

ESTUDIO SOCIOLOGICO
"ELS AVIS DEL CASC ANTIC"



**ASSOCIACIÓ DE VEÏNS
CASC ANTIC**

(dels vells bars de Sant Pere, del Portal Nou,
Santa Caterina-la Boïla, de Ribera i Santa Maria
c/ Comerç, 56, Rec. 27 - Tel. 319 75 65
08003 - BARCELONA

Margarita García O'neany Moren
Ana M^a López Cid
Esther Rovira Sese
M^a Luz Seijas Paredes
Ramón Vallescart Piñana

Dedicamos nuestro trabajo a la A.A.V.V. del Casc Antic de donde partió la iniciativa y a la que devolvemos nuestros resultados.

A todos aquellas personas que se interesen por el tema o lo desconozcan; y cómo no, a la 3ª edad, y aquellas personas que nos abrieron la puerta de su casa y con su colaboración y ayuda hicieron posible el fruto de este estudio.

"Quién piensa en la 3ª edad hoy, piensa en su futuro mañana".

Barcelona, Enero de 1.989

INDICE

- PRESENTACION

- CAPITULO I : El barrio, la zona de estudio, la encuesta.
 - . Apéndice : modelo de encuesta y planos

- CAPITULO II : El marco teórico más remoto : la vejez como problema

- CAPITULO III : La situación económica y laboral
 - . Notas bibliográficas
 - . Apéndice : resultados generales y correlaciones

- CAPITULO IV : El problema habitacional
 - . Notas bibliográficas
 - . Apéndice : resultados generales

- CAPITULO V : Los ancianos y la salud
 - . Bibliografía

- CAPITULO VI : Relaciones sociales
 - . Apéndice

- CONCLUSIONES

- BIBLIOGRAFIA

PRESENTACION

Este estudio de la vejez de un pequeño sector del "Casc Antic" de Barcelona forma parte de todo un proceso, todavía en marcha, de lo que podríamos llamar, "el derecho a la ciudad" (Henri Lefebvre). Derecho que algunos se han apropiado de forma excluyente, mientras que otros apenas lo pueden ejercer, como los diversos grupos marginados y concretamente, ciertos colectivos de ancianos residentes en las zonas más deprimidas de la ciudad. En los antiguos centros históricos de muchas ciudades europeas existe una paradoja que consiste en la mezcla de centralidad (histórica, monumental, administrativa) y degradación urbanística o segregación habitacional. Ello corresponde al hecho de que la modernización no es un proceso lineal, sino dialéctico, y cada nuevo progreso lograrse a costa de nuevas desigualdades, nuevas discriminaciones, nuevas marginaciones sociales.

Una de estas marginaciones es sin duda la que padecen las personas de la tercera edad, aunque esta afirmación, tan general, casi resulta una falacia. Hay quién, en plena edad de jubilación, sigue aumentando sus riquezas, conquista las cumbres del poder político, intelectual, financiero, etc. y hay quién ve reducida su economía, sus aspiraciones, sus oportunidades y su cualidad de vida en general. El caso de los ancianos del barrio "Casc Antic" de Ciutat Vella (el actual distrito 1 de Barcelona) es obviamente un ejemplo de lo segundo. Pero los ancianos no son los únicos en sufrir esta discriminación paradójicamente instalada en el corazón histórico de la ciudad.

A finales de 1.986, un grupo de personas ligadas por su trabajo, vivienda o dedicación voluntaria al barrio de la Ciutat Vella, lanzaron a partir de la Asociación de Vecinos, un manifiesto que sonaba como una provocación. Su eslogan era "Aquí hi ha gana" y con él se denunciaba la gran contradicción de una sociedad posmoderna, donde el paro, la marginalidad y la pobreza convivían al lado del cambio, la modernización, el progreso y la riqueza. Hasta el punto de que personas dedicadas a la sanidad, detectaban los efectos de la desnutrición en el barrio, mientras la ciudad recibía con grandes expectativas su nombramiento de sede olímpica y se cernía sobre España el gran objetivo del año clave de nuestra plena integración a la CEE. Caritas iba distribuyendo uno de sus estudios más exhaustivos sobre la pobreza en España.

Como suele suceder, en este tipo de empresas voluntarias (a veces incluso voluntarísticas), la realización de esta encuesta a la vejez de una zona del Casc Antic, la más deprimida urbanísticamente hablando, tuvo sus vaivenes, marchas y contramarchas. Más aún, los numerosos retos y escollos de la campaña, hasta el día de hoy, han hecho imposible una dirección única y coherente de este estudio sociológico (sociográfico más bien) sobre los ancianos

del pequeño sector. Unos empezaron, otros recogieron la antorcha del relevo, pocos pudieron seguir sus pasos de inicio a fin. A pesar de ello, ha sido posible recoger aquí los pedazos de este rompecabezas de forma más o menos coherente desde un punto de vista pragmático. Porque no se trata de descubrir nada nuevo para los expertos en el campo o los más familiarizados con la zona. La encuesta actual es un simple instrumento prospectivo para una actuación inmediata y de emergencia. De hecho se inició porque se habían recibido las primeras ayudas sustanciosas para el caso. Había que proceder con objetividad y justicia, partiendo de las situaciones más urgentes e indecorosas aunque sin renunciar nunca a incidir sobre las últimas causas, la prevención y la extensión de la solidaridad y la justicia a todo el barrio, el distrito, la ciudad.

Hay más que un síntoma en la bancarrota de municipios como Nueva York o Chicago. Barcelona se podía resignar muy bien a compensar un poco las grandes subvenciones olímpicas en curso o con un programa de inversiones urbanísticas en la zona que, lo más que debía aspirar, era a desplazar a otras zonas de la ciudad la pobreza y la marginación, ya de por sí bastante itinerantes.

El distrito 1 y en particular el Casco Antiguo, de donde parte el grupo y el modesto encargo de la presente encuesta, es sin duda el que experimenta el mayor envejecimiento de Barcelona. La pequeña zona central a la que delimitamos este estudio, puede ser considerada, aun visualmente como la más deprimida urbanísticamente hablando. Ni la cruzan grandes avenidas, ni se ubican allí los grandes comercios y es un auténtico laberinto de angostas calles y pasajes que parecen diseñados por una mente torturada. Porque las calles responden en gran medida al viejo trazado de siglos anteriores y desembocan a veces en plazuelas de rancia historia o en espacios libres abiertos por los progresivos derribos. Por estos auténticos varicuetos encontramos las secuelas del paro, la desidia o la grifería juvenil, según los casos, la proliferación de estrechos bares y sitios de encuentro, las rencillas y altercados, pero también las tradicionales amistades típicas del vecindario de un pueblo. El delito y la droga hacen su aparición de forma solapada. La fiesta, el rumor, las penas de todos, adquieren tonos de confidencia popular y el control social es grande, porque al menos los rostros de quienes viven y trabajan allí son conocidos de todos. Y entre estos rostros de mil colores y rasgos, se aprecia de un tiempo para acá los de los emigrantes nordafricanos, expulsados como muchos otros de allende el barrio, aunque ellos vienen de más lejos. La discriminación resulta aquí casi imposible y aparecen más cercanos y familiares que el resto de conciudadanos de Barcelona que a veces transitan por la zona.

A esta imagen del barrio, como exponente de viejas y nuevas discriminaciones, se le solapa otra imagen secular mucho más tradicional. La que le da su "solera". Porque su vecindario es también al mismo tiempo, el de siempre : personas arraigadas, viejos comerciantes, etc y todo el barrio ofrece un recorrido de sentido casi arqueológico o monumental. La fiebre comercial.

gastronómica, recreativa, que renace con la sociedad del bienestar, ha transformado en estos últimos años las grandes arterias que recorren el "Casc Antic". Pero esta invasión no ha hecho más que encerrar y recluir la marginalidad y la tradición en estos nuevos "patios interiores" o "ghettos", donde se acumula todo aquello que da miedo al extraño, a veces simplemente porque es "diferente" o porque se asimila demasiado superficialmente y por pura apariencia, con el crimen, la marginación y el delito, olvidando que todo esto, que existe ciertamente pasea su máscara trágica en medio de la calma rutinaria de muchos...

Pero mientras el delito se magnifica, la marginalidad se esconde, compartiendo sus apariencias entre las estrecheces de la privacidad y del hogar.

Entre estos marginados, por ejemplo, se encuentran a menudo los más viejos y genuinos habitantes del distrito: los ancianos que sobreviven con una indigna pensión de beneficiencia (del Fondo de Asistencia Social) porque nunca entraron en la lógica de la contratación laboral o, en la mayoría de los casos, aquellos cuyos ingresos, una vez finalizada su vida activa, sólo les permiten seguir pagando los irrisorios alquileres de las viviendas más viejas y deterioradas de toda la ciudad. Viviendas cuyos propietarios absentistas dividen y subdividen con tenues tabiques sin remodelar ni mantener, reproduciéndose este círculo vicioso de subarriendo-submantenimiento.

Levantamos apenas el velo de un proceso casi secular agravado por la modernización; a partir de un singular subdesarrollo creado por el desarrollo dentro de nuestras mismas fronteras, ante nuestros ojos cegados por el cambio. Pero si el verdadero progreso de una sociedad debe medirse, como algunos ya empiezan a reconocer, por la forma en que el sistema trata al más marginado, el mejor termómetro de la auténtica modernización y del cambio, nos guste o no reconocerlo, es la situación de nuestros ancianos ...

La verdadera razón por la cual muchos esfuerzos actuales por combatir la marginalidad resultan fallidos o desadaptados puede radicar en el hecho (y ésta era nuestra motivación o hipótesis de trabajo) de que la nueva pobreza, creada por el paro o por la jubilación, en una sociedad fascinada por la producción de lo innecesario y el consumo masivo de status más que de objetos para las auténticas necesidades, tiende hoy más que nunca a esconderse. Se crea así la vergüenza del espectáculo de la propia pobreza que se aparta de nuestras miradas darwinistas que sólo buscan el éxito sin sombras ya aplauden la sobrevivencia del más fuerte en todos los ámbitos y no sólo en las melifluas revistas del corazón. El resultado de todo ello es que, para el marginado, su situación no implica rebeldía, contrariamente a lo que sucede a veces con el delincuente o el desviado social. La marginación representa la confesión de un pecado, el único pecado que no perdona la sociedad de consumo: ser pobre, vivir fuera de los estilos de vida que ha creado el progreso ... Ahora

bien, pasear este esperpento y este escándalo por la calle es más que nada, una falta imprescindible de buen gusto.

Lo transitivo se ha hecho intransitivo. Antes eran otros quienes encerraban la pobreza en un barraquismo tapiado, lejos de los ojos de turistas y gobernantes. Hoy se ha conseguido que el mismo marginado se autodiscrimine y que la nueva pobreza social se esconda, retorcida, en sí misma. Con ello queda doblemente marginada: no sólo de los procesos de reivindicación popular sino de las pocas o muchas iniciativas públicas y privadas destinadas a erradicar o paliar esta situación.

Porque las instituciones y servicios de bienestar, con sus oficinas desparramadas por toda la ciudad crean su propia clientela, pero ¿llegan realmente al nuevo marginado? El pobre que crea el paro se queda en casa. Rechaza instintivamente los servicios personales excesivamente burocráticos o superprofesionalizados donde su marginación se disecciona, recibe el nombre de nuevas patologías sociales, se tipifica desde fuera por parte de especialistas con raras tipologías que legitiman sus carreras y ocupaciones.

Y es por todo ello que todavía están en pleno vigor las viejas figuras míticas o místicas del trabajador social por libre, voluntario, que conoce a su barrio y a su gente, que no los espera tras un mostrador o un lujoso despacho, en horas convenidas y horarios estrictos de trabajo, y acude a visitarlos o capta sus problemas en la calle, en el comercio, en el dispensario y en las farmacias.

De alguna forma todavía por descubrir concretamente, el sistema o "establishment" sigue solucionando todos los problemas, menos uno, el verdaderamente humano y singular de la marginación que no es básicamente un problema económico, ni siquiera social, sino cultural y psicológico, (diríamos "humano" si la palabra "humanismo" no hubiera sido exiliada por la sociedad tecnocrática).

Nuestra intencionalidad práctica, de atención de emergencia y justa a los casos más urgentes, se hace ostensible en la elaboración de un cuestionario muy incipiente y de una encuesta muy rápida que debería mejorarse y completarse con otras pesquisas cuando la acción así lo requiera.

Únicamente con este afán de extender la propia experiencia en lo que tuviere de transferible, nos atrevemos a divulgar nuestros hallazgos. Quien goce únicamente de un placer científico o académico se verá bastante defraudado. Quienes quieran acercarse a una realidad lacerante, encontrarán acicate para repetir la experiencia, con recursos muy escasos y sin pruritos profesionales.

CAPITULO I

EL BARRIO, LA ZONA DE ESTUDIO, LA ENCUESTA ...

"Casc Antic", corazón de Barcelona

El barrio de "Casc Antic" forma parte del nuevo distrito 1 de Barcelona (Ciutat Vella) junto con el Raval, el Barrio Gótico, y la Barceloneta. Es la zona noreste del distrito comprendida entre las calles Vía Layetana, Plaza Urquinaona, calles Trafalgar, el Arco del Triunfo y las calles Roger de Flor, Paseo Pujadas, calles Wellington, del Gas y la Avenida del Marquès de l'Argentona. Se subdivide entres pequeños barrios o subzonas: San Pere, Ribera y el Parque de la Ciudadela.

En el último censo de 1985, todo el distrito arroja una población de 101.264 habitantes, de los cuales 26.608 tienen 65 o más años. El índice de envejecimiento resulta ser mayor de los diez distritos de la ciudad. El barrio "Casc Antic" tiene una población de 23.915 habitantes, de los cuales 6.643 tienen 65 o más años y su índice de envejecimiento es parecido al de la media del distrito (sólo en el barrio de la Barceloneta el índice de envejecimiento es algo inferior). La población de 60 y más años, que podríamos considerar como el universo e esta encuesta, basado en una muestra geográfica, es de 7.895 habitantes. Veámos su significación comparándola con la del distrito el de Ciutat Vella y sus barrios.

Población de 60 y más años

	N ²	%
Casc Antic	7.895	33.1
El Raval	13.591	32.3
Barceloneta	5.336	29.8
Barrio Gótico	5.806	33.3
Total (C.Vella)	32.628	32.2

La historia del Casc Antic está ligada a la historia de Ciutat Vella, desde la fundación romana de Barcelona hasta nuestros días, pasando por los sucesivos derribos de sus murallas y la expansión de la ciudad hacia las zonas agrícolas primero y luego anexionado viejos municipios (Gracia, Sants, Sant Martí de Provensals, etc). De zona rural adyacente a la ciudad, el actual Casc Antic se ve transformado en zona urbana y en el siglo X aparecen ya los grandes ejes del actual tejido urbano. Pero su historia más reciente se deriva, como la de toda la ciudad, de la revolución industrial catalana y del relanzamiento económico del sector textil a principios de siglo XIX, con su crisis, la configuración del movimiento obrero, las inmigraciones, etc. etc, hasta nuestros días. Hitos importantes de este proceso son el último derribo de las murallas, la configuración del Parque de la Ciutadella, una vez destruida la vieja zona militar de tristes recuerdos (en la derrota de Cataluña) y sobre todo la creación del mercado del Borne de almacenamiento y venta al por mayor de frutas y verduras. En torno a esta función vital para la ciudad (la ciudad nace secularmente de un excedente agrícola y un aprovisionamiento alimentario), se establecen en toda la zona bares, comercios, restaurantes y hostales. La proximidad al puerto redobla importancia comercial de toda la zona.

Desde el punto de vista urbanístico, el Plan Cerdá y la configuración del actual distrito del Eixample, básicamente trazado a principios de siglo, se complementa con la abertura de la Vía Layetana.

Como en tantas viejas ciudades europeas, la expansión supuso un drástico cambio de funciones de sus viejos cascos urbanos y áreas centrales o históricas. De zonas legendariamente residenciales para una aristocracia patricia, pasaron a ser barrios de clase media y obrera. Finalmente se transformaron en áreas de transición para las diversas olas migratorias. En los años de posguerra y sobre todo en los del gran relanzamiento industrial, con el Plan de Estabilización (1959) y los Planes de Desarrollo (década de los 60), el barrio se va degradando y, sin dejar de ser obrero, comercial, histórico, es invadido por todo un abigarrado subproletariado de configuración muy heterogéneamente (transeuntes y marginados, inmigrantes nordafricanos, etc, etc.) Si a ello añadimos la prostitución y la distribución de la droga, obtendremos ya las pinceladas esenciales que nos permiten trazar un boceto de la vida cotidiana actual ... Con la crisis, por ejemplo, el barrio significa un refugio de retorno para una emigración pujante que logró, en sus mejores años, adquirir su vivienda en las grandes ciudades satélites y nuevos barrios obreros de la periferia de Barcelona.

Estas pinceladas pueden completarse con una breve referencia a las diversas olas migratorias del siglo actual: a los años 20, los años del "metro" y la "exposición internacional", de composición gallega, aragonesa, levantina; la de posguerra, mucho más heterogénea y la de los años 60, con gran predominio andaluz y extremeño. Con la apertura de las grandes zonas residenciales para

la clase obrera, el barrio empieza a degradarse y subproletarizarse. El Casc Antic no ha sido tan afectado como el Raval con las expropiaciones para abrir las nuevas redes viarias (como la de Atarazanas). Más bien es una historia de deshaucios, subdivisión de las viviendas y subalquiler, falta de mantenimiento ... degradación habitacional en definitiva. Pero el golpe de gracia es el traslado del Borne a Mercabarna en 1970. Toda la vida comercial del barrio queda herida de muerte y llegamos a la situación actual.

El corazón del corazón, la zona central :

Por experiencia nuestra y experiencia de tantos otros en el barrio del Casc Antic (el contexto más amplio de este estudio), más que una selección imposible de los casos de más urgente atención (esto era precisamente lo que la encuesta iba a detectar) interesaba singularizar una zona de atención prioritaria en base a algunos recursos recibidos y a nuestra misma ubicación, ligada al local de la Asociación de Vecinos y a la farmacia. Criterio ecológico sumamente práctico para iniciar un trabajo social piloto que fuera extendiéndose, si fuera posible a todo el barrio. Y así se escogió la zona central donde se dan las características externas (habitacionales) de mayor deterioro. Proyectado al resto del barrio y del distrito, podríase hablar en este caso de una muestra intencional por grapas, si bien el criterio de centralidad y deterioro de la zona elegida la hacen poco representativa, o mejor, más representativa por su gravedad.

En todo caso, la encuesta, a medida que fuera avanzando el trabajo social, podría extenderse a todo el barrio y el distrito con carácter de estudio demográfico-exhaustivo. Para el lector se trata de un estudio exhaustivo y certero, sin error ni probabilidad, de lo que podríamos llamar hipotéticamente, un área o bolsa urbana de pobreza, nunca monilíticamente definida como a tal (todos los barrios, a excepción de los más altos quizás, presentan cierta heterogeneidad).

La zona en cuestión se encuentra delimitada de forma incluyente, por las calles Alta de San Pedro, Comercio, Mercaders hasta la calle Princesa, excluyendo ésta última.

Los objetivos del estudio y la encuesta

Los objetivos del estudio son pragmáticos y fáciles de colegir de todo lo dicho en la presentación del estudio. Podemos brevemente alistarlos así :

- Detectar las problemáticas generales de los ancianos para analizar sus causas, centrándonos en la calidad de vida.

- Dar a conocer al barrio, a los organismos públicos y a la opinión ciudadana en general, la doble marginación urbana y social que sufren los ancianos de esta zona deteriorada y del barrio en general.
- Intervenir, a partir de recursos humanos y económicos previsibles, en la solución de las situaciones más urgentes sin perjuicio de otros proyectos más amplios, canalizando hacia las instituciones del barrio aquellas problemáticas que nos constaban que eran atendidas en dichas instituciones o servicios.
- Elaborar un proyecto a más largo plazo para la Tercera Edad, extensible a todo el barrio del Casc Antic y al distrito si fuera posible, contando con la discusión previa del mismo por los interesados, incluyendo desde el inicio un voluntariado preparado para el caso.

El cuestionario, cerrado por obvias razones de economía de tiempo y posibles usos informáticos, aparte de su vaciado o elaboración estadística, estaba destinado a transformarse cualitativamente en un primer historial o ficha de diagnóstico para el trabajo social con los ancianos de la zona, en un primer y superficial estudio del caso, diríamos, porque hay que estandarizar las respuestas más o menos frecuentes y posibles. La entrevista era pues de diagnóstico general de los problemas típicos que suelen tratarse en relación con el colectivo de ancianos o jubilados, teniendo en cuenta que la jubilación anticipada (cada vez más frecuente) o el período más inmediato previo a la jubilación, aconseja avanzar la edad unos 5 años. El estudio comprende pues a todas aquellas personas que han cumplido al menos los 60 años y los problemas a detectar fueron esbozados como objetivos de estas entrevistas y las problemáticas generales a detectar pueden ser apuntas como siguen :

- Situación económico-laboral de los ancianos y, en alguna medida, de sus convivientes (ingresos personales, situaciones laborales y profesionales, cobertura de las necesidades más urgentes y comunes, como alimentación, vestimenta, consumo de luz, agua, etc.)
- Situación habitacional (régimen de tenencia de las viviendas, cuantía de los alquileres, estado general de las mismas según algunos indicadores subjetivos, correspondientes a la opinión de los mismos encuestadores y objetivos, como el equipamiento básico: baños, agua caliente, calefacción, etc. y estado del edificio: grietas, escaleras, humedades, etc).
- Situación relacional (convivientes y amigos, frecuencia y calidad de las relaciones con ambos, nivel asociativo).
- Situación sanitaria (tipo y frecuencia de enfermedades, disminuciones sensoriales, físicas, psicológicas y dependencias

resultantes o grado de autonomía, recursos utilizados: seguridad social, servicios sociales, recursos informales, como familiares, vecinos, amigos ..)

En suma, los indicadores más genéricos sobre sanidad entendida positivamente como calidad de vida a partir de sus dimensiones económicas, familiares (el estudio llega a una caracterización de la composición misma del hogar), sociales (o relacionales) y estrictamente sanitarias (enfermedades y autonomía), con el objetivo ya repetido, de detección de los casos más urgentes.

El trabajo de campo

Durante los meses de julio y septiembre de 1987, varios voluntarios realizaron visitas por toda la zona, casa por casa, para detectar a la población anciana, a quién aplicaron la encuesta por entrevista. El cuestionario se elaboró como una especie de ficha, diagnóstico o abertura de historial para el trabajo social, de tal manera que permitiera tratar inmediatamente los casos más urgentes. Varios asistentes sociales supervisaron el trabajo de campo. La recogida de datos, su tratamiento informático y primera interpretación corrió a cargo del grupo que redacta este informe. Los encuestadores se presentaron siempre como personas ligadas a la campaña, pidiendo la colaboración anónima de los ancianos y exponiéndoles los objetivos de la encuesta.

ENCUESTA

ENCUESTA SOBRE LA SITUACION DE LOS VECINOS DE MAS DE 60 AÑOS

DATOS PERSONALES

- 1.- Nombre
- 2.- Primer apellido
- 3.- Segundo apellido
- 4.- Edad
- 5.- Sexo (1: hombre; 2: mujer)
- 6.- Domicilio
- 7.- Teléfono
- 8.- Lugar de nacimiento :
1 : Barrio; 2: Distrito; 3: Ciudad; 4: Provincia;
5: Cataluña; 6 : España; 7: Extranjero
- 9.- Estado civil
1: Soltero; 2: Casado; 3: Viudo; 4: Divorciado;
5: Separado;.....

DATOS LABORALES, DE INGRESOS Y SUBSISTENCIA

- 10.- Profesión
- 11.- Ultimo trabajo realizado:
1 : Empresario/técnico superior; 2: Directivo de
empresa/técnico medio; 3: Cuadros intermedios/
administrativos; 4: Trabajador cualificado:.....
5: Trabajador semicualificado; 6: Trabajador no
cualificado; 7: Ninguno; 8: Otros.....
- 12.- Nivel de ingresos (en miles de pesetas/mes) :
1:0; 2:<20; 3:20/30; 4:30/40; 5:40/50; 6: 50/60;
7:60/75; 8:75/90; 9:90;.....
- 13.- Concepto de los ingresos :
1: Rentas; 2: Jubilación; 3: Pensión; 4: Ayuda
familiar; 5: Otros conceptos
- 14.- ¿Cubre las necesidades de vestimenta?
1: Si; 2: No;
- 15.- ¿Cubre las necesidades de vestimenta?
1 : Si; 2: No
- 16.- ¿Puede pagar los servicios? (luz, gas, etc)
1: Si; 2: No;.....

DATOS DEL NIVEL DE INSTRUCCION

- 17.- 1: No lee ni escribe; 2: escribe y lee con dificultad;
3: Estudios primarios; 4: estudios secundarios
5 : estudios superiores

DATOS DE LA VIVIENDA

- 18.- 1: Propia; 2: Alquilada; 3: Realquilada; 4: Pensión;
5: Otros
- 19.- Alquiler mensual (en miles de pesetas por mes)
1: <5; 2: de 5 a 10; 3: de 10 a 15; 4: de 15 a 20
5 : de 20 a 25; 6 : > 25; 7 : Nada
- 20.- Estado general :
1: Bueno; 2:Regular; 3:Malo; 4: Muy malo
- 21.- Ventilación :
1: Buena; 2: Regular; 3: Mala
- 22.- Agua corriente :
1: Tiene fría; 2: Tiene caliente; 3: No tiene;
- 23.- Luz natural :
1: Buena; 2:Regular; 3: Mala
- 24.- Luz eléctrica :
1: Si; 2: No
- 25.- Lavabo
1: Si; 2:No
- 26.- Ducha
1:Si; 2:No
- 27.- Inodoro
1:Si; 2:No
- 28.- Calefacción
1:Si; 2:No
- 29.- Teléfono
1:Si; 2:No
- 30.- Ascensor :
1: Si; 2:No
- 31.- Escaleras
1: Cómodas; 2: Incómodas; 3 : No hay
- 32.- Humedad:
1:Si; 2: No.....
- 33.- Grietas :
1: Si; 2: No
- 34.- Metro cuadrado por persona :
1:>20; 2:de 15 a 20; 3: de 10 a 15; 4: < 10

35.- Deterioro general :

1: Si; 2: No

DATOS DEL NIVEL DE AUTONOMIA FISICA

36.- Comer sólo, lavarse, etc :

1: Puede; 2: Puede con ayuda; 3: No puede

37.- Moverse dentro de la casa:

1: Puede; 2: Puede con ayuda; 3: No puede

38.- Hacer la comida y las tareas de la cas :

1: Puede; 2: Puede con ayuda; 3: No puede

39.- Hacer las compras :

1: Puede; 2: Puede con ayuda; 3: No puede

40.- Moverse por la ciudad :

1: Puede; 2: Puede con ayuda; 3: No puede

41.- Si no puede o puede con ayuda, ¿quién le ayuda?

1: Familia; 2: Amigos; 3: Vecinos; 4: Servicios sociales; 5: Otros; 6: Nadie

DATOS DE LAS RELACIONES SOCIALES

42.- Amigos:

1: Tiene en el barrio ; 2: Tiene fuera del barrio;
3: Tiene amigos en el barrio y fuera; 4: No tiene

43.- Frecuencia con que ve a los amigos :

1: Asiduamente; 2: Poco; 3: Muy poco; 4: Nunca

44.- Participación en entidades o grupos:

45.- Frecuencia con que concurre:

1: Asiduamente; 2: Poco; 3: Muy poco; 4: Nunca

FRECUENCIA DEL ESTADO DE SALUD Y DE LA COBERTURA

46.- ¿Qué enfermedad crónica padece?

1: Alergia, 2: artrosis o reumatismo; 3: Anemia;
4: Bronquitis; 5: Cataratas; 6: Ceguera; 7: Cirrosis hepática; 8: Diabetes; 9: Dolor de espalda;
10: Epilepsia; 11: Hernia; 12: Insuficiencia renal;
13: Mala circulación; 14: Migraña; 15: Parálisis;
16: Piedras en el riñón, 17: Presión alta; 18: Problemas cardíacos; 19: Prob. digestivos; 20: Prob. mentales;
21: Prob. nerviosos, depresiones; 22: Prob. de próstata;
23: Prob. de tiroides; 24: Sinusitis; 25: Sordera;
26 : Tumores; 27: Úlcera de estómago; 28: Várices;
29: Otras

- 47.- Cobertura sanitaria y social :
1: Seguridad social; 2: Beneficiencia; 3: Mutual;
4 : Otras; 5: Ninguna
- 48.- ¿Quién le ayuda en caso de enfermedad corta?
1: familia; 2: Amigos; 3: Vecinos; 4: Servicios sociales;
5: Otros; 6: Nadie
- 49.- ¿Quién le ayuda en caso de enfermedad larga?
1: familia; 2: Amigos; 3: Vecinos; 4: Servicios sociales;
5: Otros; 6: Nadie
- 50.- ¿A que servicios sociales ha recurrido?
1: Del Ayuntamiento; 2: Cáritas; 3: Parroquias;
4: La hora de Dios; 5: Otros; 6: Ninguno

DATO DEL GRUPO DE CONVIVIENTES

- 51.- Número de convivientes
- 52.- Relación
1: Primer grado (padres, hijos, conyuges);
2: Segundo grado (abuelos, nietos, hermanos);
3: Tercer grado (otros familiares);
4: Cuarto grado (no familiares);
- 53.- Edad
- 54.- Situación laboral :
1: Trabajo por cuenta propia; 2: Trabajo fijo;
3: Trabajo eventual; 4: Trabajo doméstico;
5: Paro sin subsidio; 6: Paro con subsidio;
7: Estudiante; 8: Jubilado; 9: S.L.; 10: Otros
- Nombre y apellidos del conviviente:
- 55.- Relación :
- 56.- Edad :
- 57.- Situación laboral :
- Nombre y apellidos del conviviente:
- 55.- Relación :
- 56.- Edad :
- 57.- Situación laboral :

ENCUESTA SOBRE LA SITUACION DE LOS VECIONOS DE MAS DE 60 AÑOS

INSTRUCTIVO

Solamente se hace referencia a las preguntas que necesiten algún tipo de aclaración.

Pregunta 11:

- item 4 : Trabajador cualificado:
Desempeña tareas muy especializadas para las que es necesario efectuar cursos teóricos y prácticos de capacitación.
- item 5 : Trabajador semicualificado:
Desempeña tareas especializadas para las que es necesario capacitarse fundamentalmente en la práctica.
- item 6 : Trabajo no cualificado:
Desempeña tareas no especializadas para las que no es necesario capacitarse previamente.

Preguntas 22, 23, 24 y 40 :

Se consignará según estimación personal.

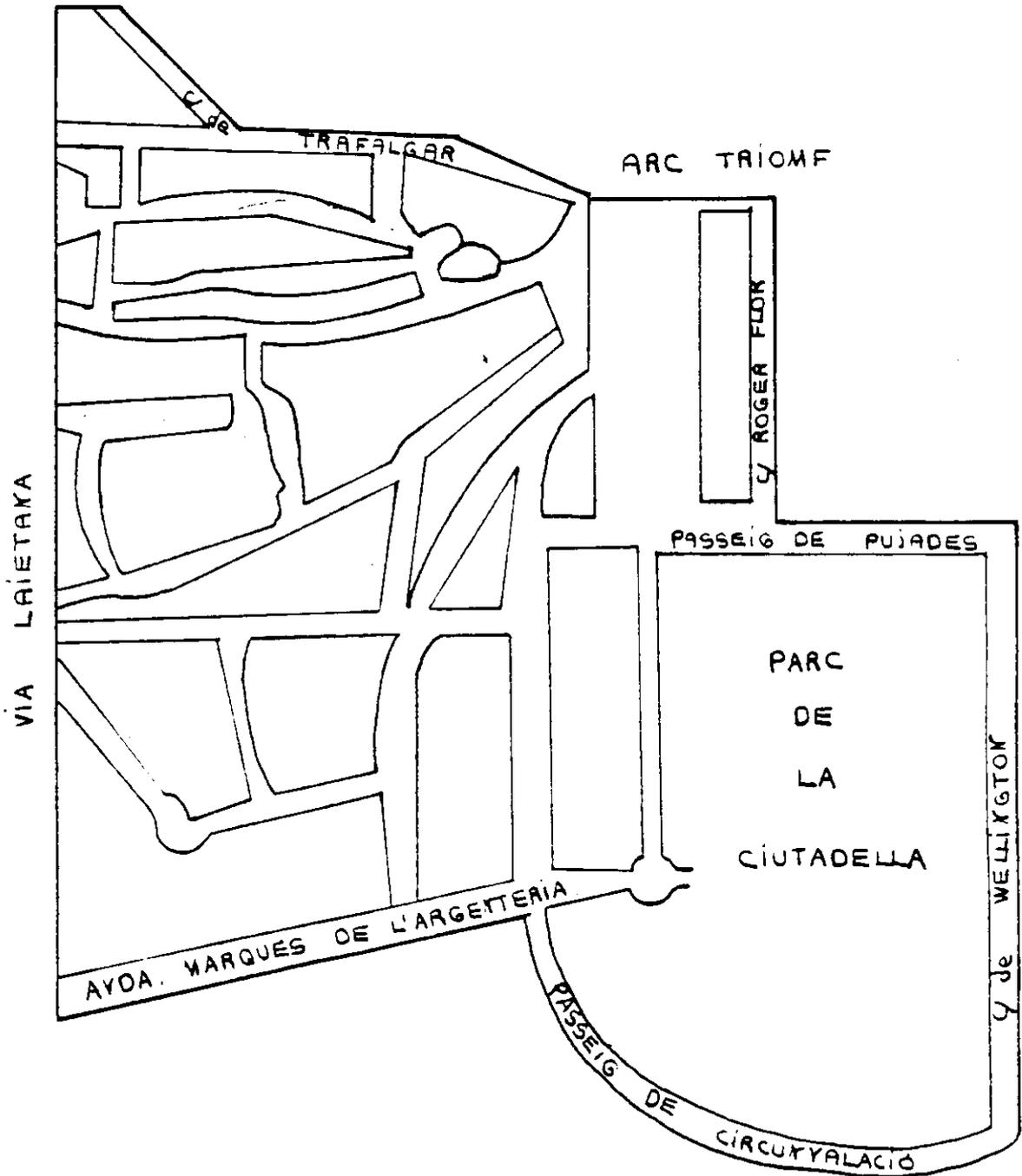
Pregunta 31:

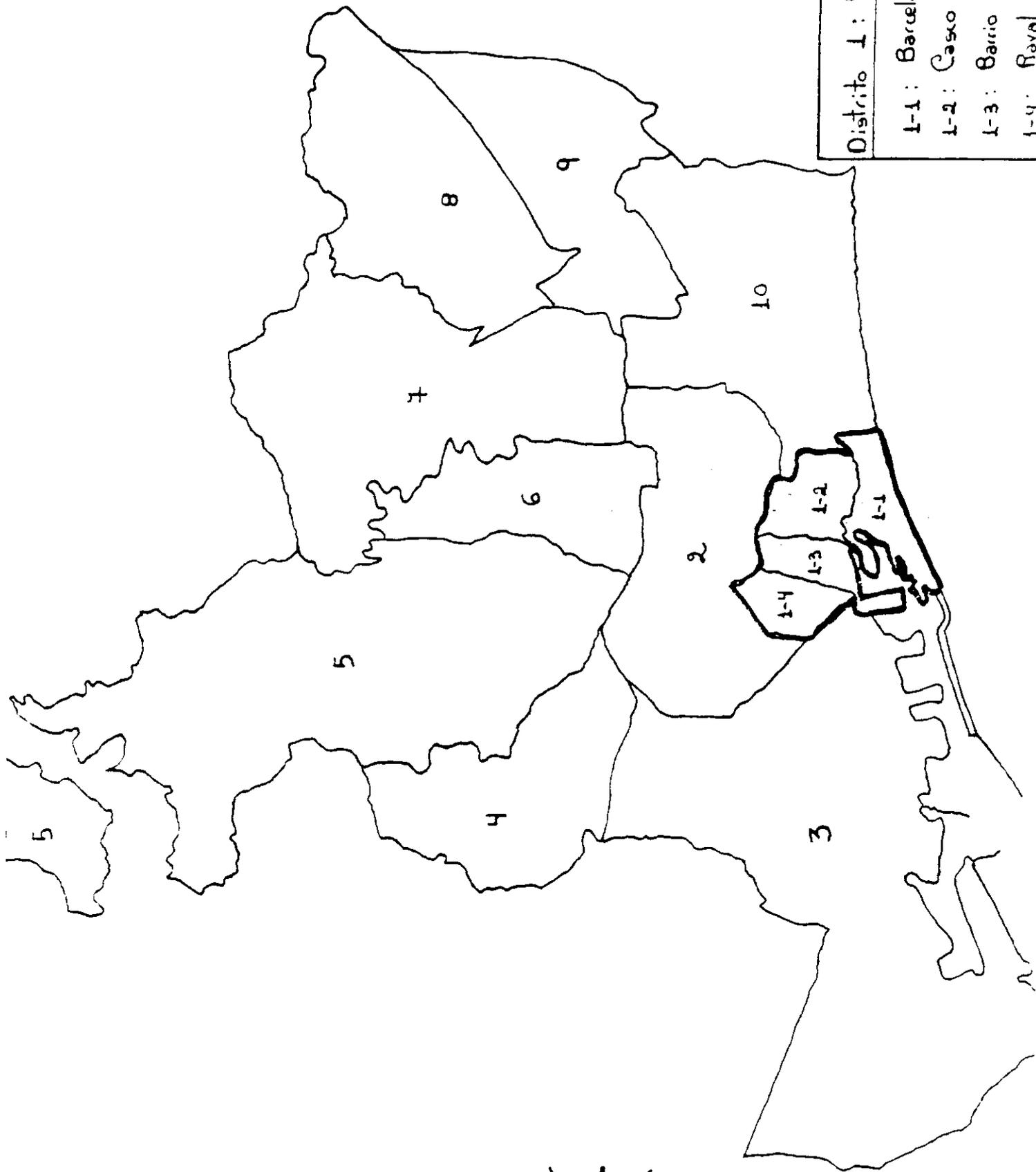
La escalera cómoda es la que se sube con facilidad. Se caracteriza por ser ancha, tener peldaños bajos y amplios, descansos frecuentes, agarres seguros y buena iluminación.

Pregunta 46 :

Si la enfermedad no coincide con las especificadas, se tomará nota de lo que relata el encuestado y su familia, para intentar su identificación posterior de decidir contarla como "otras".

PLANO DEL SECTOR DEL "CASCO ANTIGUO".





Districto 1: Ciutat Vella

1-1: Barceloneta

1-2: Casco Antiguo

1-3: Barrio Gótico

1-4: Raval

CAPITULO II

EL MARCO TEORICO MAS REMOTO : LA VEJEZ COMO PROBLEMA

El marco teórico de este estudio es el común a la mayoría de estudios sociológicos por encuesta a la vejez. Consta así de todo el bagaje de teorías sobre la ancianidad en las sociedades modernas, su discriminación, etc. Su marco más concreto es la ancianidad residente en las zonas urbanas marginales, centrándonos en el problema de la vivienda.

Definición de la vejez en la sociedad actual

Son muchas y diferentes las definiciones en boga sobre la 3ª edad, según los diversos autores y teorías (médicas, psicológicas, sociales, etc.)

GORDON R. LOWE dice "la definición del grupo de edad que contiene a los llamados viejos nunca ha sido clara y concisa, quizá porque no tenga definición. Puesto que según nos movemos a diferentes edades consideramos viejos a un menor número de personas y el número de personas que nos ve a nosotros viejos crece de modo idéntico, pero aun así nunca llegamos a vernos a nosotros mismos como viejos ...

Para considerarse viejo no es suficiente con tener una edad casi centenaria, sino que además se ha de estar incapacitado o inmovilizado".

De este modo y arbitrariamente se decide concebir la senectud como momento que comienza a partir de los 65 años, la edad de la jubilación.

Se ha señalado frecuentemente que los prejuicios actuales sobre la vejez surgen de una convicción equivocada, según la cual hemos de evaluar a los ancianos con criterios más bien apropiados para los grupos de menor edad.

El proceso biológico del envejecimiento, es la tendencia natural de los órganos físicos a deteriorarse y de los procesos físicos a deteriorarse y de los procesos físicos a envejecer. La energía disminuye, decrece la resistencia a la enfermedad y, en general el cuerpo se hace más lento y menos flexible. Biólogos y psicólogos se han dado cuenta que el punto de vista del envejecimiento como simple deterioro molecular es demasiado simple para hacer justicia a los hechos.

A lo largo de la historia se han configurado ciertos mitos sobre la condición física del anciano y conclusiones pesimistas sobre el envejecimiento. No se puede generalizar todo esto en relación a la senectud, como tampoco lo

hacemos al referirnos a cualquier otro grupo de edad. Cada persona y cada etapa son diferentes.

Según algunos (Eisdorfer: 1983) : el viejo no es ni más ni menos que una "víctima", no sabemos si de la vida, de la ciencia o de la sociedad. El crecimiento exponencial en la prolongación de la vida humana se ha debido a los avances de la Medicina. No obstante, no basta con prolongar la vida, sino que es necesario que ésta sea vivida de manera satisfactoria y digna. Ahora bien, una buena parte de los ciudadanos de más de 60 ó 65 años soporta mala salud, falta de vínculos afectivos (crisis psicológica) y escasos recursos económicos.

La vejez debe ser reconceptualizada desde una perspectiva positiva. Como alguien ya dijo no hay que aceptar la consideración de la 3ª edad como una "edad de 3ª" (Pinillos 1981).

El rol social de la persona cambia a lo largo de la vida y de una a otra sociedad. La reglamentación social y laboral impide el trabajo a una edad determinada, independientemente de su deseo o capacidad del ciudadano. La escasez de las pensiones es la causa principal de la precariedad económica de este grupo de edad.

La afectividad es uno de los aspectos que adquieren más importancia en esta etapa. Las personas ancianas sufren la pérdida de sus seres queridos, viéndose abocadas, en ocasiones a la soledad y al abandono.

Todo ello influye en el hecho de que la vejez sea considerada hasta ahora como una edad de déficits tanto a nivel biológico, físico y social como económico.

La ciencia del envejecimiento es pluridisciplina. La urgencia de plantearse el problema del envejecimiento desde las más distintas perspectivas ha sido asumida por la Asamblea General de las Naciones Unidas, a partir de 1977, culminando en una Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento celebrada en Viena, en Julio de 1982, en la que participaron 126 países.

El principal objetivo de esa reunión fue el de cooperar en el intercambio científico y técnico para formular una serie de recomendaciones.

Los Gobiernos de los Estados participaron, con el fin de que éstos programaran una política social y científica en materia del envejecimiento.

Rocío Fernández Ballesteros (1986) dice que la vejez es un periodo más del ciclo de la vida, y desde una visión desprovista de prejuicios y estereotipos, todavía no se ha demostrado que tenga que ser peor que cualquier otra etapa.

Sin embargo, la realidad muestra que los tópicos negativos sobre la vejez, existen.

Lher (1983) : señala un grupo de investigaciones que tienen por objetivo la evaluación de la imagen social que los distintos grupos humanos tienen sobre las personas de edad y la imagen que estos tienen de sí mismos, en diferentes culturas (a través de estudios antropológicos). De todo ello extrae el siguiente resumen :

1. Las actitudes frente a las personas de edad son más positivas cuanto más primitiva es la sociedad investigada, en términos comparativos con sociedades industrializadas.
2. El prestigio de las personas de edad está en relación directamente proporcional al número de habitantes pertenecientes a esa categoría de ciudadano.
3. Los jóvenes parecen tener una imagen de los viejos mucho más negativa que el resto de la población.

Una visión positiva de la vejez implica el dejar atrás estas normas expresadas en los estereotipos y expectativas y determinantes de los roles sociales : el viejo puede ser (y de hecho ocurre en muchos casos) también un ser activo y productivo, competente y saludable. Existen diferencias individuales muy marcadas en el envejecer, a pesar de existir un declive físico y mental general a lo largo del ciclo vital. Una serie de razones de tipo económico, ideológico (las personas de edad son más conservadoras); físicas, psicológicas, humanitario (el viejo necesita un "descanso"), provocan la casi expulsión del viejo de la vida social, política y económica, impidiéndole la continuidad en sus roles socialmente valorados.

Esta revisión de los estereotipos negativos que actualmente planean sobre las personas mayores, puede dar pie al inicio de posibles programas de intervención con el fin de modificar las actitudes y expectativas sociales sobre la vejez. Ello es imprescindible para un óptimo desarrollo del individuo humano a lo largo de toda su trayectoria vital (en otros países habían surgido ya iniciativas en este sentido, Loew y Silvestre 1971).

R. Fernández conceptualiza la vejez como la adaptación del organismo a situaciones nuevas y Federico Suárez dice : "la imagen que los viejos tienen de sí mismos, está influida por variables, personales o biológicas, pero también por las normas sociales que existen en esa determinada sociedad, lo normativo es que el viejo está inactivo, sin ningún tipo de responsabilidad socialmente valorada". Este autor propone una asistencia integral a los ancianos, con una oferta diversificada y discriminada, organizada en diferentes niveles y

realizada, mientras sea posible, allí donde vive el anciano. La marginación del anciano es más un problema de re-inserción social que de inserción.

Según Birren y Renner (1983) : los problemas sanitarios en las personas de edad no dependen exclusivamente de condiciones biológicas del organismo, sino que los factores psicológicos y sociales tienen gran influencia sobre la enfermedad durante la ancianidad.

Los nuevos enfoques, procedentes tanto de la Geriátrica como de otras disciplinas implicadas en la Gerontología, ponen de relieve la importancia de factores ambientales en el envejecimiento. Si bien los factores de riesgo biológicos y físicos son importantes a la hora de predecir la enfermedad, una parte considerable de las diferencias individuales en el enfermar depende de otros determinantes ambientales, sociales o psicológicos.

Los sucesos o eventos críticos en la vida de las personas ejercen gran influencia en el enfermar, en cualquier período del ciclo vital. En el período de senectud, la mayor parte de las situaciones críticas son situaciones sociales de pérdida, como la enfermedad o la muerte de un ser querido, el duelo repentino, la defunción o el aniversario de defunción, la pérdida de status o de autoestima.

Para Henry y Stephens (1977); los sujetos superan los cambios negativos que les ocurren, no sólo en virtud de la calidad y cantidad de sus redes de comunicación (lo cual constituirían una explicación exclusivamente ambientalista del enfermar), sino también de su capacidad de manejar situaciones sociales, y de sus posibilidades de enfrentarse o de resolver positivamente este tipo de cambios o pérdidas.

Existe una mayor probabilidad de enfermar y morir cuando se dan situaciones difíciles y traumáticas en la vida de las personas. La existencia de vínculos sociales está relacionada en sentido inverso con muerte y la enfermedad.

La enfermedad no sólo depende de cambios biológicos, sino también, en buena medida, de modificaciones ambientales.

Lindemann (1979) : plantea una teoría de las crisis personales debidas a las fuerzas ambientales y la necesaria readaptación. Las crisis de la vida, en general, suponen o bien una oportunidad de desarrollo y crecimiento, o bien un peligro para la salud física y psicológica. Si al llegar a una determinada edad, estos eventos críticos se acentúan, es posible hipotetizar que estos cambios contribuyen, en alguna medida, a las altas tasas de enfermedad que se dan en los ancianos.

Schaie y Parr (1983): exponen distintos criterios para poder definirse la edad funcional de un sujeto. Entre ellos destaca el que identifica la edad

funcional de un sujeto. Entre ellos destaca el que identifica la edad funcional a través del nivel de competencia conductual de un determinado sujeto, es decir, la capacidad del anciano de aprender a reentrenarse en habilidades que le hagan suprimir o disminuir los déficits adquiridos o causados por eventos o situaciones vitales. Por "Tercera Edad" algunos autores entienden la vejez competente y adaptada, incluyendo en la "Cuarta Edad" a los sujetos funcionalmente inhábiles pertenecientes al mismo grupo cronológico. Se acepta comúnmente que los individuos pueden alcanzar edades avanzadas siendo plenamente competentes o al menos, capaces de combatir los déficits que, por determinadas circunstancias, hayan adquirido.

Existe un declive, al llegar a edades avanzadas del ciclo vital, de ciertas habilidades cognitivas, motoras o fisiológicas. Este declive no conlleva, en sí mismo, la incapacitación de las personas de mayor edad, sino que a pesar de déficits en algunas áreas intelectuales, se conserva la posibilidad de integración y transmisión de experiencias y conocimientos que son compatibles con una personalidad competente.

La conducta y la salud de las personas de mayor edad dependen de una serie de variables ambientales (físicas y sociales) y personales (habilidades conocimientos, experiencias) que el sujeto aporta a partir de su vida pasada, así como de la forma y manera en que se enfrenta a las circunstancias actuales. Todo ello depende también de los apoyos sociales y físicos que le brinda la comunidad (redes sociales, apoyos físicos) así como de sus propias habilidades y competencias personales.

Según Moos y Mitchell (1982): se puede pasar de una perspectiva "patogénica" o "deficitaria" a otra salutogénica, potenciadora de la competencia. Se trataría pues de potenciar lo positivo, tanto en lo que se refiere a las posibilidades del individuo de resolver adaptativamente las circunstancias adversas, como al incremento de los apoyos sociales y físicos del ambiente.

Leger y Slotnick (1982): dicen que el fenómeno de mayor interés es el de la adaptación, mecanismo a través del cual el sujeto se enfrenta, maneja y controla su ambiente. Desde este enfoque, se trataría de promover las oportunidades de aprendizajes que incrementarán la habilidad de los ancianos para influir y controlar el medio en que viven, compensando las pérdidas que sufre en este período.

El factor más importante es el amplio contexto comunitario, ya que provee los sistemas de valores y el significado de lo que constituye la conducta adaptativa. Por ello, las intervenciones o tratamientos serán dirigidos tanto a la modificación de los contextos ambientales relevantes, como a los propios individuos o a ambos.

Dicha perspectiva parte pues de una serie de supuestos : los factores ambientales, físicos, culturales y sociales, ejercen un papel sustancial en la conducta y la salud de las personas a lo largo de todo el ciclo de la vida. Durante la vejez, el individuo experimenta una serie de situaciones difíciles y/o nuevas a los que ha de adaptarse adecuadamente. Ello dependerá tanto de sus habilidades en el manejo y control de estas situaciones, como de los apoyos físicos y sociales que reciba de la comunidad, se parte pues de un punto de vista optimista del funcionamiento humano, y no de los déficits.

La vejez ha de ser definida por sus características positivas, perfectamente potenciables y entrenables.

Según B.L. Mishara - R.G. Riedel la mayoría de las investigaciones gerontológicas adolecen de una falta de integración : psicólogos, biólogos, sociólogos y antropólogos sólo perciben uno de los aspectos del envejecimiento, sin ver lo que hacen los otros, con lo cual ignoran una gran parte de los fenómenos que se producen al mismo tiempo. El reduccionismo y la falta de interdisciplinarietà son aquí el principal obstáculo a una visión certera sobre la vejez.

Para J.M. Aragón : la corriente moderna considera la vejez, como algo estático sino dinámico, como un proceso. Decir que el envejecimiento es un proceso, equivale a recalcar que es un cambio que no ocurre en forma repentina, sino gradual y progresiva. En los cambios o modificaciones que se van produciendo a lo largo de muchos años, intervienen gran cantidad de factores y variables de todo tipo; según sea su actuación irán modelando y configurando diversamente a la persona que envejece. Por ello se habla de un proceso diferencial y es posible hacer algunas generalizaciones, pero no obstante es cierto el hecho de que, por ejemplo, a los 70 años, unas personas conservan un notable vigor físico y gran capacidad intelectual y otros menos. Dependerá en gran parte del ambiente en que han vivido, de la profesión, etc. Entre las variables más importantes este autor subraya, el "efecto cohorte" o "efecto generacional" ya que debido a el proceso diferencial se convierte además en un proceso social. Atender a este proceso diferencial social propio de cada cohorte y más en concreto, de cada individuo, permitirá una mejor apreciación de sus crisis, aspiraciones, temores, etc.

La ancianidad no debe ser tomada como un bloque unitario, más bien deben irse señalando varios períodos o "edades" que van jalonando el desarrollo. Homogeneizar el envejecimiento, reducirlo o equipararlo a una de sus etapas, es otro error metodológico que se ha cometido con frecuencia, dando lugar a la formación de estereotipos casi siempre negativos (tercera y cuarta Edad).

Pero el autor que más ha influido nuestra revisión de la ancianidad es sin duda Simone de Beauvoir. En nuestra sociedad -según ella- existe un rechazo no sólo del viejo, sino de la propia vejez cercana o lejana.

El momento en que comienza la vejez está mal definido, varía según épocas y lugares. Lo pernicioso es que en ninguna parte se encuentran hoy los "ritos de pasaje" que establezcan un nuevo estatuto. En política, en el código civil, prácticamente no se considera a los ancianos como un colectivo aparte y son asimilados a los adultos más jóvenes. Sin embargo, cuando se decide su condición económica se les considera como una clase o especie extraña, no tienen ni las mismas necesidades ni los mismos sentimientos que los demás hombres ya que basta acordarles una miserable limosna para sentirse en paz con ellos.

La economía actual se basa en el lucro, y a él se subordina prácticamente toda la civilización. Sólo interesa el material humano en la medida en que rinde, después se lo desecha. Que la jubilación es la época de la libertad y del ocio. Es una mentira desvergonzada. La sociedad impone a la inmensa mayoría de los ancianos un nivel de vida miserable.

Según Simón de Beauvoir los ocios no abren al jubilado posibilidades nuevas y cuando el individuo se encuentra por fin liberado de coacciones se le quitan los medios de utilizar su libertad. El anciano está condenado a vegetar en la soledad y el aburrimiento, es un puro derecho. El hecho de que durante los 15 ó 20 últimos años de su vida un hombre no sea más que desecho es prueba del fracaso de nuestra civilización. Esta situación que nos parece normal nos angustiaría si consideráramos a los viejos como hombres, con una vida humana tras ellos, no como cadáveres ambulantes...

Detrás de todos los enfoques y teorías sobre la 3ª edad que hemos ido transcribiendo se esconde un denominador común : vejez como sinónimo de marginación.

Según Rogeli Duocastella el proceso de marginación se debe al paso de patriarcado a la sociedad industrial y ha sido el siguiente: el anciano poseía, en el mundo rural, una gran experiencia en el ámbito de la producción y de la economía, la agricultura y la ganadería basada no tanto en conocimientos racionales y científicos, cuando en saberes experimentales que se transmitían de padres e hijos. El saber acumulado por vía oral era transmitido por los mayores e iba acompañado de prestigio y poder.

El poder económico era detentado por el anciano, lo que originaba unas relaciones de dependencia y sumisión inafectables. El sistema legal de herencia refrendaba esta actitud de sumisión y obediencia filial.

La moderna revolució industrial y su efecto más visible y complejo : el fenómeno urbano, han roto estos moldes tradicionales introduciendo una profunda transformación y mudanza en la percepción del rol y statuto social de los ancianos. El saber ya no es exclusivamente producto de la herencia y la experiencia, sino que se puede adquirir científicamente en edades muy jóvenes. Más aún, la apertura a lo nuevo es una actitud intrínseca al saber tecnológico. Pero los jóvenes se han independizado de toda aparente supeditación, no sólo técnica y económicamente, sino en el aspecto religioso y cultural.

El estatuto del anciano ha sufrido una transformación radical y rápida. Ya no es el eslabón que ata el pasado al presente sino un aspecto residual de la nueva sociedad, que apenas reconoce su positiva contribución al logro de todo cuanto disfruta, al contrario, le acusa, de no haberle dejado participar en el mismo proceso creador.

El proceso referente en el poder económico del anciano y en su prestigio social. A la familia patriarcal sucede la familia moderna, nuclear y neolocal reducida a los cónyuges con uno ó dos hijos. Esta reducción de la prole y la prolarización de la familia en la pareja conyugal, así como su unidad de residencia al margen de la vieja familia patriarcal, extensa, inciden además en el rol social y afectivo que ejercían los ancianos sobre la estructura familiar. Con ello se produce un proceso constante de marginación del anciano.

Dicho proceso es sin embargo diferencial y afecta sobre todo a las grandes capas sociales inferiores. En las capas medias y superiores privan las relaciones "afectivas" sobre las económicas. Rogelino Duocastella apunta dos teorías : la de P. Towsend según el cual, se trata de un modelo de familia de "intimidad a distancia" y que obedece al actual proceso de formación de relaciones a distancia según el cual hijos y padres prefieren vivir independientemente sin menoscabo de sus relaciones de amor filial.

El modelo de Burgess según el cual hay una discontinuidad en los roles ejercidos anteriormente, una pérdida de poder y prestigio, una interrupción del proceso tradicional personal de socialización familiar, llegándose con ello a una pérdida de la identificación personal de las funciones sociales del anciano.

OTROS ESTUDIOS REALIZADOS

1) ARBONES, G.; BELENES, R.; CAPELLA, D.; CASAS, M.; IBAÑEZ, LL.; SECULI, E.; SEGURA, A. *Estudi socio-sanitari de la Població Anciana afiliada als espais de "La Caixa"*.

En 1er. lugar se estudian los factores económicos, culturales y de relación social de los ancianos, intentando conocer la influencia de estos factores en la configuración del estado de salud del individuo. En la 2ª parte se

realiza el análisis de salud a partir de la descripción del grado de autonomía personal en las actividades de la vida diaria, de la descripción de las enfermedades y molestias que padecen y del consumo de servicios y productos sanitarios efectuados por los ancianos objeto de estudio.

El ámbito poblacional estaba constituido por los ancianos afiliados a los "Esplais" de "La Caixa", de Cataluña.

Metodología utilizada.- Complimentación de un cuestionario mediante entrevista personal a una muestra de ancianos representativa de todos los afiliados a los esplais de "La Caixa" de Cataluña. La muestra estaba formada por 215 hombres y 174 mujeres, de edades comprendidas entre los 60 y 90 años, obtenida a partir de una triple estratificación que tenía en cuenta el "Esplai", el sexo y la edad del colectivo a estudiar.

Fecha de realización - Se inició el trabajo a mitad de 1978 y se finalizó en Julio de 1980.

Promotor- financiador : Caja de Pensiones para la Vejez y de Ahorros de Cataluña y Baleares "La Caixa" Vía Layetana, 56. Barcelona, 3.

2) *BONAL, R.; COSTA, J. Aproximació global a la situació socio-econòmica dels jubilats i pensionistes. Sta. Coloma de Gramanet.*

Promotor-financiador : Fundació Jaume Bofill. El análisis presentado tiene como objetivo el conocimiento aproximativo de la realidad social, económica y de salud de los viejos de Sta. Coloma (140.000 habitantes) para establecer una posible política de servicios sociales. El trabajo se divide en 2 partes diferenciadas pero formando parte de un mismo conjunto : a) un conocimiento panorámico de la población (por barrios), incidiendo en los elementos más relevantes de la situación socio-económica de los hijos, b) análisis de la situación social vivida por los propios jubilados y pensionistas.

Ambito poblacional.- Población anciana de Sta. Coloma de Gramanet (Barcelona).

Metodología utilizada.- Según sus autores, el trabajo presentado, aunque extremadamente útil para instancias de actuación social, es limitado en cuanto a los requisitos de cientificidad. Ello se debe a la valoración de la metodología utilizada. Se basa en 2 fuentes primarias fundamentales :

1. Ficha de identificación de todos los jubilados y pensionistas (10 variables).

2. Cuestionario, con 29 variables, a los 1º 300 viejos presentados en el Ayuntamiento, ante un posible ofrecimiento gratuito de servicios generales.

Fecha de finalización del informe : Julio - 80.

- 3) *DUOCASTELLA, R. (I.S.P.A.) : Informe sobre la 3ª edad.*

Promotor - financiador : Fundación María Francisca de Roviralta. Barcelona.

Este libro se basa en los datos y análisis de un amplio "Informe sociológico sobre la ancianidad en Cataluña" realizado por el I.S.P.A.

Intenta responder a varias preguntas fundamentales que dan cuerpo a otros tantos aspectos de la investigación : ¿Cuántos y quiénes son los ancianos de Cataluña? ¿Cómo responde la sociedad a esta problemática?

Ambito poblacional.- Población anciana de Cataluña.

Metodología utilizada.- Este libro está redactado sobre la base de los datos y la encuesta del Informe citado. No se describe con detalle la metodología utilizada en la obtención de los mismos.

Fecha de realización.- Aproximadamente en 1975.

- 4) *Institut de Sociologia i Psicologia Aplicadas (I.S.P.A.) : Problemática de la 3ª Edad i el seu Tractament a Catalunya.*

Promotor - financiador : Fundació Catalana, Barcelona. Sobresale en este trabajo el tratamiento dado a los conocimientos económicos y sociales de la ancianidad. Dentro de este último aspecto se analiza en detalle el problema del alojamiento individual e institucional, además del tema de la convivencia y del tiempo libre.

Se llega luego a la evaluación de una serie de déficits de tipo económico, alojamiento y servicios hospitalarios y asistenciales de la 3ª edad en Cataluña.

Ambito poblacional .- Población anciana en Cataluña.

Fecha de realización.- Abril 1980

- 5) *Instituto de Sociología y Psicología Aplicada (I.S.P.A.) : Informe sociológico sobre la Ancianidad en Cataluña.*

Promotor - financiador : Fundación María Francisca de Roviralta, Barcelona.

A través de varias encuestas diferentes, los autores describen no sólo la problemática social, económica, cultural y sanitario-asistencial, del anciano en Cataluña, sino también sus opiniones, aspiraciones, estado subjetivo del ánimo y salud. Se analizan, asimismo, con algún detalle los recursos que la sociedad catalana arbitra para las necesidades asistenciales de los viejos.

Contrastando unas y otras I.S.P.A. saca una serie de conclusiones que le sirvan para definir proyectos de actuaciones sociales.

Ambito poblacional.- Población anciana de Cataluña.

Metodología utilizada.- Trabajo realizado sobre la base de 4 encuestas :

- 1 - Encuesta general a la población anciana. El cuestionario comprende 130 preguntas y el nº de entrevistas (estratificadas), es de 1535.
- 2 - Encuesta a los asilos y residencias de Cataluña, para conocer los aspectos cuantitativos y cualitativos de la oferta asistencial.
- 3 - Encuesta a los ancianos albergados, para pulsar el nivel de satisfacción de los equipamientos y servicios.
- 4 - Encuesta a los usuarios de los Centros Diurnos. Igual objetivo que la encuesta anterior.

En todas ellas aportan plan de encuestación y muestreo. Calculan errores de muestreo. Alto grado de fiabilidad.

Fecha de reclinación.- Recogida datos : Cerca 1975
Informe finalizado en Abril 1976

6) *ANTRAS BADIA, J. M^a MARTIN AGUDO, L. Temática Económico-Social. Ponencia presentada el 1er. Simposium de la 3^a edad sobre Política Humanizada de la Ancianidad. Barcelona 2-7 Octubre 1976.*

Promotor - financiador : del Simposium Excm. Diputación de Barcelona. Excmo. Ayuntamiento de Barcelona. Federación Catalo-Balear de Cajas de Ahorros.

Esta ponencia trata del problema económico de los ancianos, que abarca desde el análisis del nivel y del origen de los ingresos económicos de los

viejos, al examen de la estructura de la Seguridad Social en España, pasando por el estudio de las necesidades y la crítica de los déficits.

Ambito poblacional.- Población anciana de Cataluña.

Metodología utilizada.- Análisis de datos y publicaciones de tipo oficial (legislación sobre pensiones y cuantía), y de tipo privado (sobre los recursos que reciben los viejos, I.S.P.A.), próximos a 1976.

Fecha de realización.- Hacia 1976.

7) *Cáritas Diocesana de Barcelona. Un aspecto de la marginación a casa nostra. Els beneficiaris del FAS. Barcelona, Ketres editora, 1983.*

Estudio realizado en 1983, por Cáritas Diocesana, de tipo sociológico, destinado a organizar unos servicios para unas personas concretas : los beneficiarios del FAS (fondo de asistencia social). El estudio fue fruto de la iniciativa del Departamento de Acción Social de Cáritas Diocesana de Barcelona.

Objetivos del estudio :

- a) que sea operativo y válido para la acción social concreta que se quiere realizar.
- b) posibilidad de reflexión teórica para el conocimiento de este sector de nuestra sociedad.

Método.- Universo del estudio : las personas que son beneficiarios del FAS; dichas pensiones se establecieron en el año 1962, con el nombre de FONAS, para aquellas personas de más de 75 años que no tenían ninguna pensión, que no trabajaban, ni tenían ninguna otra renta procedente de bienes de su propiedad o en usufructo. Más tarde, la edad mínima de los beneficiarios se fijó en los 69 años, o desde los 14 años, en el caso de invalidez certificada por un médico. Desde el año 1981, pueden recibir el FAS, además de los que ya eran beneficiarios anteriormente, las personas que dependen de otros (mujeres casadas) si la persona de la cual dependen cobra solamente una pensión que no sobrepase la normativa vigente.

Ambito geográfico que cubre el estudio.- La Diócesis de Barcelona: limitado al área de influencia de la entidad que realiza el estudio : Cáritas Diocesana de Barcelona. El estudio afecta solamente a las personas residentes en la Diócesis de Barcelona.

Muestra.- No se ha llevado a cabo un muestreo, sino que se ha trabajado con la totalidad de personas beneficiarias del FAS en el mes de Enero de 1982 en los límites geográficos de la Diócesis de Barcelona.

Unidades geográficas de residencia : estructuración :

- Barcelona - capital, sectorizada según los distritos vigentes en la actualidad.
- las unidades y municipios de más de 20.000 habitantes forman también una unidad.
- resto de municipios : agrupados en unidades de 20.000 habitantes, teniendo en cuenta los criterios establecidos en la publicación de la Generalitat : "Bases para una planificación de los Servicios Sociales en Cataluña".

VARIABLES ESTUDIADAS :

- Edad
- Estado civil
- Convivencia
- Salud
- Dependencia
- Relación
- Ingresos económicos
- Vivienda
- Condiciones de la vivienda
- Asistencia sanitaria

CONCLUSIONES DEL ESTUDIO :

- La mitad del universo de beneficiarios del FAS está concentrado en Barcelona ciudad. El 83,6% de estas personas tienen más de 69 años : la mayoría de ellas son mujeres viudas.
- Aspectos más problemáticos de estas personas :
 - . la salud
 - . la asistencia sanitaria
 - . economía : el 64% de beneficiarios dicen tener únicamente la ayuda del FAS (5.550 ptas mensuales)
 - . convivencia : muchas personas viven solas, con hermanos viejos
 - . vivienda

- Atención especial : el grupo, de entre los beneficiarios del FAS, que solamente recibe las 5.550 ptas. mensuales y viven solos : son los más necesitados de un programa social de ayuda.

Al final del estudio, se incluyen diferentes casos concretos, particulares y actuales.

En el año 1977, Cáritas de Barcelona publicó un informe titulado : "los viejos de las 1500", que hacía también referencia a los beneficiarios del FONAS (nombre que tenía el organismo por aquel entonces).

CAPITULO III

LA SITUACION ECONOMICA Y LABORAL

Los ingresos

En conjunto, los ingresos por las 1.000 personas de la zona investigada suponen una media apenas superior a las 28.500 ptas. por persona al mes, según nuestra estimación a partir del cuadro siguiente :

Ingresos		
ninguno	115	12,1
menos de 20.000	58	6,1
20.000-29.999	262	27,6
30.000-39.999	319	33,6
40.000-49.999	85	9,0
50.000-59.999	106	11,2
60.000 y más	7	0,4
Total	1.001	100,0

Si tomamos sólo en cuenta la población de 65 y más años, a la que se refieren la mayoría de los estudios sobre la ancianidad, la media de ingresos por persona (29.500 ptas) es algo superior a la de los ancianos de Cataluña de 1975 y 1980, pero hay que tener en cuenta que la media de incremento del coste de la vida (IPC) es alrededor de cien sólo de 1980 a 1987.

Es sólo cinco años de diferencia. los ancianos de Cataluña, si nos atenemos a los datos del ISPA (Instituto de Sociología y Psicología Aplicadas), ofrecen esta diferencia de ingresos debida, en gran parte, a los incrementos del IPC durante el quinquenio (1) :

	1975	1980
menos de 5.000	43	4,2
5.000 a 10.000	26	2,4
10.000 a 25.000	10	54,7
25.000 a 50.000	2	15,5
60.000 y más	2	9,0
No consta	20	14,2

La media en 1975 puede establecerse alrededor de las 22.600 ptas por persona y en 1980 alrededor de las 24.600, lo que nos da una idea del empobrecimiento relativo de este colectivo. De 1980 a 1987, cuando se realizó esta encuesta, las diferencias señalan pues que estamos tratando con una verdadera "bolsa de pobreza" en nuestra zona de estudio.

La relación con el sexo y la edad

Veamos ahora el efecto de dependencia de la mujer en estas edades, a pesar de que una buena proporción de ellas cobra pensiones de viudedad :

INGRESOS	ninguno	-20.000	20.000	30.000	40.000	50.000	60.000	Total
Hombre	3,2	3,5	10,2	42,7	16,6	23,2	0,6	100,0
Mujer	16,6	7,4	36,2	29,1	5,2	5,2	0,3	100,0
Total	12,1	6,1	27,6	33,6	9,0	11,2	0,4	100,0

Hay más de 5 mujeres por cada hombre que no perciben ingreso alguno y el 43,6% de ellas sólo cuenta con ingresos inferiores a las 30.000 ptas. mientras que esto sólo afecta a un 13,7% de los hombres. Al llegar a la barrera de las 40.000 ptas. mensuales, los hombres triplican a las mujeres y por encima de las 50.000, la diferencia es de más de 4 por 1, es decir, por cada hombre que percibe de 50 a 60 mil pesetas hay que contar 4,5 mujeres.

Al relacionar estos datos con la edad nos encontramos con fenómenos importantes a tener en cuenta, como es el caso de la mayor proporción de personas de menos de 65 años que no cuentan con ninguna fuente de ingresos y el espectacular avance de la pobreza con la edad, de tal manera que vejez y marginación tienen una relación lineal estadísticamente hablando.

INGRESOS	ninguno	-20.000	20.000	30.000	40.000	50.000	60.000	Total
60-64 años	22,0	3,5	16,7	23,8	11,9	20,7	1,3	99,9
65-74 años	10,5	4,8	24,7	37,6	9,7	12,4	0,3	100,0
75 y más	7,4	9,1	37,7	35,7	6,3	3,7	---	99,9

El primer factor a que aludíamos (véase en el recuadro la doble o triple proporción de los que no reciben ingresos alguno entre los menores de 65 años según los comparemos con el grupo de 65 a 74 años o de 75 y más) se debe sobre todo a la mayor proporción de mujeres que depende de sus maridos en las edades más jóvenes, antes del enviudamiento y, en menor grado, al hecho de que, a partir de los 65 años, se dan las jubilaciones y pensiones.

El segundo factor, el empobrecimiento de esta población en general conforme avanza la edad, es notorio, aumentando hasta la barrera de las 40.000 ptas los grupos de más edad y disminuyendo en proporciones drásticas a partir de las 50.000. Más de la mitad del grupo de 75 y más años se sitúa por debajo de las 30.000 ptas de ingreso mensual y sólo el 10% por encima de las 40.000. Si tenemos en cuenta el incremento en estos últimos años del sobreenviejecimiento (proporción de personas de 75 y más años entre los mayores de 64) del distrito 1 confirmado por el último censo y en esta zona de estudio, los efectos de este proceso son fáciles de imaginar: aumento de la pobreza y la marginación que claramente se relaciona con el incremento de la edad.

Autóctonos y emigrados

Hay en la población de la zona estudiada, una proporción muy semejante de nacidos en Cataluña y en el resto de España. De la comparación entre ambas poblaciones (la autóctona y la inmigrada) deducimos una ligera ventaja comparativa de los autóctonos, algo que suele darse frecuentemente en este tipo de estudios, debido al mayor desarrollo económico de Cataluña respecto al resto o conjunto de España, sobre todo en el pasado. Es por ello que, considerando sobre todo la población anciana, estas diferencias suelen incrementarse. A título de ejemplo, veamos la comparación entre autóctonos e inmigrados en cuanto a nivel de instrucción (uno de los índices que mayormente influyen en la situación económica), según un estudio de la población de 65 y más años de Cataluña y Baleares (2):

Nivel de Instrucción (1975)

(población anciana)

	Cataluña	Baleares	España
Sin escolarización	16,5	27,2	22,7
Primaria incompleta	43,7	49,5	45,8
Primaria completa	30,8	16,1	24,4
Bachillerato	3,5	2,7	2,6
Bachill. superior	1,5	1,2	1,2
Formación profesion.	1,1	0,9	0,8
Estudios técnicos	1,2	0,9	1,0
Estudios superiores	1,7	1,5	1,5

En el caso de los ingresos sin embargo, nuestra zona de estudio presenta perfiles apenas diferenciados entre una y otra población :

INGRESOS	ninguno	-20.000	20.000	30.000	40.000	50.000	60.000	Total
Nacidos en C.	12,2	5,6	26,3	32,3	9,4	13,7	0,4	99,9
Resto	13,0	6,6	29,1	35,7	7,6	7,6	0,5	100,1

Este dato confirmaría indirectamente que la marginación urbana equipara a ambas poblaciones muy distantes, por otro lado, encuaneto a nivel de instrucción formal. Veamos este último dato en la zona :

Nivel de Instrucción

	Nacidos en Cataluña	Resto
No lee ni escribe	6,0	14,4
Escribe y lee	17,3	29,8
Estudios primarios	61,7	52,1
Estudios secundarios	11,7	2,8
Estudios superiores	3,3	0,9

Como vemos, hay aquí también grandes diferencias entre ambas poblaciones en cuanto a cultura académica o nivel de instrucción formal. Esta curiosa neutralización del efecto de la educación o nivelación de la población autóctona y emigrada en cuanto a ingresos, es más que un indicador, es todo un síntoma. En el Casco Antiguo y concretamente en ciertas zonas del mismo, se agrupan aquellas personas para quienes el progreso económico de los años de mayor expansión anteriores a la crisis, no supuso una movilidad ni geográfica ni social. Las personas con situaciones económicas semejantes se han ido situando en aquellas zonas urbanas donde el círculo vicioso de deterioro habitacional, típico de los viejos Cascos Urbanos (deterioro habitacional-alquileres bajos-falta de asentamiento de una población más bien marginada del proceso de modernización. Al analizar concretamente el problema habitacional, veremos confirmada esta hipótesis sobre la marginación típica de algunos sectores del Casco Antigua de Barcelona.

Pobreza, extrema pobreza y marginalidad

Un 4,1% de los ancianos entrevistados afirma que sus ingresos no cubren ni siquiera sus necesidades alimentarias y un porcentaje semejante confiesa que no cubren sus necesidades de vestimenta. El porcentaje sube ligeramente (5,5) cuando se trata de la cobertura de los servicios esenciales (agua, luz, gas, etc.). Veamos las características de aquellos que se sitúan en esta extrema indigencia partiendo de la diferencia que hoy suele hacerse entre pobreza y extrema necesidad (3).

Los ingresos no cubren las necesidades :

	alimentarias	de vestimenta	de servicios (agua, luz, etc.)
Hombre	3,3	3,6	4,9
Mujer	4,5	4,8	5,7
60-64 años	4,1	4,0	5,7
65-74 años	3,7	3,9	3,9
75 y más	4,5	5,1	7,1
Nacidos en C.	3,7	3,9	3,9
Resto	4,8	5,3	7,4

Nuevamente notamos la mayor discriminación de la mujer respecto al varón y el incremento de la extrema pobreza o marginación conforme avanza la edad, reproduciéndose aquí las misma tendencia general que detectábamos a propósito de los ingresos. El tercer factor o variable, el origen, muestra aquí un comportamiento algo distinto que en el apartado de los ingresos. Las dos poblaciones, autóctona e inmigrada, no se equiparan sino que muestran una divergencia notable (en el caso de la cobertura de los servicios esenciales, la situación de extrema necesidad de los de origen no catalán sería casi el doble de la de los autóctonos).

Aunque resulta aventurado formular hipótesis partiendo de este sólo dato, sería interesante que un estudio más extenso sobre el tema planteara la diferencia entre pobreza y marginación. La pobreza, definida en términos económicos, no supone todavía una verdadera "cultura de la pobreza", en términos de Oscar Lewis (4). Aunque la pobreza, a nivel económico, nivela a todos sus efectos, a autóctonos e inmigrados, una mayor proporción de los primeros, debido a ligeras mejoras en su viejo nivel de instrucción, asume más responsablemente que el resto, estos gastos esenciales (pago de los servicios de agua, luz, etc.). La verdadera marginación o cultura de la pobreza se define por sus comportamiento y actitudes inmatistas, por cierta falta de previsión y racionalidad económica, aunque por otra parte, se dice también, convendría hablar más bien aquí de "otro tipo" de racionalidad económica (5). Se trata simplemente de una hipótesis basada en una pequeña diferencia entre autóctonos y emigrados, aunque se presentará con cierta regularidad en otros casos. Lo único que cabe deducir de ella es que entre los últimos la marginación (no la pobreza) es algo superior.

Trabajo y profesión

El perfil profesional de las personas de la zona en estudio es, a primera vista y aún sin establecer ningún tipo de comparación (con la población activa de Barcelona de las mismas edades), muy bajo tanto desde el punto de vista económico (rentas) como social (status). Las profesiones actuales o las últimas ejercidas por los jubilados, son no sólo abrumadoramente obreras, sino además, descualificadas. Así, de las profesiones detectadas, el 92% son manuales y sólo un 16,5% de ellas cualificadas :

Profesión		
Directivo empresa, Técnico	9	1,4
Cuadro intermedio	22	3,3
Trabajador cualificado	101	15,3
Trabajador semicualificado	327	49,5
Trabajador no cualificado	185	28,0
Otras	17	2,6
Ninguna	185	22,3

Lamentablemente no contamos con datos sobre las categorías profesionales en Barcelona a partir de los 60 o 65 años por distritos y barrios, con lo cual no es posible establecer aquí las comparaciones más próximas y significativas. Las publicaciones basadas en el Padrón Municipal no cruzan estas dos variables (profesión y edad). Pero basta con cualquier ojeada a los datos del INE (Instituto Nacional de Estadística) a nivel estatal y autonómico o a los de la EPA (Encuesta de Población Activa), para darse cuenta de que, si bien tendencialmente la ancianidad debe asociarse con una menor categoría laboral respecto al resto de la población, el caso que nos ocupa es uno de los más extremos. Prácticamente se trata de una población no sólo obrera sino de tipo peonal.

En los indicadores más recientes de que disponemos elaborados a partir del Padrón Municipal de 1985 por el Servicio de Investigaciones del Area de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Barcelona, los porcentajes de mayor ocupación entre la población de 65 y más años se dan en este orden dentro del

distrito: 1) Barrio Gótico, 2) la zona conjunta de El Raval y Ciutat Vella y 3) La Barceloneta (6). En todo caso, la ocupación declarada, a partir de los 65 años, no afecta en el distrito a más del 5% de estas edades. Aunque contamos con este dato específico en nuestra encuesta, la pregunta sobre las fuentes o concepto de los ingresos nos ofrece una pista indirecta muy significativa sobre el nivel de ocupación :

Ingresos en concepto de :

rentas	5	0,5
jubilación	518	54,4
pensión	191	20,0
ayuda familiar	118	12,4
otros	120	12,6

El ítem "otros" se refiere con toda probabilidad y por exclusión, a trabajos más o menos esporádicos o a una ocupación permanente (criterio éste último que se recoge en las estadísticas del Area de Servicios Sociales). Efectivamente, a partir de los 65 años, la categoría "otros" cambia no sólo cuantitativamente sino cualitativamente de sentido, tal como podemos colegirlo del cruce entre los ingresos y la edad :

CONCEPTO	rentas	jubilación	pensión	ayuda fam.	otros	Total
60-64 años	0,8	40,8	7,1	23,3	27,9	99,9
65-74 años	0,5	63,0	19,5	9,7	7,3	100,0
75 y más	0,3	54,5	29,7	7,6	7,9	100,0

Ahora vemos claramente que el término "otros" significa que la principal fuente de ingreso, en este caso, proviene del propio trabajo ya que el porcentaje se reduce drásticamente a partir de la edad legal de jubilación. El 27,9% del grupo 60-64 años responde pues al índice de Población Activa en estas edades. El mismo criterio hay que aplicar por lo tanto al resto de los grupos de edad a partir de los 65 años.

Volviendo a nuestra comparación anterior, ¿cómo explicar esta superocupación de los ancianos cuando la ocupación media de los ancianos de los barrios del distrito apenas supera el 5%? Sin duda es posible que las estadísticas oficiales sólo reflejen ocupaciones más bien permanentes, pero es también imaginable que exista una mayor ocupación (permanente o precaria)

en esta población anciana más marginada, según todos los indicadores anteriores. Veamos cómo se reparte por sexo y origen esta ocupación reflejada en el ítem "otros".

Ingresos en concepto de trabajo ("otros")	
Hombres	13,9
Mujeres	12,1
Total	12,7
Nacidos en C.	13,6
Resto	10,3

Las diferencias más perceptibles, aunque pequeñas, se observan en una ligera tendencia a la mayor ocupación laboral por parte de los hombres respecto a las mujeres y de los autóctonos respecto a los inmigrados.

La dependencia de otros miembros de la familia

De los 1.000 ancianos que han declarado su situación familiar, 270 viven solos. El 73% restante vive, en su gran mayoría, con un sólo conviviente (60%), con dos el 26% y con tres o más el resto (14%).

En la entrevista se preguntó por la situación laboral de estos convivientes por grado de proximidad familiar hasta que el quinto conviviente. Veamos ahora, para las familias de 2 a 4 personas, la ocupación del primer, segundo y tercer conviviente :

Situación laboral de los convivientes

	1er conviviente	2º conviviente	3er conviviente
trabajo fijo	98	67	18
trabajo eventual	20	17	13
pero sin subsidio	22	33	11
estudiante	1	22	24
jubilado	412	68	2
sus labores	118	26	5
por cuenta propia	10	8	---
otros	6	7	4
TOTAL	687	248	77

Hemos suprimido de estos resultados el ítem "paro con subsidio" que afecta a un sólo caso, sumándolo a la categoría residual "otros".

Al no disponer de datos sobre la situación laboral de los entrevistados, la situación del conviviente más próximo suple en la práctica esta información. El dato más importante a destacar en este aspecto, es que de los convivientes más próximos (generalmente el marido o la mujer, pero también los hijos) solamente un uno por ciento cuenta con un trabajo "por cuenta propia". Esto confirma el carácter abrumadoramente asalariado y peonal (según los datos anteriores) de la población estudiada.

El primer conviviente, cónyuge en la mayoría de los casos, o está jubilado (sobre todo a partir de los 65 años) o tiene un trabajo fijo o eventual. A esta situación de autonomía económica, podemos sumar los ítems "trabaja por cuenta propia" y "otros". El resto se divide entre las más bien pocas mujeres dedicadas al hogar (ya vimos que la ocupación extrahogar de la mujer era alta) y un 3,2% de primeros convivientes en paro y sin subsidio. La situación es de no mucha dependencia económica de este primer conviviente en general.

En cuanto al nivel de dependencia del segundo conviviente (generalmente se trata de hijos, aunque también de otros ancianos "jubilados"), calculamos que en un 60 por ciento de los casos más bien aporta una ayuda suplementaria al hogar.

Sorprende el número de personas que viven, exceptuando el cónyuge o primer conviviente, con otros miembros de la familia en edad de jubilación (7,0% de todos los casos y 9,6% de los no solitarios). Se trata de situaciones que suponen un aporte adicional pequeño aunque fijo.

Los solitarios

En un estudio para la planificación de ayudas a los ancianos de la zona, era indispensable analizar la situación específica de los que vivían en solitario. Veamos en los relativo a los indicadores económicos anteriores cómo se sitúan comparándolos con los que viven al menos acompañados de un conviviente :

Ingresos	Personas solitarias	Resto
ninguno	3,0	15,6
menos de 20.000	6,1	6,1
20.000 - 29,999	36,4	24,2
30.000 - 39,999	38,3	31,8

Ingresos	Personas solitarias	Resto
40.000-49.999	8,0	9,3
50.000-59.999	8,3	12,3
60.000 y más	---	0,6
Concepto		
rentas	1,2	0,3
jubilación	49,0	56,3
pensión	37,6	13,6
ayuda familiar	4,3	15,3
otros	7,8	14,4

Cubre las necesidades alimentarias

sí	95,0	96,2
no	5,0	3,8

De vestimenta

sí	94,6	96,0
no	5,4	4,0

Puede pagar servicios (luz, agua ...)

sí	94,6	94,4
no	5,4	5,6

Los resultados no requieren comentarios y hablan por sí mismos: en todos los indicadores, salvo en el último (pago de los servicios), la situación de los ancianos solitarios resulta claramente desventajosa.

Notas Bibliográficas

- (1) Es ya clásico el Informe sociológico sobre la ancianidad en Cataluña, dirigido por Rogelio Duocastella y publicado por el ISPA bajo los auspicios de la Fundación Roviralta en Barcelona, el año 1976. En 1985 el ISPA se hizo una puesta al día de algunos datos de aquel estudio.
- (2) P. Negre y J. Soler, "La población anciana de Cataluña y Baleares", en Caja de Pensiones, De la Gent Gran, Barcelona, Kairos 1986, pp. 119-133.
- (3) Este es el criterio que aplicó Caritas en su estudio Pobreza y marginación. "Documentación Social", enero-junio 1986. Véase además J.N. García Nieto. Pobresa i exclusió social, Barcelona, Cristianisme i Justícia 1987.
- (4) O. Lewis, Antropología de la pobreza, México, Fondo de Cultura Económica, 1961.
- (5) La aplicación de la racionalidad propia de una sociedad desarrollada a una subdesarrollada implica que se falsea todo el problema del "desarrollo del subdesarrollo". Los países subdesarrollados y ciertas formas casi tribiales de freno a la modernización pueden ser consideradas como muy racionales en la lógica de una economía de subsistencia y redistribución como muy bien hizo notar A. Gunder Frank en su clásico ensayo: Sociología del desarrollo y subdesarrollo de la sociología, el desarrollo del subdesarrollo, Barcelona, Anagrama 1971. Creemos que algo de esto puede aplicarse a la "cultura de la pobreza" o marginación.
- (6) J. Soler, E. Sampere y P. Ferrando, Un sistema d'indicadors socials per a la ciutat de Barcelona. Ajuntament de Barcelona, Area de Serveis Socials. Secretaria Técnica.

APENDICE

Resultados generales

Ingresos	Personas solitarias	Resto
ninguno	115	12,1
menos de 20.000	58	6,1
20.000-29.999	262	27,6
30.000-39.999	319	33,6
40.000-49.999	85	9,0
50.000-59.999	106	11,2
60.000 y más	7	0,4
Concepto		
rentas	5	0,5
jubilación	518	54,4
pensión	191	20,0
ayuda familiar	118	12,4
otros	120	12,6

Cubre las necesidades alimentarias

sí	940	95,9
no	40	4,1

De vestimenta

sí	939	95,6
no	43	4,4

Puede pagar servicios (luz, agua ...)

sí	923	94,5
no	54	5,5

Correlaciones

INGRESOS	ninguno	-20.000	20.000	30.000	40.000	50.000	60.000	TOTAL
Hombre	3,2	3,5	10,2	42,7	16,6	23,2	0,6	100,0
Mujer	16,6	7,4	36,2	29,1	5,2	5,2	0,3	100,0
Total	12,1	6,1	27,6	33,6	9,0	11,2	0,4	100,0
60-64 años	22,0	3,5	16,7	23,8	11,9	20,7	1,3	99,9
65-74 años	10,5	4,8	24,7	37,6	9,7	12,4	0,3	100,0
75 y más	7,4	9,1	37,7	35,7	6,3	3,7	--	99,9
Nacidos en C.	12,2	5,6	26,3	32,3	9,4	13,7	0,4	99,9
Resto	13,0	6,6	29,1	35,7	7,6	7,6	0,5	100,1

CONCEPTO	rentas	jubilaciones	pensión	ayuda fam.	otros	Total
Hombre	0,6	78,3	4,0	3,1	13,9	99,9
Mujer	0,3	42,0	28,3	17,2	12,1	99,9
Total	0,4	54,4	20,1	12,4	12,7	100,0
60-64 años	0,8	40,8	7,1	23,3	27,9	99,9
65-74 años	0,5	63,0	19,5	9,7	7,3	100,0
75 y más	0,3	54,5	29,7	7,6	7,9	100,0

CUBRE NECESIDADES ALIMENTARIAS

	sí	no	Total
Hombre	96,7	3,3	100,0
Mujer	95,5	4,5	100,0
Total	95,9	4,1	100,0
60-64 años	95,9	4,1	100,0
65-74 años	96,3	3,7	100,0
75 y más	95,5	4,5	100,0
Nacidos en C.	96,3	3,7	100,0
Resto	95,2	4,8	100,0

CUBRE NECESIDADES DE VESTIMENTA			
	sí	no	Total
Hombre	96,4	3,6	100,0
Mujer	95,2	4,8	100,0
Total	95,6	4,4	100,0
60-64 años	96,0	4,0	100,0
65-74 años	96,1	3,9	100,0
75 y más	94,9	5,1	100,0
Nacidos en C.	96,1	3,9	100,0
Resto	94,7	5,3	100,0
PUEDE PAGAR SERVICIOS (luz, agua...)			
	sí	no	Total
Hombre	95,1	4,9	100,0
Mujer	94,3	5,7	100,0
Total	93,5	6,5	100,0
60-64 años	94,3	5,7	100,0
65-74 años	96,1	3,9	100,0
75 y más	92,9	7,1	100,0
Nacidos en C.	96,1	3,9	100,0
Resto	92,6	7,4	100,0

CAPITULO IV

EL PROBLEMA HABITACIONAL

Sabido es el lugar central reservado a la vivienda en los diversos enfoques y estudios de urbanismo (económicos, sociológicos, etc.) así como en la planificación. En el capítulo anterior relacionábamos continuamente lo económico y lo urbano; la pobreza y la marginación con el deterioro específico de la zona geográfica de estudio fruto de una falta de movilidad geográfica y social. Al interior de la muestra, encontrábamos además grandes diferencias, como en el caso de la cobertura de las necesidades mínimas en lo que atañe a la vivienda (agua, luz, gas, etc.) y antes aludimos al problema habitacional típico de los Cascos Urbanos no remodelados. Aunque nuestro estudio no abarca el hábitat (o entorno urbano de la vivienda) ni lo urbanístico en general, se centra en el factor decisivo en este caso, la vivienda, atendiendo las situaciones más extremas en vistas a actuaciones sociales de emergencia.

Los últimos datos detallados de que disponemos sobre censos de vivienda en Barcelona se remontan al año 1970. Este año sigue siendo una buena fecha, ya que precede a la década de la crisis que afectó considerablemente la industria de la construcción, paralizando la expansión habitacional sobre todo en Barcelona-ciudad cuya población permanece estancada a partir de 1980, a pesar de que desde entonces empieza a reactivarse la economía y, en consecuencia, la construcción. Ultimamente, la espectacular subida de los precios de la vivienda en Barcelona ha agravado el problema no sólo para los grupos más marginales, sino prácticamente para todas las clases sociales, exceptuando, como siempre, las más favorecidas.

Uno de los secretos del desarrollo industrial español, más acusado que en otros países europeos, fue el de la financiación de grandes empresas inmobiliarias gracias a la expansión de la propiedad de la vivienda incluso entre las clases más populares, mediante créditos y ayudas estatales. Así en 1970, el régimen de tenencia de la vivienda se configura así en Barcelona :

Relación con la vivienda (1970)

(Barcelona)	
propiedad	44,5
alquiler	62,3
otros	1,1

El censo de viviendas de 1981 apenas ha sido explotado y no conocemos ninguna publicación del mismo. Constan en Barcelona un total de 673.514 viviendas, de la cuales el 86,1% son ocupadas permanentemente (secundariamente se ocupan un 2,1% y nada menos que el 11,8 están desocupadas).

El régimen de tenencia revela una subida relativa de la propiedad en detrimento del alquiler. La encuesta reciente sobre "actividades y formas de vida de la población", llevada a cabo por la CMB (Corporación Metropolitana de Barcelona) nos ofrece las siguientes cifras relativas a la ciudad de Barcelona (1):

Relación con la vivienda (1985-86)

(Barcelona)	
propiedad	59,2
alquiler	38,4
otros	2,3
no consta	0,1

Con cierto margen de error (el censo es exhaustivo, la encuesta de la CMB es por muestreo), detectamos un aumento no espectacular, en estos quince últimos años, de la compra de la propia vivienda. Como es sabido, esta tendencia fue en el pasado muy exagerada en los barrios de nueva construcción, mientras que las zonas viejas de la ciudad (Eixample, pero sobre todo Casco Antiguo) deben situarse en el otro extremo (régimen de alquiler). Como resultado de todo ello, el régimen de propiedad de la vivienda afecta actualmente a un 70% o más de los casos en los distritos 8, 9 y 10, mientras que en el actual distrito 1 es el más bajo de Barcelona (39,2%) seguido del "Eixample" (45,2%). Veámos concretamente cual es, en la actualidad, la relación de tenencia de la vivienda en el nuevo distrito 1 :

Relación con la vivienda (1985-86)

(Distrito 1)	
propiedad	39,2
alquiler	57,3
otros	3,3
no consta	0,3

La doble tenencia del régimen de tenencia (alquiler en las zonas viejas, propiedad en las zonas de expansión) afecta sobre todo a los Cascos Antiguos cuando no hay una política social decidida (y costosa) en materia urbanística. Así, en 1970, el entonces distrito V o barrio de "El Raval" que forma ahora parte del distrito 1, ofrecía el porcentaje más bajo de propietarios de la propia vivienda de la ciudad (13%).

Veamos finalmente cuál es la relación de tenencia con la vivienda para los ancianos de la zona estudiada :

Relación con la vivienda

(Barcelona)	
propiedad	34,0
alquiler	63,4
otros	2,6

El régimen de propiedad es inferior a la media del distrito, donde se da el mayor porcentaje de alquileres de todo Barcelona, aunque barrios como El Raval seguirán situándose todavía, con toda probabilidad, en mayor desventaja. Todo esto sirve como indicador para detectar el típico proceso de deterioro urbanístico de la zona, con los alquileres más bajos de la ciudad y la consecuente falta de renovación e incluso mantenimiento o, lo que es más grave, la subdivisión o participación de las viviendas para poder compensar a los propietarios de la demanda de alquileres a bajísimos costos.

Por lo demás, el término "otros" que incluye desde el realquiler muy extendido en la década de los 60 (todavía el 1,1% de los casos actualmente) hasta formas colectivas de tenencia de la vivienda, pasando por el barraquismo, sigue siendo en el distrito 1 sobre todo, pero también en la zona estudiada, algo más alto que la media de Barcelona, a pesar de la práctica extinción del barraquismo tradicional. Y, sin embargo, hay una forma muy típica y acertadamente llamada de "barraquismo" en el distrito, la autoconstrucción de precarias viviendas en las azoteas... Pero todo eso no es detectado específicamente por esta estadística.

Para las 2/3 partes de los ancianos que no poseen su vivienda, los modestísimos precios de alquiler ofrecen esta escala :

Precios de alquiler	
menos de 5.000	53,9
5.000 a 10.000	9,5
10.000 a 15.000	2,7
15.000 a 20.000	0,6
20.000 a 25.000	0,2
más de 25.000	0,1

En su gran mayoría, se trata, como vemos, de unos alquileres bajísimos que deben relacionarse con el escaso ingreso medio por persona (28.500 ptas, según nuestros cálculos anteriores). Aún así su precio debe suponer, en muchos casos, menos de la sexta parte de los ingresos si partiéramos de un presupuesto familiar. Lo grave no es pues el precio del alquiler, sino lo que éste significa en la zona en estudio (participaciones, subarriendos, falta de mantención y renovación..) y como resultado de todo ello, las condiciones de la vivienda que, según la apreciación de los encuestadores, son como siguen :

Estado general de la vivienda

bueno	23,6
regular	53,3
malo	18,2
muy malo	4,8

Aunque se trata de un criterio subjetivo (y comparativo), no deja de ser un reflejo bastante aproximado de lo que esperaríamos en la zona:

- un 68,5% de las viviendas no dispone de una buena ventilación (es pésima para un 19,3% de ellas)
- sólo el 56,6% tiene agua caliente (hay un 0,3 que ni siquiera tiene agua corriente)
- cuentan con suficiente luz natural un 26,3% (en caso el mismo porcentaje las condiciones de iluminación natural son muy malas)
- 7 viviendas no cuentan con luz eléctrica
- sólo el 43,5% tiene instalaciones completas de baño. el 73,4% ducha y un 5,8% no cuenta con inodoro
- la calefacción sólo está instalada en un 3,2% de ellas
- no tienen teléfono un 31,7% de las mismas

Respecto al mantenimiento y condiciones de habitabilidad :

- una de cada cinco viviendas tiene grietas
- y una de cada 3,5 humedades

Sólo cuenta con más de 20 metros cuadrados por persona el 38,8% de ellas y con menos de 10 el 12,5%. situándose la mayoría (48,7%) entre ambos extremos (de 10 a 20 metros cuadrados por persona). En el distrito 1. según la encuesta reciente de la Corporación Metropolitana a que nos referimos, la superficie de las viviendas se distribuye como sigue :

Extensión de la vivienda (metros cuadrados) 1985-1986

	distrito 1	Barcelona
hasta 50	21,0	9,0
51 a 70	21,1	30,2
71 a 100	20,9	32,5
más	14,5	10,1

Como se ve a simple vista, la situación es muy inferior a la media de Barcelona como efecto de la participación de las viejas viviendas, aunque esto afecta menos, a nivel de mero espacio vital, a las personas ancianas, ya que en más proporción que el resto viven solas o con pocos familiares (2).

Respecto a la edificación, se trata de viejos edificios cuya estructura, la mayoría de las veces, es de madera (vigas) construídas en el mejor de los casos a fines del siglo pasado. Según nuestra encuesta, en la zona de estudio sólo el 5,8% posee ascensor a pesar de que casi todas tienen más de cinco plantas. En un 30% de los casos, a juicio de los encuestadores que tuvieron que subirlos, no eran "cómodas". Sólo dos de los ancianos vivían en la planta baja o a nivel de la calle.

En síntesis y como apreciación final, el estudio confirma la visión personal de los encuestadores que ofrecíamos más arriba.

Cuando comparamos las características de los ancianos a base de las variables standard utilizadas (sexo, edad, origen) apenas notamos diferencias entre los diversos grupos en cuanto a régimen de propiedad y precios de alquiler. Pero en cuanto a comodidades, hay, por lo general, una relación gradual entre mayor incomodidad y mayor edad en casi todos los rubros que se detallan a continuación :

	Buena ventilación	Agua caliente	Buena luz	Luz eléctrica	Cto. baño completo	Ducha
60-64 años	31,6	61,4	28,3	99,6	43,9	77,1
65-74 años	33,4	59,1	27,6	98,9	44,1	77,7
75 y más	29,4	50,3	23,4	99,4	42,5	65,9
	Inodoro	Calefacción	Teléfono	Ascensor	*Escaleras cómodas	Sin humedad
60-64 años	94,4	2,4	67,5	6,0	73,6	70,6
65-74 años	94,8	1,8	68,5	6,2	69,3	72,1
75 y más	93,4	5,4	68,7	5,1	67,4	69,9
	Sin grietas	más de 20 m ² /persona	<u>*Resumen : Buena estado general</u>			
60-64 años	81,2	33,1	25,8			
65-74 años	79,0	44,6	25,8			
75 y más	79,3	36,5	19,7			

Hemos señalado con un asterisco las variables en las que la situación se agrava claramente para las personas conforme avanza su edad: la buena ventilación e iluminación de las viviendas, la instalación de agua caliente o ducha y unas escaleras cómodas. En los demás aspectos, la situación apenas cambia. Sólo mejora, claramente, la mayor disposición de metros cuadrados, el único fenómeno que tiene que ver con la edad avanzada, la muerte de los convivientes, la mayor soledad. Así pues, la evaluación general de los entrevistadores, asesorados por expertos en servicios sociales, resume bastante bien esta relación negativa entre condiciones de vivienda y edad, lo que significa, hablando sin tecnicismos, que cuanto más se envejece peores resultan las condiciones de la vivienda, excepto, claro está, la mayor disposición de espacio a medida que uno va quedando sólo.

Las diferencias entre hombres y mujeres apenas son perceptibles, mientras que los autóctonos disponen, en general y ligeramente, de mayor

confort, tal como se puede apreciar en el Apéndice o en este resumen que ofrece la pregunta - síntesis sobre el "estado general" de la vivienda.

**Estado general regular
malo o muy malo**

Nacidos en C.	71,0
Resto	81,9

Aunque la pobreza acerca a ambas poblaciones y la marginación las nivela económicamente, como dijimos a propósito de los ingresos en el capítulo anterior, existen algunas diferencias si consideramos la marginación como fenómeno no estrictamente económico sino sobre todo cultural (la cultura o círculo vicioso de la pobreza, según dijimos). Estas diferencias de grado se relacionan con un mayor nivel de instrucción formal por parte de la población catalana, como veíamos. De él se deduce, posiblemente, un mayor nivel de confort, aún dentro de la misma situación, general de la pobreza, debido meramente a esto que llamamos prejuiciadamente, un "mayor nivel cultural". Porque lo que caracteriza precisamente a la marginación y a la cultura de la pobreza, es que, a diferencia de otras subculturas de algunos colectivos (contraculturales o incluso delincuenciales), no crea una verdadera cultura alternativa a la "cultura culta" (el nivel académico) o a las formas culturales dominantes ligadas a la riqueza, al prestigio y al poder.

Los solitarios

Veamos finalmente y de cara a las acciones sociales de emergencia, cuál es la situación de las personas solitarias.

	Personas solitarias	Resto
<u>Relación vivienda</u>		
propia	29,1	35,8
alquilada	69,0	61,3
realquilada	0,4	1,4
pensión	---	0,4
otros	1,5	1,1
<u>Alquiler</u>		
nada	28,1	34,7
menos de 5.000	60,5	51,4
5.000-10.000	10,9	9,0
10.000-15.000	0,4	3,6
15.000-20.000	---	0,9
20.000-25.000	---	0,3
más de 25.000	---	0,1

En menor proporción que el resto de los ancianos, los solitarios son propietarios de sus viviendas, aunque, como es lógico (en conjunto son mayores y llevan por consiguiente más años en la zona), pagan menos por los alquileres. Pero esto supone que la vivienda se encuentra también en peor estado.

<u>Estado general</u>		
bueno	14,7	26,9
regular	58,6	51,4
malo	22,9	16,4
muy malo	3,8	5,2

En todos los indicadores sobre bienestar referidos a la vivienda, los ancianos solitarios resultan peor situados, salvo en la iluminación natural, la instalación de calefacción o la comodidad de la escalera, ítems en los que no se diferencian del resto. Únicamente aventajan al resto en uno sólo de los numerosos rubros estudiados: la falta de humedades. En cuanto al espacio, como es lógico esperar, disponen de más metros cuadrados por persona, el único remedio a su soledad (Veáse la última parte del Apéndice).

Notas bibliográficas

(1) Corporación Metropolitana de Barcelona, Enquesta metropolitana 1985-1986. Activitats i formes de vida de la població, Barcelona, setembre 1986.

(2) Joan Soler ha estimado en 16,6% la proporción de ancianos solitarios en Barcelona en 1980 frente al 15,5% de la población en general. (cfr. Els ancians de les residències municipals, Ayuntamiento de Barcelona, 1985).

APENDICE

Resultados generales

Relación con la vivienda

propia	338	34,0
alquilada	630	63,4
realquilada	11	1,1
pensión	3	0,3
otros	12	1,2

Alquiler

menos de 5.000	514	53,9
5.000-10.000	91	9,5
10.000-15.000	26	2,7
15.000-20.000	6	0,6
20.000-25.000	2	0,2
más de 25.000	1	0,1

Estado general

bueno	234	23,6
regular	528	53,3
malo	180	18,2
muy malo	48	4,8

Ventilación

bueno	311	31,5
regular	485	49,2
mala	190	19,3

Agua corriente

fría	424	43,1
caliente	556	56,6
no tiene	3	0,3

Luz natural

bueno	260	26,3
regular	448	45,3
mala	281	28,4

Luz eléctrica

sí	950	99,3
no	7	0,7

Cuarto de baño completo

sí	418	43,5
no	543	56,5

Ducha

sí	717	73,4
no	260	26,6

Inodoro

sí	925	94,2
no	57	5,8

Calefacción

sí	32	3,2
no	956	96,8

Teléfono

sí	676	68,3
no	314	31,7

Ascensor

sí	57	5,8
no	933	94,2

Escaleras

cómodas	670	69,7
incómodas	289	30,1
no hay	2	0,2

Humedad

sí	281	29,1
no	685	70,9

Grietas

sí	195	20,3
no	765	79,7

Metros cuadrados por persona

menos de 10	86	12,5
10 a 15	152	22,0
15 a 20	184	26,7
más de 20	268	38,8

RELACION
VIVIENDA

	propia	alquilada	realq.	pensión	otros	Total
hombre		34,5	62,8	1,2		
		0,6	0,9	100,0		
mujer		33,7	63,7	1,1		
		0,2	1,4	100,1		
Total		34,0	63,4	1,1		
		0,3	1,2	100,0		
60-64 años		34,3	62,9	2,0		
		0,4	0,4	100,0		
65-74 años		33,4	63,7	1,0		
		0,5	1,3	100,0		
75 y más		34,5	63,3	0,6		
		--	1,7	100,0		
nacidos en C.		34,5	63,2	0,4		
		0,6	1,2	99,9		
resto		34,5	62,4	2,1		
		--	0,9	100,0		

ALQUILER

(en miles)	nada	menos 5	5 a 10	10 a 15	15 a 20	20 a 25	más	Total
hombre	31,3	55,8	9,4	2,5	0,6	--	0,3	99,9
mujer	33,8	52,9	9,5	2,8	0,6	0,3	--	99,9
Total	33,0	53,9	9,5	2,7	0,6	0,2	0,1	100,0
60-64 años	32,2	54,4	8,4	3,8	1,3	--	--	100,1
65-74 años	32,7	53,2	10,4	2,7	0,8	--	0,3	100,1
75 y más	33,6	54,3	9,4	2,1	--	0,6	--	100,0

Estudio Sociológico "Els avis del Casc Antic"

nacidos en C.	33,3	53,3	9,4	2,7	0,8	0,2	0,2	99,9
resto	33,2	54,2	9,1	3,1	0,5	--	--	100,1

ESTADO GENERAL	bueno	regular	malo	muy malo	Total
hombre	23,7	53,0	17,7	5,7	100,1
mujer	23,7	53,4	18,5	4,4	100,0
Total	23,7	54,3	18,2	4,9	100,0
60-64 años	25,8	52,8	16,3	5,2	100,1
65-74 años	25,8	51,7	18,9	3,6	100,0
75 y más	19,7	55,6	18,8	6,0	100,1
nacidos en C.	29,0	53,1	15,9	2,0	100,0
resto	18,1	54,2	19,7	8,1	100,1

VENTILACION	bueno	regular	mala	Total
hombre	31,2	48,6	20,1	99,9
mujer	31,6	49,5	18,9	100,0
Total	31,5	49,2	19,3	100,0
60-64 años	31,6	50,8	17,6	100,0
65-74 años	33,4	48,2	18,4	100,0
75 y más	29,4	49,1	21,4	99,9
nacidos en C.	36,7	48,7	14,6	100,0
resto	27,5	48,1	24,3	99,9

AGUA CORRIENTE	no tiene	fría	caliente	Total
hombre	0,3	40,0	59,7	100,0
mujer	0,3	44,9	54,8	100,0
Total	0,3	43,2	56,5	100,0
60-64 años	0,4	38,2	61,4	100,0
65-74 años	0,5	40,4	59,1	100,0
75 y más	--	49,7	50,3	100,0
nacidos en C.	0,4	40,3	59,3	100,0
resto	0,2	46,1	53,7	100,0

Estudio Sociológico "Els avis del Casc Antic"

LUZ NATURAL	buena	regular	mala	Total
hombre	26,9	44,3	28,7	99,9
mujer	25,9	45,8	28,3	100,0
Total	26,2	45,3	28,5	100,0

60-64 años	28,3	49,0	22,7	100,0
65-74 años	27,6	43,3	29,1	100,0
75 y más	23,4	44,9	31,7	100,0

nacidos en C.	31,1	44,4	24,4	99,9
resto	21,2	45,5	33,3	100,0

LUZ ELECTRICA	sí	no	Total
hombre	99,4	0,6	100,0
mujer	99,2	0,8	100,0
Total	99,3	0,7	100,0

60-64 años	99,6	0,4	100,0
65-74 años	98,9	1,1	100,0
75 y más	99,4	0,6	100,0

nacidos en C.	99,2	0,8	100,0
resto	99,3	0,7	100,0

CUARTO DE BAÑO COMPLETO	sí	no	Total
hombre	41,4	58,6	100,0
mujer	44,7	55,3	100,0
Total	43,6	56,4	100,0

60-64 años	43,9	56,1	100,0
65-74 años	44,1	55,9	100,0
75 y más	42,5	57,5	100,0

nacidos en C.	47,9	52,1	100,0
resto	37,1	62,9	100,0

DUCHA	sí	no	Total
hombre	76,4	23,6	100,0
mujer	71,7	28,3	100,0
Total	73,3	26,7	100,0

Estudio Sociológico "Els avis del Casc Antic"

60-64 años	77,1	22,9	100,0
65-74 años	77,7	22,3	100,0
75 y más	65,9	34,1	100,0
nacidos en C.	77,6	22,4	100,0
resto	69,2	30,8	100,0
ENODORO	sí	no	Total
hombre	93,4	6,6	100,0
mujer	94,8	5,2	100,0
Total	94,3	5,7	100,0
60-64 años	94,4	5,6	100,0
65-74 años	94,8	5,2	100,0
75 y más	93,4	6,6	100,0
nacidos en C.	94,1	5,9	100,0
resto	93,9	6,1	100,0
CALEFACCION	sí	no	Total
hombre	3,0	97,0	100,0
mujer	3,2	96,8	100,0
Total	3,1	96,9	100,0
60-64 años	2,4	97,6	100,0
65-74 años	1,8	98,2	100,0
75 y más	5,4	94,6	100,0
nacidos en C.	4,3	95,7	100,0
resto	2,5	97,5	100,0
TELEFONO	sí	no	Total
hombre	68,2	31,8	100,0
mujer	68,5	31,5	100,0
Total	68,4	31,6	100,0
60-64 años	67,5	32,5	100,0
65-74 años	68,5	31,5	100,0
75 y más	68,7	31,3	100,0

Estudio Sociológico "Els avis del Casc Antic"

nacidos en C.	72,3	27,7	100,0
resto	633,4	36,6	100,0

ASCENSOR	sí	no	Total
hombre	5,4	94,6	100,0
mujer	5,8	94,2	100,0
Total	5,7	94,3	100,0
60-64 años	6,0	94,0	100,0
65-74 años	6,2	93,8	100,0
75 y más	5,1	94,9	100,0
nacidos en C.	5,7	94,3	100,0
resto	6,0	94,0	100,0

ESCALERAS	cómodas	incómodas	no hay	Total
hombre	69,3	30,3	0,3	99,9
mujer	70,0	29,9	0,2	100,1
Total	69,8	30,0	0,2	100,0
60-64 años	73,6	26,4	--	100,0
65-74 años	69,3	30,1	0,5	99,9
75 y más	67,4	32,6	--	100,0
nacidos en C.	71,3	28,3	0,4	100,0
resto	68,4	31,6	--	100,0

HUMEDAD	sí	no	Total
hombre	29,5	70,5	100,0
mujer	29,0	71,0	100,0
Total	29,1	70,9	100,0
60-64 años	29,4	70,6	100,0
65-74 años	27,9	72,1	100,0
75 y más	30,1	69,9	100,0
nacidos en C.	23,6	76,4	100,0
resto	35,1	64,9	100,0

Estudio Sociológico "Els avis del Casc Antic"

GRIETAS	sí	no	Total
hombre	18,3	81,7	100,0
mujer	21,4	78,6	100,0
Total	20,4	79,6	100,0
60-64 años	18,8	81,2	100,0
65-74 años	21,0	79,0	100,0
75 y más	20,7	79,3	100,0
nacidos en C.	16,6	83,4	100,0
resto	23,4	76,6	100,0

M ² POR PERSONA	menos 10	10 a 15	15 a 20	más de 20	Total
hombre	15,7	23,1	24,5	36,7	100,0
mujer	10,9	21,5	27,6	40,0	100,0
Total	12,5	22,1	26,6	38,9	100,1
60-64 años	20,7	20,7	25,4	33,1	100,0
65-74 años	9,3	22,3	23,8	44,6	100,0
75 y más	10,3	22,6	30,6	36,5	100,0
nacidos en C.	9,8	22,5	28,0	39,8	100,1
resto	16,0	23,1	24,1	36,7	99,9

PERSONAS SOLITARIAS

	P.S.	Resto
<u>Relación vivienda</u>		
propia	29,1	35,8
alquilada	69,0	61,3
realquilada	0,4	1,4
pensión	--	0,4
otros	1,5	1,1

Alquiler

nada	28,1	34,7
menos de 5.000	60,5	51,4
5.000-10.000	10,9	9,0
10.000-15.000	0,4	3,6
15.000-20.000	--	0,9

Estudio Sociológico "Els avis del Casc Antic"

20.000-25.000	--	0,3
más de 25.000	--	0,1

Estado general

bueno	14,7	26,9
regular	58,6	51,4
malo	22,9	16,4
muy malo	3,8	5,2

Ventilación

bueno	22,6	34,9
regular	54,5	47,2
mala	22,9	17,9

Agua corriente

fría	53,8	39,2
caliente	46,2	60,4
no tiene	--	0,4

Luz natural

bueno	18,9	29,0
regular	51,5	43,0
mala	29,5	28,0

Luz eléctrica

sí	99,2	99,3
no	0,8	0,7

Cuarto de baño completo

sí	38,8	45,2
no	61,2	54,8

Ducha

sí	65,5	76,3
no	34,5	23,7

Estudio Sociológico "Els avis del Casc Antic"

Inodoro

sí	91,3	95,3
no	8,7	4,7

Calefacción

sí	3,8	3,0
no	96,2	97,0

Teléfono

sí	53,8	73,6
no	46,2	26,4

Ascensor

sí	4,1	6,4
no	95,9	93,6

Escaleras

cómodas	69,2	69,9
incómodas	30,8	29,8
no hay	---	0,3

Humedad

sí	26,4	30,1
no	73,6	69,9

Grietas

sí	22,4	19,5
no	77,6	80,5

Metros cuadrados por persona

menos de 10	5,8	14,7
10 a 15	17,4	23,6
15 a 20	27,3	26,4
más de 20	49,4	35,3

CAPITULO V

LOS ANCIANOS Y LA SALUD

1.- El anciano y la salud

La salud es uno de los aspectos fundamentales del estado de bienestar de los ancianos. En la vejez el aumento de la frecuencia de enfermedades y la proximidad de la muerte dan a la salud un papel crucial en vida cotidiana. El envejecimiento coincide con un deterioro de las facultades físicas y en ocasiones, psíquicas, lo que incrementan el aislamiento de los ancianos y contribuye a su mayor marginación.

Podemos considerar como una victoria de la ciencia el aumento proporcional del número de ancianos en la mayoría de los países. De todas formas sus condiciones de vida se ha ido quedando muy atrás en relación a la población económicamente activa. La sociedad debe luchar para mejorar el nivel de salud de los ancianos; entendiendo por salud "el estado de total bienestar físico, mental y social". Los esfuerzos que tiendan a compensar las incapacidades, aliviar el dolor y mantener la lucidez, el bienestar y la dignidad son tanto o más importantes que los que se orientan a la mera curación de las enfermedades.

2.- El Casc Antic y la salud

De todos es sabido que la situación de la salud en el distrito I de Barcelona ofrece deficiencias notorias respecto al resto de la ciudad. No sólo en relación a los ancianos, sino en toda la población en general. Uno de los indicadores de salud más usuales para comparar la situación sanitaria en diferentes países es la esperanza de vida media al nacer. Así mientras que en conjunto de Barcelona es de 79.79 años para las mujeres y de 73.11 para los hombres en el distrito I es sólo de 75.24 y 66.18 años respectivamente. Así pues, una mujer por el hecho de haber nacido en el distrito I, tiene 4,5 años menos de esperanza de vida que si hubiera nacido en cualquier otro punto de Barcelona. La situación de los hombres es peor, (7 años menos que las mujeres). En general, la esperanza de vida en el distrito I es similar a la de la media de Barcelona de 1955 (lo que supone 33 años de atraso). Este indicador no valora únicamente la situación sanitaria, sino, de una forma más global, la condición socioeconómica. De tal forma que si mejoráramos mucho la atención médica a una población, sin atender a sus condiciones socioeconómicas no progresaría de forma significativa la esperanza de vida.

3.- Número de enfermedades

En un apartado de la encuesta recogimos el tipo y número de enfermedades crónicas que los ancianos creían sufrir. Sí a todas las personas

se les hubiera realizado un examen médico completo probablemente los resultados habrían sido distintos de esta valoración subjetiva. De esta forma, los datos de la encuesta muestran la patología conocida y sentida por los ancianos.

Hay que tener presente que existen ancianos que pueden sufrir más de una enfermedad y por ello registramos el número de casos y no el de personas. La proporción de ancianos que no ha declarado ninguna enfermedad, es mayor entre los varones respecto a las mujeres. Ello podría explicarse en parte por la mayor edad de estas últimas. De todas formas, otros estudios demuestran que, incluso para la misma edad, el número de enfermedades crónicas es mayor entre las mujeres.

NUMERO DE ENFERMEDADES DECLARADAS POR LOS ANCIANOS

NUMERO DE ENF. DECLARADAS	VARONES	HEMBRAS	TOTAL
Ninguna	54,8%	49,8%	51,1%
1 enf.	28,3%	27,7%	27,9%
2 enf.	11,6%	15,1%	13,9%
3 enf.	3,5%	5,3%	4,7%
4 enf. o más	2,3%	2,1%	2,2%

Un 51% de los ancianos no declaran ningún tipo de enfermedad. En un estudio realizado en las residencias municipales para la tercera edad en Barcelona, en el año 1985, la proporción de ancianos sin ningún tipo de enfermedad era muy inferior (alrededor de un 28%). Entre otras explicaciones, ello es debido, por una parte, a que la enfermedad es un factor de riesgo para "ingresar" en un geriátrico (el estudio se refiere sólo a residencias semiasistidas y por otra parte a la mayor facilidad de acceder a la asistencia médica en estos centros es seguro. Por el contrario, en el Informe Sociológico sobre la Ancianidad en Cataluña, realizado por el ISPA en 1976, un 60% de los ancianos no declaraban ninguna enfermedad crónica. En dicho estudio también se demostró cómo, al disminuir el nivel de ingresos, aumenta la frecuencia de enfermedades. También observaron una mayor proporción de ancianos enfermos en las áreas urbanas y suburbanas en relación a las rurales. Dado que según nuestra hipótesis, la población de ancianos corresponde a una bolsa de pobreza urbana, es lógico que encontremos unos niveles de salud inferiores. Resultados similares ofrece la encuesta realizada por el Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief en 1986. En este estudio los obreros no cualificados y las amas de casa (población media de nuestra

muestra) son los que consideran su salud más negativamente, mientras que los profesionales liberales y directivos la consideran más positivamente.

4.- Enfermedades más frecuentes

Para hacer más comprensibles los resultados, hemos agrupado patologías por sistemas, diferenciando sus frecuencias por sexo.

ENFERMEDAD	VARONES	HEMRAS	TOTAL
osteomusculares	10,2	25,8	19,9
digestivas	8,4	5,4	6,4
cardiovasculares	15,2	13,4	14,0
pulmonares	4,8	3,2	3,7
defectos sensoriales	7,7	8,3	7,9
diabetes	3,6	3,6	3,6
sistema nervioso	4,2	5,9	5,3
otras	18,5	16,5	16,2

La frecuencia de enfermedades oseomusculares es más del doble entre las mujeres que entre los hombres, lo cual, no se puede explicar del todo por el hecho de que las mujeres tengan una media de edad algo más elevada que la de los hombre. Este dato se confirma similar a la mayoría de los estudios consultados.

En cuanto a la patología por grupos de edades, tenemos:

ENFERMEDAD	de 60 a 64	de 65 a 70	más de 75
osteomusculares	19,3	22,0	19,9
digestivas	6,3	7,2	5,6
cardiovasculares	8,3	14,0	18,2
pulmonares	2,4	4,4	3,9
defectos sensoriales	4,0	5,9	12,9
diabetes	3,1	3,9	3,6
sistema nervioso	4,3	5,7	5,6
otras	13,8	17,4	17,6

La edad es un factor decisivo en la distribución de frecuencias de las enfermedades. Obviamente, a mayor edad mayor aparición de enfermedades. En nuestro caso, si bien todas las enfermedades tienden a ser más frecuentes entre los mayores de 65 años, esto resulta mucho más claro en el caso de los problemas cardiovasculares.

Conviene remarcar que las enfermedades del sistema nervioso son discretamente mapas frecuentes entre las personas que viven solas que entre las que viven acompañadas. De tal forma, que un 6,8% de las personas solitarias padecen estas enfermedades y un 4,8% las acompañadas. Entre las enfermedades del sistema nervioso se incluían parálisis (1,4%), epilepsias (0,2%) y problemas psicológicos (1,1%).

No existe ninguna diferencia relevante en cuanto a la distribución de enfermedades y el origen de las personas si agrupamos por un lado los nacidos en Cataluña y por otro, los nacidos fuera de Cataluña.

En el conjunto de la muestra, destacan las enfermedades osteomusculares y cardiocirculatorias, las más separadas en los grupos de edad encuestados. El ítem "enfermedad osteomuscular" contempla : artrosis, reumatismo y lumbalgias, y el ítem "problemas cardiovasculares": hipertensión, problemas cardíacos y 'mala circulación'. Las enfermedades del sistema osteomuscular están consideradas como la primera causa de

incapacidad en el anciano.

5.- Comparación con otros estudios

En el estudio al que hacíamos referencia anteriormente efectuado en las residencias municipales de Barcelona encontramos una mayor proporción de enfermedades cardiovasculares (20.1% frente al 14,0% de nuestra muestra) y respiratorias (8,6% frente al 3,7%) y, en cambio, una menor proporción de enfermedades osteomusculares (12.0% frente al 19,9%) y del sistema nervioso (un 1,9% frente al 5,8%). En general, las enfermedades cardiovasculares y respiratorias revisten mayor gravedad; por ello pensamos que se dan con más frecuencia en pacientes ingresados, ya que, como hemos comentado anteriormente, la enfermedad es un factor que favorece el ingreso en una residencia. Otra explicación sobre la diferencia en estos porcentajes de enfermedades, se debería al hecho de que el estudio de las residencias, se tomaban los datos sobre la salud directamente del registro médico y en nuestro caso, eran sólo constatadas por el anciano en la entrevista.

La situación de la encuesta es similar a la de la totalidad de ancianos de Cataluña (informe ISPA)*. Al comparar ambos datos, constatamos que los ancianos del distrito I tienen un frecuencia más elevada que la media de los ancianos de Cataluña 12 años antes en todas las enfermedades crónicas, a excepción de las pulmonares.

* Informe sociológico sobre la ancianidad en Cataluña. Instituto de sociología y psicología aplicada. Barcelona 1976.

ENFERMEDAD	Total Cataluña 1975	Distrito I 1987
osteomusculares	13%	19,9%
digestivas	8,4%	5,4%
cardiovasculares	5%	14,8%
pulmonares	5%	3,7%
diabetes	2%	3,6%
defectos visuales	4,2%	5,9%
otras	18,5%	16,5%

En el próximo cuadro se presentan los porcentajes de las enfermedades en diferentes estudios. La comparación de estos porcentajes es difícil porque la proporción de enfermedades varía enormemente de un estudio a otro. Aún así la mayoría de los estudios están de acuerdo en afirmar que las enfermedades más frecuentes son las cardiovasculares, los reumatismos y las diferentes enfermedades pulmonares.

ENFERMEDADES PADECIDAS POR LOS ANCIANOS (*)

	Madrid	Navarra	Cataluña	Madrid	España
Aparato geniourinario	8,8	9	---	5,3	9
Sistema endocrino	9,7	5,3	4,6	---	9
Aparato respiratorio	19,2	22,6	11,6	13,3	17
Aparato digestivo	23,4	5,6	---	10,6	12
Sistema Nervioso	31,4	2,6	---	5	12
Aparato Circulatorio	31,6	51,8	11,6	28	49
Aparato Locomotor	56,4	35,5	30,2	18,6	40
Vista - Oído	100	98	6,9	10	30

Estas importantes diferencias tienen múltiples explicaciones : la mayoría de los estudios se basan en la apreciación subjetiva de los ancianos, las preguntas no han sido las mismas en todos los casos. Hay que considerar además la posibilidad de que las enfermedades que presentan escasa sintomatología estén subdiagnosticadas en ciertas áreas. Así, en nuestro caso, los ancianos que refieren padecer hipertensión arterial son 1,9%, porcentaje que se sitúa muy por debajo de la prevalencia esperada en este grupo de edad (de un 10 a un 15%). La posible influencia de la dieta, el tipo de trabajo y la clase social no explican estas diferencias tan importantes. De esta forma, los datos mostrarían que una parte considerable de los encuestado padecían hipertensión sin saberlo. A la conclusión que podríamos llegar sería que los ancianos en cuestión tienen menor acceso al sistema sanitario o que el sistema sanitario al que acceden es de peor calidad.

6.- Defectos sensoriales

A los problemas que afectan la plena autonomía, (imposibilidad de caminar, comer sólo, etc) se suelen añadir en la vejez las disminuciones sensoriales. Tanto la ceguera como la sordera, aislan al anciano de su entorno físico y social; hacen mucho más difícil sus posibilidades de comunicación y limitan considerablemente su libertad de movimientos y relación. En estos casos a los problemas de adaptación psicológica a la vejez, se añaden los de la adaptación a estas disminuciones sensoriales.

Un 7,9% de los ancianos encuestados padecen algún tipo de defecto sensorial. El 3,2% tiene cataratas, el 2,7% algún grado de ceguera y un 1,7% de sordera. Estos porcentajes, al igual que los de las enfermedades, son inferiores a los encontrados en el estudio de los ancianos de las Residencias Municipales. La explicación debe ser similar a la expuesta anteriormente.

La edad influye de forma definitiva en la presencia de defectos sensoriales. Así, en el grupo de 60 a 64 años sólo un 3,9% presentan defectos sensoriales, mientras que el mismo porcentaje es de 5,9 en el grupo de 65 a 74 años y 12,8 en el de mayores de 75 años.

Las mujeres padecen una mayor proporción de defectos sensoriales (un 8,4% frente a un 7,2% de los hombres), en lo que influye seguramente su mayor media de edad.

Comparando con la media de los ancianos en Cataluña (estudio ISPA), los ancianos de la zona del Distrito I de este estudio presentan una mayor frecuencia de enfermedades sensoriales. Así en el primer caso un 1% habría declarado no ver casi nada y en segundo esta proporción aumenta hasta el 2,7%. Nuevamente a pesar de las diferencias entre los resultados ambos estudios coinciden al señalar que los defectos sensoriales son más frecuentes entre las mujeres que entre los hombre. Por otro lado, tampoco coinciden los resultados que cuanto a la evolución de los problemas oculares con la edad. Mientras que en el estudio de ISPA estos disminuye entre los 70 y los 80 años en el nuestro aumentan linealmente con la edad. Finalmente, como en el resto de estudios consultados, los problemas de audición son menos frecuentes que los de visión.

7.- Nivel de autonomía

Como apuntábamos anteriormente la pérdida de autonomía es uno de los principales problemas de la vejez. Las personas, a medida que envejecen se vuelven más dependientes de los demás. Aún en el caso menos grave de los ancianos que viven en un núcleo familiar que puede asumir esta dependencia, existe un cambio de roles. Frecuentemente el anciano pierde cierta autoestima asociada, en muchas ocasiones, a un sentimiento de culpa debido a la carga que

suponen estas dependencias para el resto de la familia. Los ancianos sin núcleo familiar, se convierten en una urgencia social de primer orden.

En la encuesta escogimos los items más básicos para definir la autonomía y/o dependencia "comer", "hacer las tareas domésticas", "moverse por casa y por la ciudad", "poder realizar las compras". Según ellos, dividimos a las personas en tres niveles, aquellas que pueden realizar sus tareas domésticas, aquellas que no pueden realizarlas sin ayuda y las que simplemente no pueden.

COMER SOLO Y LAVARSE

	Total	hombres	mujeres
Puede	93,6	92,2	94,3
Puede con ayuda	5,3	6,9	4,4
No puede	1,1	1,9	1,2

MOVERSE DENTRO DE LA CASA

	Total	hombres	mujeres
Puede	95,4	94,8	95,9
Puede con ayuda	3,4	4,8	2,6
No puede	1,1	1,3	1,5

En las cuestiones referentes a la autonomía de movimiento dentro de la casa, sólo un 1,1% de los ancianos son totalmente dependientes y 3,4 semidependientes. En cuanto a las diferencias por sexo, observamos como las mujeres son mas autónomas que los hombres en general, aunque en ellas se dan con más casos de total dependencia. Pero estas diferencias observadas no son estadísticamente significativas.

HACER LA COMIDA Y LAS TAREAS DOMESTICAS

	Total	hombres	mujeres
Puede	81,2	74,8	84,4
Puede con ayuda	14,7	21,8	11,6
No puede	4,1	4,3	4,0

HACER LAS COMPRAS

	Total	hombres	mujeres
Puede	79,6	75,1	81,9
Puede con ayuda	14,9	19,8	12,3
No puede	5,6	5,2	5,8

MOVERSE POR LA CIUDAD

	Total	hombres	mujeres
Puede	85,3	87,6	84,1
Puede con ayuda	9,5	9,1	9,7
No puede	5,2	3,3	6,2

Las tareas propias del hogar; reservadas todavía en nuestra sociedad a la mujer, arrojan datos sorprendentes. Las mujeres pueden realizar la comida y la compra en un 10% más que los hombre. Y presentan una proporción similar entre las que pueden hacer las compras y las que pueden moverse por la ciudad. Los varones, por el contrario afirman poderse mover por la ciudad (un 87.6%) y en cambio sólo pueden hacer las compras en un 75.1%. En los tres apartados las diferencias son estadísticamente significativas ($P < 0.85$).

Naturalmente, con el incremento de la edad, aumentan los problemas de autonomía. En todos los cuadros siguientes las diferencias son estadísticamente muy significativas ($p < 0.0001$).

COMER SOLO Y LAVARSE

	De 60 a 65	De 65 a 75	Más de 75
Puede	97,6	96,1	88,1
Puede con ayuda	1,6	3,7	9,7
No puede	0,8	0,3	2,3

MOVERSE DENTRO DE LA CASA

	De 60 a 65	De 65 a 75	Más de 75
Puede	98,8	97,9	90,4
Puede con ayuda	0,8	1,8	7,1
No puede	0,4	0,3	2,5

HACER LA COMIDA Y LAS TAREAS DOMESTICAS

	De 60 a 65	De 65 a 75	Más de 75
Puede	88,4	84,6	72,4
Puede con ayuda	10,4	13,1	19,7
No puede	1,2	2,4	8,0

HACER LAS COMPRAS

	De 60 a 65	De 65 a 75	Más de 75
Puede	88,5	85,3	66,9
Puede con ayuda	9,5	12,6	21,1
No puede	2,0	2,1	12,0

MOVERSE POR LA CIUDAD

	De 60 a 65	De 65 a 75	Más de 75
Puede	94,8	93,2	70,0
Puede con ayuda	3,2	5,0	18,9
No puede	2,0	1,8	11,1

Pensamos que estos datos son los más significativos para la planificación de un programa de ayuda social a la tercera edad en la zona. Hay que tener presente que existe un 6,4% de ellos no pueden comer solos y un 18,9 que no pueden cocinar ni hacer las tareas de la casa. La situación se agrava considerablemente cuando nos referimos a los ancianos de más de 75 años, que representan el 35,6% de los encuestados (un 12% de ellos no pueden comer solos y un 27,7% no pueden cocinar).

Como era de esperar, los ancianos solitarios son más autónomos que los que viven con otras personas. De todas formas, sorprende que un porcentaje no despreciable de ellos tiene un nivel de autonomía francamente limitado.

8.- Recursos humanos en caso de enfermedad

La encuesta indagó también sobre la posibilidad real de ayuda ajena en casos de enfermedad de corta y larga duración.

AYUDA	ENF. CORTA	ENF. LARGA
Familia	89,9	86,2
Amigos	3,1	2,9
Vecinos	1,4	0,8
Servicios Sociales	0,2	0,2
Otros	0,6	2,5
Nadie	4,8	7,5
Total	100,0	100,0

En el primer caso más que en el segundo, pero siempre en general la principal ayuda viene de la familia (89.9 y 86.2) y es muy limitada la ayuda de los no familiares. Los casos extremos son significativos: no esperan ayuda de nadie el 4,8% y el 7,5% de los encuestados. El problema socialmente más importante se centra tanto en estas personas que en caso de enfermedad no tienen a nadie que les ayude como en aquellas que deben recurrir a amigos y vecinos. En conjunto representa el 9.3% en caso de enfermedad corta y el 11.2% en caso de enfermedad larga. Son resultados preocupantes ya que presentan porcentajes notablemente superiores a los del resto de Cataluña (7%) según el estudio del ISPA.

En el caso de las personas que viven solas, la situación es todavía peor como puede observarse en la siguiente tabla donde los comparamos con los que viven con alguna persona.

AYUDA	ENF. CORTA		ENF. LARGA	
	SOLOS	ACOMPANADOS	SOLOS	ACOMPANADOS
Familia	80,6	93,3	77,6	89,2
Amigos	3,0	3,1	2,3	3,1
Vecinos	4,2	0,4	2,3	0,3
Servicios Sociales	0,4	0,1	0,8	0,0
Otros	1,1	0,4	4,6	1,7
Nadie	10,6	2,7	12,4	5,7

Los ancianos solitarios tienen menos apoyo por parte de la familia y son más ayudados por los vecinos que, ocasionalmente, suplen las funciones propias de la familia. Sin embargo, la proporción de los que no cuentan con ayuda de nadie tanto para enfermedades agudas como crónicas es mucho mayor entre los solitarios.

Algo parecido sucede con las mujeres : encontrarían ayuda tanto por parte de la familia como de los servicios sociales y en cambio algo más de los vecinos.

AYUDA	ENF. CORTA		ENF. LARGA	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
Familia	93,9	87,9	90,6	84,0
Amigos	3,3	2,9	3,0	2,8
Vecinos	0,9	1,5	0,6	0,9
Servicios Sociales	0,0	0,3	0,3	0,2
Otros	0,9	0,5	1,2	3,0
Nadie	0,9	6,8	4,2	9,2

9.- Tipo de seguro

La seguridad en caso de enfermedad en el 93,5% de los ancianos encuestados está cubierta por la seguridad social, el 2,2% por la beneficiencia, el 1,1% cuenta con agrupaciones mutuales, el 2,7% con otros tipos de entidades y sólo el 5% no tiene ningún tipo de cobertura sanitaria.

Tal cobertura equivale, de alguna forma, a una seguridad en caso de enfermedad. Según nuestros datos, los ancianos encuestados tendrían en 1987 mayor cobertura sanitaria que la media de la población mayor de 65 años de Barcelona en el año 1983. Efectivamente, la encuesta de salud de Barcelona arroja un porcentaje del 2,9% de personas mayores de 65 años que no tenían ningún tipo de cobertura, y la seguridad social sólo llegaba al 86,2%, por contra, más cobertura mutual (9,4% frente a un 3,8%).

Comparando los ancianos nacidos en Cataluña con los inmigrantes, la distribución en este sentido varía sensiblemente. Los segundos en mayor proporción tienen seguridad social, mientras que los primeros disponen en mayor proporción, de entidades mutuales y de otras no especificadas (5,1% y 1,7% respectivamente).

	CATALUÑA	FUERA DE CATALUÑA
S.S.	91,2	96,7
BENEFICIENCIA	3,3	1,2
MUTUAS	1,6	0,3
OTRAS	3,5	1,4
NINGUNA	0,4	0,2

Si comparamos los ancianos del resto de España, con los encuestados, en conjunto, nuevamente la proporción de cobertura por la seguridad social de los primeros sería menor y habría en cambio más ancianos cubiertos por entidades privadas. Al comparar estos porcentajes se tendría que tener en cuenta la ampliación de cobertura que ha realizado la Seguridad Social en los años que separan ambos estudios.

	Ciutat Vella	Resto de España
S.S.	93,5	86,4
BENEFICIENCIA	2,2	4,2
ENTIDADES PRIVADAS	3,8	8,8

No existe gran diferencia si relacionamos la cobertura por parte de la seguridad social o las mutuas y la edad de los ancianos.

	De 60 a 65	De 65 a 75	Más de 75
S.S.	91,2	95,5	93,0
BENEFICIENCIA	2,8	1,8	2,0
MUTUAS	1,3	0,3	2,0
OTRAS	4,4	1,8	2,3
NINGUNA	0,4	0,5	0,6

Las diferencias entre sexos tampoco son significativas.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Estadístiques de Salut. Mortalitat a la Ciutat de Barcelona, 1986. Area de Sanitat. Salut Pública i Medi Ambient. Ajuntament de Barcelona.
- (2) Estadístiques de Salut. Morbilitat a la Ciutat de Barcelona, 1986. Area de Sanitat. Salut Pública i Medi Ambient. Ajuntament de Barcelona.
- (3) Informe sociològic sobre la ancianidad en Cataluña. Instituto de sociología y psicología aplicada. Barcelona 1976.
- (4) Estudio sociológico. El libro blanco. El médico y la tercera edad. Gabinete de estudios sociológicos Bernard Krief y la sociedad española de geriatría. 1986.
- (5) Els ancians de les residencies municipals. Colecció Serveis Socials. Ajuntament de Barcelona. 1985.
- (6) Dades bàsiques per als serveis socials. Colecció Serveis Socials, Ajuntament de Barcelona. 1985.
- (7) Encuesta de salud de Barcelona. Estudis i recerques. Ajuntament de Barcelona. 1985.

CAPITULO VI

RELACIONES SOCIALES

En este capítulo intentamos aproximarnos a la realidad que viven los ancianos en cuanto al tipo de convivencia, relaciones familiares y participación en diversas entidades de ayuda y apoyo a los ancianos.

1.- Ancianos y soledad

La soledad entraña un grave problema social. El anciano puede experimentar la soledad independientemente del hecho de vivir sólo o acompañado. El grado y calidad de las relaciones familiares y sociales puede ser una causa que influya en el sentimiento de soledad y aislamiento.

2.- Ancianos y amistad

Al llegar el momento de la jubilación la persona es apartada de su vida laboral. De repente se encuentra con una cantidad de tiempo disponible que, en la mayoría de los casos, no sabe como llenar. La mayoría de las personas llegan a esta etapa sin una preparación adecuada para el verdadero ocio ya que el tiempo dedicado a su trabajo no se lo permitió. El tiempo libre se vive entonces de forma negativa, se considera como un cese, más que como una oportunidad creativa para realizar las actividades deseadas.

El salir fuera de casa para convivir con otras personas se convierte en una necesidad, aunque muchos ancianos encuentren limitaciones debidas a las dificultades de desplazamiento, las distancias e incluso la falta de amistades.

De los 1000 ancianos encuestados el 27% declaró no tener amigos. El 73% restantes si tienen amigos, pero de éstos, un 6.2% los sitúan fuera del barrio. Del 73% de ancianos que tienen amigos el 63% los ve asiduamente, un 38% los ve poco y el 7% muy poco.

De esta forma, sólo el 47% de los ancianos que tiene amigos y los ve asiduamente.

DIFERENCIAS POR GRUPOS

No existen diferencias entre ambos sexos. Así, la proporción de hombres y mujeres que tienen amigos es similar, como lo es también la frecuencia con que los ven.

Entre los ancianos nacidos fuera de cataluña existe una mayor proporción que no tiene amigos (31,1% frente al 24,7%), y la diferencia es estadísticamente significativa ($p = 0.01$). Lógicamente también son significativas las diferencias en cuanto a la asiduidad con que ven sus amistades. Existe una mayor proporción, entre los nacidos fuera de Cataluña, que ve a sus amistades muy poco o nunca. Este dato no deja de sorprendernos, ya que partimos de la hipótesis de que la mayoría de los ancianos nacidos fuera de Cataluña inmigraron hace varias décadas y están bien adaptados. No tendrían por tanto que existir diferencias respecto a la amistad entre ambos colectivos.

Distribución de amigos según lugar de nacimiento

	Cataluña	Otros
Tiene en el barrio	36,5	39,5
Tienen fuera del barrio	6,1	6,1
Tienen en el barrio y fuera	32,7	23,4
No tienen amigos	24,7	31,1
TOTAL	100,0	100,0

Frecuencia con que ve a los amigos según lugar de nacimiento

	Cataluña	Otros
Asiduamente	48,0	45,4
Poco	25,4	19,2
Muy poco	3,7	7,0
Nunca	23,0	28,3
TOTAL	100,0	100,0

La edad influye también en este sentido :

Frecuencia con que ve a los amigos según grupos de edad

	De 60 a 64	De 65 a 74	Más de 75
Asiduamente	47,6	47,8	45,3
Poco	24,2	22,2	20,9
Muy poco	4,8	5,0	6,3
Nunca	23,4	25,1	27,5
TOTAL	100,0	100,0	100,0

La jubilación (los 65 años) parece tener una importancia decisiva en la ubicación de las amistades de los ancianos. Los que superan esta edad tienen un porcentaje mayor de amistades en el propio barrio, mientras que los de menor edad tienen una proporción mucho mayor de amistades dentro y fuera del propio barrio (37.5% contra un 25%). Las amistades en el trabajo y una mayor facilidad de movimiento nos pueden explicar estas diferencias.

Queremos destacar también que son las personas pertenecientes al grupo de mayor edad las que contestan con más frecuencia que no tienen amigos y de los que los tienen también son los que los ven con una menor frecuencia. Además del lógico aumento de la pérdida de autonomía, podemos explicar este hecho por el posible aumento de defunciones entre los amigos de los más ancianos. Por tanto, a todos los problemas que padecen los ancianos, al ir aumentando la edad, se añade el de la falta de amistad y el aumento de la soledad.

3.- Participación en entidades y grupos

En este apartado recogemos la asistencia de los ancianos a los llamados 'clubs de ancianos', 'esplais', 'llars d'avis' ... que se suelen agrupar con el concepto de "centros diurnos de acogida".

La fórmula del centro de acogida diurna fue introducida por instituciones beneficosociales dependientes de las Cajas de Ahorro. Mutualidades Laborales, etc. A veces detrás de la labor social se escondían fines propangandísticos.

El sistema ha tenido buena acogida por parte de los ancianos que encuentra en estos centros un lugar adecuado para pasar su inagotable tiempo libre. Bien dirigidos, deberían suplir una buena parte de las carencias afectivas que sufren los ancianos. Debemos tener en cuenta que, según un estudio sociológico sobre el médico y la tercera edad (*), un 86% de los usuarios de estos centro se considera bastante o muy satisfecho con los servicios y posibilidades que éstos les ofrecen.

De los encuestados, tan sólo el 17% participa en algún tipo de entidad o grupo. De estos el 54% lo hace asiduamente el 37%, poco y el 8.3% muy poco. Así tan sólo un 9,1% de los ancianos tiene una participación regular en algún tipo de entidad. El porcentaje es sensiblemente inferior al del resto de los ancianos de España, según los datos del estudio sociológico mencionado anteriormente. Así, en el resto de España, sólo un 25% de los ancianos acude a un centro diurno.

DIFERENCIAS POR GRUPOS

Existe una mayor tendencia entre las mujeres a este tipo de participación, aunque la diferencia es pequeña (18% frente al 15% en el caso de los hombres). El dato no concuerda con otros estudios en los que el hombre suele ser el usuario más frecuente de estas entidades. Ello se explica por su mayor tendencia y disponibilidad a salir a la calle y llevar una vida social, siguiendo las pautas culturales de la vieja tradición sexista.

Pero observamos un hecho curioso: las mujeres que participan lo hacen con asiduidad y esto se relaciona, sin duda, con su menor posibilidad de salir de casa de acuerdo a los factores socioculturales apuntados anteriormente, así como el hecho de verse más atadas a los quehaceres domésticos.

Frecuencia con que ve concurre a las entidades

	Hombres	Mujeres
Asiduamente	62,7	50,9
Poco	29,4	40,5
Muy poco	7,8	8,6
TOTAL	100,0	100,0

Por grupos de edad los ancianos que participan más son los mayores. Hasta los 65, en teoría, la edad de la jubilación, es normal que la mayoría de personas no participe. Al franquear los 75 años, el aumento de las carencias afectivas podría ser el factor que impulsa a los ancianos a participar con mayor frecuencia en estas instituciones.

Frecuencia con que ve concurre a las entidades

	Hombres	Mujeres
Asiduamente	62,7	50,9
Poco	29,4	40,5
Muy poco	7,8	8,6
TOTAL	100,0	100,0

Las personas nacidas fuera de Cataluña presentan un índice de participación inferior a las autóctonas (un 15% y un 18%, respectivamente). En cambio las que participan en las entidades lo hacen con mayor frecuencia que los catalanes de origen.

Participación en entidades por lugar de nacimiento

	Cataluña	Otros
Si	17,7	15,0
No	82,3	85,0
Total	100,0	100,0

Frecuencia de participación

	Cataluña	Otros
Asiduamente	46,8	63,9
Poco	47,9	23,0
Muy poco	5,3	13,1

Como veremos más adelante, los ancianos que viven solos participan en entidades con mayor frecuencia que los que viven acompañados (23% y 15% respectivamente). Seguramente es una forma de combatir la soledad.

4. Problemática de los ancianos que viven solos

Dedicamos un apartado especial a la descripción de las características y de la problemática especial de los ancianos que viven solos, porque, como no nos hemos cansado de repetir durante todo el informe, representan una problemática más grave y deberían ser objetivo prioritario de los servicios sociales.

a) Características de la población.

Las personas solitarias tienen una edad media algo mayor que las que tienen algún núcleo familiar, siendo las medias 73.1 y 71.1 respectivamente. La proporción de mujeres (81.4%) es más de cuatro veces superior a la de los hombres (18.6%), hecho atribuible en parte a su mayor esperanza de vida. No existen diferencias significativas en cuanto al lugar de origen de las personas, siendo igual la proporción de personas que viven solas entre los catalanes de origen y los emigrantes.

Lógicamente, existen diferencias en cuanto al estado civil. Como era de esperar, entre los hombres hay una mayor proporción de solteros y entre los mujeres, la mayor proporción es de viudas.

	Hombres		Mujeres	
	Solitarios	Acompañados	Solitarias	Acompañadas
Soltero	48,0	7,1	20,4	16,9
Casado	2,0	86,8	4,9	52,2
Viudo	46,0	5,4	72,3	30,4
Divorciado-separado	4,0	0,7	2,4	0,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

b) Nivel socioeconómico

No existen diferencias significativas respecto al último trabajo realizado, aunque la proporción de personas que manifestaron no haber tenido ningún trabajo previo es mayor entre los solitarios (un 23% y un 17% de los que viven acompañados). Recordemos que una gran mayoría de los ancianos que viven solos son mujeres. Por el mismo motivo existen diferencias respecto al nivel de ingresos de cada encuestado. Hay una mayor proporción de quienes no reciben ningún ingreso entre las personas acompañadas. Ello se explica probablemente, por el hecho de que, en la encuesta, se preguntaba sólo por el ingreso personal y no por el familiar. Así, seguramente el 15% de personas acompañadas que no tienen ningún ingreso personal, viven de un ingreso familiar. Es especialmente preocupante que un 3% de las personas solitarias no tenga ningún ingreso y que un 6% cobre menos de 20.000 ptas. al mes.

Nivel de ingresos

	Solitarios	Acompañados
Sin ingresos	3,0	15,6
Menos de 20.000	6,1	6,1
Entre 20 y 30.000	36,4	24,2
Entre 30.000 y 40.000	38,3	31,8
Entre 40 y 50.000	8,0	9,3
Más de 50.000	8,3	12,9
Total	100,0	100,0

Dado que el grupo de las personas que viven solas son mayoritariamente mujeres, vemos que existe un mayor porcentaje de las mismas que recibe sus ingresos en concepto de pensiones y una menor proporción de los que hablan de jubilación y de ayuda familiar.

Concepto de los ingresos

	Solitarios	Acompañados
Rentas	1,2	0,3
Jubilación	49,0	56,3
Pensión	37,6	13,6
Ayuda familiar	4,3	15,3
Otros	7,8	14,3
Total	100,0	100,0

En ambos grupos (solitarios y no solitarios) el porcentaje de ancianos que no pueden cubrir sus necesidades básicas es similar.

No cubren sus necesidades alimentarias, el 5,0% y el 3,8% (no significativo estadísticamente pero valorable ..) y no cubren sus necesidades de vestimenta el 5,4% y el 4,0%. No pueden pagar servicios (luz, agua...) 5,4% y el 5,6% en uno u otro caso.

c) Nivel de instrucción

Existe una mayor proporción de analfabetos y de quienes escriben y leen en dificultad entre las personas solitarias. Ello se puede explicar en parte porque se trata de un grupo en el que predominan las mujeres que, como sucede en estos casos, han tenido menor acceso a la educación.

Nivel de instrucción

	Solitarios	Acompañados
Analfabetos	11,9	9,3
Escribe y lee	31,2	20,3
Estudios primarios	48,3	60,3
Estudios secundarios	5,9	8,2
Estudios superiores	2,6	1,9
Total	100,0	100,0

nota : la problemática de estos ancianos respecto a la vivienda ya ha sido comentada en un capítulo anterior.

d) Relaciones sociales

Lógicamente las personas que viven solas tienden a buscar compañía fuera del hogar. Como muestran las siguientes tablas las personas solitarias manifiestan tener más amigos y verlos más frecuentemente.

46,11

	Solitarios	Acompañados
Tiene en el barrio	46,1	35,0
Tienen fuera del barrio	4,9	6,7
Tienen en el barrio y fuera	26,6	28,8
No tienen amigos	22,5	29,5
Total	100,0	100,0

	Solitarios	Acompañados
Asiduamente	49,8	45,7
Poco	23,4	21,8
Muy poco	4,5	5,8
Nunca	22,3	26,7
TOTAL	100,0	100,0

De todas formas, existe un 23% de ancianos solos que no tiene amistades. Podemos imaginar la repercusión de este factor relacional, la carencia de afecto, sobre la salud mental y la calidad de vida.

Participar con mayor frecuencia en centros de acogida diurnos es otra forma que tienen los que viven sólo para disminuir su soledad.

	Solitarios	Acompañados
Sí	26,8	14,6
No	77,2	85,4
Total	100,0	100,0

Resumiendo, podríamos decir que los ancianos que viven solos son, en su mayoría, mujeres de una media de edad algo superior al resto, con un nivel de instrucción más bajo; que uno de cada diez gana menos de 20.000 ptas al mes, que tienen una mayor proporción de amigos y están más dispuestos a una participación de carácter social.

5.- Núcleo familiar del anciano

Debido a factores como la industrialización y la urbanización, los procesos de evolución y cambio estructural en la familia se han visto afectados. Sus funciones, el papel y los roles de sus miembros han cambiado sensiblemente, así como se observa un cambio profundo del papel del anciano, perdiendo su rol de autoridad y prestigio y pasando a una situación de sumisión y dependencia. El hecho es más acusado, si cabe, en las ciudades. A pesar de la pérdida de status que han supuesto estos cambios, el contacto familiar sigue siendo vital para los ancianos. Se ha demostrado que la ausencia de un núcleo familiar va directamente ligado a la institucionalización de los ancianos.

a) Definición de las categorías de estructura del hogar

Dividiremos los tipos de hogar en cuatro categorías según la relación de consanguinidad de los convivientes. Para ello hemos tomado como modelo el esquema elaborado en el estudio 'Els ancians de les residencies municipals'. Agrupamos las tipologías de hogares así :

- Solitarios : Ancianos que sea cual sea su condición civil viven solos
- Estructura nuclear : Hogares constituídos por la pareja conyugal con o sin hijos, o por un sólo miembro de la pareja con hijos.
- Sin estructura familiar : Hogares sin núcleo familiar, en los que las relaciones pueden ser colaterales (hermanos), descendientes (nietos) u otras.

- El anciano no participa de la estructura familiar : Hogares en los que el anciano no mantiene ninguna relación de familiaridad con los convivientes.

b) Resultados de la encuesta

La estructura de los hogares de los ancianos encuestados se refleja en la siguiente tabla :

	Casc Antic	Barcelona
Solitarios	27,0	16,6
Estructura nuclear	57,6	56,6
Hogares sin estructura familiar	12,4	8,1
El anciano no forma parte del núcleo familiar	3,0	18,7
Total	100,0	100,0

Si comparamos estos resultados con los del resto de Barcelona (1981) vemos que la proporción de ancianos que vive en solitario en el Casc Antic casi dobla la del resto de la ciudad.

APENDICE

AMIGOS	
Tiene en el barrio	38,0
Tienen fuera del barrio	6,2
Tienen en el barrio y fuera	28,2
No tienen amigos	27,6
TOTAL	100,0

Frecuencia con que ve a los amigos

Asiduamente	46,8
Poco	22,2
Muy poco	5,4
Nunca	25,5
TOTAL	100,0

Participación en entidades

Si	16,8
No	83,2
TOTAL	100,0

Frecuencia con que concurre a las entidades

	Número	Porcentaje
Asiduamente	91	54,2
Poco	63	37,5
Muy poco	14	8,3
TOTAL	168	100,0

Distribución de amigos según sexo

	Hombres	Mujeres
Tiene en el barrio	34,1	39,9
Tienen fuera del barrio	6,0	6,3
Tienen en el barrio y fuera	32,6	25,9
No tienen amigos	27,2	27,9
TOTAL	100,0	100,0

Frecuencia con que ve a los amigos según sexo

	Hombres	Mujeres
Asiduamente	47,3	46,7
Poco	22,7	21,9
Muy poco	6,1	5,1
Nunca	23,9	26,4

TOTAL	100,0	100,0
-------	-------	-------

Participación en entidades

	Hombres	Mujeres
Si	14,7	17,8
No	85,3	82,2
TOTAL	100,0	100,0

Ultimo trabajo realizado

	Solitarios	Acompañados
Directivos	0,4	1,1
Cuadros calificados	12,0	13,0
Obreros	63,3	66,3
Otros	1,2	2,0
Ninguno	23,2	17,6
TOTAL	100,0	100,0

Nivel de ingresos

	Solitarios	Acompañados
Sin ingresos	3,0	15,6
Menos de 20.000	6,1	6,1
Entre 20 y 30.000	36,4	24,2
Entre 30 y 40.000	38,3	31,8
Entre 40 y 50.000	8,0	9,3
Más de 50.000	8,3	12,9
TOTAL	100,0	100,0

Frecuencia con la que concurren a entidades

	Solitarios	Acompañados
Asiduamente	53,3	54,6
Poco	41,7	35,2
Muy poco	5,0	10,2

CONCLUSIONES

La vejez puede ser definida como un proceso personal que acaece en el individuo fruto del paso de los años, caracterizado por ser un proceso biofisiológico, mediante el cual, el cuerpo pierde flexibilidad, capacidad de realizar determinados movimientos, etc. Pero la vejez no sólo viene determinada por la edad, sino por el contexto social : por tanto, podría considerársela como situación social, dada la existencia de una serie de prejuicios y estereotipos sociales sobre la vejez, y unas determinadas condiciones de vida impuestas por la sociedad, como son : la desocupación, el desarraigo, las pensiones de miseria, las viviendas mal acondicionadas, etc. De todo ello puede ser un claro exponente nuestro estudio, razón por la cual vamos a realizar nuestros comentarios, desde esta perspectiva, ligándolos con la realidad cotidiana que estamos viviendo muy de cerca.

En primer lugar hay que aclarar que la decisión de englobar dentro de este estudio a personas a partir de 60 años, aspecto ya comentado anteriormente, fue debido a la, cada vez más, tendencia a jubilaciones anticipadas provocadas por las precarias situaciones laborales y económicas de nuestra ciudad y nuestro país. Aunque esto es efectivamente así, hemos visto que no es generalizable : nos encontramos con personas que trabajan, mezcladas con personas jubiladas y las que subsisten gracias a una pensión, lo que probablemente infla los datos estadísticos del nivel económico, debido a que al pasar de una situación laboral a una situación de jubilado se pierde poder adquisitivo.

Pero hay datos alarmantes, a pesar de todo, en lo que a situación económica se refiere : un 12'1% de esta población no recibe ningún ingreso, y un 6,1%, menos de 20.000 ptas. Este último caso incluiría a las personas que reciben ayuda de la administración, y a los que poseen algún tipo de pensión, por lo que podemos deducir el poco esfuerzo administrativo y la poca sensibilidad hacia el problema.

Podemos hablar de un progresivo empobrecimiento en varios sentidos : en primer lugar, aunque las pensiones han ido aumentando de año en año, se ha ido perdiendo poder adquisitivo respecto al I.P.C. (Índice de precios al consumo); en segundo lugar, la gran cantidad de mujeres que pasan a depender de los ingresos del marido porque no han podido pagar una seguridad social y tener una jubilación; y, en tercer lugar, al aumentar la edad, aumentan las necesidades de todo tipo y los ingresos resultan, cada vez más, insuficientes.

Otra característica a destacar de esta población, es la gran cantidad de personas procedentes de otros puntos de España, lo cual hace posible una comparación con los autóctonos. Ambas poblaciones, autóctonos e inmigrados, proceden, en su mayoría, de una población obrero-peonal que no ha conseguido una categoría profesional por vivir en la marginación. Aunque no existen

diferencias a nivel económico puesto que la marginación urbana y la situación laboral equipara a ambas poblaciones, sí se encuentran diferencias en cuanto al nivel de instrucción, siendo ligeramente más alto el de los autóctonos, lo que nos confirma que la población inmigrada procede de un medio socio-cultural y económico bajo, que ha tenido que acudir a la ciudad industrializada para buscarse un medio de vida. En casos de extrema pobreza, es decir, cuando se trata de no cubrir ni siquiera las necesidades mínimas, los inmigrados doblan el porcentaje, y lo mismo ocurre en el tema de la vivienda : el nivel de deterioro es más alto en las viviendas de inmigrados. Todo ello tendría su explicación en el hecho de que poseen todas las características propicias a la marginación : bajo nivel cultural, son personas desarraigadas que, por problemas económicos, han aceptado las peores viviendas en el peor barrio, ello unido a la falta de puntos de referencia positivos, la no integración social, al paulatino deterioro del barrio y las pocas posibilidades de salir de dicha marginación, la cual ha ido aumentando con la edad.

Concretaríamos, por lo tanto, que aunque los niveles de pobreza, a nivel económico, los hace iguales, la marginación es mayor en los inmigrados que en los autóctonos.

Si continuamos definiendo el perfil de la población estudiada, nos encontramos, contrariamente a lo que podría parecer en un principio, con que los miembros de dicha población presentan una escasa dependencia de otros miembros de la familia; esto es así debido a que el primer conviviente es mayoritariamente otro jubilado o bien se dedica a sus labores, de una población obrera y peonal, no dispone de medios suficientes para ayudar a sus ancianos, por lo que se impone la ley de que cada uno se arregle con lo que tiene. Aun así, los solitarios viven en desventaja, puesto que no poseen ayuda física y, en cambio, los otros sí.

Al comentar el tema de las relaciones sociales, puede observarse que éstas son de un grado y una calidad muy bajos, mucha gente no tiene amigos, no hay una preparación para el ocio, y el tiempo libre es vivido de forma negativa; hay una baja participación en entidades o grupos de "esplai" : son personas encerradas en su marginación.

En cuanto al tema de la vivienda, la situación es alarmante; el mayor porcentaje es el de alquileres a precios muy bajos debido a participaciones, subarrendamientos, falta de atención y renovación de la vivienda, alto nivel de barraquismo, etc, y donde existe ausencia de ventilación, luz natural, agua caliente, escaleras cómodas, espacio físico, y que poseen eso sí, humedad, grietas y todo tipo de inconvenientes para el cuidado de la salud e higienes de sus habitantes. La situación llega, en ocasiones, a tal punto de degradación, que hay personas que no pagan ningún tipo de alquiler, al vivir en edificios declarados ruinosos en unos casos y, en otros, por estar adquiridos por el Ayuntamiento para el plan de remodelación del barrio. Estas personas continúan viviendo allí porque no tienen otras posibilidades.

Más difícil ha sido el poder concretar el tipo de enfermedades que sufren estos ancianos, puesto que en muchos casos no lo saben, ya que no han acudido al médico y si lo han hecho, no conocen la tipología ni la gravedad de su problema. Y aunque así no fuera tienen preocupaciones más del momento como es el procurarse la alimentación diaria. Aún así se observa un mayor porcentaje de enfermedades osteomusculares y otras. Enfermedades que no sólo aparecen con la edad sino con la baja calidad de vida de estas gentes, y que hace que la esperanza de vida para ellos sea inferior a la media de Barcelona.

Otro dato importante, para un programa de ayuda social, es fijarnos en el nivel de autonomía de estas personas; hay muchas de ellas que no pueden salir a la calle o no pueden moverse dentro de casa sin ayuda. Otros, son conscientes de que en caso de enfermedad no tienen a nadie que les ayude. Resulta desmoralizador el ver como de todas las ayudas posibles, los Servicios Sociales es el porcentaje más bajo de todos. Cabía plantearse por parte de la Administración, si realmente los medios de los cuales se dispone hasta el momento, son útiles en vistas a cubrir los objetivos para los cuales fueron creados, cuando todavía nos encontramos con personas que no tienen ningún tipo de cobertura sanitaria, pensamos que realmente dichos servicios no responden, posiblemente, por entero, a la realidad del barrio.

Ante nuestros resultados, cabe preguntarse: ¿cuáles son los objetivos por parte de la Administración hacia la 3ª edad? Estos son los siguientes : permitir a los ancianos mantener su independencia y sentimiento de autoestima; permitirles en la medida de su capacidad y en la medida en que estén dispuestos, a participar y contribuir a la variedad de actividades sociales de su comunidad, permitirles vivir en sus viviendas tantos años como deseen y tener en cuenta sus posibilidades; atender las necesidades esenciales que los ancianos con la ayuda de sus familiares o amigos no pueden satisfacer por sí mismos; ofrecer tratamiento y asistencia de un nivel aceptable a todos los que sufren enfermedades crónicas; devolver a los pacientes con enfermedades o incapacidades a un estado lo más sano posible.

Los principios inspiradores de una política social a la 3ª edad (Generalitat, 1982), hacen referencia a los puntos :

- a) pensiones : pensiones dignas; ampliación de los criterios de aplicación del F.A.S., potenciación de políticas de sueldo indirecto.
- b) servicios socio-sanitarios : en este punto se incluyen los servicios a domicilio, la asistencia sanitaria, las residencias asistidas, los hospitales de día, los centros sociales, hogares y clubs.
- c) la vivienda : hace referencia a la conservación de lo existente, las barreras arquitectónicas (escaleras y ascensores), las barreras urbanísticas (del barrio y del transporte público).

Se trata de objetivos razonables y coherentes, pero que en nuestro estudio en concreto no llegan a su fin ¿Qué es lo que está fallando? Creemos que es de utilidad resaltar la importancia a la que aludíamos en anteriores apartados, de un proyecto práctico, viable, factible, en el cual se contemplen aspectos preventivos, de urgencia y de futuro ¿Cómo prevenir? ¿Qué hace ante lo que tenemos o cómo erradicar el problema? ¿Qué situación se nos plantea a la vuelta de unos años? Sería importante no esperar a que el anciano venga a nosotros, antes al contrario, aproximarnos a su entorno, a su barrio, su casa.

Está en manos de la sociedad, a través de los poderes públicos, el arbitrar las vías y los recursos para la formulación de programas sociales que respondan a las necesidades reales de sus correspondientes ámbitos de aplicación, para que así puedan cumplirse los objetivos para los cuales fueron creados.

Y finalmente sólo nos resta por recordar el artículo 50 de nuestra actual Constitución que dice así : "Los poderes públicos garantizarán la suficiencia económica a los ciudadanos durante la 3ª edad, mediante pensiones adecuadas y actualizadas periódicamente. Con independencia de las obligaciones familiares, se proveyerá el bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderá los problemas específicos de salud, vivienda, cultura y tiempo".

Creemos que no sólo es necesario que el niño crezca y evolucione saludablemente, que el joven y el adulto desarrollen una actividad productiva para sí mismos y para la sociedad en la que viven. Estos afanes de nuestra sociedad respecto a un adecuado desarrollo del individuo, han de abarcar también al adulto de edad avanzada.

BIBLIOGRAFIA

- ALVAREZ, F. Morir con dignidad. Marova, Madrid, 1976.
- BEAUVOIR, S. La vejez. Sudamericana, Buenos Aires, 1970.
- BUTLER i altres. El sexo después de los 60. Lidium, Buenos Aires, 1970.
- DUOCASTELLA, R. Informe sociológico sobre la ancianidad en Cataluña. I.S.P.A., Barcelona, 1976.
- Residencias para la 3ª edad. Cátedra de Gerontología. Dirección técnica y Redacción I.S.P.A., Barcelona, 1980.
- GEIST, H. Psicología y psicopatología del envejecimiento. Paidós, Buenos Aires, 1977.

- Instituto Ciencias del Hombre. La 3ª edad. Karpos, Madrid, 1977.
- KUBLER, E.; ROSS. Sobre la muerte y los moribundos. Grijalbo, Barcelona, 1974.
- LEHR, U. Psicología de la senectud. Herder, Barcelona, 1980.
- LEVIN. Procesos psicológicos del envejecimiento, Paidós, Buenos Aires, 1977.
- LOPEZ CEPERO, J. Los viejos. Dopesa, Barcelona, 1977.
- PAILLAT. Sociología de la vejez. Oikos Tau, Barcelona, 1971.
- ZINBERG, N.E. & KAUFMAN, I. Psicología normal de la vejez. Paidós, Buenos Aires, 1979.
- CARRETERO, M. PALACIOS, J.; MARCHESI, A. (Comp.) Psicología evolutiva 3. Adolescencia, madurez y senectud. Alianza Editorial, Madrid, 1986.
- MISHARA, B.L.; RIEDEL, R.G. El proceso de envejecimiento. Ed. Morata, 1986.
- II Congrés Nacional de Jubilats i Pensionistes de Catalunya. Mayo 1982.
- GARCIA-DURAN DE LARA, J.; RUIG D'ASTARD, P. La calidad de la vida en España. Moneda y Crédito S.A. 1980
- Estudio bipsicosocial de jubilados. Informe ICAM, 1979
- Perspectivas de la intervención en Psicología Comunitaria. Algunas experiencias de Madrid. Madrid, 1985
- BLEGER, J. Psicología de la conducta. Paidós, Buenos Aires, 1972
- XI Congreso Español de Geriatria y Gerontología. Sociedad Española de Gerontología y Geriatria. Santiago de Compostela, 1979.
- INSTITUT DE REINSERCIO SOCIAL. Evolución del trabajo en barrios. 37 pags. 1984
- 1969 - 84
FABRE, J.; HUERTAS, J.M. Tots els barris de Barcelona. 1980. Act. Vol. 1 y 2.

- ARANGUREN, J.L. y otros. L'ancianitat, nova etapa creadora. ed. Edimurta, 1984.
- Obra Social Caixa de Pensions. Residencias para la 3ª edad. Barcelona : Engraph, 1980.
- FUNDACIO CATALANA DE BARCELONA. Problemàtica de la 3ª edat a Catalunya. Barcelona. Enciclopedia Catalana, 1981.
- Obra Social de la Caixa de Barcelona "La Vellesa". Aportacions per a la seva comprensió. Col·lecció Recull, 1980.
- Quaderns de serveis socials nº 1. Octubre 1986. Els serveis socials davant la marginació.
- Fundació Catalana. La gent gran a Catalunya. Barcelona : Enciclopèdia Catalana, 1983.
- Fundació M. FC. A de ROVIRALTA. Realizado por el I.S.P.A. Barcelona - 1976. Informe sociológico sobre la ancianidad en Catalunya.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i assistència social. Serveis i equipaments per a la vellesa a Catalunya. Barcelona. 1980. Servei Central de Publicacions de Generalitat de Catalunya. Departament de la Presidència.
- FABRE, J.; HUERTAS CLAVERIA, J.M. Tots els barris de Barcelons. Edicions 62. 1977
- RICHARD A. KALISH. La vejez. Perspectiva sobre el desarrollo humano. Ediciones Pirámide S.A. 1983
- JOVER ARMENGOL, A., RAFOLS MENCERRE, E. Problemática de la vivienda en la entidad Municipal Metropolitana de Barcelona. Corporación Metropolitana de Barcelona 1982
- Estudio Sociológico : Libro Blanco. El médico y la 3ª Edad. Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief y la Sociedad Española de Geriátría, (Laboratorios Beechon, 1986 Madrid).
- Colección Gran Geografía Comarcal de Cataluña (El Barcelonés i el Baix Llobregat). Ediciones Enciclopedia Catalana S.A. Barcelona 1982.
- Padron Municipal de habitantes de Cataluña 1986. Estructura de la población, sexo, edad, estado civil. CIDC Consorcio de Información.

- Estadística Municipal. Boletín 1986. Ayuntamiento de Barcelona.
- II Congrés Nacional de Jubilats i pensionistes de Catalunya. Maig 1985. Coordinadora de jubilats i pensionistes de Barcelona.
- Problemática social de la 3ª edad en las Islas Baleares. Obra Social per a la vellesa de Caixa de Pensions per a la Vellesa i d'Estalvis. 1978.
- Recopilación bibliográfica. La investigación Social en 3ª edad. 1982 Documentos técnicos. Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- NUALART, J. Principios inspiradores de una política social a la 3ª edad. 1982. Publicaciones de la Generalitat.
- Generalitat. Política de asistencia a los ancianos. Necesidades y costos (nº 7). Publicaciones de la Generalitat.
- Monografías médicas. VI Congreso Nacional de Gerontología (Sociedad Española de Gerontología). Salamanca, 14 y 17 de Junio de 1973).
- O.M.S. Informe técnico nº 171 "Problemas de salud mental del envejecimiento y de la vejez".
- O.M.S. Informe técnico nº 548 "planificación y organización de los Servicios Geriátricos".
- Diputación de Madrid. "Los ancianos de los 80. Necesidades sociales de los ancianos en la provincia de Madrid". 1981
- Comisión Nacional Española para la Asamblea Mundial sobre envejecimiento. "Informe Nacional". Instituto Nacional de Servicios Sociales Documento técnico. 24/1982
- Revista Española de Geriatria y Gerontología.
. Nº 2, 3 y 4 de 1.983
Haydee Andrés, Liliana B. de Gastrón y Ana Maria Piola de Crespo.
"El anciano en nuestra sociedad. Teorías psicosociales en Gerontología Social. Enfoque crítico. Metodología".
. Nº 2 1.984
Federico Suárez
"Residencias de ancianos : el Equipo Interdisciplinario ¿una posibilidad de cambio?"
. Nº 4 1.984
Federico Suárez

"La dinámica de la pasividad en una Residencia de ancianos"

- Revista. Jano. nº 465 Abril de 1981
- José Bleger. "Psicología de la conducta". Ed. Paidós. B. Aires 1.977
- Ursula Lehr. "Psicología de la senectud" Ed. Herder
- Simone de Beauvoir. "La Vejez". Ed. Edhasa. Barcelona, 1983
- Manuel Justel. "Los viejos y la política". Centro de Investigaciones. Sociología. Madrid, 1983.
- B.L. Mishara y R.G. Riedel. "El proceso de envejecimiento". Ed. Morata. Madrid, 1986.
- Richard A. Kalish. "La Vejez. Perspectivas sobre el desarrollo humano". Ed. Pirámide. Madrid, 1983.
- Harold Geist. "Psicología y psicopatología del envejecimiento". Ed. Paidós. Buenos Aires, 1.977
- Busturia, R.; Gonzalez Gutierrez-Solana, M.J. y Salvador, M.J. "Grupos Operativos en la vejez" en A. Rauleo (Comp.) "Grupo Operativo y Psicología Social" Ed. Imago. Montevideo, 1980.
- Federico Suárez. "Grupos Operativos en una Residencia de ancianos", Actas de las Jornadas "La praxis grupal". Centro Internacional de Investigación en Psicología social y grupal. Madrid. 1986.
- José Bleger. "Psicohigiene y Psicología Institucional". Ed. Paidós.
- Enrique Pichón-Rivière. "El proceso grupal. Del Psicoanálisis a la Psicología Social. Ed.. Nueva Visión.
- Enrique Pichón-Rivière. "La teoría del vinculo". Ed. Nueva Visión.
- Armando Rauleo. "Los síntomas de la salud". Ed. Granica.
- Armando Rauleo. "Ideología, grupo y familia". Ed. Folios. México.
- Armando Rauleo. "Contrainstitución y Grupos" Ed. Fundamentos. Madrid.
- A. Salgado Alba, F. Guillén Llera y Juan Díaz de la Peña. "tratado de Geriatria y asistencia geriátrica". Ed. Salvat, Barcelona, 1986.

- M.E. Zinberg y I. Kanfroan. "Psicología normal de la vejez". Ed. Paidós, Buenos Aires, 1979.
- Rosario Busturia. "Programa de Salud Comunitaria con vejez", en "Experiencias de salud comunitaria en Madrid y su área", Alejandro Avila Espada (comp.). Departamento de Psicodiagnóstico. Universidad Complutense de Madrid, 1986.
- ALEX Confort. "Una buena edad, la tercera edad". Ed. Debate. Madrid/84
- B.F. Skinner y M.B. Vaughan. "Disfrutar la vejez" Ed. Martinez de la Roca. Barcelona, 1986
- Varios Autores. "Higiene preventiva de la tercera edad". Ed. Karpos: Madrid, 1979
- Susan Hooker. "La tercera edad. Comprensión de sus problemas y auxilios prácticos para los ancianos". Ed, Gedisa. México, 1983.
- González González, J.A.
"El Deporte en la 3ª Edad. Rev. Esp. Geriatria y Gerontología" 18 : 1983.
- "Gimnasia y Deporte de la Tercera Edad".
La Vie Medicale (Geriatrie) 1982.
- Sandino Arroyo S.A.
"Educación física y deportes en las edades avanzadas"
Tribuna Médica.
- Schottler B. y Schmidt G.
Actividades físicas en la Tercera Edad.
Jornadas de Actividad Física en la Tercera Edad.
San Sebastián 1.982
Madrid 1.986
- Luis Agostí
"Gimnasia Educativa" 1948
- Varios Autores
"Tercera Edad Sana"
(Ejercicios preventivos y terapéuticos) 1983
Edit : Gabinete Técnico del Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- Carola H. Speads
"ABC de Respiración"
Edit Copuryght Edaf 1977