con el “natural” aislamiento social de los ancianos que allí residen.

³⁰ Orosa Fraiz, Teresa: “Psicología del desarrollo en la vejez: enfoque histórico-cultural”. *Palabras Mayores*. N.º 1, Año 1, Agosto 2008. Página 7

³¹ Yanguas Lezaun, José Javier: *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Premio IMSERSO “Infanta Cristina” 2004 Colección Estudios Serie Personas Mayores. N.º 11002. Página 67

³² María Izal y Rocío Fernández-Ballesteros: “Modelos ambientales sobre la vejez”. *Anales de psicología*, 1990, 6 (2), 181-198. Página 182

³³ Específicamente, estas teorías se organizan según la noción que los individuos ocupan una variedad de roles o posiciones sociales, cada uno de los cuales especifican normas seguras de comportamiento y actitudes. Dependiendo de la perspectiva teórica del autor, las normas de comportamiento y actitudes pueden ser definidas en términos de prescripciones específicas o como un amplio sistema de imperativos.

E.- MITOS, ESTEREOTIPOS Y VEJEZ INSTITUCIONALIZADA

Las dos líneas de investigación sobre ganancias y pérdidas generan en el imaginario colectivo dos mitos sobre la vejez que son clásicos en las corrientes de pensamiento. Por un lado, en consonancia con *La República* de Platón se vincula a la vejez con la virtud, la sabiduría, la serenidad y el conocimiento, por lo que los mayores deberían detentar el poder. Y por otro, en la línea de la *Retórica* y la *Política* Aristóteles describe la vejez negativamente asociando el declinar físico con el espiritual.³⁴

De estas dos visiones, la que cuenta con mayor eco en nuestra cultura es la que conceptualiza la vejez negativamente. Y no es de extrañar. La belleza y la salud, condiciones físicas que declinan a lo largo del ciclo vital, están en la base de los valores de nuestra época. Incluso la imagen más positiva de la vejez constituye muchas veces una forma de exaltar la permanencia de la juventud a lo largo de la vida. Esta visión negativa genera estereotipos; es decir, creencias culturales acerca de las características de las personas de un grupo determinado que son generalizadas a casi todos los miembros del grupo.

¿Qué influencia ejercen los estereotipos sobre las personas? Según la concepción del “Yo” de G.H. Mead³⁵, la identidad surge de la interacción con los demás, de manera que el “Yo” es el resultado de la idea que interiorizamos sobre la imagen que los demás tienen de nosotros. La imagen de ineptitud y decadencia que la sociedad devuelve de los ancianos erosiona gravemente el yo de las personas mayores y su autoestima.

Los trabajos sobre estereotipos sociales relacionados con el género, la orientación sexual, la raza o la religión evidencian una fuerte influencia sobre la conducta y autopercepción de las personas a las que se dirigen los estereotipos. Encuentran la causa en la “*profecía del autocumplimiento*” o autorrealización, “que es la tendencia a actuar de modo que se cumplan nuestras creencias y expectativas e incluso a cambiar la interpretación de los hechos para que se ciñan a la idea inicial que teníamos de los mismos”.³⁶ Y, de acuerdo a los trabajos señalados, la fuerza del autocumplimiento se acentuará en el caso de los mayores residentes, si los

³⁴ De la Serna de Pedro, Inmaculada: *La vejez desconocida: Una mirada desde la biología a la cultura*. Editorial Díaz Santos, 2003; página 37

³⁵ “George Mead (1863-1931), considerado uno de los precursores en el mundo anglosajón de la Psicología Social, fue un pragmatista en el terreno filosófico. Sostiene que la persona surge en un contexto social, es una construcción social y una estructura social. Su objetivo fue mostrar el necesario entronque de lo individual en lo colectivo y viceversa, elaborando dos conceptos fundamentales de su teoría, como son el yo y el *mi* (Mead, 1976)”. De los Reyes, María Cristina: “Identidad y exclusión de la vejez en la sociedad globalizada”. 2003. Biblioteca Digital RAM. <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/EXCLU003.pdf>

³⁶ Sánchez Palacios, Concepción: *Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas*. Tesis Doctoral. Málaga, 2004. Página 2.

estereotipos negativos son compartidos por familiares y muy especialmente por los profesionales encargados de su cuidado.

Podemos ilustrar lo expuesto con el estereotipo de la senilidad asociado a la dependencia. Éste suscita en los profesionales un trato paternalista caracterizado por el uso de un lenguaje infantilizante hacia las personas ancianas. Estas actitudes también hacen referencia a las conductas que los mayores a veces adoptan, semejantes a las de los niños, a modo de profecía de autocumplimiento. Concepción Sánchez Palacios, Profesora de la Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación de la Universidad de Málaga, señala que los estudios de “O’Connor y Rigby (1996) han encontrado relación significativa entre la aceptación del lenguaje infantil por parte de los adultos mayores y una baja autoestima”.³⁷ La asunción de estereotipos acerca del comportamiento dependiente de los ancianos residentes puede estar fomentando en ellos procesos de deterioro y pérdida de autonomía. Estas circunstancias acentúan la percepción negativa de retiro social y comunitario que suele acompañar al internamiento en esas instituciones.

Los estereotipos sociales están íntimamente relacionados con los prejuicios y la discriminación. Y de igual manera que el racismo se origina por el color de la piel, los estereotipos y las imágenes sociales negativas que se aplican a los viejos, simplemente en función de su edad, generan el proceso de discriminación denominado *ageism*. Robert Neil Butler, siendo el primer director del National Institute of Aging en Estados Unidos, fue el primer autor en utilizar este concepto y desveló que los ancianos suelen aceptar y adaptar sus formas de vida a las definiciones negativas sobre la vejez, contribuyendo con ello a perpetuar y reforzar esas creencias sociales. Esta actitud puede llegar a influir negativamente no solo en su autoestima, sino también en su salud mental y física.

Los factores que contribuyen al *ageism* están relacionados con la exaltación de la jovialidad y la belleza, de la búsqueda de la felicidad, del *Carpe diem* que priman en nuestra sociedad. Ante esta realidad, la vejez, por su cercanía a la muerte y la caducidad, se convierte en un tabú. Otro importante factor es la propia investigación científica desarrollada en centros geriátricos y hospitales que frecuentemente ha extendido los resultados de esos estudios, centrados en procesos patológicos de la vejez, a toda la población de mayores. Para Concepción Sánchez Palacios, un claro ejemplo de lo expuesto es la generalización del deterioro de la capacidad mental como algo natural y lógico. Y, acertadamente, esta autora recoge la siguiente cita de Erdman Palmore, catedrático emérito de la Universidad de Duke, como síntesis de la

³⁷ *Ibidem*; página 86

complejidad de este fenómeno: “Las actitudes y las creencias, las conductas discriminatorias y las prácticas institucionales, se relacionan y refuerzan mutuamente, contribuyendo a la transformación de la vejez, de un proceso natural, a un problema social en el cual las personas viejas soportan unas condiciones que les perjudican”.³⁸

De todo lo expuesto podemos concluir que, a pesar del triunfo de la longevidad, socialmente la ancianidad es una etapa cargada de prejuicios y connotaciones negativas. Mientras que la calidad de vida de las personas mayores va en aumento, la sociedad junto con la cultura limita y obstaculiza esos progresos. Ciertamente, en nuestra sociedad “la vejez es una condición que se vive «desde dentro» pero se estigmatiza «desde fuera»”.³⁹ Reflexionar y cuestionar esas imágenes negativas que predominan acerca de la vejez, circunscribiéndolo en el marco institucional, puede constituir un paso hacia un cambio necesario.

³⁸ *Ibíd*em; página 75.

³⁹ Hernández, Carmelo y Chinchilla, Antonia: “La veteranía es un grado”. Artículo de opinión, La Verdad. 07.04.11 <http://www.laverdad.es/alicante/v/20110407/opinion/veterania- grado-20110407.html>

3º.- MODELO DE ANÁLISIS

En el modelo de análisis es fundamental establecer conceptos claves y significativos que permitan alcanzar los objetivos y guíen la investigación a la hora de organizar distintas categorías de registro de datos y análisis. En este sentido el marco teórico ha sustentado la elección de esas categorías y nociones que tienen su punto de partida en las concepciones implícitas sobre la vejez y las instituciones geriátricas. Se le sumarán la imagen social de la vejez que circula en el contexto de análisis y la construcción de la identidad en la vejez en sus dos dimensiones: construcción social de la identidad y autopercepción del propio anciano. El análisis del compendio de datos obtenidos convergerá en el examen de los estereotipos acerca de la vejez institucionalizada. De ese modo, se obtendrán suficientes argumentos para responder, de manera acertada y profunda, a la pregunta inicial que guía este trabajo: ¿Cómo incide la institucionalización de los ancianos y las ancianas en la concepción y autopercepción de la vejez?

Los conceptos señalados, por sí mismos, son muy generales. Para su análisis es preciso especificar sus dimensiones e indicadores a observar. Como punto de partida, y para ubicar el tema en el contexto, voy a analizar las concepciones implícitas acerca del umbral de la vejez. Las concepciones implícitas “son fruto de una construcción personal a partir de contenidos culturales”⁴⁰. En ese sentido me interesa relacionar datos sociodemográficos (edad cronológica y sexo) con la idea del umbral de la vejez para conocer si existe un consenso acerca del mismo y, muy especialmente, si el concepto de vejez está asociado temporalmente a un “reloj social” o está “fuera de tiempo”, siendo una percepción más subjetiva.

CONCEPCIONES IMPLÍCITAS SOBRE LA VEJEZ	
DIMENSIONES	INDICADORES A OBSERVAR
El umbral madurativo	Cuándo se considera que una persona es mayor
	Cuál es la edad de entrada a la vejez

Paralelamente he de indagar sobre las instituciones geriátricas. En este análisis no me interesa abordar su funcionamiento y organización, sino conocer qué funciones sociales se les atribuyen. En esa visión puedo captar los valores negativos y positivos asociados a los

⁴⁰ Juan José Zacarés González y Emilia Serra Desfilis: “Creencias sobre la madurez psicológica y desarrollo adulto”. *Anales de psicología*. 1996, 12 (1), página 44.

geriátricos y hacerlos extensivos a sus residentes. Un aspecto clave es conocer los motivos y causas que inducen a ingresar en las residencias de mayores.

INSTITUCIONES GERIÁTRICAS	
DIMENSIONES	INDICADORES A OBSERVAR
Función social	<ul style="list-style-type: none"> - Valores positivos - Valores negativos - Motivos de ingreso

El estudio se complementa con el análisis de la imagen social de la vejez. En este concepto la investigación se centra en las opiniones sobre los cambios propios de la vejez en relación a la salud, los sentimientos, el carácter y las capacidades. Me interesa examinar cómo interpretan las personas mayores la posición social y la vida de sus iguales, además de identificar esos discursos en los profesionales que trabajan con y para los ancianos. En las opiniones que nos ofrezcan es importante discernir si están fundamentadas en conocimientos legos o en conocimientos con base científica.

IMAGEN SOCIAL DE LA VEJEZ		
DIMENSIONES	INDICADORES A OBSERVAR	
Dimensión psicosocial	Ganancias	<ul style="list-style-type: none"> - La vejez se concibe como un periodo donde es posible adquirir nuevos aprendizajes. - Detectar si se considera que en esta etapa hay funciones que aumentan o se estabilizan. - La vejez se percibe como un periodo donde se puede alcanzar satisfacción vital y "envejecimiento exitoso". - Predominio en los discursos de la vejez del "bienestar subjetivo". - Se considera que el anciano puede adaptarse satisfactoriamente a situaciones cambiantes.
	Pérdidas	La vejez se percibe como un periodo de: <ul style="list-style-type: none"> - Declinación progresiva de las facultades y de las funciones mentales. - Dependencia, desprotección y muerte. - Improductividad y carga social. - Desvinculación. - Pérdida de estatus.
Dimensión biológica	Envejecimiento como proceso normal de evolución	La visión de la vejez se centra en la persistencia de las capacidades físicas y en la calidad de vida
	Envejecimiento como proceso patológico	La visión de la vejez se centra en el deterioro y las enfermedades crónicas

Junto al conocimiento de lo que se opina sobre la vejez del otro, hay que recabar información sobre "sí mismo". Para ello, el estudio se va a centrar en la construcción de la identidad del anciano y anciana. Por un lado abordaré la *identidad social*, que es definida por Henri Tajfel como "el conocimiento que posee un individuo de que pertenece a determinados

grupos sociales junto a la significación emocional y de valor que tiene para él/ella dicha pertenencia".⁴¹ En relación a esta dimensión voy a analizar cómo interactúan y cómo negocian los ancianos y ancianas su identidad dentro y fuera de las instituciones geriátricas.

Por otro lado, a esa identidad social voy a confrontar cómo se autoperciben los ancianos, centrándome en aspectos relacionados con su autonomía, satisfacción personal e ideas preconcebidas con las que, a lo largo de sus vidas, han interpretado a la vejez. Teniendo en cuenta los objetivos de esta investigación, me voy a detener a examinar muy especialmente en qué medida incide la institucionalización de los ancianos y ancianas en su autopercepción.

IDENTIDAD EN LA VEJEZ		
DIMENSIONES		INDICADORES A OBSERVAR
Autopercepción	Creencias sobre sí mismos	- Actividades cotidianas y ocio. - Papel social y responsabilidades. - Relaciones interpersonales. - Autocuidado básico.
	Autoestima (envejecimiento exitoso)	- Sentimientos positivos de satisfacción personal. - Sentimientos negativos de incompetencia, desamparo, indefensión aprendida...
	Calidad de vida	- Cómo afectan y abordan las transformaciones en sus vidas y en sí mismos. - Comparación de sus vidas con la imagen que a lo largo de sus vidas han tenido acerca de la vejez. - Comparación de sus vidas con la vejez precedente.
Identidad social	Cognitiva	El conocimiento que posee el individuo respecto a su pertenencia a determinado grupo.
	Evaluativa	Valor positivo o negativo vinculado a la pertenencia grupal o autoestima grupal.
	Emocional	Sentido de implicación emocional con el grupo o compromiso afectivo.

Finalmente he de evidenciar, en los distintos discursos de los participantes de esta investigación, los estereotipos y prejuicios que circulan acerca de la vejez institucionalizada y el impacto que ellos tienen en la imagen y autopercepción de las personas mayores.

ESTEREOTIPOS SOBRE LA VEJEZ INSTITUCIONALIZADA	
DIMENSIONES	INDICADORES A OBSERVAR
	- Detectar falsas creencias sobre la vejez institucionalizada referidas a aspectos de la salud mental y física y a cambios fisiológicos, sociales y de personalidad. - Comprobar hasta qué punto los profesionales que trabajan con lo mayores mantienen una información veraz sobre distintos aspectos psico-físicos de la

⁴¹ Bárbara Scandroglio, Jorge S. López Martínez y M^a Carmen San José Sebastián: "La Teoría de la Identidad Social: una síntesis crítica de sus fundamentos, evidencias y controversias". *Psicothema*, Universidad Autónoma de Madrid, 2008. Vol. 20, n^o 1, página 81.

Prejuicios	<p>vejez, o por el contrario sus ideas y actos muestran prejuicios hacia los mayores.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Detectar pensamientos y sentimientos de desprecio, temor o rechazo hacia la vejez y especialmente hacia la vejez institucionalizada. - Comprobar si hay una tendencia en los ancianos a actuar de modo que se cumplan las creencias y expectativas sociales sobre la vejez institucionalizada.
Ageism (discriminación)	<ul style="list-style-type: none"> - Se muestra cierto temor a la vejez por su cercanía a la muerte y por la pérdida de la jovialidad y la belleza. - Se percibe a la vejez como decadente y como carga o problema social. - Concepción de las instituciones geriátricas como espacios de segregación.

Una vez elaborado el modelo de análisis, y ante la disponibilidad de los resultados contrastables sobre los conceptos a analizar, se puede establecer el siguiente conjunto de hipótesis o respuestas provisionales que han de ser corroboradas en la investigación:

CONCEPTOS	HIPÓTESIS
Concepciones implícitas sobre la vejez	1. Independientemente del grupo sociodemográfico al que se pertenece, las concepciones implícitas del umbral de la vejez responden a un patrón cultural ampliamente compartido.
Instituciones geriátricas	2. Las instituciones geriátricas se conciben como espacios de segregación. Por tanto, el ingreso en las mismas se identifica con el abandono familiar y el deterioro físico.
Imagen social de la vejez	<p>3. La imagen social de la vejez, fundamentalmente en personas no instruidas, se construye sobre teorías legas alejadas del rigor científico.</p> <p>4. Las teorías legas sobre la vejez se centran en estereotipos negativos que la interpretan como un periodo de regresión y pérdidas. Esta visión se acentúa en el caso de los ancianos institucionalizados.</p>
Identidad en la vejez	<p>5. Hay una dependencia entre los comportamientos y lo que se espera socialmente de cada uno.</p> <p>6. Los mayores que se perciben a sí mismos de forma favorable, se definen más por sus propias diferencias individuales, que por sus semejanzas y afinidades con la vejez.</p>
Estereotipos sobre la vejez institucionalizada	<p>7. La vejez institucionalizada es interpretada como una fase final de decadencia y como carga o problema social.</p> <p>8. El anciano institucionalizado tiende a asumir la visión discriminatoria que de él ofrece la sociedad, consumándose en alto grado la profecía del autocumplimiento.</p>

En definitiva, la hipótesis global que aglutina y relaciona las diferentes variables a estudiar se puede formular como sigue: “La institucionalización es un factor que condiciona negativamente la concepción y la autopercepción de la vejez”.

4º.- METODOLOGÍA

A.- LÍNEAS GENERALES

El marco teórico ha permitido conocer la situación actual en la que se encuentra la investigación acerca de la vejez y ha evidenciado que los estudios enmarcados en centros geriátricos están dirigidos básicamente a la mejora de la calidad de sus servicios. Este trabajo inspecciona otras vías al plantear como pregunta clave de investigación la incidencia de la institucionalización de los ancianos y las ancianas en la concepción y autopercepción de la vejez.

Para alcanzar los objetivos propuestos preciso contemplar la realidad tal y como es vivenciada por las personas, incluyendo las motivaciones, las ideas y los sentimientos que subyacen a los comportamientos y manifestaciones. La metodología que mejor se adapta a este propósito es la cualitativa porque enfatiza la importancia del contexto junto a la función y el significado de los actos humanos.

También es importante señalar que con este estudio intento comprender el fenómeno, sin pretensiones de explicar causas o modificar la situación. Desde esa perspectiva el enfoque a seguir será analítico, porque se busca conocer, describir y explicar la situación, contando con los propios protagonistas y personas directamente implicadas, para analizar las significaciones que tal contexto tiene para esos sujetos.

La recogida de datos se ha desarrollado en dos unidades de observación: la Residencia Hospital San Sebastián y el Centro de Educación Permanente Al-Sadif⁴² (CEPER) de Palma del Río. La titularidad y gestión de la Residencia está a cargo de la Fundación Hospital San Sebastián, de carácter privado. La dirección es ejercida por Las Hermanas Salesianas del Sagrado Corazón. Cuenta con cincuenta y seis trabajadores y trabajadoras, ochenta y cuatro residentes y doce en el Hospital de Día. La edad de los residentes oscila entre 55 y 96 años. En el CEPER trabajan ocho maestros y maestras y están matriculados cuatrocientos cincuenta estudiantes, de los cuales trescientos superan los 65 años.

La unidad de análisis ha incluido 3 ancianas y 3 ancianos del geriátrico y otras 3 ancianas y otros 3 ancianos del CEPER. En cuanto a los criterios de selección, en la residencia la edad no ha sido un factor selectivo determinante, sino la salud física, mental y cognitiva. En el caso de los ancianos de la escuela de adultos, cuya autonomía personal es generalizada, la edad sí ha sido un elemento concluyente en su designación, pues quería que se aproximara a la

⁴² En el trabajo se utiliza CEPER para referirse al Centro de Educación Permanente, aunque en ocasiones se expresa sin ningún tipo de abreviatura.

de los ancianos institucionalizados elegidos. Siguiendo esos criterios, las candidaturas fueron consensuadas con la trabajadora social del Hospital de San Sebastián y con la directora del CEPER Al-Sadif, ya que ambas poseían conocimientos valiosos para la selección.

También han participado 18 profesionales del geriátrico en un caso y los 8 miembros del claustro del profesorado en el otro. La voluntariedad, el deseo de participar, ha sido el único factor de selección para este grupo. En el ANEXO I incluyo cuadrantes con los datos sociodemográficos de las personas que han intervenido en la investigación.

B.- RECOGIDA DE DATOS

El trabajo de campo, como modelo de investigación cualitativa, constituye el marco metodológico de recogida de datos de este trabajo porque permite extraer la información en el lugar donde ocurren los hechos que se estudian y porque, mediante el estudio del significado de los comportamientos, de los discursos y de las motivaciones, puedo investigar el sentido oculto del fenómeno social de la construcción del concepto y autoconcepto de vejez.

Una de las técnicas empleadas ha sido la observación participante, mediante la que he recopilado la información de narraciones espontáneas en reuniones y encuentros informales y he podido contrastar lo que se dice con lo que se hace. Como recomienda Miguel Martínez, he intentado dejar que la realidad hable por sí misma, evitando distorsionarla con ideas previas⁴³.

Las entrevistas formales también sirven para conocer los discursos culturales que sustentan ideas y creencias acerca del objeto de estudio de la investigación. En este trabajo compagino 9 entrevistas individuales, realizadas a las 6 personas mayores del geriátrico y a los 3 hombres del CEPER, con 2 entrevistas grupales, una de ellas con 4 profesionales del Hospital San Sebastián y la otra con las 3 mujeres mayores del CEPER. Los datos se especifican en el ANEXO I. Ninguna razón objetiva ha determinado esa tipología, sólo la necesidad de ajustarnos a tiempos y horarios. Todas las entrevistas han tenido un carácter semiestructurado, siguiendo un sencillo guión incluido en el ANEXO II, y han sido transcritas manualmente.

He ofrecido a todos los participantes explicaciones acerca de la finalidad del estudio y la relevancia e interés de sus aportaciones. Allegados a los informantes (trabajadora social y directora del CEPER) han realizado una labor de mediación para que la relación entrevistador-entrevistado esté envuelta en una confianza mutua favorecedora de la calidad de la información. El tono relajado ha presidido las conversaciones que siempre comenzaban con temas cotidianos,

⁴³ Miguel Martínez, M.: *La investigación cualitativa etnográfica en educación. Manual teórico-práctico*. Editorial Trillas. México, D.F. 2000. página 47

introduciéndose progresivamente las preguntas sobre los contenidos que interesaban a la investigación. Precisamente una de mis preocupaciones ha sido evitar ceñirnos a los hechos racionales y buscar la implicación emocional de cada uno de los entrevistados. El uso de la grabadora para poder registrar fielmente la conversación fue previamente pactado con cada informante. Prescindimos de las prisas y nos ubicamos en espacios tranquilos y conocidos por los entrevistados.

Con los 22 profesionales implicados he utilizado un cuestionario. Para obtener una información cualitativa, propuse preguntas abiertas en función del marco teórico y el modelo de análisis (ANEXO III). El cuestionario fue previamente experimentado por la trabajadora social y una auxiliar de geriatría, lo que me permitió mejorarlo y conseguir mayor confiabilidad en las preguntas, es decir, que significaran lo mismo para todos los encuestados, y validez, mediante la estimulación de informaciones relevantes. He procurado no realizar preguntas incómodas ni negativas. La pluridimensionalidad de la investigación queda patente en la estructura del cuestionario, con bloques temáticos claramente delimitados mediante el empleo de títulos, colores y cuadros con espacios vacíos que daban libertad para responder breve y ampliamente, según el gusto del encuestado.

La presentación del cuestionario a los profesionales implicados ha sido diversa. La trabajadora social no sólo se responsabilizó de su reparto, sino que también ofreció la información pertinente a los ocho miembros del equipo técnico y a las seis auxiliares de geriatría y se encargó de la recogida de los cuestionarios. En el Centro de Educación Permanente la directora concertó una reunión formal con los ocho maestros y maestras del claustro a quienes expuse la finalidad del cuestionario. Se solventaron todas las dudas planteadas y se acordó la fecha de entrega que todo el grupo respetó. El cuestionario me ha permitido alcanzar un número considerable de personas invirtiendo poco tiempo en ello. En consecuencia, se ha mostrado como un instrumento rentable a la hora de obtener respuestas más rápidas y acomodadas a las necesidades de tiempo y espacio de los encuestados. El anonimato ha favorecido la libertad y sinceridad de las respuestas. Sin embargo, como desventaja destaco el desconocimiento de las circunstancias de su cumplimentación, lo que dificulta el control y la verificación.

Para concluir, quiero resaltar la buena predisposición de todas las personas a las que les he solicitado su participación en la investigación. El único obstáculo reseñable en el trabajo de campo es el retraso causado por la dificultad de cuadrar los horarios de visitas, reuniones y entrevistas y, desafortunadamente, por el cambio a última hora de personas a entrevistar por razones de pérdida de salud.

5º.- ANÁLISIS DE DATOS

La elaboración previa del marco teórico y del modelo de análisis ha sido esencial para el abordaje adecuado del análisis de los datos. Por un lado el marco teórico ha proporcionado un necesario bagaje conceptual sobre la vejez y, más específicamente, sobre los efectos de la institucionalización. Por otro, el modelo de análisis ha facilitado la organización de los datos al centrar la investigación en incidentes relevantes, eludiendo con ello la pérdida de tiempo y esfuerzo que supone la dispersión.

El proceso dinámico de comparación continua entre los datos obtenidos en cada categoría de análisis y entre los mismos y el marco teórico buscando similitudes, diferencias, nuevas perspectivas, ha dado como resultado la construcción de una teoría cercana a la realidad investigada que se ha ido elaborando sin fines preestablecidos. A su vez, en virtud del objetivo general de la investigación, la oposición “institucionalización versus no institucionalización” ha constituido el foco central sobre el que ha girado el examen de las distintas dimensiones e indicadores establecidos.

En el análisis no he tenido la intención de alcanzar un conocimiento universal del tema, sino una noción profunda del caso específico que investigo y, lejos del objetivismo de la metodología cuantitativa, que conoce de antemano cuánta información se va a registrar, esta investigación cualitativa ha estado abierta a lo inesperado y a las modificaciones que los imprevistos pudiesen suscitar en el diseño. Por último es importante señalar que en el trabajo he prescindido de una visión histórica sobre el objeto de estudio. La perspectiva de abordaje ha sido sincrónica; es decir, atemporal, como una imagen estática de una situación cambiante.

A.- UMBRAL DE LA VEJEZ

Un hecho natural y universal como es el envejecimiento y la vejez, se ha transformado en una convención cultural que ha fundamentado la explicación del comportamiento humano en edades avanzadas. Las actitudes y concepciones de la sociedad acerca de la vejez han variado de una cultura a otra, de una época a otra. Actualmente, ¿a quién podemos llamar anciano? ¿Cuándo podemos decir que una persona es vieja?

En las entrevistas y encuestas realizadas no hay unanimidad en establecer una edad cronológica de entrada a la vejez: “La edad cronológica es irrelevante, envejecemos a distintas edades” (Maestra 4). “La calidad de vida es mejor y esto ha retrasado la entrada a la vejez” (Auxiliar 1). “A partir de los 75” (Auxiliar 2). Mayoritariamente se descartan los 67 años, con los

que en nuestra cultura se da inicio a la jubilación. Cuantitativamente suelen aplazar en una década la fecha en la que piensan que una persona puede ser considerada “vieja”. Por tanto, el cese de la actividad productiva no se erige en el factor protagonista del umbral demográfico de la longevidad.

Hay un sector minoritario y básicamente masculino que sí considera la edad de la jubilación como el inicio de la vejez porque “no puedes trabajar” (Antonio Funes). En este sentido, los 67 años son interpretados como un referente de la denominada edad social, porque instauran el momento en el que las personas terminan su vida laboral. Sin duda, marcan el punto de partida de un cambio en los roles que habían desempeñado los individuos que se jubilan, un cambio en sus expectativas personales y sociales. Sin embargo, en líneas generales, no se percibe como “vieja” a una persona por el hecho de jubilarse.

En todos los grupos entrevistados prevalece la definición de umbral de la vejez en función del grado de deterioro intelectual y físico de la persona: “El concepto que tenemos de anciano es aquel que no puede valerse por sí mismo” (Carmen Luisa). Es decir, se aborda este concepto desde una perspectiva funcional y biológica. Funcional porque está determinada por la capacidad del individuo para desenvolverse de manera autónoma en la vida. Y biológica porque son los cambios bioquímicos asociados al envejecimiento los que determinan la edad de entrada a la senectud.

La constatación del paso del tiempo sobre el organismo y su influencia negativa sobre determinadas características de la personalidad, del funcionamiento intelectual, etc. derivan en un modelo explicativo decadente y decreciente acerca de la vejez, a la que se asocia con el deterioro o el impedimento: “Además de la edad, ésta va acompañada de determinadas limitaciones físicas y psíquicas que imposibilitan el normal desarrollo de sus actividades” (Enfermera 1). En consecuencia, hay un predominio en el imaginario colectivo de una visión involutiva más tradicional, en contraste con el nuevo enfoque de la Psicología evolutiva que aborda el estudio de la vejez no sólo desde sus pérdidas, sino también desde las ganancias y mejoras propias de esta etapa del ciclo vital.

Relacionado con el tema del umbral de la vejez, otro aspecto que destaca es la falta de coincidencia entre la edad cronológica, años vividos, y la edad biológica y funcional, asociada a niveles razonables de capacidad física y mental: “No creo que el umbral de la vejez esté marcado por la edad sino por las capacidades de las personas y su salud” (Administrativa). Esta valoración queda patente en las constantes referencias acerca de que hay sujetos más jóvenes o más viejos que otros individuos de similares edades cronológicas: “En la sala quizás sea yo la

mayor y no lo parezco porque voy más suelta andando” (Dolores Luque). “El compañero que yo tengo ahora es diez años más joven y está más viejo que yo, mucho más torpe” (Serafín Rodríguez). “Son más jóvenes porque necesitan menos ayuda” (Carmen López). Todo ello circunscribe a la vejez en el ámbito de lo individual, de lo personal y liga su advenimiento a los cambios físicos y mentales que en ella se manifiesten.

En definitiva, se verifica el supuesto de que, independientemente del grupo sociodemográfico al que se pertenece, las concepciones implícitas del umbral de la vejez responden a un patrón cultural ampliamente compartido. A su vez, se comprueba que el umbral de la vejez se presenta como una noción arbitraria y compleja que, por todos los factores que inciden en su conceptualización, muestra evidentes dificultades en las posibilidades de definir a la vejez como una etapa con un comienzo objetivamente delimitado.

B.- INSTITUCIONES GERIÁTRICAS

En los datos recogidos en las entrevistas y encuestas realizadas, hay un predominio de una visión positiva de los geriátricos, pues se les reconoce como un logro social que ha permitido mejorar la calidad de vida de las personas mayores que allí acuden. Los matices de esta imagen se van ensombreciendo a medida que se circunscriben estos beneficios al sector de ancianos o ancianas que viven solos y encuentran dificultades a la hora de mantener una adecuada autonomía: “La residencia es muy buena para las personas que no tienen a nadie, que se encuentran solas en su casa, desatendidas, desnutridas, sin higiene” (Ana Belén).

El precedente de los asilos de carácter benéfico, destinados fundamentalmente a ancianos indigentes y abandonados, pervive en el imaginario colectivo y se instaura en la percepción de lo que actualmente es una residencia geriátrica. El resultado es considerar erróneamente que los residentes constituyen un grupo marginal carente de suficientes recursos económicos o de apoyo familiar. El 48 % de las personas residentes en el Hospital de San Sebastián tienen hijos e hijas; 74 personas cuentan con pagas no contributivas de la Seguridad Social, por viudedad o jubilación, con un valor aproximado de 618.90 €; 8 reciben una pensión no contributiva de la Junta de Andalucía de 357.70 € y sólo dos residentes no poseen paga o subsidio.

Otro aspecto que perjudica al concepto de geriátrico es asociar el ingreso al mismo con una decisión ajena al propio anciano, quien se vería forzado por la propia familia o por la imposibilidad de valerse por sí mismo: “Hay personas que van *obligás*” (Carmen Sánchez); “Eso de que te metan ahí y ahí te quedas...” (Josefa Soriano). Ciertamente en el Hospital de San

Sebastián se dan casos de residentes depositados allí por sus familias, sin ser consultados ni informados previamente de su nueva situación, generando en la mayoría un estado de "espera" que perjudica su adaptación al nuevo lugar. Sin embargo, no son menos los ingresos pactados entre la familia y la persona anciana, encontrando también casos de carácter voluntario y deseado, como el de Carmen López: "Mi hija tenía los niños pequeños no hacían caso y me tenían *achará*⁴⁴. Así que yo sola vine e ingresé en la residencia... estoy más tranquila".

Las noticias difundidas por los medios de comunicación sobre casos de maltrato en geriátricos también contribuyen a propagar una imagen negativa de estas instituciones, pues se tiende a aceptar estos hechos como una generalidad: "Hay mucha psicosis negativa sobre las residencias... Desde las familias, la sociedad y sobre todo los medios de comunicación se está haciendo mucho daño a las residencias. Cualquier noticia que salga como: En Tenerife han cerrado una residencia por maltrato...Cuidado con dar un golpe al residente con una silla de rueda porque nos acusan de maltrato" (Beatriz). Esta imagen mediática justifica el rechazo de los ancianos ante la posibilidad de ingresar en una residencia, llegando a extremos como el de Antonio Pinilla que afirma: "Prefiero morirme en mi casa, aunque sea detrás de una puerta".

No obstante, los temas más controvertidos acerca de la institución geriátrica derivan de los problemas éticos que, para familiares y ancianos, suscita el ingreso en dicha institución generando cuestiones como las siguientes: ¿Sobre quién debe recaer la responsabilidad del cuidado de las personas ancianas? ¿Cuál es el papel de la sociedad y el Estado? ¿Hasta dónde hay que respetar la autonomía de las personas mayores?...

Las exigencias del ritmo de vida acelerado que impone nuestra sociedad actual y las mejoras en la calidad de vida de las personas mayores institucionalizadas sustentan los argumentos que justifican el traspaso a las instituciones geriátricas de las responsabilidades familiares hacia sus mayores. Sin embargo, el deber moral del cuidado de las nuevas generaciones hacia sus antecesores planea en la mayoría de las intervenciones y se traduce en una dejación de responsabilidades, "los motivos del ingreso son de organización familiar versus cierto egoísmo y falta de solidaridad con nuestros mayores" (Maestro 2), y en el repudio ante la idea de ingresar a los allegados en dichas instituciones: "Yo creo que no ingresaría a mis familiares. Incluso si tuviera la posibilidad de dejar el trabajo y cuidar a mis padres, lo haría antes que meterlos (en la residencia)" (Ana Belén).

Sólo se justifican los ingresos de personas mayores cuya degeneración cognitiva y funcional se agravan exigiendo una dedicación y unos medios de atención que pueden resultar

⁴⁴ *Achará* significa, acobardada, atemorizada.

imposible de sobrellevar en el ámbito familiar, no sólo desde el punto de vista material, sino también anímico: “En caso de demencia avanzada no juzgaría porque lo dejaran allí, es que cuando no se puede, no se puede. Esos caso son insufribles en las casas” (Ana Belén). En esas circunstancias de enfermedades gravemente incapacitantes como el Alzheimer, la esclerosis, el Parkinson, etc. se reconoce que no son la falta de cariño o la buena voluntad las que impiden atender al anciano enfermo, sino la gravedad de la enfermedad.

La corresponsabilidad del Estado en el cuidado de los ancianos es unánimemente asumida y se entiende dentro de su obligación de distribuir de una manera justa los recursos disponibles. En las respuestas, cuando se percibe al anciano como una carga, no se plantean como inconvenientes para el conjunto de la sociedad los costes económicos que implican mantener los geriátricos, ni la carga sanitaria que supone atender las enfermedades crónicas que suelen acompañar al envejecimiento de la población. En cambio, se valoran las medidas asistenciales y de apoyo familiar en el cuidado del mayor: “Los mecanismos de protección social han acabado, mayoritariamente con este problema (ancianos como una “carga”)... Nuestra responsabilidad está más diluida con nuestros padres por su mayor autonomía (pensión, ayuda a la dependencia...)” (Maestro 2).

En ese sentido, los servicios más valorados por todos los participantes en la investigación son la “Unidad de Estancia Diurna” y “Unidad de Respiro Familiar⁴⁵”, ya que ambos permiten conciliar la vida familiar con cuidados paliativos, a cargo de instituciones, destinados a mejorar la calidad de vida de sus parientes ancianos: “Se llevan lo bueno de la residencia y luego vuelven a casa...y no se sienten abandonados...Y la familia puede desarrollar su actividad laboral” (Beatriz). Se reconoce que, contar con servicios de apoyo familiar en el día a día de su tarea cuidadora, permite mantener al anciano en su entorno y relegar la institucionalización a los casos más necesarios.

Finalmente, el cuidado de ancianos no es un tema ajeno a la crisis económica que nos afecta. Independientemente de la idoneidad de los servicios prestado por los geriátricos, de su utilidad social y familiar, de los aspectos éticos y morales que conllevan la internalización de los mayores, la carencia de recursos económicos que hoy en día aflige a numerosas familias está repercutiendo en la postergación de la llegada de las personas mayores a las instituciones geriátricas. Las pensiones de jubilación y las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia se han convertido en ingresos imprescindibles de los que muchas

⁴⁵ Son servicios que ofrecen las instituciones geriátricas que ofrecen diariamente o de forma temporal, apoyo en el cuidado diario y específico de las personas mayores con incapacidades.

familias no pueden desprenderse: “Se prefiere aguantar a la persona cuidándola y así tener la pensión en casa” (Beatriz). En consecuencia es cada vez más frecuente que ingresen ancianos de edades muy avanzadas y en un estado de salud muy deteriorado, lo que contribuye a afianzar la imagen negativa de los geriátricos: “Actualmente creo que llega la vejez más extrema... En ocho años la diferencia entre los residentes que había y los que hay ahora mismo es abismal... Cuando llegabas al comedor grande te encontrabas cuatro carritos de ruedas y ahora son todos carritos menos dos o tres que van andando” (Laly).

En definitiva, se corrobora la hipótesis de que el ingreso en las instituciones geriátricas se identifica con el abandono familiar y el deterioro físico. Pero queda patente que las opiniones acerca de dichas instituciones se ajustan al momento histórico que nos acontece y están mediadas no solo por su funcionalidad y por su utilidad social, sino también por los valores que priman en nuestra cultura y por circunstancias materiales variables como la solvencia económica de las familias.

C.- IMAGEN SOCIAL: GANANCIAS Y PÉRDIDAS

La imagen que del envejecimiento se tiene en la sociedad en la que se vive afecta a la forma en la que cada persona envejece y a cómo se vive esa fase de su vida. Es decir, una persona puede sentirse envejecer en función de las creencias culturales que se tengan acerca del envejecimiento y de la actitud que el grupo adopte frente a él. La imagen social de la vejez se convierte de este modo en un elemento de análisis imprescindible para esta investigación.

Atendiendo al marco teórico que sustenta el trabajo, he intentado analizar los datos obtenidos relacionados con la imagen social en función de las ganancias y pérdidas que se le atribuyen a la vejez. Sin embargo, a diferencia de la teoría, en la práctica los aspectos se han mostrado ambivalentes, con una cara y una cruz. De manera que las ganancias y las pérdidas han confluído en el camino.

C.1.- Ganancias

Aunque se aprecia la vejez porque implica una vida larga, “es un orgullo cumplir años, una cosa buena porque es señal de que se ha vivido” (Rosarito Páez), los testimonios valoran positivamente a una persona mayor dependiendo en gran medida de lo joven que aparente ser, “Mi madre monta en bicicleta, va a la piscina cubierta... y yo no la veo anciana, para mi es mayor pero no anciana” (Ana Belén). Esta juventud se traduce en la capacidad para mantener una vida activa y útil. Hoy en día, el tiempo libre del que disponen las personas mayores es un valor

ampliamente reconocido: "Lo que más me agrada (de la vejez) es la filosofía de disfrutar y aprovechar el tiempo que queda" (Maestro 3).

Las posibilidades de participación en actividades de ocio durante la vejez son tan amplias y enriquecedoras como en la etapa adulta y la independencia funcional del mayor determinará su capacidad de participar en las mismas. La Teoría de la actividad predice que la satisfacción de los mayores estará positivamente relacionada con el número de actividades en que participen. Sin embargo, más que la cantidad, considero determinante el grado de complacencia que se alcanza con las actividades desarrolladas. Así lo manifiestan las personas mayores entrevistadas quienes señalan como aficiones favoritas ver la televisión, visitar a amigos y familiares, caminar o disfrutar de la rutina de la vida diaria. Por tanto, un patrón de vida bastante predecible también puede proporcionar satisfacción y bienestar.

En consonancia con una imagen de vejez activa, el CEPER, junto a los estudios propios de un centro de enseñanza, oferta un conjunto de actividades extraescolares amplias y enriquecedoras: viajes, días de convivencia con alumnado de otros CEPER, comparsas de carnaval, coro del centro, talleres de informática... Además, pueden complementar esta agenda con propuestas del Centro de la Mujer y del Hogar del Pensionista, donde muchos mayores suelen reunirse con conocidos para hacer gimnasia, bailar, jugar a juegos de mesa o, simplemente, pasar el tiempo en compañía. Con este estilo de vida más activo, estos ancianos y ancianas se adaptan a los nuevos tiempos donde la cultura impone cambios a los patrones tradicionales de ocio que habrían relegado a las mujeres al hogar y a los hombres al bar. Este logro infunde satisfacción personal y reconocimiento social.

Las actividades de la Sala Ocupacional del Hospital de San Sebastián están enfocadas hacia la rehabilitación, la prevención y los cuidados paliativos de los procesos degenerativos tanto físicos como psíquicos del envejecimiento patológico. Esta línea más terapéutica, que exige poca implicación emocional y dinamismo, está en consonancia con una vejez pasiva, pero no con una vejez más independiente. Pienso que ésta podría ser una de las causas que justifica en los residentes entrevistados una falta de motivación hacia esas propuestas. Más éxitos tienen otras actividades como jugar al bingo, ver películas o salir a tomar café.

Afin con el tiempo libre, otro aspecto muy bien valorado es el cultivo de las relaciones personales. En este sentido, ambos grupos de ancianos muestran deseos de afianzar los vínculos con sus familiares próximos a través de las visitas y de la ayuda informal, que les permite reforzar su sentido de utilidad. Llevar a los nietos al colegio; comprar el pan o recoger la cocina son actividades con las que se muestran válidos para sus familiares. También he

encontrado casos como el de Carmen López que nos habla de un abandono consentido de las actividades que anteriormente formaban parte del patrón normal de su vida diaria: “Yo de joven era una sonaja... Pero ahora no. Me dicen a ir a tomar café y digo que no; me dicen de ir a cine y vuelvo a decir que no. Pero porque lo he elegido yo, porque no tengo ganas”.

¿Podríamos argumentar en esa actitud una desvinculación o desconexión inevitable que, como señalan Cumming y Henry, acompaña al envejecimiento? Considero que ese comportamiento no significa una tendencia hacia el aislamiento defendido por esos autores. En el trabajo de campo llevado a cabo en el Hospital de San Sebastián y en el CEPER Al-Sadif de Palma del Río, no he observado que la desconexión de los lazos entre el individuo y la sociedad sea un proceso normal y universal en la vejez. Sencillamente he encontrado personas que aspiran a llevar una vida tranquila y alcanzar un merecido descanso por todo el esfuerzo y trabajo realizado.

Las relaciones interpersonales van más allá del ámbito familiar y se hacen extensivas a otros contextos: “Pienso que la compañía y las relaciones son siempre satisfactorias y producen bienestar” (Maestra 1). Como en cualquier edad, se reconoce la importancia de mantener dichas relaciones porque nos permiten constatar que valemos para los demás y nos aferran a la realidad. No obstante, en el proceso de socialización hay una clara diferencia entre los ancianos institucionalizados y los independientes. Mientras que el grupo de ancianos del CEPER disfruta de sus interacciones con un amplio número de personas ajenas a su círculo habitual de familiares y vecinos, el grupo institucionalizado se muestra más propenso a reducir los contactos sociales.

En la escuela de adultos se establecen relaciones caracterizadas por buenos vínculos y sentimientos de pertenencia al grupo; en cambio, en el hospital San Sebastián son más vagas e imprecisas. Incluso el grupo de profesionales afirma que: “Algunos se llevan a matar” (Carmen Luisa); “El afecto entre ellos es muy falso. Se muere un compañero y se quedan igual” (Laly). ¿Cuál puede ser la causa de la pobreza de las relaciones en estos ancianos y ancianas? Una causa destacada es que en el centro geriátrico se imponen relaciones interpersonales de forma ajena a la propia voluntad. Así sucede con la elección de los compañeros de cuarto, en cuya designación, salvo en el caso de los matrimonios, los residentes carecen de posibilidades de intervenir. Estas circunstancias obstaculizan la cohesión interpersonal que deviene del compartir libremente emociones, sentimientos y experiencias. En consecuencia, el hospital geriátrico se nos presenta como un contexto menos propicio para el intercambio social.

Finalmente, para el profesorado y alumnado del CEPER el aprendizaje en la vejez se enmarca dentro de las ideas gananciales de la vejez. La actitud hacia el aprendizaje en la vejez es muy buena: “Es una actividad que le permite (a la persona mayor) dar respuesta a las inquietudes. Así como algo necesario que le va a permitir estar más satisfecho consigo mismo” (Maestro 4). Sus palabras destacan el valor que conceden al aprendizaje para el desarrollo personal, pues ayuda a sentirse bien con uno mismo y a adaptarse mejor a los cambios de la vida. La edad no es obstáculo para aprender, únicamente limita la rapidez o las condiciones del aprendizaje, no lo impiden. Es más, consideran que la experiencia acumulada compensa las posibles pérdidas asociadas a la edad: “Se podrá ser más lento o lenta en la vejez, pero el gran patrimonio que es la experiencia equilibra la balanza” (Maestra 4).

Junto a este discurso optimista respecto al aprendizaje en la vejez, los entrevistados en el Hospital de San Sebastián alternan otro más pesimista centrado en las dificultades del rendimiento cognitivo asociado al envejecimiento patológico que predomina en esta institución: “[El aprendizaje] es más lento y dificultoso” (Fisioterapeuta 2); “Si no están dañadas sus funciones cognitivas y [no muestran] poco interés, puede ser satisfactorio” (Doctora). Consecuentemente, puedo afirmar que la visión social de la vejez está mediatizada no sólo por aspectos culturales y sociales, sino también por las propias experiencias individuales.

C.2.- Pérdidas

El temor a envejecer, sentimiento esgrimido de forma unánime por el grupo de profesionales, contribuye de manera decisiva a desplazar la imagen social de la vejez hacia el terreno de las pérdidas. Ese recelo se fundamenta en la situación vulnerable de los ancianos frente al deterioro físico y mental. Y, como denuncia de los riesgos de esa situación, el discurso deriva hacia el tema de la dignidad de cada individuo, a su valor como ser humano que concierne a la integridad física, a la salud, y a la existencia como persona (libertad, prestigio personal). Los entrevistados perciben que la vulnerabilidad de la dignidad deriva de las situaciones de sufrimiento que la pérdida de salud y autonomía personal infringe en los ancianos.

El sufrimiento que nos describen va más allá del dolor físico y psicológico y hace referencia también a la precariedad y la fragilidad del ser humano, a unas condiciones mínimas de existencia, a la integridad y al derecho a ser tratado con respeto. En este sentido, el filósofo estadounidense y catedrático de derecho constitucional, Ronald Dworkin, propone un concepto

restringido de dignidad como “derecho a no sufrir la indignidad, a no ser tratado de manera que en sus culturas o comunidades se entiende como muestra de carencia de respeto”.⁴⁶

El sentimiento principal que, de manera unánime, aflora ante esta situación de amenaza de la integridad es el de la aversión y rechazo hacia el sufrimiento y, por ende, el rechazo a la vejez. Para los profesionales del cuidado de mayores, el estrés de sufrir con y por la persona anciana despierta temores propios y subjetivos unidos a sentimientos de evasión: “(el trabajo) te cambia la visión de la vida. Yo lo que digo es que hay que correr y pasárselo bien... Porque el tiempo pasa y tenemos casos de ingresos (con demencias) cada vez más jóvenes” (Ana Belén). Me remito a la opinión del filósofo e intelectual canadiense Charles Taylor para explicar las causas de estas sensaciones: “la importancia que damos al hecho de evitar el sufrimiento (...) parece exclusivo de las civilizaciones más avanzadas [y] la noción de que debemos reducir el sufrimiento al mínimo es parte integral de lo que hoy significa para nosotros el respeto”.⁴⁷

El temor a la soledad es otro factor destacado en el desgaste de la imagen de la vejez. En ambos grupos de ancianos, independientes e institucionalizados, la muerte del cónyuge suele ser el principal hecho desencadenante del sentimiento de soledad. Mayoritariamente se muestran resignados con la situación que les ha tocado vivir y señalan que, en el devenir diario, es el anochecer el momento más propenso para sufrir la soledad: “De día andaba para arriba para abajo, pero al llegar la noche cerraba la puerta y estaba solo” (Serafín Rodríguez).

Pero como aclara María Solano: “La soledad dura lo que se ponga una”. Es decir, el sentimiento de soledad es subjetivo y lo que establece una diferencia es la actitud y recursos que se utilizan para intentar prevenir o paliar la soledad. Mayoritariamente los ancianos institucionalizados tienden a la resignación y a vivenciar las pérdidas como algo que no va a recuperarse o compensarse. En cambio, el grupo de ancianos independientes pone en juego otras estrategias que, como hemos descrito, incluyen mayor actividad con la que evitar sentimientos negativos como la inutilidad, el estorbo o la dependencia que pueden conducir a la soledad.

Salir de casa e ir al Centro de Educación Permanente o el Hogar del Pensionista contribuye a superar las crisis anímicas porque en estos espacios no solo aprenden y se enriquecen personalmente, sino que también comparten con compañeros e iguales momentos de ocio y actividades que les satisfacen. Concretamente Josefa Soriano encuentra en la escuela una salida a la desolación emocional que ha supuesto la pérdida de su única hija: “Se ha muerto

⁴⁶ Dworkin, Ronald: *Dominio de la vida*. Ariel, Barcelona, 1994. Página 305.

⁴⁷ Taylor, Charles: *Las fuentes del yo. La construcción de la identidad moderna*. Paidós, Barcelona, 1996. Página 27.

con 47 años, me ha derrumbado por completo... Me vengo (al CEPER) porque digo, algo tengo que hacer y salir de estas cuatro paredes". También el hogar genera un cúmulo de actividades (las tareas domésticas, ver sus programas favoritos de televisión, salir a hacer la compra...) que utilizan los mayores independientes como soluciones a la soledad. La carencia de esos importantes ámbitos de autonomía y desarrollo personal repercute negativamente en los ancianos institucionalizados.

Junto a los medios personales descritos, el amparo y cariño de la familia se erige en el recurso extrínseco clave que persuade y aleja el sentimiento de soledad. La ausencia del apoyo familiar desencadena sentimientos de desamparo que pueden generar desilusión por la propia existencia y una falta de motivos para seguir viviendo. Según las auxiliares de geriatría la frase más oída en el geriátrico es: "Yo quiero morirme; para qué vivir tanto" (Carmen Luisa).

En definitiva, cómo envejecemos determinará las distintas concepciones sociales acerca de la vejez. Y, aunque ese imaginario se materializa con notables diferencias individuales, hay una tendencia a generalizar los juicios en torno a dos polos opuestos: las pérdidas y las ganancias. Las dificultades en la vejez asociadas al deterioro y la pérdida de autonomía se describen desde la subjetividad con términos como pesimismo, aislamiento, desapego, soledad, abandono... En cambio, la percepción de una senectud exitosa aglutina las imágenes sociales del envejecimiento en clave de ganancias. La calidad de vida es el concepto que sintetiza esa visión de una vejez satisfactoria caracterizada por llegar a las etapas finales de la vida en las mejores condiciones posibles desde los puntos de vista funcional, mental y social.

D.- IDENTIDAD PERSONAL Y SOCIAL

De acuerdo a los supuestos de Tajfel y Turner recogidos en el marco teórico, La identificación con los demás compone la identidad social y compartida, mientras que la diferenciación con los otros, lo que nos hace únicos, constituye la identidad personal. En el plano individual, la satisfacción personal es el atributo más relevante de la identidad en los ancianos entrevistados, siendo la autonomía y la autoestima dos de sus elementos definitorios. En el plano social, el elemento que en esta investigación se ha revelado como un factor importante en la construcción de la propia identidad es el lugar, porque "por medio de la identificación simbólica, la persona y el grupo se reconocen en el entorno, y mediante procesos de categorización del yo

–en el sentido de Turner (1990)-, las personas y los grupos se autoatribuyen las cualidades del entorno como definitorias de su identidad”.⁴⁸

D.1.- Identidad Personal

En los datos obtenidos se ha relacionado directamente a la identidad personal, entendida como la conciencia de ser uno mismo, con el grado de satisfacción vital. Y los principales factores que los entrevistados consideran que inciden en dicha satisfacción personal son la salud, la autonomía, la autoestima, el cariño de los demás y el sustento económico.

Con respecto al estado de salud hay que señalar que no está exclusivamente determinado por una dimensión biológica. Hemos de contar con otra dimensión emocional, de valoración personal, que afecta a la identidad en función de la evaluación positiva o negativa del propio estado de salud. Beatriz, trabajadora social, lo explica en estos términos: “Pierden su identidad de una manera inconsciente y entre todos les ayudamos. Si están más flojos y no quieren andar, nada, una sillita de rueda y olvidamos andar. Si fuera una persona más joven se le obligaría a andar, pero como es mayor...”. Sin duda, concebirse viejo o joven, sentirse capaz o incapaz, va a incidir en los juicios que emitimos acerca de la autonomía e independencia personal: “Me siento bien con mi vida al sentirme bien de salud y yo defenderme. Yo tengo 83 años, yo ando, voy bien, no necesito a nadie que me apoye en ninguna cosa, yo me encuentro perfectamente” (Manuel Sabariego).

Otro de los marcadores que distingue a la vejez independiente es el uso y administración del dinero propio: “Tengo mi paga, no me falta de *na*” (Carmen Sánchez). La importancia de poseer ingresos económicos queda reflejada explícitamente en la entrevista realizada a Rosarito Páez, residente del geriátrico, quien confesó que sus hermanos la maltrataban porque “lo que querían era hacerse dueños de mi paguita y dueños de mis bienes. Poquito era, pero lo querían”. En este sentido, las políticas sociales han contribuido de una manera decisiva a la construcción de una identidad más autónoma en la vejez.

La salud y la autonomía confluyen en el fomento de la autoestima, entendida como lo que cada uno piensa y siente sobre sí mismo, sobre sus capacidades y valía personal. El respeto y la consideración positiva hacia uno mismo permite a la persona mayor sentirse a gusto con la vida y afrontar la adversidad. Los experimentos del psicólogo clínico Richard Stanley Lazarus han demostrado que las valoraciones e interpretaciones de las situaciones influyen

⁴⁸ Vidal Morante, Tomeu: “La apropiación del espacio: una propuesta teórica para comprender la vinculación entre las personas y los lugares”. Anuario de Psicología, 2005, vol. 36. Página 287.

decisivamente en la emoción experimentada y en los mecanismos de afrontamiento⁴⁹ que utilizan las personas ante escenarios que entienden les amenazan o les desafían.

Para adaptarse y acomodarse a los desafíos de esta etapa final, los ancianos del CEPER han desplegado un variado conjunto de estrategias de afrontamiento entre las que destacan la aceptación a las transformaciones derivadas del paso del tiempo, reinterpretar positivamente el significado de las situaciones conflictivas, el humor, distraerse y mantenerse activos. Esta actitud también es compartida por los ancianos institucionalizados más optimistas, quienes se caracterizan por desarrollar conductas más activas, no perder la noción de realidad, tener ilusiones por lo cotidiano, mantener relaciones sociales y proponerse objetivos realistas: "Participo en las actividades de la residencia, voy a la sala de trabajos manuales... a los juegos, al cine. Pongo toda la voluntad que puedo" (Dolores Luque).

En el polo opuesto, encontramos actitudes pasivas que median negativamente en los sentimientos: "No tengo ilusión. Muchas noches me pregunto -¿Yo qué hago aquí en esta vida?-" (Rafael Durán). La inactividad y el pesimismo son mecanismos de afrontamiento que incrementan los miedos y ansiedades ante los cambios y pérdidas, dando lugar a una personalidad más triste y a un estado de mayor dependencia que el mostrado por las personas más dinámicas: "Muchas personas no se hacen activas porque no quieren. Se quedan acorrajadas...Yo no me acorrajo por decir que tengo una edad ni me acobardo tampoco... Siempre *palante* sin acobardarse" (Manuel Sabariego).

Finalmente, no podemos obviar que la identidad se construye en interacción con otros. En este sentido, como se ha anticipado en el apartado acerca de la imagen social de la vejez, los testimonios muestran la influencia de los vínculos afectivos para el reconocimiento y valorización de la propia individualidad. Mantener buenas relaciones familiares da seguridad y estabilidad emocional y va a ejercer efectos beneficiosos para la autoestima. En cambio, la ausencia o mala calidad de esos apoyos sociales puede afectar negativamente al autoconcepto: "Nos ven como un estorbo y una carga. Yo le he ofrecido a mi hija, que está separada, mi casa y mi pensión, pero no ha aceptado... molestamos en cualquier sitio" (Antonio Funes). E incluso incide en el deseo de seguir viviendo: "Algunas veces he llorado mucho en mi habitación porque me encuentro solo y echo de menos a mis sobrinas...Yo lo que quiero realmente es morirme y acabar ya." (Rafael Durán).

⁴⁹ El psicólogo Richard Stanley Lazarus y la doctora Susan Folkman definen el afrontamiento como "aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo". Lazarus, R.S. y Folkman, S.: *Estrés y procesos cognitivos*, 1984, Barcelona: Martínez Roca. Página 141.

D.2.- Identidad Social

Más allá del papel funcional, encontramos que el espacio, al cargarse de significados, desarrolla un rol fundamental en los procesos de identidad. ¿Cómo se construye ese sentido? Según Vidal Morante, “El significado puede derivar de las características físico-estructurales, de la funcionalidad ligada a las prácticas sociales que en éstos se desarrollan o de las interacciones simbólicas entre los sujetos que ocupan dicho espacio⁵⁰”.

En el caso del Hospital de San Sebastián, aunque el ingreso produce mejoras en los niveles de cuidado del anciano y de calidad del entorno, la identidad se ve afectada negativamente por dos causas ligadas al espacio y que, recurriendo al marco teórico, pueden ser explicadas desde la teoría de Goffman acerca de la “Institución Total” y desde la “Indefensión aprendida” de Martin Seligman.

“Una institución total puede definirse como un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente⁵¹. En la institución geriátrica los residentes están sometidos a reglas estrictas que cumplir. Las actividades diarias están programadas, se imponen desde la organización y, a través de los profesionales, se asegura su cumplimentación. Todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar, con el mismo grupo de personas a quienes se les da el mismo trato. No hay intimidad porque la institución siempre está presente. Esta situación reductora del control de la propia vida, se ve incrementada por un proceso de infantilización que construye al mayor como niño, como “incapaz”: “Terminamos tratándolos como niños. Los hacemos infantiles... Claro que eres conscientes, los proteges y les hablas como niños” (Laly).

La pérdida del poder de decisión sobre lo relativo al cuidado personal (como el día o la hora de baño, de acostarse o de ir a comer) y la percepción de uno mismo como un sujeto “no capaz” puede fomentar la “indefensión aprendida⁵², que es la condición psicológica en la que una persona aprende a creer que no tiene ningún control sobre la situación en la que está

⁵⁰ Vidal Morante, Tomeu: “La apropiación del espacio: una propuesta teórica para comprender la vinculación entre las personas y los lugares”. Anuario de Psicología, 2005, vol. 36. Página 286.

⁵¹ Goffman, E: *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu Editores, Buenos Aires, 2ª edición 1972, página 13.

⁵² Seligman descubrió que, tras someter a un animal a descargas eléctricas sin posibilidad de escapar de ellas, dicho animal no emitía ya ninguna respuesta evasiva aunque, por ejemplo, la jaula hubiese quedado abierta. En otras palabras, había aprendido a sentirse indefenso y a no luchar contra ello. La consecuencia más directa del proceso es la inacción o pérdida de toda respuesta de afrontamiento. Este es el principio de su Teoría de la Indefensión Aprendida.

inmerso y que cualquier cosa que intente para salir de ella será inútil: "Supongo que sí, que terminan creyéndose que son más inútiles" (Laly); "Se vuelven más cómodos y nosotros los hacemos más inútiles" (Beatriz). El convencimiento de la imposibilidad de hacer algo para cambiar sus vidas tiene como resultado una conducta pasiva sobre los acontecimientos vitales: "¡Qué voy a hacer! Es lo que me ha tocado vivir" (Rafael Durán).

Tanto los procesos de "Institución Total" como de "Indefensión aprendida" hacen decaer el sentimiento de satisfacción consigo mismo y la capacidad de alegrarse: "Yo creo que tengo un poco de depresión" (Serafín Rodríguez). Esta tristeza se materializa frecuentemente en expresiones que hacen referencia al proceso de envejecimiento físico y psico-social: "La vejez lo cambia todo" (Serafín Rodríguez); "Estoy pasando mucho por el dolor en las piernas...no tengo ilusión" (Rafael Durán). Otro efecto es la reclusión en el pasado; en las entrevistas estos ancianos tienden a centrarse en antiguas vivencias y se muestran indiferentes o menos satisfechos con las presentes.

No obstante, en el Hospital de San Sebastián se dan estrategias que contribuyen a la construcción positiva de la identidad. La personalización de los sitios con el uso de pertenencias u objetos familiares permite al interno la construcción de un lugar propio de intimidad y privacidad: "Hay quien toma la residencia como su casa" (Beatriz). "Se nota en las habitaciones de los ancianos que llevan mucho tiempo, por ejemplo Facundo y Gabriela, que son más acogedoras. Están llenas de fotos, de muñecos, de sus cosas. Su habitación es su casa" (Carmen Luisa). "Han vuelto a crear su identidad allí dentro" (Beatriz). El hogar sintetiza la vida de las personas, simboliza el espacio de abrigo y protección; el ingreso en la institución geriátrica desestabiliza la propia identidad cuando se interpreta como una pérdida de ese sitio de referencia cognitiva y emocional. Recuperarlo, reinventarlo en la institución geriátrica va a tener como resultado la apropiación⁵³ e identificación positiva del lugar, lo que favorece la autoestima y satisfacción.

Finalmente, he de señalar que junto al hogar, el Centro de Educación Permanente se describe como otro entorno en el que los ancianos experimentan un fuerte sentido de identificación positiva. Pertenecer a ese lugar les hace sentir satisfechos tanto con las actividades, proyectos y acciones que en él se desarrollan, como con el grupo de iguales

⁵³ "La apropiación" no es solo un proceso de la persona hacia el espacio, sino que lo es también del espacio hacia la persona. Del mismo modo que transformamos el espacio a nuestra imagen y refleja nuestra identidad y estilo de vida, esta misma organización del espacio nos liga a nuestras formas de ser y de hacer. Es decir, nos fija, dificulta la transformación, dificulta el cambio de los sujetos vinculados a un espacio". E.Pol (1996) *La apropiación del espacio*. En Iñiguez L. y Pol E. (Coord): *Cognición, representación y apropiación del espacio*. Barcelona, Publicacions Universitat de Barcelona, Monografies Psico/Socio/Ambientals n^o 9. Pàgina 10

asociado a ese contexto, con quienes se sienten gratamente identificados. Por ello, pienso que la adscripción y pertenencia a un lugar incide en nuestro autoconcepto de manera positiva o negativa, dependiendo del grado de aceptación o rechazo que sentimos hacia el mismo.

D.- ESTEREOTIPOS, ESTIGMAS Y TABÚES SOBRE LA VEJEZ

Frente a la opinión racional, basada en hechos, en los distintos discursos de los participantes de esta investigación hay una tendencia generalizada a definir la vejez desde la opinión legítima basada en mitos. Si la dualidad mítica clásica oponía una vejez depositaria de la sabiduría y bondad a una vejez viciosa y decrepita, las explicaciones recopiladas en este trabajo establecen dos grupos en base a la actividad y el éxito en clave de juventud.

Un primer conjunto está integrado por quienes aún siendo viejos no se asocian a ese colectivo por mantener la salud mental y física y llevar una vida autónoma y activa. Es un perfil de envejecimiento activo y satisfactorio, libre de dependencia y problemas importantes de salud, con una buena satisfacción vital, autoestima y apoyo social. Esos conceptos están vinculados a la exaltación mítica de la juventud eterna que impera en nuestra sociedad. Se integra en este colectivo a los ancianos del CEPER.

Un segundo grupo, que sí es catalogado como vejez, recoge lo peor que conlleva este concepto: decrepitud, enfermedad, soledad... La inactividad física, la pérdida de la autonomía e independencia constituyen sus atributos más característicos. En este caso, la vejez se aleja del hecho natural relacionado con el paso del tiempo que produce cambios en los seres humanos y se circunscribe en lo que podemos denominar envejecimiento patológico o senilidad. La vejez institucionalizada se convierte en un exponente de esta perspectiva.

Este discurso del sentido común genera prejuicios asociados a la vejez que actúa como se espera que procedan las *personas viejas*. Los mitos sobre esa vejez se fundamentan en el declive mental y físico y, cuando asociamos vejez al estereotipo de senilidad, inconscientemente acabamos rechazando tanto al proceso de envejecimiento como a las personas que son portadoras de él. La percepción social y la autopercepción de esa vejez deteriorada se convierte en un estigma al desacreditar a la persona y reducirla a un ser desvalorizado. Por ello, aunque se acepta socialmente la pertenencia al grupo de personas viejas en contraposición con el grupo de jóvenes, la vejez exitosa tiende a alejarse de los atributos desacreditadores asociados a la vejez dependiente: "Yo tengo 83 años y no me encuentro mayor porque tengo el ánimo con ganas de vivir, con ganas de hacer cosas, andar, aprender" (María Solano).

Esa visión centrada en las limitaciones biológicas, psíquicas, sociales no es contrarrestada de manera acertada con informaciones objetivas y científicas sobre las capacidades de la persona mayor. Por ello, los estereotipos que contribuyen a afianzar la idea de que este grupo no puede acrecentar su potencial, pueden inducir el proceso de acomodación denominado "profecía de autocumplimiento" por el que los ancianos asumen esos límites estereotipantes y se adaptan a lo que se supone que se espera de ellos como persona mayor.

Las actitudes gerontofóbicas que he descrito son fomentadas por continuos mensajes con los que los medios de comunicación nos alientan a no envejecer (cremas antiarrugas, cirugía plástica, bótox...). En este sentido, la exclusión de la vejez no se debe a la edad, sino al culto que nuestra sociedad profesa a la juventud. Este paradigma, que sitúa a la persona en el ámbito de lo marginal por el mero hecho de ser vieja (ageismo o viejismo), contribuye a la pérdida de identidad del anciano incrementando la conciencia de ser un estorbo.

Precisamente, uno de los miedos más aterradores descrito por el grupo de profesionales entrevistados es la posibilidad futura de convertirse en una molestia, en una carga que otros tendrán que soportar. También para el grupo de ancianos saberse un estorbo provoca reacciones negativas, "Las personas mayores estorbamos a todos, nietos, nueras, hijos. Somos un estorbo. Y no solo que lo piense, es que lo he vivido" (Dolores Luque). Se suman sentimientos de resignación, "Por lo menos estamos recogidos" (Serafín Rodríguez), o el deseo de automarginación cuando su condición pueda impedir que sus familiares gocen de plena libertad y autonomía: "Como yo vea que me pongo muy torpe y que le voy a dar a mis hijos mucho que hacer, yo sí estoy capacitada para irme a un sitio de esos (geriátrico)" (Carmen Sánchez).

Al viejismo los ancianos del Hospital de San Sebastián han de añadir los prejuicios acerca de la "institucionalización". El geriátrico es una institución estigmatizada negativamente al interpretarse que quienes allí residen son mayores abandonados, sin apoyo familiar, débiles, sin poder de decisión, lo que les sumerge en una categoría de subordinados. El espacio se desvaloriza y con ello a quienes lo ocupan.

La complejidad del tema de investigación es evidente porque las significaciones no son unívocas y no puedo reducirlas a una tipificación de elementos opuestos, como implica la visión estereotipante. Sin duda, el comportamiento y actitud de los residentes puede oscilar entre aceptar el estigma o deconstruir esa imagen superando los prejuicios hacia la vejez institucionalizada y percibiéndose como una persona plena.

Finalmente, el análisis de los estereotipos ha revelado a la muerte como un tema tabú del que muy extrañamente se habla. Aunque se asocia directamente la vejez a la muerte, “Trabajamos en un ambiente donde el futuro es la muerte” (Ana Belén), ¿cómo interpretar el hecho de que mayoritariamente las personas entrevistadas hayan compartido una actitud de negación u ocultación de este asunto? Al respecto, el historiador francés, Philippe Ariès, nos explica que las concepciones acerca de la muerte son un producto cultural, de manera que no hay una lógica universal del morir y en cada época y en cada sociedad se muere de manera diferente: “Cada sociedad tiene la muerte en la que cree⁵⁴”, y debido a la exaltación y glorificación que el mundo Occidental hace del cuerpo, de la salud y de la juventud, nuestra sociedad “...ha decidido de una vez por todas, que la muerte no es su asunto”.⁵⁵

En definitiva, las culturas construyen diferentes representaciones y significados acerca del final de la vida al que se enfrentan con felicidad, tristeza, indiferencia, desprecio... Nuestro mundo occidental lo vivencia con miedo y de soslayo, transformando un hecho común y natural en un tema prohibido. El privarnos de una adecuada reflexión sobre la muerte nos obliga a enfrentarnos a ella en silencio, indefensos, solos y asustados por falta de modelos a imitar y por carecer “del necesario aprendizaje social que nos debería modelar para poder afrontar nuestro final”.⁵⁶

⁵⁴ Ariès, P.: *El hombre ante la muerte*. Ed. Taurus. Madrid, 1987. Página 55.

⁵⁵ *Idem*, página 55

⁵⁶ Gala León, F.J.; J. M. González Infante; C. Guillén Gestoso; M. Lupiani Jiménez; R. Raja Hernández; I. Sánchez y M^a C. Villaverde Gutiérrez. “Actitudes ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual”. *Cuadernos de Medicina Forense*, N^o 30, Octubre 2002. E.U. de Ciencias de la Salud (UCA). Página 33.

6º.- CONCLUSIONES

La frase de Jonathan Swift, "Todos los seres humanos desean tener una vida larga, pero nadie quiere ser viejo"⁵⁷, inauguraba el recorrido de este trabajo porque parecía aglutinar el sentir general acerca de la vejez y porque invitaba a cuestionarnos nuestras interpretaciones sobre el tema. Un primer objetivo trataba de discernir cuándo se entiende que una persona comienza a ser vieja. Independientemente del grupo sociodemográfico al que se pertenece, y acorde con la primera hipótesis elaborada, las concepciones implícitas del umbral de la vejez se han revelado como una convención social ampliamente compartida que desplaza su ingreso a edades avanzadas, asociadas a la escasa actividad y la pérdida de autonomía personal.

Una segunda hipótesis apuntaba a la concepción de las instituciones geriátricas como espacios de segregación y a su identificación con el abandono familiar y el deterioro físico. Efectivamente los espacios se han descubierto como marcadores de la vejez. Los Centros de Educación Permanente y el Hogar del Pensionista, entre otros centros en torno a los que se organizan las personas mayores, sitúan en el espacio público a la vejez y le dan visibilidad como un grupo de individuos activos que poseen y desarrollan capacidades. Los geriátricos, en cambio, son lugares aislados de la vida social que circunscriben a la persona en el ámbito de lo privado y personal y, desde una óptica asilar, la construyen como objeto de cuidado. Y, aunque se reconoce su valor social, la atención en los geriátricos busca satisfacer las necesidades básicas (higiene, alimentación, medicación) y se olvida de que el ser humano tiene otras necesidades sociales, de autoestima y de realización, que precisan el mismo cuidado que las primeras para alcanzar una calidad de vida aceptable, digna y feliz.

Las hipótesis tercera y cuarta acerca de la imagen social de la vejez establecían que ésta se construye sobre teorías legas que, alejadas del rigor científico, se centran en estereotipos negativos que la interpretan como un periodo de regresión y pérdidas, especialmente en el caso de los ancianos institucionalizados. Así se recoge en el discurso cotidiano que tiende mayoritariamente a interpretar el tema en base a opuestos irreconciliables: vida-muerte; juventud-vejez; actividad-inactividad... La conceptualización del tema en esos términos es reduccionista, enfrenta a una vejez exitosa y saludable con una vejez patológica y etiqueta al anciano como válido y no válido. En ese contexto, la institucionalización concentra los aspectos más negativos relacionados con la vejez (merma de funcionalidad, menoscabo de los apoyos familiares) y se asocia a estados de sufrimiento y sentimientos de soledad.

⁵⁷ Swift Jonathan: *Ideas para sobrevivir a la conjura de los necios*. Barcelona: Península. 2000, p. 42.

También las perspectivas biológica y médica de los discursos científicos dominantes contribuyen a afianzar las actitudes y comportamientos sociales generales ante la imagen de la vejez centrada en sus pérdidas. En este sentido, como apuntaba la hipótesis sexta, la construcción de la identidad de los mayores que se perciben a sí mismos de forma favorable se decanta por establecer claras diferencias individuales con respecto a esa vejez frágil y en declive.

Este conjunto de imaginarios crea nuevos límites en forma de estereotipos que establecen diferencias entre las propias generaciones adultas y desplazan la discriminación hacia “los viejos, viejos”, hacia la vejez como fase final de decadencia y como carga o problema social. Consecuentemente se generan prejuicios como el “viejismo”, que recaen muy especialmente en los ancianos que son objeto de cuidado y protección, como los residentes de los geriátricos, y se forjan mitos acerca de los mayores activos y autónomos que se mantienen jóvenes, bailan, viajan, hacen deporte, viven libremente sus emociones...

Las hipótesis séptima y octava acerca de los estereotipos sobre la vejez institucionalizada se complementan con la visión del ingreso en un geriátrico como un límite artificial que genera ansiedades a sus protagonistas al identificarse con una frontera de paso a la vejez dependiente, frágil, decrepita, sola... y en última instancia, demarca el camino ineludible hacia la muerte.

El anciano institucionalizado tiende a asumir la visión discriminatoria que de él ofrece la sociedad, consumándose en alto grado la profecía del autocumplimiento relacionada con la merma en la percepción del propio sujeto acerca de sus capacidades reales. Esta profecía afecta a la motivación y a la conducta de la persona, de manera que la dependencia no solo estriba en las capacidades del individuo, sino también en las creencias sobre las propias posibilidades. Se da, por tanto, una subordinación entre los comportamientos y lo que se espera socialmente de cada uno (hipótesis quinta).

En definitiva, nunca el ser humano había tenido tan larga vida y próspera vejez. Y sin embargo, ese logro no se percibe como una conquista. Pero, esta interpretación no es concluyente porque el significado de la vejez como construcción social no es nunca definitivo, ni para la sociedad ni para el individuo. Se trata de un concepto dinámico asociado a la cultura que lo define y a la trayectoria vital individual que singulariza a cada persona. Cambiar esa visión pesimista de la vejez es posible. Para ello, necesitamos incrementar la aceptación y defensa positiva de los valores propios y diferenciados de las personas mayores. En ese camino, como otros grupos discriminados, la vejez ha de lograr su visualización y valoración social.

Otra asignatura pendiente es la necesidad de normalizar y aceptar tanto el tema de la muerte, porque "Morir es lógico"⁵⁸, como el de la vejez, porque ambos son parte natural del proceso de envejecimiento que se produce a lo largo de toda nuestra existencia. Una forma de conseguirlo es ponerla en valor en ámbitos reacios a abordarla, como el arte, donde encontramos excepciones tan dignas como el cómic *Arrugas* de Paco Roca (Premio Nacional de Cómic 2008 y mejor película de animación en los premios Goya 2012), que teniendo como fondo la enfermedad de Alzheimer, aborda con honradez, veracidad, humor y ternura el día a día de una residencia geriátrica en la que sus protagonistas, enfrentados a un destino decadente, logran transformarlo en la posibilidad de comenzar una nueva vida.

Otra opción sería superar el estereotipo de vejez patológica. Las enfermedades asociadas a la vejez no son exclusivas de esta etapa vital, muchos son padecimientos crónicos que arrastran desde edades tempranas o adultas; incluso enfermedades como el Alzheimer aparecen en personas menores de 60 años; la temida dependencia existe en cualquier franja de edad y a ningún otro grupo etario se le estigmatiza por ello... Incluso admitiendo que se producen limitaciones físicas, esto no puede ser un impedimento para entender que la vejez es una etapa más de crecimiento personal. Necesitamos estudios que aborden la vejez desde esa perspectiva optimista donde el "yo", su construcción y desarrollo, carezca de edad y donde las nuevas posibilidades de ser y vivir en la vejez nos descubran un importante potencial humano por explorar.

Acorde con ese enfoque, me alejo de la visión negativa y estereotipante que aglutina la frase de Jonathan Swift, "Todos los seres humanos desean tener una vida larga, pero nadie quiere ser viejo", y concluyo con el testimonio de la centenaria premio Nobel de Medicina, Rita Levi-Montalcini⁵⁹, que por su concepción optimista de la vejez como un proceso de continuidad vital y desarrollo personal puede constituir un punto de partida para futuros abordajes del tema: "La vejez es un proyecto de futuro, programa de la propia vida, desde la juventud, en previsión del mañana"⁶⁰. "Sólo oigo con audífono y veo poco, pero el cerebro sigue funcionando. Mejor que nunca. Acumulas experiencias y aprendes a descartar lo que no sirve... Gozamos de gran plasticidad neuronal: aunque mueran neuronas, las restantes se reorganizan para mantener las

⁵⁸ Mora Miguel: "Cuando ya no pueda pensar, quiero que me ayuden a morir con dignidad". El País. 18 de abril de 2009. http://sociedad.elpais.com/sociedad/2009/04/18/actualidad/1240005602_850215.html

⁵⁹ Rita Levi-Montalcini, cumplió 103 años el pasado 22 de abril

⁶⁰ Agencia EFE: "Levi Montalcini dice que "la vejez debe ser un proyecto de futuro"". 22 de abril de 2009. http://www.soitu.es/soitu/2009/04/22/info/1240405300_771436.html

mismas funciones, ¡pero para ello conviene estimularlas!... La clave es mantener curiosidades, empeños, tener pasiones...”⁶¹

7º.- CONVENCIONES

Acorde con la gramática de la lengua española, he utilizado frecuentemente los nombres en masculino con un valor genérico, es decir, referidos a ambos sexos, con la intención de evitar el exceso de redundancias en el uso de pares como los siguientes: “ancianos y ancianas”, “viejos y viejas”, “los participantes y las participante”... Considero que la escritura del texto se vería empobrecida por el empleo indiscriminado de un vocabulario reiterativo y predecible. Pero, para evitar una ocultación desmedida de la mujer en el lenguaje, he sustituido, cuando ha sido posible, el uso del “masculino genérico” por nombres colectivos, como profesorado, o abstractos, como vejez.

⁶¹ Mora Miguel: “Cuando ya no pueda pensar, quiero que me ayuden a morir con dignidad”. El País. 18 de abril de 2009. http://sociedad.elpais.com/sociedad/2009/04/18/actualidad/1240005602_850215.html

6º.- BIBLIOGRAFÍA

Álvarez-Gayou, Juan Luis: *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. Paidós, 2003.

Almagro, A. (2008). "La vida secreta de los objetos. Análisis psicosocial de los imaginarios del consumo". En *Athenea Digital*, 13. [Consultable en línea en <http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/370/396>]

Agencia EFE: "Levi Montalcini dice que "la vejez debe ser un proyecto de futuro"". 22 de abril de 2009. http://www.soitu.es/soitu/2009/04/22/info/1240405300_771436.html

Aries, P.: *El hombre ante la muerte*. Ed. Taurus. Madrid, 1987.

Bandera, Joaquín: "Interacción y elaboración de la identidad en la vejez". *Cuadernos de trabajo social*, N° 3, 1990. Páginas 69-91

Carbajo Vélez, M^a del Carmen: "La historia de la vejez". *Ensayos*, 2008.

Carbajo Vélez, M. Carmen: "Mitos y estereotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante". *Ensayos, Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, N° 24, 2009. Enlace web: <http://www.uclm.es/ab/educacion/ensayos>

De la Serna de Pedro, Inmaculada: *La vejez desconocida: Una mirada desde la biología a la cultura*. Editorial Díaz Santos, 2003.

De los Reyes, María Cristina: "Identidad y exclusión de la vejez en la sociedad globalizada". <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/EXCLU003.pdf>

Delgado, Manuel: "La construcción social de la vejez". *Jano Extra* Abril, 2003. Vol. LXIV N° 1.474. Páginas 12 – 17. <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/64/1474/12/1v64n1474a13046745pdf001.pdf>

Dworkin, Ronald: *Dominio de la vida*. Ariel, Barcelona, 1994.

Gala León, F.J; J. M. González Infante; C. Guillén Gestoso; M. Lupiani Jiménez; R. Raja Hernández; I. Sánchez y M^a C. Villaverde Gutiérrez. "Actitudes ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual". *Cuadernos de Medicina Forense*, N^o 30, Octubre 2002. E.U. de Ciencias de la Salud (UCA).

García Ferrando, Manuel; Ibáñez, Jesús y Avira, Francisco: *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Ciencias Sociales, Alianza Editorial. 3^a Edición.

García González, Francisco: *Vejez, envejecimiento y sociedad en España, siglos XVI-XXI*. Cuenca. Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha. 2005

Goffman, Erving: *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1972.

<http://ddd.uab.cat/pub/papers/02102862n6/02102862n6p198.pdf>

Guillén Sádaba, Encarna: "Vejez, pobreza y algunas alternativas a las residencias de ancianos ante la nueva situación social". *Cuadernos de Trabajo Social* N^o 7 (1994). Ed. universidad Complutense. Madrid, 1994. Páginas 73 a 85

<http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS9494110073A/8459>

Iñiguez L. y Pol E: (Coord): *Cognición, representación y apropiación del espacio*. Barcelona, Publicacions Universitat de Barcelona, Monografies Psico/Socio/Ambientals n^o 9.

Kaufmann, Alicia E. y Frías, Rosario: "Residencias: lo público y lo privado". *Reis: Revista española de investigaciones sociológicas*, N^o 73, 1996 (Ejemplar dedicado a: Sociología de la vejez). Páginas 105-126

Lazarus, R.S. y Folkman, S.: *Estrés y procesos cognitivos*, 1984, Barcelona: Martínez Roca.

León Corona, Benito: "La inseguridad social. ¿Qué es estar protegido?". *Política y Cultura*. Otoño, N^o 26. Universidad Autónoma Metropolitana – Xochimilco. Distrito Federal, Mexico. Páginas 267 – 270.

<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/267/26702614.pdf>

Lucas Vaquero, M^a Victoria: "Compilación de técnicas para una evaluación multidimensional en vejez. Un ejemplo de protocolo de evaluación". 2003

<http://www.ugr.es/~master/master/descargas/LucasVaquero.pdf>

Magaly Martins, Rosane: "La vejez en tiempos de modernidad líquida. Incertidumbres y el temor al envejecimiento". 6^o Congreso Latinoamericano e do Caribe de Gerontologia e Geriatria. Marzo, 2011.

<http://institutoame.blogspot.com/2011/04/la-vejez-en-tiempos-de-modernidad.html>

Martín Serrano, Manuel: *Personas mayores y residencias. Un modelo prospectivo para evaluar las residencias*. Tomo I. Observatorio de Personas Mayores. Madrid: Inst. Migraciones y Servicios Sociales, 2000.

Martínez, Miguel M.: *La investigación cualitativa etnográfica en educación*. Manual teórico-práctico. Editorial Trillas. México, D.F. 2000.

Martínez Rodríguez, Teresa: *La atención gerontológica centrada en la persona. Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia*. Gizartea Hobetuz. Documentos de Bienestar Social. *Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia*. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz, junio 2011

Martínez Rodríguez, Teresa: "Las buenas prácticas en la atención a las personas adultas en situación de dependencia". Madrid, Informes Portal Mayores, N^o 98. 2010.

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/martinez-practicas-01.pdf>

Méndez Gallo, Pablo: "La concepción social de la vejez: entre la sabiduría y la enfermedad". *EKAINA*. Junio, 2007. Páginas 153 – 159.

Montes de Oca, Verónica: "Envejecimiento y modernidad. Impactos demográficos" *Nueva Sociedad* Nº 129. Enero - Febrero 1994. Páginas 132-141.

Mora Miguel: "Cuando ya no pueda pensar, quiero que me ayuden a morir con dignidad". *El País*. 18 de abril de 2009.

http://sociedad.elpais.com/sociedad/2009/04/18/actualidad/1240005602_850215.html

Morse, Janice M ; Bottorff Joan L.: *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Universidad de Antioquía, 2007.

Osorio, Paulina: "Exclusión Generacional: La Tercera Edad". *Revista Mad* Nº 14, Mayo 2006. Departamento de Antropología. Universidad de Chile. Páginas 7 – 12.

<http://www.revistas.uchile.cl/index.php/RMAD/article/viewPDFInterstitial/14206/14515>

Osorio, Paulina: "La longevidad: más allá de la biología. Aspectos socioculturales". *Papeles del CEIC (Centros de Estudios sobre la Identidad Colectiva)*. Universidad del País Vasco. Nº 22. Julio, 2006.

<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=76500603>

Peris Pichastor, Rosana; Agut Nieto, Sonia: "Evolución conceptual de la Identidad social. El retorno de los procesos emocionales." *Revista Electrónica de Motivación y Emoción. REME* Volumen X Diciembre 2007. Nº 26 – 27.

Ramos Esquivel, Júpiter: "Los problemas del conocimiento alrededor del estudio de la vejez". *Revista de Educación y Desarrollo*. Nº 10. Abril-junio de 2009.

Rodríguez Gómez, Gregorio; Gil Flores, Javier; García Jiménez, Eduardo: *Metodología de la evaluación cualitativa*. Ediciones Aljibe, 1996

Rodríguez Rioboo, Francisco: "La vejez y la muerte" *Anales de Psicología*. 1998, vol . 14, Nº 1. Páginas 127-135.

Rodríguez Riobóo, Francisco: "Hacer la vejez". *Cuadernos de trabajo social*, N^o 11. Ed Universidad Complutense. Madrid 1998. Páginas 31-44

Sánchez Palacios, Concepción: *Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas*. Tesis Doctoral. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad de Málaga, 2004.

<http://www.biblioteca.uma.es/bldoc/tesisuma/16704046.pdf>

Scandroglio, Bárbara; López Martínez, Jorge S. y San José Sebastián, M^a Carmen: "La Teoría de la Identidad Social: una síntesis crítica de sus fundamentos, evidencias y controversias". *Psicothema* 2008. Vol. 20, N^o 1. Páginas 80-89.

Serra, E.: "El envejecimiento como proceso." *Revista de Psicología de la Educación*, 2(4), 1990. Páginas 7-13.

Swift Jonathan: *Ideas para sobrevivir a la conjura de los necios*. Barcelona: Península. 2000.

Tajfel, H.: *Human groups and social categories*. Cambridge: Cambridge University Press. 1981 (Versión española Tajfel, H. [1984]. *Grupos humanos y categorías Sociales*. Barcelona: Herder).

Tarditi, Liliana y Yuni, José: "La dimensión cognitiva en la atención de mayores y la calidad de vida institucional". Primer Encuentro Nacional Sobre Calidad de Vida en la Tercera Edad. Ponencia publicada por el Equipo NAYa, Universidad de Buenos Aires. 30 de septiembre / 1 de Octubre 1999

http://www.naya.org.ar/congresos/contenido/3ra_edad/1/7.htm

Taylor, Charles: *Las fuentes del yo. La construcción de la identidad moderna*. Paidós, Barcelona, 1996.

Thumala, Daniela; Arnold-Cathalifaud, Marcelo; Anahí Urquiza, Mg.: "Las nuevas exclusiones: la marginalidad de la vejez". *Observatorio Social del Envejecimiento y la Vejez en Chile*. Proyecto Anillo Conicyt. Facultad de Ciencias Sociales – Universidad de Chile.

http://www.facso.uchile.cl/observa/Las_Nuevas_Exclusiones_la_marginalidad_de_la_vejez.pdf

Torres, Magdalena: "La atención de las necesidades residenciales para las personas mayores". *Documento de Investigación*, N° 664. IESE Business School - Universidad de Navarra. Enero, 2007.

<http://www.iese.edu/research/pdfs/DI-0664.pdf>

Vargas Azofeifa, Domingo: "Manejo instrumental del concepto de hipótesis en el diseño de un proyecto de investigación". *Gestión* Vol. 14 N° 2, Segundo Semestre 2006/ 23

Vidal Morante, Tomeu: "La apropiación del espacio: una propuesta teórica para comprender la vinculación entre las personas y los lugares". *Anuario de Psicología*, 2005, vol. 36

Yanguas Lezaun, José Javier: *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. Colección Estudios Serie Personas Mayores*. N.º 11002. Premio IMSERSO "Infanta Cristina" 2004.

Zacarés González, Juan José y Serra Desfilis, Emilia: "Creencias sobre la madurez psicológica y desarrollo adulto". *Anales de psicología*. 1996, 12 (1). Páginas 41-60.

ANEXOS

ANEXO I

**DATOS SOCIOMÉTRICOS DE LOS
PARTICIPANTES EN LAS ENCUESTAS Y
ENTREVISTAS**

DATOS SOCIOMÉTRICOS DE LAS 22 ENCUESTAS**A.- PROFESIONALES DEL HOSPITAL DE SAN SEBASTIÁN: 14 Encuestas**

EQUIPO TÉCNICO		
PROFESIÓN	EDAD	SEXO
Fisioterapeuta 1	26 años	Mujer
Fisioterapeuta 2	31 años	Varón
Psicóloga	41 años	Mujer
Médica	49 años	Mujer
Enfermera 1	31 años	Mujer
Enfermera 2	28 años	Mujer
Terapeuta Ocupacional	32 años	Varón
Administrativa	49 años	Mujer

AUXILIARES DE GERIATRÍA		
PROFESIÓN	EDAD	SEXO
Auxiliar 1	49 años	Mujer
Auxiliar 2	34 años	Mujer
Auxiliar 3	48 años	Mujer
Auxiliar 4	28 años	Mujer
Auxiliar 5	42 años	Mujer
Auxiliar 6	30 años	Mujer

B.- CENTRO DE EDUCACIÓN PERMANENTE AL-SADIR: 8 encuestas

PROFESIÓN	EDAD	SEXO
Maestra 1	48 años	Mujer
Maestra 2	53 años	Mujer
Maestra 3	54 años	Mujer
Maestra 4	56 años	Mujer
Maestro 1	33 años	Hombre
Maestro 2	51 años	Hombre
Maestro 3	51 años	Hombre
Maestro 4	53 años	Hombre

DATOS SOCIOMÉTRICOS DE LAS 11 ENTREVISTAS**A.- NUEVE ENTREVISTAS INDIVIDUALES**

HOSPITAL DE SAN SEBASTIÁN		
NOMBRES	EDAD	ESTADO CIVIL
Isabelita Páez	67 años	Soltera
Carmen López	84 años	Viuda
Dolores Luque	92 años	Viuda
Antonio Funes	76 años	Divorciado
Serafín Rodríguez	88 años	Viudo
Rafael Durán	92 años	Viudo

CENTRO DE EDUCACIÓN PERMANENTE AL-SADIR		
NOMBRES	EDAD	ESTADO CIVIL
Manuel Sabariego	83 años	Casado
Antonio Pinilla	85 años	Viudo
Nicolás Valbuena	80 años	Casado

B.- DOS ENTREVISTAS GRUPALES

CENTRO DE EDUCACIÓN PERMANENTE AL-SADIR		
NOMBRES	EDAD	ESTADO CIVIL
María Solano	83 años	Viuda
Carmen Sánchez	77 años	Viuda
Josefa Soriano	81 años	Viuda

PROFESIONALES DEL HOSPITAL DE SAN SEBASTIÁN		
PROFESIÓN /NOMBRES	EDAD	SEXO
Trabajadora Social: Beatriz	24 años	Mujer
Auxiliar de geriatría: Laly	49 años	Mujer
Auxiliar de geriatría: Carmen Luisa	31 años	Mujer
Auxiliar de geriatría: Ana Belén	35 años	Mujer

ANEXO II

GUIÓN DE ENTREVISTAS

GUIÓN ENTREVISTA DE ANCIANOS/AS ESCUELA DE ADULTOS

EDAD:

SEXO:

ESTADO CIVIL:

ESTUDIOS:

1º.- UMBRAL DE LA VEJEZ

1. Cuándo considera que una persona es mayor

2º.- INSTITUCIONES GERIÁTRICAS VERSUS ESCUELA DE ADULTOS

1. Razones del ingreso a una institución
2. Como se sentiría en un institución geriátrica
3. Qué le aporta su asistencia a las clases de la Escuela de Adultos

3º.- IMAGEN SOCIAL DE LA VEJEZ

1. Opinión sobre el respeto de la sociedad por los ancianos y ancianas.
2. Opinión sobre el comportamiento de la sociedad con las personas de su edad.

4º.- IDENTIDAD EN LA VEJEZ

1. Comparar su situación actual con la de sus padres o parientes cuando tenían su misma edad.
2. Cómo ve a sus compañeros
3. Relación con familiares, amigos y sus compañeros

5º.- VALORACIÓN PERSONAL

1. Grado de satisfacción con su vida.

GUIÓN ENTREVISTA DE ANCIANOS/AS INSTITUCIONALIZADOS

EDAD:

SEXO:

ESTADO CIVIL:

ESTUDIOS:

1º.- UMBRAL DE LA VEJEZ

2. Cuándo considera que una persona es mayor

2º.- INSTITUCIONES GERIÁTRICAS

4. Razones de su llegada a la institución
5. Cómo se siente en la institución

3º.- IMAGEN SOCIAL DE LA VEJEZ

3. Opinión sobre el respeto de la sociedad por los ancianos y ancianas.
4. Opinión sobre el papel en la sociedad de las personas de su edad.

4º.- IDENTIDAD EN LA VEJEZ

4. Comparar su situación actual con la de sus padres o parientes cuando tenían su misma edad.
5. Cómo ve a sus compañeros
6. Relación y vínculo con familiares, amigos y sus compañeros

5º.- VALORACIÓN PERSONAL

2. Grado de satisfacción con su vida.

ANEXO III

ENCUESTA

REPRESENTACIONES Y SIGNIFICADOS ACERCA DE LA VEJEZ INSTITUCIONALIZADA

CUESTIONARIO

Este cuestionario servirá de soporte a un Trabajo de Investigación Final de Carrera de Humanidades de la Universidad Abierta de Cataluña. El trabajo se enmarca en los estudios dedicados al conocimiento del significado que se le atribuye a la vejez en nuestra sociedad. El ámbito de interés se centra en la vida de las personas mayores dentro y fuera de las instituciones geriátricas con el objeto de comprender en qué medida estos factores pueden llegar a condicionar el imaginario acerca de la vejez. Para lograr ese objetivo se precisa contar con la visión de sus protagonistas y de profesionales, como usted, que desarrollan su labor dentro de la Institución Geriátrica Hospital de San Sebastián o impartiendo clases en el Centro de Educación Permanente Al-Sadif de Palma del Río.

La cumplimentación del cuestionario es anónima, aunque por motivos estadísticos se piden datos como edad, sexo... Se han planteado una serie de preguntas cuya intención es facilitarle la reflexión y permitir responder de manera libre. Si precisa más espacio, puede continuar escribiendo en el reverso del papel.

EDAD:
SEXO:
ESTADO CIVIL:
ESTUDIOS:

1º.- UMBRAL DE LA VEJEZ

1. Una persona es mayor cuando...
2. ¿Cuál piensas que es la edad de entrada a la vejez?

¿Por qué?

2º.- INSTITUCIONES GERIÁTRICAS

1. ¿Qué función cumplen las Instituciones Geriátricas?
2. ¿Cuáles crees que son los motivos de ingreso en las Instituciones Geriátricas?

3. ¿En qué medida influye el ingreso en una residencia geriátrica en la autoestima, calidad de vida y salud de los ancianos y ancianas?

3º.- IMAGEN SOCIAL DE LA VEJEZ

1. ¿Cuando envejecemos, qué cambios se producen en nuestra salud, en nuestros sentimientos, en nuestro carácter, en las responsabilidades?

2. ¿Qué opinas de la capacidad de aprender y adquirir nuevos conocimientos en la vejez?

3. ¿Cómo percibe la sociedad a los ancianos y ancianas? ¿Cuál es su función o papel?

4º.- IDENTIDAD EN LA VEJEZ

1. ¿Se ven los y las ancianas tal y como los percibe la sociedad?

2. ¿Qué cambios se han producido en la vida de la vejez a lo largo del tiempo? (piensa en tus padres, abuelos...)

3. ¿Qué produce bienestar y satisfacción durante la vejez? ¿Qué es lo que más perjudica?

4. ¿Cómo son las relaciones personales en la vejez?

5. ¿Cómo se adaptan las personas mayores a los cambios?

5º.- VALORACIÓN PERSONAL

1. ¿Qué es lo que más me valoro de la vejez? ¿Y lo que menos?

Le agradezco sinceramente su valiosa colaboración.