

# APLICACIÓN DE LA TEORÍA DE LA DECISIÓN EN LA ELECCIÓN DE COMPAÑERO EN UNA RESIDENCIA DE ANCIANOS

## USE OF THE DECISION THEORY TO THE CHOICE OF MATES IN AN OLD PEOPLE'S HOME

M.<sup>a</sup> ELENA BERNAL \* Y M.<sup>a</sup> ISABEL BARBERO\*\*

\* Residencia Asistida de Ancianos de la Diputación de Almería. \*\* Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento (UNED)

Recibido 3-01-02

Aceptado 8-04-02

### Resumen

El trabajo que se presenta forma parte de un estudio más amplio que se está llevando a cabo con el fin de profundizar en un campo tan importante como es el de la calidad de vida de los ancianos y, sobre todo, de los ancianos que viven en residencias asistidas. Creemos que es nuestra obligación tratar de analizar cuales son sus inquietudes y necesidades para, en la medida de lo posible, darles la solución adecuada.

Pensamos que uno de los factores que podrían contribuir a mejorar su calidad de vida es la mejora de su relación con el entorno que consideren más adecuado; pero la realidad y la experiencia muestran que los criterios que se suelen utilizar en las residencias para crear áreas asistenciales no suelen tener en cuenta las preferencias y opiniones de los ancianos. Por eso, consideramos que hace falta una revisión de los criterios que guían la práctica asistencial para adecuar, en la medida de lo posible, la dinámica institucional a las necesidades de las personas mayores, y con ello contribuir a mejorar su calidad de vida.

La Residencia de Tercera Edad Mixta de Almería, en el momento de iniciarse este trabajo, estaba pendiente de que tanto el personal de la misma como los residentes se trasladaran en bloque a un nuevo edificio. Esta situación ofreció la posibilidad de revisar el sistema organizativo para tratar de adecuarlo a la actual conceptualización de atención integral al anciano residente, entendiendo como tal la atención de sus necesidades bio-psico-sociales.

**Palabras clave:** Teoría de la decisión, autonomía funcional y calidad de vida de los ancianos.

### Abstract

This work is a part of a more extensive project to study in depth a very important field, the standard of living of the elderly people and, mainly, those living in assisted residences. We believe is our duty try to analyse which are their worries and needs to provide them with a suitable response.

We think that one factor that could make their standard of living better is to improve their relationship with the closer environment; but the reality and experience show that the usually used criteria in the elderly residences to organize assistance areas, don't take into account the old's preferences and opinions. So, we believe that a review of the used criteria is necessary to adapt the institutional dynamics to old people's needs and to improve their standard of living.

The home called Residencia de Tercera Edad Mixta located in Almería, was waiting for a removal to a new building at the time we started this work. This situation offered a change to review the organizative system and adapt it to the new notion of integral attention in homes, considering it as the attention to elderly people's bio-psycho-social needs.

**Key Words:** Decision theory, Functional autonomy, Standard of living of the elderly people.

## Introducción

En el desarrollo de nuestra profesión como psicólogos en una residencia de ancianos hemos podido constatar que el motivo fundamental de ingreso, y uno de los aspectos más difíciles de cubrir en las residencias, es la soledad o falta de apoyo social. Por otra parte, hay que tener en cuenta que el 75% de la población residente demanda atención psicológica por desajustes en la adaptación a la vida residencial, y que estos desajustes están inducidos, generalmente, por la falta de adecuación del medio-ambiente y las variables del entorno a la competencia personal del anciano, lo que impide el desarrollo de su capacidad funcional.

Siguiendo el modelo ecológico de la competencia de Lawton (1975), estos desajustes en las personas mayores atendidas, se caracterizan por: indefensión, apatía, depresión y desajustes emocionales de tipo mixto.

El estudio de la conducta social de Kalish y Knudtson (1976) dirige la atención al análisis del *apego* como punto de vista alternativo a las teorías de la Actividad (Maddox, 1970) y del Descompromiso (Cumming y Henry, 1961). Los *apegos* son compromisos afectivos que se han contraído con objetos o individuos y, en el curso de una vida, se desarrollan mediante una atención mutua y una retroalimentación productiva, proporcionando a las personas un sentido de dominio sobre el mundo. Ahora bien, en la última etapa de la vida los individuos se enfrentan, no sólo con una disminución del control sobre el entorno social, sino también con la pérdida de los primeros productos del apego, lo que provoca la aparición de algunos problemas de depresión y soledad.

Varios estudios han apuntado la significación de las relaciones de confianza y apoyo a los mayores, y la importancia relativa de la calidad frente a la cantidad. Ya el estudio clásico de Lowenthal y Haven (1968) demostró, por primera vez, el papel de un *confidente* para aumentar el bienestar y prevenir la depresión entre las personas de más edad. Brown y Harris (1978) y Shaefer, Coyne y Lazarus (1981) indicaron que las personas afectas de depresión tienen una historia limitada de relaciones de apoyo. También se ha encontrado una relación positiva

entre el apoyo social y la satisfacción vital, la moral y el bienestar (Mancini, 1980; Noelker y Harel, 1983).

Desde la perspectiva de la organización de una residencia se piensa que una política organizativa restrictiva y un exceso de asistencia contribuyen a la aparición de depresión, indefensión y un declive físico acelerado entre los residentes en instituciones (Moos, Lemke y David, 1987).

La Residencia de la Tercera Edad Mixta donde se realizó este estudio estaba en ese momento pendiente de trasladarse en bloque a un nuevo edificio. Esta situación ofrecía la posibilidad de establecer y revisar el sistema organizativo, para adecuarse a la actual conceptualización de atención integral al anciano residente, entendiéndolo como tal la atención de sus necesidades bio-psico-sociales.

En este contexto, conociendo la importancia del papel que juega el *control sobre sí mismo y sus circunstancias*, así como la figura del *confidente*, en el mantenimiento del bienestar psicológico y social del anciano, nos planteamos analizar las siguientes cuestiones:

– ¿Cuáles son las preferencias del grupo de residentes respecto al número de compañeros que escoge en distintas situaciones?

– ¿Dependen estas preferencias de los diferentes niveles de autonomía funcional que manifiestan?

– ¿Cuál es la dimensión (física, psíquica o social), en una escala de valoración del nivel de *autonomía-dependencia* funcional, que determina esa elección?

– ¿Podría respetarse la elección realizada por el residente dentro del sistema organizativo instaurado por el personal?

– En el transcurso de la vida, a medida que avanza la edad, ¿permanece y/o aumenta la necesidad de un confidente?

Consideramos importante plantear estas cuestiones dentro del marco de la investigación ya que, en la práctica diaria, la falta de criterios estables y definidos pueden llevar a un equipo interdisciplinar a una falta de operatividad, por estar las actuaciones asistenciales constante-

mente sometidas a discusión sin que exista una priorización para cada uno de los aspectos a resolver. Se considera también importante conocer las decisiones adoptadas por los mayores residentes, no sólo porque ellos son quienes mejor conocen sus necesidades, sino porque estudios precedentes han demostrado el papel fundamental del poder *ejercer el control* en el bienestar (Fry, 1989 y Baltes y Wahl, 1987). Davis y Crisp (1980) llegaron a la conclusión de que al proporcionar a los ancianos información y posibilidades de control sobre su entorno se mejoraba significativamente su salud subjetiva y su conducta activa. Izal y Montorio (1997) llegaron también a la conclusión de que la percepción de control es un recurso importante para afrontar situaciones de estrés en la vejez.

Creemos que este trabajo es un primer paso para conocer algunos de los problemas de los ancianos que viven en residencias y tratar, en lo posible, de mejorar su calidad de vida atendiendo a sus preferencias en algunas situaciones, ya que la vida cotidiana de la residencia pone de manifiesto que la dinámica institucional, por problemas organizativos, impone en cierta medida con quién debe compartir el residente su intimidad, al menos en un 45% de las horas que tiene el día.

El conocimiento de la vida de la residencia pone en evidencia que el residente elige a su *compañero-confidente* basándose en criterios diferentes. En nuestro trabajo utilizaremos el término *confidente* para referirnos a aquella persona que en la vida de la residencia es preferida para compartir diferentes situaciones.

## Objetivos

Se trata de un estudio empírico exploratorio que permitirá conocer por una parte, las preferencias en cuanto al número de compañeros (solo, con 1 compañero, con 2 compañeros, con 3 o más compañeros) que prefieren los distintos residentes para llevar a cabo determinadas actividades de su vida diaria en la residencia (dormir, comer, pasar su tiempo libre en el interior de la residencia, pasar su tiempo libre fuera de la residencia) y, por otra, determinar el perfil de autonomía-dependencia funcional del compañero/a elegido.

Así mismo, el estudio permitirá establecer en la práctica diaria del trabajo en residencia, criterios válidos y uniformes para un equipo interprofesional, entendiendo por *criterios válidos* aquellos que respeten los objetivos generales del trabajo con ancianos: la atención integral y el aumento de su calidad de vida.

## Método

### *Participantes*

En el estudio participaron todos los ancianos residentes en ese momento (N= 104). De todos ellos, 61 eran mujeres y 43 varones. La media de edad de los varones era de 74 años y la de las mujeres de 81. El 67% de los residentes llevaba más de 3 años de residencia en el momento del estudio. Respecto a su estado civil, el 57% eran solteros/as, el 10% casados/as, el 26% viudos/as y un 7% separados/as.

### *Pruebas utilizadas*

A todos los residentes se les aplicó la escala EMOAFAR (Escala Multidimensional de Observación de la Autonomía Funcional para Ancianos en Residencia) de Bernal y Barbero (pendiente de publicación), para la evaluación de la Autonomía-Dependencia funcional. Se trata de una escala de apreciación de la conducta que explora, fundamentalmente, tres dimensiones: Física, Psíquica y Social. Cada una de estas dimensiones se evalúa mediante una serie de ítems de elección múltiple, con cinco categorías de respuesta, que hacen referencia a situaciones y actividades de la vida diaria. A partir de las puntuaciones en la escala se pueden obtener una serie de índices que permiten categorizar a la muestra utilizada.

a) Un *Índice global de Autonomía Funcional*, a partir del cual se pueden establecer tres categorías que describen el grado de autonomía-dependencia funcional del anciano. Cada categoría corresponde a un nivel funcional y se corresponde, a su vez, con un nivel asistencial. La categoría 1 equivaldría a un nivel funcional de *Autonomía* y correspondería a un nivel asistencial de *Prevención/Supervisión*. En esta cate-

goría se incluirían los sujetos que muestran autonomía funcional, no necesitan rehabilitación pero sí prevención, pueden realizar por sí mismos las actividades de la vida diaria en la residencia y simplemente hay que atenderlos y supervisarlos. La categoría 2 equivaldría a un nivel funcional de *Dependencia Media* y se correspondería con un nivel asistencial de *Rehabilitación*. En esta categoría se incluirían las personas que necesitan ayuda para realizar las actividades de la vida diaria en la residencia, y para mantenerles su nivel de autonomía funcional es necesario llevar a cabo con ellos un proceso de rehabilitación. Por último, la categoría 3 correspondería a un nivel funcional de *Dependencia Total* y a un nivel asistencial de *Paliativos*. En esta categoría se incluyen aquellas personas que tienen una dependencia funcional total para realizar las actividades de la vida diaria en la residencia.

Categoría	Nivel asistencial
1. Autonomía	Prevención/Supervisión
2. Dependencia Media	Rehabilitación
3. Dependencia Total	Paliativos

b) Un *Perfil de Autonomía Funcional*, que se obtiene a partir de las puntuaciones obtenidas en cada una de las dimensiones: Física, Psíquica y Social. En función de la puntuación obtenida en cada una de las dimensiones se pueden ordenar y obtener 6 perfiles según el grado de autonomía en cada una de ellas: FPS, FSP, PFS, PSF, SFP, SPF. El perfil FPS, por ejemplo, indicaría una mayor autonomía funcional en la dimensión Física que en la Psíquica y Social y una mayor autonomía en la dimensión Psíquica que en la Social.

c) *Nivel de Autonomía Funcional*, que se obtiene de la combinación de los 3 niveles funcionales en cada una de las 3 dimensiones y en función de los 6 perfiles. Se obtienen así 27 niveles de autonomía. Un ejemplo de ellos sería: F1P1S2, este nivel de autonomía funcional correspondería a una persona que en las dimensiones Física y Psíquica está en la categoría 1, es por lo tanto una persona autónoma funcionalmente, pero en la dimensión Social necesitaría beneficiarse de programas de rehabilitación social.

## Procedimiento

El estudio requería realizar una encuesta entre todos los residentes acerca del tipo de habitación y compañera/o que desearían en una serie de situaciones de su vida diaria en la residencia. Este tipo de cuestiones en una situación normalizada, generaría en la población anciana unas *expectativas falsas* que posiblemente les inquietarían; pero en nuestro caso existía una posibilidad real, dado que se iba a llevar a cabo un traslado de edificio y era posible, en cierto modo, tener en cuenta los resultados de la encuesta a la hora de reestructurar las habitaciones, el comedor, etc.

En la primera parte del trabajo estudiamos el número de compañeros que prefieren los residentes en algunas situaciones de su vida diaria en la residencia. Para ello, en la entrevista, se les preguntaba a los sujetos, entre otras cosas, que si tuviesen la oportunidad de elegir en cada una de las situaciones analizadas (dormir, comer, pasar su tiempo libre en el interior de la residencia, pasar su tiempo libre en el exterior) una de las siguientes alternativas: a) estar solo, b) con 1 compañero, c) con 2 compañeros, d) con tres o más compañeros, ¿cuál sería la alternativa elegida?

Para llegar a conocer la opinión preferente del conjunto de los residentes, a partir de las preferencias manifestadas por cada uno de ellos, utilizamos el procedimiento de Black y Coombs (Maciá et al., 1990, p. 82) que permite llegar a una decisión única a partir de las preferencias de una serie de individuos que integran un grupo. El paso de las preferencias individuales a las preferencias de una colectividad puede hacerse de varios modos, aunque, de acuerdo con Sixto Rios (1976), vamos a distinguir dos fundamentales: a) aquellos en los que las preferencias individuales se expresan con un carácter ordinal y b) aquellos en los que las preferencias individuales se regulan mediante funciones de utilidad.

El procedimiento de Black y Coombs, utilizado en este trabajo, pertenece al primer grupo. Se trata de un tipo de decisión colectiva basada en la agregación de ordenaciones individuales. El procedimiento consiste en «empobrecer» el conjunto de las opiniones individuales, o posi-

bles ordenaciones de las distintas alternativas, eliminando, como inaceptables, algunas de las  $N!$  ordenaciones posibles, en nuestro caso 24 ordenaciones ya que hay 4 alternativas: a) solo; b) un compañero; c) dos compañeros y d) tres o más compañeros. Se asume que existe un orden objetivo entre las distintas alternativas contra el cual no pueden ir los sujetos, eliminando, por lo tanto, el problema de que pueda no haber transitividad en las elecciones.

Cada ordenación refleja el orden de preferencia, de mayor a menor y de izquierda a derecha. Las distintas ordenaciones posibles serían:

abcd, abdc, acbd, acdb, adbc, adcb  
 bacd, badc, bcad, bcda, bdac, bdca  
 cabd, cadb, cbad, cbda, cdab, cdba  
 dabc, dacb, dbac, dbca, dcab, dcba

El problema se resuelve sin más que preguntar sus preferencias a los sujetos que deben realizar la elección comparando, dos a dos, las alternativas.

En la segunda parte del trabajo nos planteamos averiguar el perfil, en cuanto a su autonomía funcional se refiere, del compañero/s elegido por aquellos que preferían compartir cualquiera de las situaciones analizadas. Dado que los participantes en el trabajo eligen de forma individualizada, cualquiera de ellos puede ser elegido en más de una ocasión y otros pueden no ser elegidos nunca.

Para ello se les decía lo siguiente: Si usted tuviera que elegir a un sólo compañero/a entre todos los residentes que usted ya conoce, ¿podría decirme a quién elegiría? Dígame su nombre.

La ética profesional impide hacer que los ancianos indaguen o evalúen a otro respecto a su nivel de autonomía o situación asistencial. Ahora bien, dado que nosotros sí conocíamos este dato por haber evaluado a todos los ancianos de la residencia, a partir del nombre proporcionado por los electores pudimos conocer cuál era el perfil preferente del grupo.

En esta segunda parte el número de alternativas correspondería a los 6 perfiles: FPS, FSP, PFS, PSF, SFP y SPF

El estudio se realizó en la misma residencia de Tercera Edad Mixta de la Excma. Diputación Provincial de Almería. Los residentes no tenían problema de acceso ya que todos habitaban en el mismo edificio y estaban habituados a asistir a la consulta de la psicóloga. Por otra parte, dada la escasa ocupación del tiempo libre del anciano, el entrevistador pudo adaptar el horario de la entrevista con facilidad.

La disposición del anciano hacia la entrevista fue buena. Se podían presentar dificultades específicas de la evaluación de los ancianos ante el auto-informe: inhibición de la respuesta, ansiedad y falta de comprensión, especialmente por la falta de experiencia ante la evaluación psicológica (Montorio, 1994), superándose por la sencillez de las cuestiones y la familiaridad y confianza previamente establecidas.

## Análisis y Resultados

### *Primera parte del trabajo: Elección del número de compañeros/as*

#### **Descripción de los participantes en cuanto a su nivel de autonomía funcional:**

Respecto al *índice global de autonomía funcional* la distribución de los residentes fue la siguiente: un 42% mostró un nivel de autonomía funcional con necesidad de supervisión, un 49% se caracterizó por una dependencia media con necesidad de rehabilitación y un 9% manifestó dependencia funcional total y, por lo tanto, necesidad de cuidados paliativos.

En cuanto al *perfil de autonomía funcional*, los resultados fueron los siguientes: PSF (28%), PFS (24%), FPS (24%), FSP (5%), SPF (12%), SFP (7%).

Se puede observar que el perfil mayoritario de los decisores es PSF (28%), lo que indica un predominio de la autonomía funcional de la dimensión Psíquica sobre la Física y la Social, hecho éste que quedará corroborado porque además un 24% se caracteriza por un perfil PFS; por lo tanto, en un 52% de los participantes existe un predominio de la dimensión Psíquica sobre las demás. A continuación se destacaría el perfil FPS que caracteriza a otro 24% de

los participantes, que junto al 5% que muestra un perfil FSP representan un 29% en el que predominaría la autonomía funcional en la dimensión Física. Finalmente, hay que resaltar que en sólo un 19% de los casos hay un predominio de la autonomía funcional en la dimensión Social sobre las otras dos. Es necesario tener en cuenta que la dimensión social refleja aspectos que van desde la comunicación con los demás, preocupación por el dinero, contacto con el entorno, familiares, etc.

*Descripción de los resultados de la combinación de las distintas alternativas con cada una de las situaciones.*

Ya comentamos anteriormente que se habían establecido cuatro alternativas (a: solo, b: con 1 compañero, c: con dos compañeros y d: tres o más compañeros) y cuatro situaciones distintas (dormir, comer, pasar el tiempo libre en la residencia, pasar el tiempo libre fuera de la residencia) sobre los que había que tomar una decisión.

Con las 4 alternativas se hicieron 24 ordenaciones posibles que se fueron presentando a cada sujeto de manera que éste fuera comparando la primera alternativa de cada ordenación con todas las demás.

En la tabla 1 aparecen los resultados obtenidos respecto al estado de la naturaleza: **dormir**.

grupo (1), que tienen autonomía funcional, eligen diez de entre todas las ordenaciones posibles; prefieren claramente la alternativa que refleja la situación de dormir solo en primer lugar (abcd 28,6%) y, en segundo lugar prefieren dormir con un compañero (bcad 19%). Entre los sujetos que pertenecen al grupo 2, con dependencia media y necesidad de rehabilitación, hay dos posturas contrarias; por un lado se encuentran aquellos sujetos que eligen como primera opción dormir solos (abcd 28,9%) y, por otro lado, se encuentran los que evitan encontrarse a solas de noche (bcda 28,9%). Los participantes pertenecientes al grupo que muestra dependencia funcional total (3), sólo establecen dos ordenaciones y en ambas se observa un claro rechazo a la soledad, el 50% ha elegido la alternativa (bcda) y el otro 50% la alternativa (dcba).

En la tabla 2 aparecen recogidos los resultados obtenidos respecto a la situación de **comer**.

Cuando no se tiene en cuenta el nivel de autonomía funcional se observa que las preferencias se decantan por comer con más de dos compañeros (dcba 27,8%), lo que equivaldría a una mesa de cuatro personas (3 compañeros y el decisor). Si se tiene en cuenta el nivel de autonomía funcional el resultado sería el siguiente:

**Tabla 1.** Porcentaje de electores de cada ordenación en la situación: **DORMIR**

Ordenaciones Seleccionadas											
	abcd	bcda	cbad	cbda	cdba	dbca	dcba	acbd	bacd	badc	bcad
Grupo 1	28,6	16,6	4,8	7,1	4,8		7,1	2,4	19	4,8	4,8
Grupo 2	28,9	28,9			7,9	2,7	15,8		10,5		5,3
Grupo 3		50					50				
Total	28	23,2	2,5	3,7	6,1	1,2	12,2	1,2	14,6	2,4	4,9

Como se puede apreciar, cuando hacemos una evaluación global sin tener en cuenta el nivel de autonomía funcional de los participantes, la alternativa preferida es la de dormir solo (abcd 28%) seguida de la alternativa de dormir con un compañero (bcda 23,2%). Cuando se tiene en cuenta el nivel de autonomía funcional se observa que los sujetos que pertenecen al

Los sujetos pertenecientes al grupo que muestra autonomía funcional (1), establecen 11 ordenaciones posibles en base a las cuales realizan su elección preferencial. El orden preferido para la situación de comer en este grupo refleja la posibilidad de comer en compañía de tres personas en primer lugar (dcba 34,6%). Las personas del grupo que necesita rehabilitación (2) establecen 9

**Tabla 2.** Porcentaje de electores de cada ordenación en la situación: **COMER**

Ordenaciones Seleccionadas													
	abcd	bcad	cbad	cbda	cdab	cdba	abdc	dbca	dcba	adcb	bacd	badc	bcad
Grupo 1	15,4	11,5	3,8		3,8		3,8	3,8	34,6	3,8	7,7	3,8	7,7
Grupo 2	19,2	17,3	3,8	7,7		7,7		9,6	25		7,7		1,9
Grupo 3						100							
Total	17,7	15,2	3,8	5,1	1,3	6,3	1,3	7,6	27,8	1,3	7,6	1,3	3,8

ordenaciones posibles, siendo el orden preferido el mismo que en el grupo anterior (dcba, 25%). Los decisores del grupo que manifiesta dependencia funcional (3) establecen una única ordenación (cdba). En todos los grupos se observa una tendencia mayoritaria a evitar comer sólo, aunque en los sujetos pertenecientes a los grupos 1 y 2 hay también un porcentaje de sujetos que prefieren comer solos (abcd 15,4% y 19,2% respectivamente) o con poca gente en su mesa (bcad 11,5% y 17,3% respectivamente).

Los resultados respecto a la variable: **tiempo libre en el interior de la residencia** se recogen en la tabla 3.

manecer solo en primer lugar (abcd). Se observa también cómo ordenaciones que sitúan la alternativa de estar con otro compañero/a en el tiempo libre de la residencia son elegidas aproximadamente por un 30% de decisores de este grupo (bcda y bacd). Los decisores del grupo que necesita rehabilitación (2) establecen 8 ordenaciones posibles, pero en este caso las opciones preferenciales son más variadas. Unos prefieren estar solos como primera opción (23,1%, abcd), hay un 25,7% que prefieren estar con otro compañero/a como primera opción (bcda y bacd) y hay otros que prefieren como primera opción estar con más de dos compañeros (20,5%, dcba). De los participantes pertenecientes al grupo (3), que

**Tabla 3.** Porcentaje de electores en cada ordenación en la situación: **TIEMPO LIBRE EN EL INTERIOR DE LA RESIDENCIA**

Ordenaciones Seleccionadas													
	abcd	bcda	cbad	cbda	cdba	dbca	dcba	adcb	bacd	badc	bcad	NO	
Grupo 1	39	14,6	7,3		2,4		10	2,4	14,6	2,4	7,3		
Grupo 2	23,1	15,4		10,3	7,7	7,7	20,5		10,3			5	
Grupo 3							33,3					66,7	
Total	29,1	14	3,5	4,7	4,7	3,5	16	1,2	11,6	1,2	3,5	7	

La observación de la tabla muestra que un 29% de los sujetos prefieren estar solos, aunque también hay un porcentaje elevado que se decanta por estar con un compañero (bcda, 14% y bacd, 11,6%). Si se tiene en cuenta el nivel de autonomía funcional se comprueba que los decisores del grupo 1 que muestran autonomía funcional establecen 9 ordenaciones posibles siendo la preferida por un 39% de los sujetos la de per-

manifiestan dependencia funcional, un 33,3% establece una única ordenación posible (dcba) que refleja el deseo de estar acompañado, el resto de los participantes de este grupo no establece ordenación posible.

Por último, los resultados correspondientes al análisis de las elecciones de compañero para pasar el **tiempo libre fuera de la residencia**, se recogen en la tabla 4.

**Tabla 4.** Porcentaje de electores que eligen cada ordenación en la Situación:  
**TIEMPO LIBRE FUERA DE LA RESIDENCIA**

Ordenaciones Seleccionadas							
	abcd	bcda	cbda	cdba	dcba	adcb	badc
Grupo 1	56,1	26,8			7,3		9,8
Grupo 2	43,8	21,9	7,3	3,2	16,6	4,1	3,1
Grupo 3					100		
Total	50	24,3	2,7	1,4	12,2	1,6	6,8

Se puede observar que el conjunto de participantes elige estar solo como alternativa preferida a la hora de salir de la residencia (50%, abcd) y en segundo lugar la opción de ir con un compañero (bcda, 24,3%). Analizando los datos anteriores en función del grupo de pertenencia se observa que en el grupo que muestra autonomía funcional (1), los sujetos se distribuyen en 4 ordenaciones con dos de ellas elegidas por un alto porcentaje de sujetos. La preferida es la que implica estar solo en primer lugar (abcd, 56,1%) y, en segundo lugar, la ordenación que implica ir con un compañero como alternativa preferente (bcda, 26,8%). En el grupo que necesita rehabilitación (2) se establecen ocho ordenaciones, manteniéndose como opciones preferidas la de salir solo o en pareja (abcd, 43,8% y bcda, 21,9%). En el grupo de decisores que muestran dependencia funcional, la posibilidad de salir solo o en parejas no llega ni a plantearse, todos tienen que estar en grupo (dcba, 100%).

### **Segunda parte del trabajo: Perfil del compañero elegido**

#### **Participantes**

Como ya apuntamos anteriormente, en esta segunda parte del trabajo nos planteamos averiguar el perfil funcional del compañero elegido. Para ello, del conjunto de residentes, y basándonos en la información obtenida en la primera parte del trabajo, se incluyeron sólo aquellos que preferían como primera alternativa el estar acompañados.

Durante la recogida sistemática de los datos se apreció que algunos ancianos se mostraron reticentes a proporcionar el nombre de un com-

pañero manifestando «no querer ofender a otros». Por ello, sólo participaron en esta parte del trabajo aquellas personas que no tuvieron problema en proporcionar el nombre del compañero elegido.

La muestra estuvo formada por el 67% de la población de residentes y del 33% restante, el 21% no se comprometió a responder y en el 12% no procedía el plantearles la pregunta por preferir estar solos. En ese 67% el 36% eran varones y el 64% mujeres con una edad media de 77 años y una desviación típica de 10,45 años.

#### **Descripción de los participantes en cuanto a su nivel de autonomía**

Respecto al *índice global de autonomía* el 35,8% de la muestra pertenecían a la categoría 1 que corresponde a un nivel de autonomía funcional; el 62,7% pertenecía a la categoría 2 y, por lo tanto, mostraban necesidad de rehabilitación y un 1,5% mostraban dependencia funcional total.

Con respecto al *perfil de autonomía funcional* los resultados fueron los siguientes:

FPS (20,9%), FSP (4,5%), PFS (32,8%), PSF (29,9%), SFP (4,5%), SPF (1,5%) y un 5,9% que no presentaron predominio de una dimensión funcional sobre las demás.

Como se puede apreciar en el grupo de participantes la dimensión psíquica es la que predomina sobre las otras dos (62,7% PFS + PSF).

#### **Características del compañero elegido por el grupo de participantes**

El análisis de los resultados obtenidos en relación con el *índice global de autonomía* de las

personas elegidas puso de manifiesto que un 38,8% estarían incluidos en la categoría 1, es decir, mostraban autonomía funcional; el 59,7% en la categoría 2 lo que indicaría que necesitaban rehabilitación y, por último un 1,5% mostrarían dependencia funcional total, estarían en la categoría 3.

Con respecto al *perfil de autonomía funcional* los resultados fueron los siguientes: FPS (22,4%), FSP (3%), PFS (34,3%), PSF (25,4%), SFP (9%), un 5,9% de los elegidos no mostraron predominio de una dimensión sobre las demás.

Se puede constatar también la tendencia a que la dimensión que predomine en la persona seleccionada como compañero/a sea la dimensión psíquica (59,7% PFS + PSF). Los sujetos con mayores problemas para ser elegidos son aquellos que muestran una mayor dependencia funcional en la dimensión social.

## Discusión

Los resultados obtenidos en la primera parte del trabajo nos llevan a considerar la diversidad de preferencias que los mayores manifiestan para cada diferente situación que se les presenta.

En general, encontramos que a mayor autonomía funcional aparece una mayor diversidad de respuestas, especialmente en las situaciones de *elección de compañero para dormir y/o comer*, mientras que para el *tiempo libre en el interior y/o exterior* existe mayor heterogeneidad de respuesta en el grupo de decisores que necesitan rehabilitación, manteniéndose una respuesta homogénea para el grupo que muestra clara dependencia funcional.

De este modo podemos considerar que:

- Los residentes pertenecientes a los grupos 1 y 2, de mayor grado de autonomía funcional y de grado medio respectivamente, tienden a plantearse en cada situación un amplio número de posibilidades o alternativas. En general hay mayor dispersión en el grupo 1, excepto para la situación de *tiempo libre en el exterior* donde los sujetos pertenecientes a este grupo restringen el número de alternativas y se decantan, en un alto porcentaje, por la alternativa que da preferencia a «salir solo».

- Los residentes pertenecientes al grupo 3, de dependencia funcional, manifiestan menor variabilidad en sus preferencias, siendo prácticamente homogénea la elección de alternativa. La mayoría de los datos perdidos a lo largo de la investigación se encuentran en este grupo, lo que nos lleva a considerar la posibilidad de mayor indefensión para decidir por diferentes posibles motivos.

- Los residentes pertenecientes al grupo 2, manifiestan en su elección un número similar de posibilidades o alternativas que los que pertenecen al grupo 1, excepto para la situación del *tiempo libre* manifestando una mayor variabilidad en sus respuestas o elección de alternativas.

Este análisis nos lleva a considerar si, en la planificación de recursos y programas, debería tenerse en cuenta, preferentemente, al grupo de mayores pertenecientes al grupo (2), que necesitan rehabilitación, dado que es el grupo necesitado de mayor diversificación en la oferta de recursos terapéuticos y asistenciales que faciliten el desarrollo personal del anciano. Por otra parte, es el grupo que requiere mayor plasticidad del sistema organizativo y necesita programas rehabilitadores, situaciones ambas aplicables a los ancianos del grupo 1.

En este sentido se podría llegar a plantear si la opinión generalizada y el sistema de medición aplicado en los sistemas hospitalarios que valora las «cargas de trabajo» en función de mayor grado de dependencia, podría ser revisado cuando se aplica en los diferentes niveles asistenciales para la atención de población de personas ancianas, ya que los resultados apuntan a que el grupo de mayor dependencia es más homogéneo en su respuesta y, por lo tanto, en general, se pueden aplicar recursos más estables y monitorizados.

En la segunda parte del estudio, la elección de compañero, observamos los siguientes resultados:

Las personas de más de 96 años, un 3% de residentes, no forma parte del grupo de decisores ni de elegidos.

Nos llamó la atención cómo algunos de los residentes con niveles de autonomía óptimos, grupo 1, no realizan elección de compañero/a

(un 5% de la población de residencia), siendo en cambio elegidos con una frecuencia de un 13% del total de elegidos. Es decir residentes con algún grado de dependencia, buscan a otros como compañero/a que no sean dependientes. Quizás aquí tengan fundamento los grupos de Ayuda-Mutua o interrelación con sectores de la población más jóvenes.

*El Índice Global de Autonomía* corrobora los datos obtenidos en la primera parte del trabajo, el mayor porcentaje de personas elegidas se sitúa en el grupo 1 y 2; a mayor dependencia menos posibilidades de ser elegido como compañero.

Con respecto *al perfil de autonomía funcional*, hay que tener en cuenta que la autonomía funcional en la dimensión Psíquica es la más valorada a la hora de elegir compañero para cualquiera de las actividades.

Una reflexión que nos sugieren los resultados obtenidos es si el tiempo transcurrido en la residencia, 3 años aproximadamente, y el sistema organizativo de la misma, ha influido en los ancianos de tal manera que muchos prefieran estar solos. Sería conveniente realizar un nuevo trabajo con residentes que lleven poco tiempo de residencia, para comparar los resultados.

También de cara a próximos estudios, se podría plantear la inclusión y análisis de otras variables a fin de que la elección del compañero o confidente no esté sólo determinada por el perfil de autonomía funcional, sino por variables de personalidad, condiciones educativas y/o sociales, etc.

Así mismo, es importante considerar si en una Residencia Asistida los recursos de participación, reglamentos, etc. pueden ser aplicados en igual medida, o sería interesante valorar la capacidad de toma de decisiones y para qué aspectos.

Consideramos importante la relación de Ayuda-Mutua y las relaciones intergeneracionales, así como la tendencia en el deseo de los mayores de relacionarse con personas más jóvenes, menos enfermas, y capaces de ser un apoyo para sus posibles deficiencias. Esta situación nos puede hacer replantear los recursos humanos y programa de actividades en una residencia.

## Referencias Bibliográficas

- Baltes M.M. y Wahl, H. (1987). Dependence in aging. En L.L. Carstensen y C. Edelman (Eds.), *Gerontología Clínica. Intervención psicológica y social*, (40-57), Barcelona: Martínez Roca
- Bernal, M.E. y Barbero, M.I. (pendiente de publicación). Escala Multidimensional de Observación de la Autonomía Funcional en Ancianos de Residencias (EMOAFAR).
- Brown, G. y Harris, T., (1978). *Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. Nueva York: Free Press.
- Cumming, E. y Henry, W.H. (1961). *Growing Old: The process of disengagement*. Nueva York: Basic Books.
- Davis, A., y Crisp, A.G., (1980). La Psicología clínica de los ancianos. En M.S.Pathy (Ed.), *Principios y Práctica de la Medicina Geriátrica*, (147-161). Madrid-Barcelona: CEA.S.A.
- Fry, P.S., (1989). Perceptions on vulnerability and controls in old age: A critical reconstruction. En P.S. Fry (Ed.): *Psychological perspectives of helplessness and control in the elderly*. Amsterdam: North Holland.
- Izal, M. y Montorio, I., (1997). La vejez con éxito. Pero, ¿por qué las personas mayores no se deprimen más? *Intervención Psicosocial*, vol. 6, (1), 53-75.
- Kalish, R.A. y Knudtson, F.W. (1976). Attachment versus disengagement: A life-span conceptualization. *Human Development*, 19, 171-181.
- Lawton, M.(1975). Competence, environmental press and adaptation. En P.G. Windley, T.O. Byerts y G. Ernst (Eds.), *Theory development in environment and aging*. Washinton, D.C.: Gerontological Society.
- Lowenthal, M. y Haven, C. (1968). Interaction and adaptation: Intimacy as a critical variable. En B.L. Neugarten, *Middle age and aging: A reader in social psychology* (390-400). Chicago: University of Chicago Press.
- Maciá, M.A., Barbero M.I., Pérez-Llantada, M.C. y Vila, E. (1990). *Psicología y Teoría de la Decisión: aplicaciones*. Cuadernos de la UNED, nº 90, Madrid: UNED.
- Maddox, G.L.(1970). Themes and issues in sociological theories of human aging. *Human Development*, 13, 17-27.
- Mancini, J.A., (1980). Friend interaction, competence and morale in old age. *Research on Aging*, 2 (4), 416-431.
- Montorio, I. (1994). *La persona mayor. Guía Aplicada de Evaluación Psicológica*. Madrid: Ediciones INSERSO.
- Moos, R.H., Lemke, S. y David, T.G. (1987). Priorities for design and management in residential set-

- tings for the elderly. En V. Regnier y J. Pynoos (Eds.), *Housing for the Elderly: Satisfaction and Preferences*. New York: Garland.
- Noelker, L. y Harel, Z. (1983). The integration of environment and network theories in explaining the age's functioning and well-being. *Interdisciplinary Topics in Gerontology*, 17(8), 84-95.
- Rios, S. (1976). *Análisis de decisiones*. Madrid: ICE
- Shaefer, C., Coyne, J.C. y Lazarus, R.S. (1981) The Health Related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 381-406.