

Análisis de escalamiento de diferencias individuales de los centros de atención a tercera edad

M^a Teresa Rivas Moya - Josefa López Hidalgo

Universidad de Málaga

Introducción¹

Estudios de proyección de la población sitúan en Málaga para 1990 una población de 65 años en adelante de 116.640 habitantes, y para 1995, 126.853 habitantes, lo que supone en cinco años un aumento de más de 10.000 personas que superarían dicho listón etario². Este ensanchamiento de las franjas superiores de la pirámide de población ha llevado a distintos sectores de la sociedad a tomar conciencia de las nuevas necesidades que esto plantea.

Desde que apareciera en 1988 la Ley/2, de 12 de abril³ sobre Servicios Sociales en la Comunidad Autónoma Andaluza, encaminada a la implantación de un Sistema Público de Servicios Sociales en dicha Comunidad, los organismos competentes para la prestación de los mismos se enfrentan al reto de adecuar sus recursos a la nueva situación. Articular necesidades y recursos es una de las funciones que corresponden a este joven Sistema. Cuando estas necesidades pueden ser atendidas en el medio en el que se originan, sin sacar al sujeto de su habitat natural, son los equipamientos Comunitarios de la Red de Atención quienes administran los recursos; cuando -por las condicionantes que concurren- se requiere que el sujeto salga -temporal o defini-

tivamente- de su medio para ser atendido en centros específicos, son los equipamientos Especializados los encargados de llevar a cabo la prestación⁴.

Si atendemos a criterios territoriales, la Ley Reguladora de las Bases del Régimen Local⁵ de 1985 define los espacios competenciales en esta materia de Servicios Sociales adjudicando a los municipios mayores de 20.000 hbts. las competencias en la misma, mientras que a los menores de 20.000 hbts. son las Diputaciones Provinciales quienes deben asumir dichas competencias.

El horizonte al que apuntan los Servicios Sociales es el del bienestar social y la calidad de vida constituyendo este Sistema Público una garantía de los derechos ciudadanos reconocidos por la Constitución Española de 1978, y siendo los poderes públicos los encargados de "remover los obstáculos" mediante políticas sociales adecuadas que favorezcan el acceso de todo ciudadano a los recursos necesarios para su desarrollo humano y social⁶.

Este es el amplio marco en el que se sitúa nuestra investigación que pretende colaborar a que la adecuación entre demandas y recursos se lleve a cabo mediante estudios rigurosos que pongan de manifiesto el nivel de necesidades, de manera que puedan adecuarse mejor los

recursos y así ofrecer a los planificadores de políticas sociales unos elementos de contraste para su gestión.

Concretamente el área de Tercera Edad está necesitada de este tipo de estudios dado que se aprecia un desajuste entre la creciente demanda -que se produce a raíz del aumento de población en la franja de los 65 años en adelante- y los recursos existentes que deben responder al horizonte de una mejor calidad de vida como derecho de todo ciudadano. Baste señalar un dato. En nuestro país hay una atención residencial para ancianos aproximadamente del 50% de las necesidades, y de éstas el 80% pertenecen al sector privado y el 20% al sector público.

Dos conceptos fundamentales delimitan el marco de nuestro estudio: los ancianos y las Residencias. Veamos, pues, qué se entiende por cada uno de ellos.

Concepto de ancianidad

Hay una serie de términos que frecuentemente utilizamos y que es preciso delimitar para, por un lado, evitar el confusiónismo a que nos puede llevar la variedad terminológica y, por otro, explicitar nuestra concepción de ellos. Ancianidad, tercera edad, viejos, mayores,... son distintas expresiones para designar un mismo hecho, sin embargo no es indiferente utilizar una u otra ya que las palabras suelen contener una carga de tipo ideológico que tinte positiva o negativamente el significado. No obstante, más que definir términos preferimos profundizar en aquellos aspectos que son los referentes comunes y que pueden aportarnos una mayor comprensión del tema. Estos referentes son los siguientes: a) la edad, b) la salud, c) el trabajo y d) la familia.

a) Edad y ancianidad

En primer lugar hay que señalar que este criterio de la edad puede ser un tanto relativo ya que históricamente se ha ido modificando el listón por encima del cual se consideraba que una persona había llegado a la ancianidad; así mismo cada cultura tiene sus propias medidas para ello. En nuestro entorno cultural se considera que los 65 años es el límite cronológico que sitúa al individuo en una u otra franja.

A la edad podemos referirnos bien en su aspecto cronológico o en su aspecto funcional. La edad cronológica suele ponerse en paralelo al desarrollo evolutivo en relación causal, sin embargo sabemos que no es así, que son muchos los factores que coinciden en el desarrollo evolutivo de la persona humana -desde que nace hasta que muere- y que la edad cronológica no es sino uno más que está absolutamente mediatizado por todos los demás (cultura, educación, salud, historia personal, ambiente, etc...).

Otra manera de apreciar la edad es en su referencia al nivel que tiene el sujeto para la realización de funciones vitales. Dentro de la edad funcional se distinguen los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. La *edad biológica* se mide por la capacidad de reacción del organismo ante las situaciones que se le presentan; la *edad psicológica* por la capacidad de adaptación ante los cambios que acontecen dentro y fuera del sujeto; la *edad social* viene definida por la capacidad de llevar a cabo diversas funciones sociales. Ninguna de estas "capacidades" referidas a las personas en general, y específicamente a las de más de 65 años, vienen determinadas de modo absoluto por la edad cronológica ya que hay otros muchos

factores que condicionan el nivel funcional con el que se llega a dicha edad.

b) Salud y ancianidad

Otro de los referentes en torno al cual puede definirse este período de la vida es el de la salud. Nos encontramos con un concepto muy amplio como es el de 'salud'. El cambio que se ha ido produciendo en el mismo nos lleva a acepciones diversas.

Tradicionalmente se ha entendido por salud la ausencia de enfermedad, es una acepción negativa: "La salud como carencia de enfermedad sería la confirmación de la no existencia de anomalías orgánicas, anatómicas, fisiológicas o de conducta sin más"⁷.

Ya en 1946, la Organización Mundial de la Salud ampliaba este concepto y lo enfocaba de modo positivo añadiendo a la simple ausencia de enfermedad el de "estado de bienestar físico, mental y social". No obstante, algunos autores han apreciado que salud y nivel de funcionamiento pleno no tienen por qué ser identificados absolutamente, así para TERRIS la salud sería "un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades"⁸.

Aún cuando esta concepción puede resultarnos más avanzada hay que hacer notar que se mantiene en un nivel estático de comprensión de lo que es la salud. En contra de este concepto de bienestar absoluto y estático de la salud, se encuentra el de situación relativa y dinámica como lo presentan SAN MARTÍN y PASTOR que la entienden como "un proceso social, en su origen, que tiene repercusiones ecológicas en el ambiente de vida de la comunidad y que produce en el individuo

(...) el estado ecológico de salud o el desequilibrio ecológico que llamamos enfermedad"⁹.

Destacamos de esta definición varios aspectos:

- la salud no es algo absoluto ni al margen de la comunidad en que el sujeto se inserta;
- salud y enfermedad es un continuo en el que puede haber gradientes y expresiones distintas de ambas;
- se destacan tres componentes: el subjetivo, que sería la sensación de bienestar, el objetivo, que sería la capacidad para realizar una determinada función, y el social que conlleva la adaptación biológica, mental y social del individuo en su ambiente;
- la salud como proceso social nos obliga a atender al sujeto en todas sus determinantes históricas y de la cotidianidad que constituyen su vida.

Consideramos que este discurso sobre el concepto de salud tiene importancia hacerlo en tanto en cuanto es uno de los criterios utilizados para la admisión o no de las personas que pretenden ingresar en las Residencias objeto de nuestro estudio. Para unas el criterio de 'válido' o 'inválido' es el determinante en el sentido de que sólo se admite a los primeros y en caso de llegar a un determinado grado de invalidez tienen que abandonar el Centro; en otras es un requisito para la admisión, pero no tienen que abandonar el Centro en el caso de alcanzar algún nivel de 'invalidez'; por último, otras Residencias no utilizan este criterio para admitir o no a los solicitantes. Esto ya de por sí va a constituir un elemento fundamental que nos obliga a enjuiciar de modo diferenciado cada uno de los demás aspectos que valoramos en las Residencias

como son los de tipo organizativo, de personal, de ciudadanos, de actividades, de ubicación, etc..., máxime cuando la 'validez' o 'invalidez' es un indicador del nivel de salud comprendido en su acepción más globalizadora de los sujetos y su ambiente.

Tampoco somos ajenos a la carga ideológica y de modelo de sociedad que subyace detrás de estos criterios, ya que una concepción solidaria o no de los servicios puede estar orientando la prestación y el reparto de recursos sociales disponibles para la población más necesitada de ellos.

c) Trabajo y ancianidad

Durante mucho tiempo, incluso todavía, el eje sobre el que se ha vertebrado la sociedad ha sido el del trabajo, todo el sistema social ha estado montado sobre el factor producción y éste sobre el trabajo productivo; la vida del individuo gira en torno a este aspecto desde que inicia su formación, desarrolla su profesión, descansa para reponerse del desgaste, etc...; los sistemas de protección social y de salud se han fundamentado sobre este pilar, el trabajo. Todo ello genera, a su vez, toda una gama de expectativas y toda una cultura del trabajo en la que el sujeto es valorado en función de su capacidad y cualificación para desarrollar unas determinadas tareas, haciendo del valor-trabajo la medida del valor-persona¹⁰.

Desde esta perspectiva todo aquello que supone estar apeado del tren de la productividad va a traer consigo una serie de problemáticas -que podríamos identificar desde lo más objetivo a lo más subjetivo- con las que los sujetos tienen que enfrentarse y que los sitúa en clara desventaja social. Como factores objeti-

vos está el de la escasez o ausencia de ingresos económicos y la consecuente reducción de capacidad adquisitiva¹¹; otro factor objetivo es el de la desprotección social a que se ven sometidos determinados colectivos que no tienen acceso a prestaciones o servicios que han estado vinculados al empleo para poderse acoger a ellos¹².

Entre los factores que son de tipo más subjetivo, este no estar enganchados en el tren del trabajo productivo origina, en los sujetos que lo padecen, una serie de expectativas que se reducen a esquemas de supervivencia y falta de horizontes con lo que esto supone de negación de posibilidades mayores de desarrollo personal, cultural, social,... como individuos y como ciudadanos.

Actualmente son bastantes los colectivos que se inscriben en este escenario: parados de larga duración, jóvenes en busca de su primer empleo, mujeres, discapacitados físicos, psíquicos o sensoriales, minorías étnicas, transeuntes e inmigrados, ancianos, etc...

Centrándonos en estos últimos, los ancianos, hemos de destacar varias cuestiones que añaden a lo dicho mayor dificultad. En primer lugar, es obvio que la mayoría de nuestros actuales ancianos han vivido su infancia o juventud en una España que sufría una guerra civil y sus consecuencias posteriores, con las secuelas que de ello se derivan. En segundo lugar, destacar que los rápidos cambios que se han sucedido en la sociedad española hacen casi irreconocibles para ellos las estructuras en las que se fraguó su vida, ya que las transformaciones sociales ocurridas han sido grandes. En tercer lugar, la expresión "vivir para trabajar" ha sido quizás la constante más destacada

de la vida de estos ancianos que además hubieron de enfrentar en nuestro país el despegue económico y el avance hacia una sociedad con mayores cotas de bienestar. En cuarto lugar, y especialmente relacionado con lo anterior, destacamos las dificultades que este colectivo ha tenido para acceder a una educación y una cultura mayores ya que, otras urgencias o la falta de recursos, le impidieron en épocas pasadas el acceso a ellas, especialmente quienes han vivido en el entorno rural.

Bajo esta perspectiva, es fácil imaginar las dificultades a las que hoy se ven abocados los ancianos para adaptarse a las nuevas formas de vida, de cultura, de ocio, de relaciones, de entorno medioambiental, etc. A ello hay que añadir la manera en que este colectivo es percibido por el resto de la población, valgan como ejemplo dos expresiones de nuestro vocabulario: 'clases pasivas' y 'población dependiente', aún cuando son expresiones técnicas, si se quiere, no dejan de reflejar lo que es conciencia colectiva de nuestra sociedad.

d) Ancianos y familia

Una de las instituciones sociales que ha sufrido mayor transformación en los últimos años ha sido la familia. Vinculado con ella está el aspecto de la vivienda, si bien otros factores lo convierten en elemento-problema especialmente para la población anciana.

Sin entrar a comentar todos los cambios sufridos ya que son de sobra conocidos, vamos a señalar aquellos que para el anciano pueden significar fuente de conflicto y un elemento determinante a la hora de decidir el ingreso en una residencia: los cambios en la estructura del nú-

cleo familiar, las funciones o los roles que desempeñan cada uno de sus miembros, el ritmo de vida generalmente sometido a horarios diversos, el espacio físico que es un piso generalmente pequeño, las necesidades de intimidad de cada miembro de la familia, las diferencias generacionales amplificadas por los vertiginosos cambios culturales, son, entre otros, los problemas que encuentra el anciano en el seno de la familia que él mismo ha constituido y en la que en muchos aspectos casi no se reconoce. Estos, entre otros muchos que pudieran añadirse, podemos considerarlos como indicadores de la distancia que existe entre el modelo de familia vivido por los ancianos actuales y el modelo que viven y configuran hoy sus hijos y nietos, lo cual no es sino indicador de las dificultades que los ancianos tienen para encontrar su puesto en este entramado sociofamiliar.

Concepto de Residencia de Tercera Edad

Nos preguntamos ahora por el tipo de instituciones que son las residencias de ancianos atendiendo, por un lado, a las características que las definen y, por otro, a los tipos de centros que existen¹³.

En cuanto al análisis de las **características de los centros** podríamos atender a tres aspectos: el *carácter abierto o cerrado* de los mismos; el carácter de las *actividades* que en él se realizan; y el carácter de las *relaciones* que en él se establecen.

Para conocer en qué medida una institución es un *lugar abierto o cerrado* -entendiendo esto como un continuo en el que puede haber grados diferentes- debemos tener en cuenta varios aspectos. Uno

de ellos sería el espacio físico y su contexto ambiental con los posibles condicionantes como barreras arquitectónicas, urbanísticas, etc., que impidan que los contactos entre los 'internos' y el exterior sean fluidos y libres. Otro aspecto a atender es el de la voluntariedad con que el ingresado acepta su estancia en el centro, las condiciones que le han llevado al ingreso y la posibilidad de marcharse del mismo si lo desea.

El carácter de las *actividades* que se desarrollan en el centro pueden ser otro indicador del tipo de institución que es una residencia. En este sentido habría que observar: por una parte, las acciones dirigidas a cubrir necesidades básicas de alimentación, vestido, vivienda,... y las que se orientan a los aspectos de salud, de ocio, de trabajo, culturales y de descanso y en qué medida están cubiertas todas ellas por el centro o no; y por otra parte, habría que atender a la organización y programación de estas actividades en el sentido de que estén reguladas y establecidas desde la dirección de la propia institución o sean susceptibles de ser acordadas, modificadas, controladas, sugeridas,... por los propios residentes.

El tercer aspecto, referido al carácter de las *relaciones* interpersonales que se producen en el centro es tan -o quizás más- importante que los dos anteriores ya que si primero hemos aludido a 'dónde se está' y luego a 'qué se hace', ahora hablamos de 'quiénes son' los sujetos que interactúan, y consideramos que éste puede ser un factor fundamental que determine la percepción que se puede tener de los dos anteriores. Entre las diversas direcciones que pueden tomar estas relaciones están las de interresidentes, las de los

residentes con el personal y las del personal entre sí. Es en este marco de relaciones donde surgen las principales fuentes de conflicto así como de satisfacción que condicionan el día a día de la vida de un centro. En cierto sentido, estas instituciones constituyen auténticas escuelas de aprendizaje de la convivencia en el que entran en juego desde los sentimientos, las culturas -en su más amplio sentido- y los roles o funciones que desempeña cada uno de los miembros que conviven en la institución. Por esta vía se genera un proceso de adaptación interactiva que desemboca en una cierta 'cultura' propia de cada centro que es expresión del modo en que cada sujeto se posiciona frente a la institución en su conjunto.

Si el esbozo de elementos que acabamos de hacer y que pueden ser caracterizadores de estos centros, lo comparamos ahora con la definición que hace GOFFMAN (1968) de lo que él llama 'instituciones totales'¹⁴, llegamos a la conclusión de que las residencias de ancianos pueden ser definidas como tales, si bien cada una de ellas, en función de sus peculiares características, puede verse reflejada en distinto grado en este concepto¹⁵.

Otra manera de aproximarnos al concepto de Residencia de Tercera Edad es atendiendo a la **tipología** existente, y ésta se puede establecer en orden a diversos criterios, entre otros, los siguientes: carácter *público o privado*; *número* de ancianos que atienden; *entidades* de las que dependen; y *requisitos* de ingreso (validez o invalidez).

En la siguiente tabla¹⁶ puede verse cómo se distribuyen en Málaga las Residencias y los residentes:

Tabla 1: Distribución de Residencias y Residentes en Málaga.

	TITULARIDAD PUBLICA				TITULARIDAD PRIVADA				
	Admon. Autonómica	Admon. Provincial	Admon. Local	TOTAL	Congreg. Religiosas	Cáritas	Cajas de Ahorros	TOTAL	
PROVINCIA:									
RESIDENCIAS	1	3	1	5	6	2	2	10	
RESIDENTES	294	157	42	493	333	48	278	659	
CAPITAL:									
RESIDENCIAS	1	-	-	1	5	1	-	6	
RESIDENTES	192	-	-	192	321	40	-	361	
TOTAL RESIDENCIAS=				6	TOTAL RESIDENCIAS=				16
TOTAL RESIDENTES=				685	TOTAL RESIDENTES=				1.020

En cuanto al criterio de 'validez' o 'invalidez' como requisito de ingreso en el Centro sólo encontramos tres, pertenecientes a congregaciones religiosas, en los que pueden, indistintamente, ingresar en ellos ancianos en cualquiera de estas situaciones, mientras que en el resto de Residencias está establecido como criterio previo de selección el de la validez del anciano que desea acceder. No obstante, el hecho de ser un criterio para entrar no significa que lo continúe siendo en el caso de cambiar las condiciones de la persona una vez dentro de él. Los únicos Centros, de la capital y provincia, en los que la validez es requisito para la permanencia dependen de la Administración Autonómica.

Objeto de la investigación

La óptica desde la que abordamos nuestro trabajo es la del enfoque ambientalista¹⁷ que concibe al sujeto dentro de su contexto, y las conductas mediatizadas por las interacciones que se producen en el mismo, de este modo puede entenderse que determinadas características físicas, organizativas o de cuidados que se reciben, pueden ser indicadores de la satisfacción de los residentes respecto de la institución. En principio, valorar estos aspectos en cada una de

las Residencias de Tercera Edad y hacer análisis comparativos entre ellas es el objetivo más inmediato de este estudio. A largo plazo, este tipo de trabajos están encaminados a mejorar la calidad de vida de los sujetos que habitan en un determinado contexto, ya que al identificar los elementos que más colaboran a la satisfacción de los sujetos y los que menos se ajustan a ello, puede ayudar a planificar las intervenciones necesarias con el fin de optimizar las condiciones de vida en el contexto de las Residencias de ancianos.

Dada la extensión del trabajo, en este artículo exponemos exclusivamente los resultados obtenidos al analizar la escala de Clima Social que describimos posteriormente.

La perspectiva del Clima Social asume que el ambiente tiene 'personalidad' propia como las personas. Algunas de éstas son más tolerantes que otras y algunos ambientes tienen más cohesión que otros. Orden y claridad son importantes para algunas personas, así mismo muchos ambientes sociales ponen el énfasis en la claridad y en la organización.

De la misma forma que las personas pueden regular su comportamiento, unos determinados ambientes pueden regular la conducta de los sujetos que en él se

encuentran. Los programas ambientales pueden valorarse pidiendo a los sujetos información acerca del medio. Las descripciones de las presiones del ambiente social están basadas en la continuidad y en la consistencia en el modo de percibir las personas los sucesos discretos o aislados. Por ejemplo, si se llevan a cabo las sugerencias hechas por los residentes, si éstos tienen algo que decir con respecto a las normas, si pueden cambiar algunos de los procesos llevados a cabo en la residencia, si el centro enfatiza la influencia del residente, y si hay un sentimiento de participación y control por su parte. Estas condiciones establecen el clima y la atmósfera social del centro.

Método y procedimiento

Sujetos: Población y Muestra

De los 22 Centros que existen, se han seleccionado once de forma que queden representadas todas las Residencias según la ubicación, en capital o provincia, y la titularidad, pública, privada, o de carácter 'concertado' con la Administración Provincial.

En cada una de las Residencias seleccionadas se ha llevado a cabo un muestreo aleatorio simple de residentes y personal que trabaja en el Centro. La distribución de la población y de la muestra de residentes y personal viene dada en la tabla 2.

Además el muestreo de la Población de Personal se llevó a cabo atendiendo a las cinco categorías en que se han clasificado según el puesto de trabajo que desempeña en la Residencia. Estas son: Enfermería, Limpieza, Actividades, Dirección y Mantenimiento.

En la tabla 3 se muestra la distribución de la población y muestra de personal por categorías.

Tenemos que destacar en este apartado que no hemos recabado información de la muestra teórica, por lo que presentamos también el tamaño de muestra real con el que hemos trabajado.

Nos centramos, en este trabajo, en la muestra del Personal que trabaja en los Centros que es el que ha valorado el Clima Social de los mismos.

Este hecho no afecta al análisis que realizamos puesto que sólo pretendemos describir los resultados tras analizar el Clima Social que se tiene, al que se aspira y el que se considera ideal¹⁸.

Este hecho no afecta al análisis que realizamos puesto que sólo pretendemos describir los resultados tras analizar el Clima Social que se tiene, al que se aspira y el que se considera ideal¹⁸.

Tabla 2: Tamaño de población y muestra de Residentes y Personal por Centros.

UBICACIÓN	TITULARIDAD	RESIDENCIAS	RESIDENTES		PERSONAL	
			Población	Muestra	Población	Muestra
Capital	Admón. Autónoma	PSA	179	51	70	23
Provincia	Admón. Autónoma	ISD	210	39	78	2
Provincia	Admón. Provincial	LAV	65	29	26	13
Provincia	Admón. Provincial	SAC	60	27	23	8
Provincia	Admón. Provincial	LOM	32	21	13	2
Provincia	Concertada Ad. Provincial	SJM	47	23	15	1
Capital	Concertada Ad. Provincial	NSA	100	40	28	17
Provincia	Concertada Ad. Provincial	MPE	50	27	17	1
Provincia	Privada	VHE	28	10	15	10
Provincia	Privada	SJD	54	24	15	9
Capital	Privada	LES	39	13	7	2

Tabla 3: Tamaño de población (PO) y muestra (MU) de personal por categorías.

	ENFERMERÍA		LIMPIEZA		ACTIVIDADES		DIRECCIÓN		MANTENIMIENTO	
	PO	MU	PO	MU	PO	MU	PO	MU	PO	MU
PSA	11	5	39	18	2	2	4	2	14	6
ISD	12	6	45	20	3	2	3	2	15	6
LAV	10	7	10	7	0	0	1	1	5	3
SAC	9	6	13	9	0	0	1	1	0	0
LOM	5	3	6	4	0	0	1	1	1	1
SJM	11	8	4	3	0	0	0	0	0	0
NSA	9	6	12	8	0	0	2	1	5	3
MPE	2	1	14	10	0	0	0	0	1	1
VHE	10	7	0	0	1	1	4	2	0	0
SJD	4	3	9	7	0	0	1	0	1	0
LES	0	0	4	3	0	0	2	2	1	1

Mediante una simple inspección de la tabla 3 se observa que la mayor parte de la muestra de personal pertenece respectivamente a las categorías de Limpieza, Enfermería y Mantenimiento, destacando la ausencia en la población de personal dedicado a realizar Actividades en los Centros.

Descripción del instrumento

Para realizar esta investigación utilizamos el *Multiphasic Enviromental Assessment Procedure (MEAP)*¹⁹ como instrumento adecuado para nuestros objetivos ya que contiene distintas escalas que valoran: Características Físicas y Arquitectónicas del Centro (PAF), distintos aspectos sobre Política de Programas y Organización (POLIF), Características de los Residentes (RESIF). Asimismo, cuenta esta batería con otros instrumentos que pretenden recoger las valoraciones sobre la convivencia, el comportamiento y el ambiente en general o Clima Social de la Residencia, según es percibido por el personal del Centro (SCES), y la apreciación por parte de los investigadores de aspectos como el ambiente físico, el per-

sonal y los residentes (RS)²⁰.

Las distintas escalas MEAP recaban información acerca del personal, residentes y residencias. La información de éstas últimas se obtiene por observación directa del investigador.

Nos centramos, en este trabajo, en la escala SCES con objeto de proporcionar a los administradores y personal de una forma relativamente simple de evaluar el ambiente social de la residencia.

La escala SCES cuenta con distintas versiones según pretenda analizar el estado actual o real (R) de las distintas áreas que mide, o bien las expectativas de futuro (E), así como la concepción ideal (I) que de ellas tienen los objetos de medida (personal y/o residentes). A ellas nos referiremos con las formas SCES-R, SCES-E y SCES-I.

Las áreas que constituyen la escala SCES, en cada uno de los tres aspectos que contempla, son siete:

- 1 *Cohesión*: Mide la ayuda y la tolerancia de los miembros del personal hacia los residentes, y el compromiso que

- hay entre los residentes. (¿Reciben mucha atención individual los residentes?).
- 2 *Conflicto*: Evalúa en qué medida los residentes expresan su enfado y su crítica hacia el Centro y compañeros. (¿Inician alguna vez los residentes discusiones?).
 - 3 *Independencia*: Mide la motivación y la responsabilidad que se les da a los residentes para que tomen sus propias decisiones. (¿Organizan los residentes actividades?).
 - 4 *Autoexploración*: Evalúa en qué medida los residentes son motivados para expresar abiertamente sus sentimientos. (¿Se comentan los problemas personales?).
 - 5 *Organización*: Mide qué grado de orden y organización existe en el centro y en qué medida los ancianos saben lo que pueden esperar en su rutina diaria y la claridad de las reglas y procedimientos. (¿Las actividades de los residentes se planifican cuidadosamente?).
 - 6 *Influencia de los Residentes*: Evalúa en qué medida los residentes pueden influir en las reglas y en la política del Centro y el grado en que éstas se pueden modificar. (¿Las sugerencias de los residentes se tienen en cuenta?).
 - 7 *Confort Físico*: Tiene en cuenta la comodidad, la intimidad, la decoración y el ambiente agradable que se respira en la residencia. (¿Pueden tener intimidad los residentes siempre que quieran?).

El SCES, en sus formas Real (R), Esperada (E) e Ideal (I), requiere ser cumplimentado por el personal de los Centros.

Análisis INDSCAL “Unfolding” de la escala SCES / RESIDENCIAS

Con objeto de resumir y describir la información que nos ha proporcionado el personal de los Centros sobre el Clima Social, hemos procedido como sigue.

En primer lugar, hemos obtenido la puntuación media dada por el personal de cada Residencia al valorar los elementos que constituyen las distintas áreas del SCES. Se define así la puntuación dada por el personal de cada Residencia en cada una de las áreas que contiene el SCES en sus tres formas. Se obtienen así tres matrices (R, E, I) rectangulares (Áreas x Residencias). Interpretamos los elementos de estas matrices como medidas de la preferencia de las distintas Residencias por cada una de las áreas que contiene el SCES.

Con objeto de representar gráficamente la posición de las Residencias con respecto a las distintas áreas en cada una de las formas R, E e I, y, además poder mostrar gráficamente la situación relativa de las tres escalas en este conjunto de Residencias hemos aplicado el modelo INDSCAL de Escalamiento Multidimensional “Unfolding”. este análisis se ha llevado a cabo con el programa ALSCAL del paquete estadístico SPSS en su versión para ordenador “mainframe”.

La medida de la bondad del ajuste del modelo INDSCAL a los datos ha resultado ser $STRESS = 0.097$; por lo que consideramos que es adecuada la utilización de este modelo, y por tanto mostramos e interpretamos los resultados obtenidos.

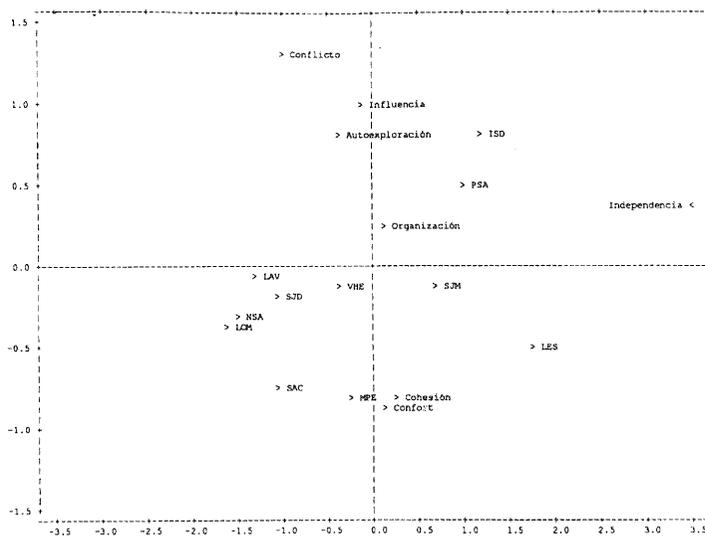
En primer lugar mostramos la configuración obtenida para cada una de las formas del SCES y las Residencias:

Tabla 4: Coordenadas de las Áreas del SCES Real (R), Esperado (E) e Ideal (I) y las Residencias.

Variables	SCES REAL (R)		SCES ESPERADO (E)		SCES IDEAL (I)	
	DIMENSION 1	DIMENSION 2	DIMENSION 1	DIMENSION 2	DIMENSION 1	DIMENSION 2
Cohesión	0.2602	-0.8042	-0.0014	0.9150	0.6318	-0.4107
Conflicto	-1.0068	1.3203	1.3117	-2.0569	-1.7792	1.6042
Independencia	3.4821	0.3505	1.5804	0.4462	-1.7377	-0.4055
Autoexploración	-0.3720	0.8409	-1.4869	-0.3780	1.4725	0.5144
Organización	0.1341	0.2377	-1.3383	0.2322	1.2696	0.2385
Influencia	-0.0973	0.9767	1.7503	0.5451	-1.8302	-0.5476
Confort	0.1063	-0.8970	-0.7281	0.9179	1.0973	0.3399
Residencias						
PSA	0.9748	0.5144	0.2346	-0.5019	-0.4208	0.6115
ISD	1.1702	0.7998	0.6701	1.9226	-0.3527	-0.9139
LAV	-1.3210	-0.0845	0.2803	-0.2949	-0.1465	-0.9394
SAC	-1.0456	-0.7786	0.2988	-0.5006	-0.4483	0.3436
LOM	-1.6184	-0.3617	0.2240	-0.4920	0.0615	-0.9649
SJM	0.6895	-0.1556	-0.3211	0.0044	0.2268	0.8315
NSA	-1.4804	-0.3407	0.0352	0.8387	0.0011	-0.8419
MPE	-0.2334	-0.8078	-3.2143	0.1164	3.2574	0.3756
VHE	-0.3720	-0.0967	0.2010	-0.5156	-0.3842	0.6110
SJD	-1.0350	-0.1934	0.2452	-0.4813	-0.1633	-0.6406
LES	1.7649	-0.5201	0.2586	-0.7175	-0.7552	0.1943

SCES-REAL

Figura 1: Representación gráfica de la proximidad entre áreas del SCES-R y las Residencias.



El personal de las Residencias de ISD y de PSA es el que percibe mayor la 'influencia de los residentes' en las reglas y política del Centro y grado en que éstas se pueden cambiar (Influencia). En este sentido, donde existe una menor percepción de esta influencia es en LES, MPE y SAC. El resto de residencias se sitúan entre estos dos polos, apareciendo más próximas a éste último.

Respecto de la ayuda y la tolerancia de los miembros del personal hacia los residentes (Cohesión) y la comodidad, intimidad y ambiente agradable que se respira en la residencia (Confort), la percepción que de este área tiene el personal en ISD y PSA, junto con LOM y LAV es la más negativa. Estas áreas son valoradas más positivamente por el personal de las Residencias de MPE, SJM, VHE, SAC, etc.

El personal que valora mejor la medida en que los residentes expresan su enfado y críticas hacia el Centro y los compañeros (Conflicto), y que existe una mayor motivación para que los residentes

expresen abiertamente sus sentimientos (Autoexploración), es el de PSA, ISD, siendo el personal que aprecia esta valoración en menor medida el de LES, MPE y SAC.

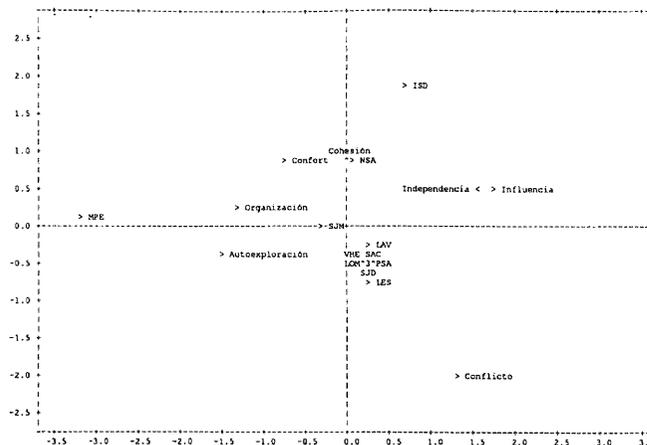
En cuanto al grado de motivación y responsabilidad que el Centro concede a los residentes para que tomen sus propias decisiones, es el personal de LES el que más 'independencia' percibe, seguido del personal de PSA, ISD y SJM. Y desde el punto de vista del personal, los Centros que menos la propician son LOM, NSA, LAV, SAC, etc.

La valoración que el personal hace del orden y la 'organización' que existe en el Centro y la medida en que los residentes conocen con claridad las reglas y los procedimientos es mejor en VHE, PSA, SJM e ISD. El que percibe en menor grado estas características es el de LOM, NSA, SAC, MPE, LAV y SJD.

En general, podemos concluir que las áreas anteriormente mencionadas son valoradas más positivamente en PSA e ISD y más negativamente en SAC y NSA.

SCES-ESPERADO

Figura 2: Representación gráfica de la proximidad entre áreas del SCES-E y las Residencias.



Esta escala valora las mismas áreas que la anterior pero en el grado en que el personal de la residencia lo espera conseguir en un futuro.

El personal de NSA seguido del de SJM es el que espera valorar en un futuro más favorablemente las áreas de ‘cohesión’, ‘confort físico’, ‘organización’, ‘influencia’, ‘independencia’ y ‘autoexploración’, y en menor medida ‘conflicto’.

SAC, LAV, PSA, VHE, SJD y LOM aparecen muy próximas entre sí, siendo similar lo esperado por el personal de todas estas Residencias en cuanto a ‘autoexploración’ de los residentes (Autoexploración), ‘independencia’, ‘organización’, ‘influencia’ y ‘confort físico’. LES presenta preferencias similares

pero algo más alejadas del grupo anterior.

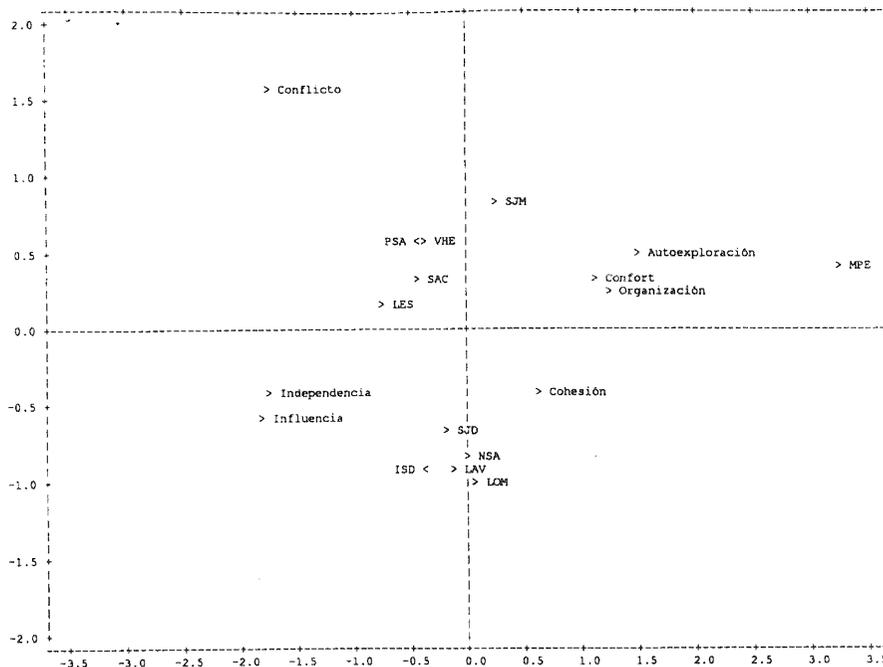
El ‘conflicto’ aparece muy alejado del resto de variables y a los Centros que menos parece preocuparle son ISD, MPE, NSA, SJM.

Claramente separadas del resto de las residencias aparecen las valoraciones del personal de ISD, esperando mayores valores en ‘confort físico’, ‘cohesión’, ‘influencia’, ‘independencia’ y ‘organización’. MPE espera mejorar fundamentalmente en ‘autoexploración’.

Destacamos que las mayores expectativas de futuro se encuentran para NSA en ‘confort’ y ‘cohesión’, y para SJM en ‘organización’ y ‘autoexploración’. El resto de las Residencias no muestran unas expectativas tan claras como éstas.

SCES-IDEAL

Figura 3: Representación gráfica de la proximidad entre áreas del SCES-I y las Residencias.



Esta escala recoge la valoración ideal del Clima Social que el personal de las residencias aprecia acerca de estas áreas.

Los Centros consideran ideal lo que sigue: SJD, NSA, LOM, LAV e ISD aparecen próximas, es decir, su valoración ideal de estas áreas es muy similar; por otro lado, MPE aparece más alejada del resto de residencias dando mayor importancia a la 'autoexploración' y 'organización' y en menor medida el 'comfort'. PSA, VHE, SAC y LES y SJM, muestran cierta proximidad entre ellas y semejantes valoraciones de estas áreas.

Atendiendo ahora a las valoraciones del Clima Social Real, Esperado e Ideal conjuntamente, podemos concluir que el personal de las distintas Residencias manifiesta claras divergencias entre su valoración ideal de las áreas estudiadas

y su percepción actual de las mismas. No obstante, cada Centro considera unas áreas más idóneas que otras en un futuro. En el momento actual (SCES-R) las residencias tienden a aparecer dispersas, o sea, mostrando muy diferentes valoraciones por estas áreas, si bien se aprecia, tanto para el futuro (SCES-E) como en una concepción ideal (SCES-I), que las residencias tienden a aproximarse entre sí, es decir, a parecerse más en su consideración óptima de cada una de las áreas citadas.

SCES-GLOBAL

Considerando conjuntamente las preferencias por las distintas áreas en las tres formas de la escala SCES, se obtienen las coordenadas y la representación gráfica del SCES Global:

Figura 4: Representación gráfica de la proximidad entre áreas del SCES-GLOBAL y las Residencias.

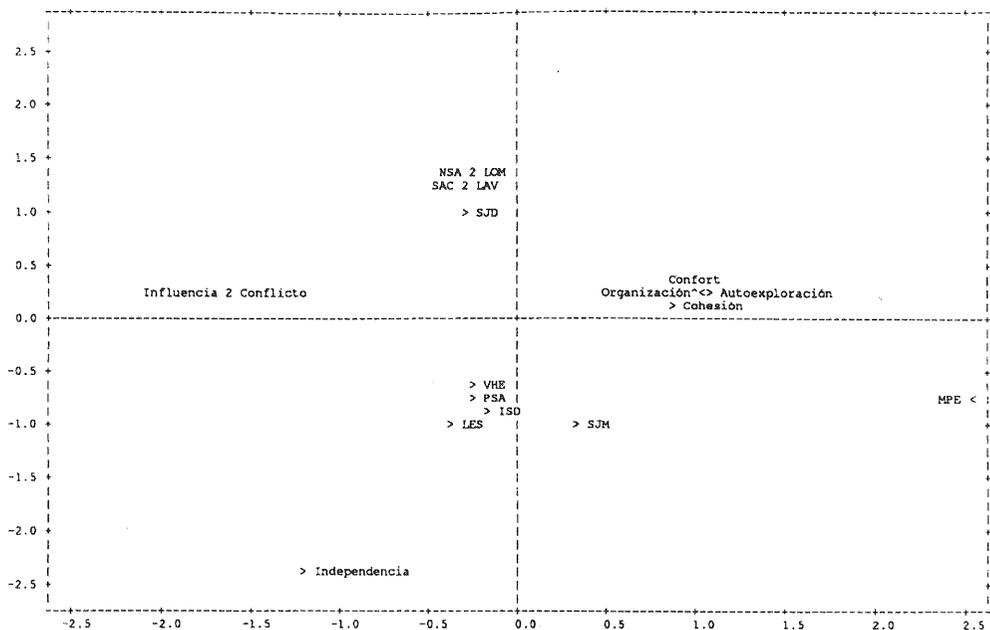


Tabla 5: Coordenadas de las Áreas del SCES Global y las Residencias.

Variables	SCES-GLOBAL DIMENSIONES	
	1	2
Cohesión	0.8881	0.1749
Conflicto	-1.6369	0.2641
Independencia	-1.2121	-2.3396
Autoexploración	1.0845	0.2340
Organización	1.0414	0.2267
Influencia	-1.6052	0.1920
Confort	1.0048	0.2429
Residencias		
PSA	-0.2620	-0.7874
ISD	-0.1721	-0.8875
LAV	-0.2757	1.2082
SAC	-0.2893	1.2561
LOM	-0.2664	1.3473
SJM	0.3350	-1.0264
NSA	-0.2535	1.3276
MPE	2.5348	-0.7588
VHE	-0.2519	-0.6555
SJD	-0.3075	1.0256
LES	-0.3560	-1.0441

Las residencias SJD, LAV, SAC, NSA y LOM aparecen agrupadas, en este orden de proximidad, con respecto a dos bloques distantes de áreas. El primero de ellos lo constituyen las áreas: 'conflicto' e 'influencia'. El segundo bloque, opuesto a éste, 'confort físico', 'organización', 'autoexploración' y 'cohesión'. La 'independencia' queda muy alejada de estas residencias y del resto de áreas.

En MPE se observa preferencia por el bloque de áreas de 'confort físico', 'organización', 'autoexploración' y 'cohesión'. Mucho más alejadas y equidistantes aparecen 'conflicto' e 'influencia', por un lado, e 'independencia' por otro. Este orden de preferencia refleja también la residencia SJM.

Las residencias LES, ISD, PSA y VHE, aparecen próximas y formando un pequeño bloque equidistante de todas las áreas, concediendo mayor importancia LES a la 'independencia', seguida de 'conflicto' e 'influencia' y, por último, al resto de áreas. ISD sigue este mismo orden de preferencias, y, por último, PSA y VHE conceden similar importancia a los dos conjuntos de áreas y, en último lugar, a la 'independencia'.

Por último, se muestran los pesos de las tres escalas en las dimensiones que hemos encontrado para el SCES Global.

Los resultados del análisis INDSCAL han dado un peso a la escala SCES-R en las dos dimensiones respectivamente de 0.0400 y 0.9941, la escala SCES-E de 0.9930 y 0.0758, y la escala SCES-I de 0.9928 y 0.0791. Estos pesos están representados en la figura 5.

La importancia global de las escalas en las dos dimensiones ha sido en R 0.9710, E 0.8296, y en I 0.8223.

Figura 5: Representación gráfica de la importancia de las escalas SCES.

La dirección de estos vectores indica la importancia o peso relativo que cada escala SCES tiene en cada dimensión del espacio global donde están representadas las áreas y las Residencias (Figura 4).

Las valoraciones dadas por el personal de los Centros acerca del Clima Social Esperado e Ideal son semejantes en la importancia que otorgan a las dos dimensiones, en tanto que son diametralmente opuestas de las valoraciones de la situación Real de forma que, E e I dan más importancia a la primera dimensión y R a la segunda.

Conclusiones generales

En la consideración global que se hace del Clima Social de las Residencias cabe destacar que el conflicto surge con relación al grado en que los residentes pueden o no influir y modificar las normas del Centro. Por otro lado, se percibe que la claridad en las reglas y otros aspectos de la organización del Centro tienen mucho que ver con el grado de confort físico que se experimenta y la medida en que los residentes se atreven a expresarse abiertamente. Todo esto, a su vez, se relaciona con el nivel de interacción entre personal y residentes. Esto nos lleva a pensar que podría contrastarse que el hecho de que los miembros del personal establezcan una relación entre estas áreas pueda significar que la percepción que tienen de su aportación al clima de la Residencia lo consideran muy mediatizado por la propia organización del Centro.

Los aspectos de independencia o responsabilidad de los residentes para tomar sus propias decisiones queda prácticamente ignorado por los Centros de NSA, SAC, LAV y SJD, en tanto que en el resto de los Centros tiene mayor importancia, destacando LES y SJM como más cercanas a ello, y VHE como más lejana. No obstante, parece ser que este aspecto de independencia no tiene relación con el resto de áreas que se valoran dentro del Clima Social de las Residencias en general.

Atendiendo a la valoración de *estado actual* de las Residencias, podemos concluir lo siguiente:

En primer lugar destaca la diversidad de situaciones en que se encuentran las Residencias con respecto al ambiente que se respira en ellas, no obstante obser-

vamos algunos aspectos que pueden relacionarse.

El grado de influencia de los residentes en la política de los Centros y la motivación para expresarse abiertamente son cuestiones muy relacionadas y parece importar más a los Centros de la Administración Autonómica y a la Residencia VHE que al resto, siendo LES y MPE las que menos atención prestan a ello. Relacionado con estos dos aspectos anteriores está la medida en que los residentes expresan sus desacuerdos entre ellos y con el Centro. Los aspectos organizativos del Centro preocupan más a VHE, PSA y SJM que al resto de las Residencias, si bien no le son indiferentes a las demás.

Otra cuestión que destaca es la estrecha relación que se da entre el confort físico de los usuarios y el grado de cohesión entre residentes y personal. A estos aspectos es más sensible que ninguno MPE, y en menor medida SJM, SAC y VHE, siendo los Centros de la Administración Autonómica a los que menos parece preocupar estos aspectos.

Los residentes de LOM, NSA, LAV y SJD se inhiben más que los del resto de Centros a la hora de valorar su propio ambiente social, si bien parece que lo que más les preocupa es la claridad en la organización de los mismos.

Comparando la valoración que hace el personal sobre el *estado actual* de los Centros con las *expectativas* que tienen, hemos encontrado las siguientes diferencias entre Centros y áreas:

En primer lugar destaca que la mayoría de las Residencias tiene un nivel similar de expectativas y podría decirse, en términos generales, que está a mitad de camino entre conflicto, confort físico y

claridad organizativa, por un lado, y, por otro, independencia, influencia de los residentes para modificar normas, primero, y motivación para expresarse abiertamente, después. No obstante, en la apreciación global, cabe destacar la enorme expectativa de cohesión que muestra la Residencia de NSA y en el término medio entre el bloque mayoritario de Centros y este último se sitúa en su nivel de expectativas SJM. La Residencia a la que más preocupa el nivel de conflicto es a LES, y la que menos expectativas muestra ante la independencia de los residentes y la influencia que pueden ejercer éstos en la organización del Centro es MPE. Más preocupada por la cohesión y el confort físico que por el resto de áreas aparece ISD, que, además, se distancia mucho del conflicto en lo que a expectativas se refiere.

Por último, deseamos reflejar también aquí lo que puede entenderse como las *máximas aspiraciones*. En general, las Residencias aspiran, por una parte, a un Clima Social en el que vaya unida la claridad organizativa, el confort físico y la posibilidad de los residentes de expresarse abiertamente, y por otra parte, a que la capacidad de influir y modificar la política de los Centros se una a la posibilidad de tomar sus propias decisiones.

En cuanto a la capacidad de expresar críticas hacia el Centro o los compañeros, si bien aparece alejado de los intereses del conjunto de Residencias, no se desestima en una concepción ideal en PSA, VHE, SAC, LES y SJM. No obstante, para este grupo de Centros las aspiraciones de cohesión son mayores que las de conflicto. Para el resto, la cohesión es su principal deseo, primando muchísimo menos los aspectos conflictivos.

Agrupadas en orden decreciente de importancia están las áreas de claridad organizativa, la libre expresión de los residentes y el confort físico, por un lado, y, por otro, la toma de decisiones propias por parte de los ancianos y la posibilidad de influir en la política de los Centros.

En resumen, se va produciendo un acercamiento progresivo entre las Residencias en torno a aspectos que propiciarían una mejora del ambiente que se respira en las mismas. Por último, existe gran diferencia entre la percepción del actual Clima Social y lo que sería deseable en un futuro.

Bibliografía

- ARBELO CUBERO, A. y HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, G. (1981): *Demografía sanitaria de la ancianidad*. MEC, Madrid.
- AYUNTAMIENTO DE MÁLAGA (1990): *Guía de Recursos Sociales*, Patronato Municipal de la Vivienda y Servicios Sociales, Ayuntamiento de Málaga, Málaga.
- CALLEJA, J.R. (1988): "Las Residencias de Tercera Edad de la Diputación Provincial de Málaga: Datos para un análisis sociológico (II)", en *Jábega*, 62, pp. 6-7.
- CASTRO, A. (de). (1990): *La Tercera Edad tiempo de ocio y cultura*. Narcea/INSERSO, Madrid.
- COMFORT, A. (1986): *Una buena edad, la tercera edad*. Blume, Barcelona.
- DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE MÁLAGA (1987): *Guía de la Tercera Edad*. Servicios Sociales, Diputación Provincial de Málaga, Málaga.
- FERICGLA (1992): *Envejecer, una antropología de la ancianidad*. Anthropos. Barcelona.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. et al. (1987): "Evaluación de una residencia

- de ancianos y valoración de intervenciones ambientales”, en *El ambiente. Análisis psicológico*. Pirámide, Madrid, pp. 227-268.
- GARCÍA ROCA, J. (1988): “El bienestar social en el horizonte español de los 90”, en *Documentación Social*, 71, abril-junio.
- GOBIERNO VASCO. *Política geriátrica intrahospitalaria*. Documentos de Bienestar Social, nº 18, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, Victoria-Gasteiz, 1989.
- GÓMEZ BARNUSELL, A. :”Intervención en la tercera edad”, en COLOM, A.J. et al. (1987): *Modelos de intervención socioeducativa*. Narcea, Madrid. pp. 60-79.
- KALISH, R.A. (1983): *Lavejez, perspectivas sobre el desarrollo humano*. Pirámide. Madrid.
- LIMÓN MENDIZÁBAL, Mª R. (1993): *Características psicosociales de la tercera edad*. Universidad Complutense. Madrid.
- MARTÍNEZ FORNÉS (1991): *Envejecer en el año 2000*. Popular. Madrid.
- MOOS, R.H. and LENKE, S. (1984): *Multiphasic Enviromental Assessment Procedure (MEAP)*. Social Ecology Laboratory and Geriatric Research, Education, and Clinical Center, Veterans Administration and Stanford University Medical Center, Palo Alto. (vols. I, II, III, IV y V).
- OTERO MORENO Y SÁNCHEZ FERNÁNDEZ (1987): *La población en Andalucía. Un estudio prospectivo: 1985-1995*. Consejería de Economía y Fomento, Secretaría de Economía, Junta de Andalucía, Sevilla.
- PEACE, S.M. (1987): *Vida compartida. ¿Una alternativa viable para la tercera edad?*. Ministerio de Asuntos Sociales, Madrid.
- PROGRAMA 2000 (1989): *Alternativas para los jubilados*. Siglo XXI, Madrid.
- SÁEZ, N. y VEGA, J.L. (1989): *Acción socioeducativa en la tercera edad*. Barcelona.
- SALINAS, F. (1992): *La animación de los mayores*. Ed. Cáritas Española. Madrid.
- SAN MARTÍN, H. y PASTOR, V. (1984): *Salud Comunitaria*. Díaz Santos, Madrid.
- SCHIFFMAN, S. et al. (1981): *Introduction to Multidimensional Scaling*. Academic Press. New York.
- TERRIS, M. (1980): *La revolución epidemiológica y la medicina social*. Siglo XXI, Méjico.
- VAQUERO PUERTA, J.L. (1986): *Salud Pública*. Pirámide, Madrid.
- VERA, J. (1988): *Acciones de Carácter Formativo en la Tercera Edad. Estudio Comparado*. UNED, Madrid. Tesis Doctoral inédita.
- YOUNG, F.W. y HAMER, R.M. (1987): *Multidimensional scaling: History, Theory and Applications*. LEA. London.

Notas

- 1 El trabajo que aquí se presenta forma parte de una investigación más amplia que mereció el IV Premio de Investigación en Servicios Sociales, 1991, concedido por la Excm. Diputación Provincial de Málaga. Colaboraron en su realización los alumnos S. Vargas González y C. Schoham Perelis. El original, sin publicar, se encuentra depositado en dicha Diputación.
- 2 Cfr. OTERO MORENO Y SÁNCHEZ FERNÁNDEZ (1987): *La población en Andalucía. Un estudio prospectivo: 1985-1995*. Consejería de Economía y Fomento, Secretaría de Economía, Junta de Andalucía, Sevilla.
- 3 Ley 2/1988 de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía. (B.O.J.A. nº 29 de 12 de abril de 1988).
- 4 No son objeto de nuestra investigación las prestaciones de otro tipo como pue-

- den ser la Ayuda a Domicilio u otras medidas alternativas al internamiento.
- 5 Ley Reguladora de las Bases del Régimen Local (L.R.B.R.L.) 7/1985, de 2 de abril. (B.O.E. n° 80 de 3 de abril de 1985).
 - 6 Constitución Española, art° 9.2.
 - 7 VAQUERO PUERTA, J.L. (1986): *Salud Pública*. Pirámide, Madrid, p. 24.
 - 8 TERRIS, M. (1980): *La revolución epidemiológica y la medicina social*. Siglo XXI, Méjico, p. 27.
 - 9 SAN MARTÍN, H. y PASTOR, V. (1984): *Salud Comunitaria*. Díaz Santos, Madrid, p. 13.
 - 10 Cfr. GARCÍA ROCA, J. (1988): "El bienestar social en el horizonte español de los 90", en *Documentación Social*, 71, abril-junio 1988, pp. 203-223.
 - 11 Nótese que esto ocurre en una sociedad marcada por el consumo donde éste es un elemento fundamental en la propia estructura del sistema.
 - 12 Hay que decir, no obstante, que el sistema de pensiones no contributivas viene a paliar en parte este problema si bien no podemos considerar que aporte ninguna solución definitiva.
 - 13 Dejamos fuera de nuestro interés inmediato aquellos centros concebidos en el marco de la geriatría; no obstante puede consultarse: *Política geriátrica intrahospitalaria*. Documentos de Bienestar Socail, n° 18, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz, 1989.
 - 14 Dicho autor define las 'instituciones totales' como "un lugar de residencia y trabajo en el que un gran número de individuos en igual situación, separados de la sociedad por un espacio apreciable de tiempo, llevan en común una forma de vida enclaustrada y administrada de manera formal". Véase GOFFMAN, Erwing (1968): *Asylums*.
 - 15 Véase a este respecto CALLEJA, J.R.: "Las Residencias de Tercera Edad de la Diputación Provincial de Málaga: Datos para un análisis sociológico (II)", en *Jábega*, 62, 1988, pp. 6-7.
 - 16 Fuentes: *Guía de la Tercera Edad*. Servicios Sociales, Diputación Provincial de Málaga, Málaga, 1987.; y *Guía de Recursos Sociales*, Patronato Municipal de la Vivienda y Servicios Sociales, Ayuntamiento de Málaga, 1990, vol. 1.
 - 17 Cfr. FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. et al. (1987): "Evaluación de una residencia de ancianos y valoración de intervenciones ambientales", en *El ambiente. Análisis psicológico*. Pirámide, Madrid, pp. 227-268. Asimismo pueden consultarse: MOOS et al. (1979); LIEBERMAN (1969): "Institutionalization of the aged: Effects on behavior", in *Journal of Gerontology*, 24, pp. 330-340.; KRASNER (1980): *Environmental design and human behavior*, Pergamon Press, New York; FERNÁNDEZ-BALLESTEROS et al. (1986): *Inventario de situaciones conflictivas en ancianos*, XXI International Congress of Applied Psychology, Jerusalem.
 - 18 En cada Residencia se ha elegido la muestra correspondiente con un nivel de significación de 0.05 y admitiendo un error máximo en la estimación de 0.1.
 - 19 MOOS, R.H. and LENKE, S. (1984): *Multiphasic Enviromental Assessment Procedure (MEAP)*. Social Ecology Laboratory and Geriatric Research, Education, and Clinical Center, Veterans Administration and Stanford University Medical Center, Palo Alto. (vols. I, II, III, IV y V).
 - 20 La descripción de estas escalas y áreas ha sido recogida de MOOS, R.H. and LENKE, S. (1984), *op. cit.* Véanse al respecto las pp. 14, 26, 36, 48 y 59 del vol. I.