

Universitat
Rovira i Virgili

Departament d'Antropologia Social i Filosofia
de la Facultat de Lletres

Programa de Doctorado: Antropología Urbana (1992-1994)

Tesis Doctoral

Los cambios en la red social y
en la percepción de la salud
durante la jubilación

Directores de Tesis:

Dra. Dolors Comas d'Argemir i Cendra
Dr. Josep M. Comelles Esteban

Milagros Piñón Payá

Tarragona, Septiembre, 1999

INDICE

Agradecimientos	1
1 Introducción	2
2 Estado de la cuestión	7
2.1 Análisis General	8
2.2 Aproximaciones desde diferentes disciplinas	14
2.3 Estudios sobre las variables del trabajo	51
2.3.1 Vejez	52
2.3.2 Salud	55
2.3.3 Vinculación social	62
2.3.4 Factores socioculturales (Posición social)	69
2.3.5 Creencias y estereotipos	73
2.4 Políticas actuales para la vejez	79
2.5 Literatura metodológica	85
2.6 Perspectivas de futuro	103
3 Desarrollo del marco teórico	108
3.1 Teorías sobre el envejecimiento consideradas en este trabajo	109
3.2 Teorías en las que se ubica el estudio	129
3.3 Hipótesis	135
3.4 Supuestos principales	139
3.5 Variables que pueden afectar las relaciones expuestas en las hipótesis	140
4 Diseño	143
4.1 Selección de la metodología	144
4.2 Medición de las variables relacionadas en las hipótesis	150
4.3 Diseño del plan de muestreo	154
4.3.1 Selección de la zona	155
4.3.2 Selección de la muestra	158
4.3.3 El estudio piloto	162
4.3.4 Muestra definitiva	163
4.4 Historias de vida	164
4.5 Codificación y leyenda	172
5 Trabajo de campo	173
5.1 Ubicación del estudio: La Comarca, la Provincia y la Comunidad	178

5.1.1 La ciudad de Castellón. Comparación con el resto de capitales de la Comunidad Valenciana	184
5.2 Descripción de los barrios	192
5.2.1 Barris al Nord (Grup Sant Agustí i Sant Marc)	196
5.2.2 Fadrell/Censal	200
5.3 Descripción de los Centros de Salud	204
5.3.1 La consulta del médico	208
5.4 Perfil epidemiológico de la población	210
5.5 Creencias y valores	222
6 Análisis de los hallazgos	225
6.1 Matriz para el análisis de los datos	226
6.1.1 Posición social	229
6.1.2 Vinculación social	232
6.1.3 Salud	234
6.1.4 Creencias y valores	236
6.2 Significado de los datos	238
6.2.1 Definición operacional, de nuevo, de las 2 variables principales, en base a la revisión de los datos	239
6.2.2 Confirmación/refutación de las hipótesis	242
6.2.3 Descripción del grupo estudiado y su contexto	251
6.2.4 Identificación de relaciones entre las 4 áreas analizadas	254
7 Conclusiones y diseminación	262
7.1 Respuesta al problema de investigación	263
7.2 Evaluación del trabajo y sugerencias metodológicas	271
7.3 Comparación de los hallazgos del estudio con afirmaciones de algunas teorías e investigaciones	277
7.4 Posibles aplicaciones	282
8 Bibliografía	285
9 Anexos	303
9.1 Guía para las historias de vida	304
9.2 Datos preparados para el análisis	307
9.3 Enfermedades y visitas al médico	440

Agradecimientos

Nunca hubiera podido imaginarme con capacidad suficiente para acabar el trabajo que sigue. Si ello ha sido posible, se debe al afecto y el esfuerzo de mucha gente, entre los cuales no puedo dejar de mencionar a mi compañero Jack, sobre todo por estar aquí; a mis hijos, Tanya y Ricard, porque me quieren.

También he de agradecer el calor de las indicaciones de los directores de esta tesis y el apoyo material de la IVEI¹. A mis amigos y conocidos que deben haber sufrido mis diversos y contradictorios estados de ánimo, sólo puedo agradecerles su paciente delicadeza asimilándolos. Y la sonrisa de mi padre con la que, al final, aún me decía: “*¡Vols més a eixos tios de la tesi que a mi!*”.

¹ Institució Valenciana d’Estudis i Investigació. Institut de Sociologia i Antropologia Social.

1 Introducción

Considera, por ejemplo, la población más vieja en 20 ó 30 años. Esta población consistirá en los sobrevivientes de una variedad de cohortes que ahora están vivos y ya poseen una historia de vida sustancial (trabajo, familia, salud, etc.). Esta información existente proporciona un punto de partida para realizar proyecciones sobre patrones y cambios en las características de aquellos que sobrevivan.

Las proyecciones de cohorte proporcionan información esencial sobre el tamaño, estado de salud, economía, redes de apoyo, y actividades productivas de la población más vieja en el futuro.

(Uhlenberg y Miner, 1996, p.224, original en inglés)

Este trabajo comenzó hace unos 5 años (Marzo 1994), cuando llegó el momento de elegir un tema para la tesis requerida en los estudios de doctorado.

La primera tentativa fue introducirme en las investigaciones sobre *alternativas sociales en diferentes culturas* (movimientos contraculturales), concretamente en experiencias comunales.

Pero una vez evaluados los medios disponibles, decidí escoger por exclusión en vez de por inclinación.

La vejez es un colectivo que dispone de tiempo (mi mayor problema para realizar esta investigación) y además, me atraía por diferentes razones, entre ellas la imagen confusa que tenía sobre ella. No comprendía las continuas demandas de compañía y atenciones por parte de los ancianos que conozco:

¿Conflicto de intereses entre generaciones? ¿Marginación subjetiva?
No me parecía que en esta cultura se marginara a la vejez. ¿Miedo?
¿Desvinculación social? ¿Por qué no se reúnen con más gente, como hacían antes? Además, ahora tienen viajes, centros, ... algunos viejos los usan. Siempre quieren ir al médico, y a veces no es necesario; parece que lo que buscan es compañía, o inspirar lástima.

Algunos de estos tópicos con los que comencé, producto de una mirada superficial del entorno más cercano, han ido desenmascarándose en el proceso de la investigación, tanto en la búsqueda bibliográfica como en el trabajo de campo. Trato de reflejarlo en las conclusiones.

Una vez seleccionadas las variables *salud* y *vejez*, se impuso una nueva elección: qué parcela de cada variable me interesaba y podía estudiar, y qué tipo de relación se establecía entre ellas.

Al revisar parte de la literatura sobre el tema, se va perfilando el *Objetivo General* de este trabajo:

Profundizar, en la medida que permitan los recursos disponibles, en el conocimiento de las estructuras sociales de los ancianos y su posible relación con diferentes formas de manejar los problemas de salud.

Las partes del trabajo

El estado de la cuestión es la primera parte de esta tesis, aunque la revisión bibliográfica continúa incluso durante la redacción final, sin haber encontrado aún un sistema satisfactorio

de selección en esta oferta abrumadora de revistas, libros, prensa, videos, panfletos de salud, discursos políticos, películas, radio, televisión, Internet ...

He organizado el material consultado tratando de establecer relaciones entre variables. No obstante, comienzo describiendo algunas aportaciones que se han realizado sobre la vejez desde diferentes disciplinas, exponiendo las teorías más notables relacionadas con este trabajo.

Presento por separado las aportaciones sobre los instrumentos metodológicos que he utilizado.

Durante la revisión bibliográfica surge la pregunta que guiará el estudio.

¿Influye la red social del anciano en la autopercepción de su salud?

pregunta que dará lugar al *problema de investigación*:

Relación entre la estructura de la red social del jubilado de 65 a 74 años de edad y su utilización de los servicios sanitarios ambulatorios en dos barrios del área urbana de Castellón.

La segunda parte de este estudio va dirigida a definir un *marco teórico* adecuado, que permita formalizar productivamente los posibles hallazgos.

Escogí el *curso de la vida* como marco general.

Las variables que aparecen en las hipótesis se han definido en base a los conceptos utilizados en la teoría del curso de la vida. También se definen otras variables que pueden interferir en las relaciones expresadas en las hipótesis.

En la tercera parte expongo la *fase de diseño*, donde me doy cuenta de que no puedo ajustar la cuantificación de las variables hasta que termine el trabajo de campo. El estudio piloto me sirve para construir una estructura muy básica, como una guía, para las *historias de vida* que voy a utilizar. Las historias de vida son indispensables en la teoría del ciclo vital y también para la contrastación de afirmaciones de otras teorías, como marginación o intercambio.

Como centro del diseño está la *comparación*. La idea básica es dividir la muestra en dos mitades (dos barrios de la ciudad de Castellón) opuestas en cuanto a características socioculturales y físicas, para obtener resultados más sólidos al contrastar las hipótesis.

Otra característica a destacar en la elección de la muestra es el *grupo de edad*: desde la

jubilación a los 74 años. Los 65 años es la edad legal de jubilación en España (y en gran parte de la cultura occidental), lo que conlleva notables cambios en el estilo de vida de los individuos. El máximo de 74 años ha sido elegido porque permite una comparación con muchos otros estudios que toman este límite de edad para designar a *los viejos más jóvenes*, en contraposición con *los viejos más viejos* (de 75 años en adelante). Estos dos grupos presentan porcentajes diferentes en, por ejemplo, la utilización de servicios sanitarios.

También creo destacable la división de la muestra en mitad *mujeres*, mitad *hombres*, dada la relevancia de esta característica en relación a los cuidados de salud y relaciones personales, sobre todo en estas generaciones.

Para estudiar *la percepción de la propia salud*, se observan diferentes conductas, entre ellas las visitas al médico².

La cuarta parte es la presentación del *trabajo de campo*. Los dos barrios estudiados fueron visitados casi a diario,³ lo cual me permitió un grado más elevado de observación que el de la simple visita para recoger datos. No obstante, quedo muy lejos de los resultados que hubiera obtenido si hubiera vivido en ambos barrios. Traté de compensar este hecho con la utilización de las *redes sociales*, que sirvió de base para contactar con diferentes personas a las que no hubiera conocido de otra forma.

En el *análisis* y las *conclusiones* se contrastan los resultados del trabajo de campo con las hipótesis y con las afirmaciones de las teorías de las que parten las hipótesis; también se desvela algún que otro tópico.

En la última parte, recojo tanto las dificultades que me encontré durante el trabajo como los hallazgos en los que no pude profundizar (por si puede servir para investigaciones nuevas) además de unas pocas sugerencias en el campo de políticas sociales y sanitarias para la vejez.

Al final incluyo la *bibliografía* citada.

Los *anexos* constituyen el material de referencia de los apartados Trabajo de campo, Análisis de los hallazgos y Conclusiones y diseminación.

La proporción entre el número de páginas que exponen la fase conceptual y las dedicadas

² A esta conducta le he dado, sólo a nivel metodológico, un papel central respecto a otras conductas de salud, siguiendo la perspectiva emic.

³ Por afortunadas razones de cambio de mi vivienda.

a las fases empírica y analítica no suponen la misma proporción de tiempo empleado en cada parte. Sólo significa que consideré conveniente una reflexión teórica profunda sobre lo que ya se conocía sobre el tema para que los pocos datos que presento (de 32 individuos) fueran más sólidos.

2 Estado de la cuestión

De las lecturas realizadas he seleccionado los planteamientos que tenían una relación directa con la presente tesis y que podían ser útiles para trabajos futuros de cualquier investigador interesado en este tema.

De algunas disciplinas presento revisiones que ordenan el material existente, abordando sólo a los autores originales cuyo trabajo he considerado cercano al mío (sección 2.2).

En otro apartado (2.3) expongo los estudios que se limitan a relacionar dos o más variables sin explicitar el marco teórico.

He clasificado estos trabajos siguiendo el modelo utilizado posteriormente en la preparación de los datos para análisis.

El mismo criterio de clasificación ha guiado la presentación de la literatura sobre metodología (2.4).

Al final (2.5) presento unas reflexiones sobre los temas relacionados con este trabajo que son susceptibles de posteriores investigaciones.

2.1 Análisis General

De las investigaciones revisadas pocas se centran en la contribución social hecha por los ancianos. Normalmente se investigan los *problemas* de la vejez: estudios de enfermedades, problemas de calidad de vida, relaciones personales, utilización de servicios, jubilación, etc.

Diversos factores han influido en la adopción de este enfoque.

En el siglo XX se han producido dos cambios importantes interrelacionados que han dado lugar a una nueva orientación tanto de la *salud* como de la *ancianidad*:

A principios de siglo las infecciones eran la primera causa de mortalidad y en la actualidad las enfermedades crónicas ocupan este lugar. Esto ha significado un cambio de dirección en las investigaciones del campo de la salud: de la busca del microbio y de su correspondiente antagonista se ha pasado al estudio de las complejas interacciones entre los factores medioambientales, culturales, sociales, psicológicos y biológicos.

Como respuesta, la OMS propone una nueva definición de salud que contempla el aspecto biosicosocial del individuo, y que se potencien las medidas encaminadas hacia la prevención.

El otro cambio ha sido demográfico. La disminución de las tasas de mortalidad, tanto en niños como ancianos, unida al descenso en los nacimientos y a los movimientos migratorios, han modificado drásticamente las proporciones de los grupos de edad en los países industrializados.

Nos encontramos también con la dificultad de determinar los límites del concepto de vejez.

Algunas predicciones parten de los 60 años (Warnes, 1989, p.58), (Fried y Bush, 1988) pero la mayoría considera que los 65 años es la edad de inicio de la vejez. Mientras unos autores afirman que el grupo de *muy viejos* comienza a la edad de 75 años (Victor, 1994, p.104), para otros empieza a los 80 años (OECD, 1996, p.13) e incluso para otros a los 85 años (O'Rand, 1996, p.192), (Manton y Suzman, 1992, p.327).

La falta de acuerdo presente en la literatura en cuanto a la edad que señala el inicio de la vejez refleja por una parte los diferentes objetivos de los estudios sobre este colectivo (médicos, económicos, ...) pero también indica la heterogeneidad existente alrededor del concepto vejez: *¿viejo? para qué y dónde.*

Parece ser que la fracción total de personas definidas como viejas irá decreciendo después del año 2000⁴, pero el número de mayores de 75 años crecerá en abundancia,⁵ por lo que la denominada *carga social de los mayores* sigue siendo ampliamente confirmada, ya que aunque el incremento de la población en números totales no se presenta como alarmante, la proporción de viejos sí (Olshansky, Carnes y Cassel, 1993).

Pero además, el aumento previsto de *carga social* se agrava con los cambios que ha experimentado la familia en el siglo XX, sobre todo los referentes a la incorporación masiva de la mujer al mercado laboral.

Un estudio realizado en Inglaterra en 1982 indica que la cantidad de mujeres disponibles para cuidar de sus familiares ancianos nacidos en 1920 se verá reducida a la mitad de la cantidad de mujeres que estaba disponible para cuidar a los ancianos nacidos 20 años antes (Victor, 1994, p.104).

También se prevé un posible cambio en la composición por sexos de este grupo de edad, relacionado con el hábito de fumar adquirido masivamente por mujeres durante y después de la 2ª Guerra Mundial, lo cual reduce la esperanza de vida de las mujeres.

Por otra parte parece posible que, sobre todo en países como España, se vean cambios en el próximo siglo en cuanto a un incremento de ancianos relacionado con la inmigración desde países nórdicos.

Los estudios de previsiones demográficas crecen. Las previsiones de población en general se basan en 3 factores clave: *fertilidad, esperanza de vida y migración*. La siguiente tabla muestra las predicciones de la *Organización para el Desarrollo y Cooperación Económicos* (OECD, 1996, p.104).⁶

⁴ Consecuencia de la disminución de la tasa de natalidad.

⁵ Consecuencia del aumento de la esperanza de vida.

⁶ Se ha solicitado permiso de la OECD para la reproducción de tablas y otra información, tal y como se especifica en la fuente de donde se extrae. Todavía no he obtenido respuesta.

Porcentajes de población total de personas de 65 años en adelante

	1960	1990	2000	2010	2020	2030
United States	9.2	12.6	12.5	13.6	17.5	21.9
Japan	6.1	11.9	16.5	21.1	25.6	26.1
Germany	10.8	14.9	16.2	20.2	22.5	28.1
France	11.6	13.8	15.5	16.3	20.2	23.3
Italy	9.0	14.8	17.9	20.6	23.6	27.9
United Kingdom	11.7	15.7	15.9	17.0	19.7	23.0
Canada	7.6	11.3	12.3	13.8	18.2	23.1
Australia	8.5	10.7	11.3	12.6	16.3	20.3
Austria	12.2	15.1	15.6	18.3	20.8	25.7
Belgium	12.0	15.0	16.6	17.1	20.3	24.3
Denmark	10.6	15.4	14.5	16.4	20.1	22.6
Finland	7.3	13.3	14.4	16.2	21.3	24.1
Greece	8.1	14.2	17.1	19.0	21.2	24.6
Iceland	8.1	10.6	11.3	12.0	15.5	19.6
Ireland	10.9	11.4	11.2	11.9	14.2	16.4
Luxembourg	10.8	13.6	14.8	17.3	20.9	25.6
Mexico	..	3.7	4.3	5.3	7.2	10.0
Netherlands	9.0	13.2	14.1	16.4	21.5	26.0
New Zealand	..	11.1	11.3	12.6	15.9	18.9
Norway	10.9	16.3	15.5	15.8	19.7	23.0
Portugal	8.0	13.0	14.3	15.0	16.9	20.9
Spain	8.2	13.2	16.2	17.6	20.1	24.9
Sweden	11.8	17.8	17.0	18.4	21.6	23.1
Switzerland	10.3	15.0	15.8	19.1	23.3	27.5
Turkey	3.7	4.3	5.7	6.4	8.0	10.9
Total OECD	9.4	12.9	13.9	15.6	18.9	22.5
OECD Europe	9.7	13.7	14.7	16.4	19.5	23.2

Estas cifras hacen que la sociedad occidental se enfrente a desequilibrios en sus constructos económicos y sociales. Uno de los campos que ha suscitado más reacciones ha sido el económico, ya que el aumento de la proporción de ancianos se traduce en aumento del gasto, principalmente en sanidad y pensiones.⁷

Las respuestas al envejecimiento de la población van desde la creación de la especialidad de geriatría por el *Servicio Nacional de Salud inglés* en 1946 (González et al., 1991), hasta las políticas planteadas actualmente, que consisten en promoción de la salud en un sentido amplio, con acciones encaminadas a la integración del anciano a la sociedad (INSERSO, 1992; OECD, 1996; OMS, 1990).

En 1974 la OMS edita un Informe Técnico sobre *Planificación y Organización de los Servicios Geriátricos*, y en 1979 *The Institute of Medicine (IOM) Committee (U.S.A.)*, *The American Board of Internal Medicine* y *The American Geriatrics Society* recomendaban el

⁷ La sociedad occidental convierte a este grupo de población en no-productiva a los 65 años (aproximadamente) por medio de la jubilación.

establecimiento de la Geriátrica como especialidad médica con un programa específico (González et al., 1991).

En 1982 un informe del *IOM* publica lo que pretenden ser las bases de los estudios posteriores sobre ancianidad y salud. Se recomienda que se tomen en consideración tanto la interacción entre la genética y los factores ambientales, como también la rica variabilidad de individuos y sociedades. De esta forma las causas más profundas de los problemas en la vejez podrán ser identificadas (Riley, 1992, p.viii).

En el informe también se especifica que una aproximación científica implica la intervención de otras ciencias, desde la Antropología, Sociología, ... a la Neuroanatomía, Psychoneuroendocrinología y Genética de la conducta. Se propone una aproximación que integre los aspectos básicos y aplicados de estas ciencias de la conducta, sociales y biomédicas (Riley, 1992, p. viii).

Años después se añade el concepto de dinamismo a esta propuesta. Las siguientes pretenden ser las guías de la investigación en ancianidad:

El envejecimiento incluye procesos sociales y psicológicos además de biológicos.

El envejecimiento no es fijo, varía con las estructuras sociales y con el cambio social.

Y como no es inmutable, el envejecimiento está sujeto a modificaciones e intervenciones sociales, de conducta y biomédicas (Riley, 1992, p.ix).

Sin embargo, a partir de aquí mientras los científicos sociales enfatizan las condiciones de variabilidad y cambio social y cultural en el envejecimiento, los científicos biomédicos son más propensos a enfatizar los universales específicos de la especie en el proceso de envejecer. Tal vez influya el hecho de que las ciencias sociales venían estudiando el tema de la ancianidad sin la presión de la aplicabilidad inmediata de los resultados, y sin una conexión especial con la variable salud.

Por otra parte, políticas gubernamentales del mundo occidental siguen fomentando los estudios que proponen medidas para disminuir el gasto sanitario y de ayudas sociales a los ancianos.

El énfasis que se da a la idea de la vejez como carga de la sociedad rebrotó en los 80, alimentado por razones demográficas e ideológicas. La filosofía de la “nueva derecha” se

centra en la responsabilidad del individuo para prever las necesidades de su vejez. Se cuestiona tanto la habilidad como la responsabilidad del estado en cuanto a asegurar la calidad de vida (incluso la supervivencia) de la vejez.

Tal actitud ha tenido como fruto diferentes reacciones:

- a) Un cuestionamiento del mensaje implícito en los planes de reinserción del anciano a su medio social.

Frente al discurso conservador de los valores victorianos generalizado en Europa (*la familia y sus lazos son los cimientos de la sociedad como un todo...; es un deber mantener a nuestros familiares...*), que de ser aceptado significaría una disminución del gasto público, el problema lo plantean los cambios producidos en la estructura de la sociedad (familia nuclear versus familia extensa, formas de habitabilidad, cambios en la distribución de tareas por sexo, etc.) que tienen un impacto en la asistencia dispensada a los parientes y hacen que el sentimiento de obligatoriedad se tambalee.

Los intereses opuestos entre los gobiernos y las familias llevan a plantear preguntas como *¿quién* está obligado a hacer el *qué*? *¿cómo* se traduce esto en la práctica del cuidado de los ancianos? *¿qué* clase de cosas son el *deber*, la *obligación*, la *responsabilidad*? *¿Son* sentimientos, ideas que podemos rechazar o aceptar, valoraciones morales? (Finch, 1989).

A raíz de aquí surgen otras preguntas sobre el papel de las emociones y la moralidad en la vida social. Se indaga en el pasado y se comparan culturas diferentes. Se intenta dibujar los límites entre el papel de la familia y el del gobierno en cuanto al cuidado de los miembros que lo necesitan.

Hay contradicciones sin resolver; por ejemplo, se reconoce el derecho del anciano a ser independiente económicamente (pensión), pero si necesita asistencia práctica, debe reclamarla a su familia y no al gobierno. El estado pretende ser el proveedor sólo de la asistencia que falta después de haber reclamado a la familia, enfrentándose así al reconocimiento de los derechos del ciudadano, de creciente aceptación en las últimas décadas.

Desde algunos sectores de las ciencias sociales se intenta salir de esta situación analizando la historia que los informantes cuentan como parte de un cuadro más amplio en el que sus elecciones están restringidas por la estructura de nuestra sociedad, por el género, la

división étnica o la ley.⁸

- b) Otro grupo de investigadores, psicólogos, sociólogos y economistas principalmente, han publicado en abundancia trabajos que aportan cifras sobre los gastos sanitarios por parte de los ancianos, pero que analizan superficialmente las interacciones de otras variables que afectan a los ancianos y a su comportamiento respecto a los servicios de salud, a pesar de que todos expresan el reconocimiento de la influencia de estas variables (OECD, 1996).
- c) Un tercer grupo, sobre todo desde la Psicología, Medicina social y desde la Antropología de la Medicina, está realizando investigaciones que abordan el tema enfatizando las alternativas que tienen los ancianos y los factores que marcan las diferentes elecciones con respecto a los servicios sanitarios.⁹ Concretamente desde la Antropología de la Medicina, el enfoque trata de recoger las características del medio cultural y social del anciano y reflejar el juego de influencias recíprocas entre estas características, el anciano como parte de la comunidad y las diversas formas de reaccionar frente a los temas de salud.

Esta última orientación es la que intento seguir.

⁸ Finch, 1989; Cohen y Syme, 1985; Featherman, Smith y Peterson, 1990; Brandtstädter y Baltes-Götz, 1990; Vaillant, 1990; Baltes y Baltes (eds.), 1990; Abades, 1989.

⁹ Ory, Abeles y Lipman (eds.), 1992; Keith et al., 1994; Weiss, 1981; Kelly (ed.), 1993; Victor, 1994; Warnes (ed.), 1989; Binstock y George (eds.), 1996; Fries, 1990.

2.2 Aproximaciones desde diferentes disciplinas

La primera pregunta que surge en los estudios de ancianidad es *¿qué se entiende por vejez?*

El carácter multidisciplinario de los estudios de la vejez que he revisado me ha sido útil para observar con más detalle el proceso de envejecimiento.

Cada disciplina aporta una dimensión diferente al intentar explicar el proceso de envejecimiento. Mientras que la Biología ofrece teorías organicistas, el mismo proceso es descrito en base a sus aspectos psicológicos, históricos, demográficos o antropológicos.

Desde una perspectiva **demográfica**, las tablas que comparan características respecto a la población anciana de diferentes países muestran la *heterogeneidad* en la vejez.

A la edad de 60 años la esperanza de vida es bastante similar en las diferentes partes del mundo, en contraposición a la esperanza de vida al nacimiento (Victor, 1994, p.95).

Esperanza de vida en varias partes del mundo, 1970-1980

	Al nacer	A los 60 años
Africa	48.6	14.1
Asia-Este	67.6	16.9
Asia-Sur	50.6	14.3
Norte América	73.0	18.8
América Latina	62.5	16.1
Europa	72.0	18.3
URSS	69.9	18.2
Oceania	65.6	16.6

Fuente: Hoover y Siegel, 1986

Palmore y Maeda (1985, p.26)¹⁰ presentan además las diferencias entre géneros.

Esperanza de vida en Japón y otros países, según edad y género (1980)

Al nacer	Japon	Estados Unidos	Gran Bretaña	Francia
Hombres	73	70	70	70
Mujeres	79	78	76	78
A los 65 años				
Hombres	15	14	13	14
Mujeres	18	19	17	18

Fuente: Naciones Unidas, 1983.

¹⁰ Una tabla más reciente sobre esperanza de vida al nacimiento en 70 países (U.S. Census Bureau, Global Aging, September, 1991) se encuentra en Laslett, 1996, p.102-103.

Pero en general, los estudios demográficos sobre vejez analizan los factores que han contribuido al crecimiento en número de este colectivo y las características demográficas de la población anciana (estructura, residencias, con quién viven, cambios en las proporciones de cada grupo de edad, ...). Otros estudios muestran la distribución geográfica de los ancianos y el crecimiento de las migraciones de los jubilados.

Después de la *Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*, organizada por la ONU en 1982, varios de los países miembros lanzan publicaciones centradas en la situación social y económica de los viejos en el mundo (Warnes, 1989, p.54).

El punto 73 del informe de la *Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento* dice que la media de los mayores de 60 años en los países en vías de desarrollo estaba en torno al 5%, mientras que en los países desarrollados alcanzaba el 20% (San Roman, 1990).

El envejecimiento demográfico se establece en el Noroeste de Europa en las 2 últimas décadas del siglo XIX, se extiende hacia el sur de Europa y EEUU a principios del siglo XX, y hacia Japón, Australia y parte de América del sur (zonas de clima templado), después de la 2ª Guerra Mundial (Warnes, 1989, p.52). En U.S.A., en 1900 los ancianos constituían el 4% de la población y en 1988 representaban el 12% (Ory, Abeles y Lipman, 1992, p.2)¹¹.

En 1983 Grundy señala que la concentración más fuerte la presentaba Europa (San Roman, 1990, p.96):

Distribución mundial de la población de 75 años o más

Europa.....	28%
Sur de Asia.....	14%
Este de Asia	24%
Norte América	13%
América Latina	5%
África	4%
(antigua) URSS.....	11%
Oceanía	1%

Recientemente comienzan a presentar un envejecimiento de la población países que empiezan a industrializarse, como Brasil, Corea y Tailandia. En cada uno de estos países, el despegue del envejecimiento demográfico puede ser asociado con una previa caída de la

¹¹ U.S. Bureau of the Census, 1988.

fertilidad (Warnes, 1989, p.52).

En España, en 1994 había más de 5 millones de personas mayores de 65 años. Esto hace que en algunas regiones este grupo de edad supere ya a los menores de 15 años.¹² Además, se espera que, desde 1991 hasta el año 2001, cumplan los 65 años más de 4 millones de personas según el *Censo de población y vivienda*, 1991 del INE. La siguiente tabla presenta cómo ha ido aumentando la *proporción de población anciana en España* (Collado, 1991).

Años	Grupos de edad			Total
	0 – 14	15 – 64	65 y más	
1900	33,5	61,5	5,2	100 %
1910	33,5	60,5	6,0	
1920	32,3	62,4	5,2	
1930	32,4	62,3	5,3	
1940	30,5	63,5	6,5	
1950	26,2	66,6	7,2	
1960	27,4	64,4	8,2	
1965	27,4	63,7	8,9	
1970	27,8	62,5	9,7	
1975	27,1	62,5	10,4	
1981	25,7	63,1	11,2	
1986	22,5	65,3	12,2	

Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

Concretamente en la Comunidad Valenciana, el porcentaje de personas mayores de 65 años se ha incrementado un 25% desde 1974 a 1994 y se estima que en el año 2000, un 13% de los habitantes de esta Comunidad estará en este grupo de edad (Consellería de Sanitat i Consum, 1994). El porcentaje de mayores de 65 años será igual al de menores de 16 (según censo 1991).

Para algunos autores, este incremento de los mayores de 65 años previsto para el año 2000 en España no considera el freno que representó la guerra civil para la natalidad en los años 40. Pero más tarde, entre los años 2010 y 2030, el número de mayores de 65 años aumentará probablemente a causa del *boom* de natalidad del periodo 1950–1970 (Tamames, 1994).

Estadísticas de la Comunidad Europea (Eurostat) señalan que hacia el año 2025 la cifra de personas mayores de 65 años se habrá triplicado en Europa y será el 21% de la población total (García, 1995, p.52).

¹² Información del triptico Master Universitario en Gerontología. Univ. Salamanca, 1994.

La OMS aporta cifras a nivel mundial:

En 1950 habían unos 200 millones de personas de más de 60 años en el mundo, en 1975 unos 350 millones, y se prevé que para el año 2025 hayan 1100 millones.

Esto significaría un aumento de 224% aproximadamente entre 1950 y 2025, frente al incremento del 102% que se calcula para la población global en este mismo periodo (García, 1995, p.52).

Las implicaciones que todas estas cifras tienen en la economía presente y futura de cada país son analizadas por la OECD, separando las propuestas para el campo de la salud, las pensiones y el mercado de trabajo principalmente.

Sin embargo, la conclusión a la que se llega (concretamente en el caso de USA) basándose en la experiencia histórica, es que el cambio demográfico no ha sido un determinante importante en el crecimiento económico (Easterlin, 1996, p.73).

También hemos de tener en cuenta que las predicciones demográficas están sujetas a los cambios de numerosas variables, lo cual hace que se presenten cifras diferentes en distintos estudios. Por ejemplo, el aumento que se prevé para los mayores de 85 años depende de las asunciones que se hacen sobre la mortalidad futura: El incremento anticipado para 2006 en este grupo de edad se reduce del 91% según la OPCS¹³ al 19% en las proyecciones de Ress (1987), que parte de una previsión de mortalidad constante (Warnes, 1989, p.60).

No obstante han habido predicciones que se han cumplido con un grado de exactitud provechoso, como la realizada por *the Phillips Committee* en Inglaterra en 1954 y que estimaba que en 1.979 el número de pensionistas se elevaría a 9'5 millones (frente 6'9 millones que había entonces); la realidad fue de 9'46 millones (Victor, 1994, p.90).

La siguiente tabla muestra las *predicciones ofrecidas por la OECD*.

¹³ Office of Population Censuses and Surveys, Great Britain.

Factores demográficos esenciales

	Fertility rate ¹		Life expectancy at birth		Net migration rate ²	
	1990-1995	2025-2030	1990-1995	2025-2030	1990-1995	2025-2030
United States	2.1	2.1	76.6	81.8	2.5	0.0
Japan	1.5	2.0	79.1	82.8	0.0	0.0
Germany	1.3	2.0	75.8	80.6	5.6	0.0
France	1.8	2.0	77.2	81.8	1.2	0.0
Italy	1.3	2.0	77.4	82.0	1.0	0.0
United Kingdom	1.8	2.0	76.2	81.0	0.9	0.0
Canada	1.9	2.1	77.8	82.2	4.4	0.0
Australia	1.9	2.1	76.7	81.0	5.7	0.0
Austria	1.6	2.0	76.6	81.5	5.1	0.0
Belgium	1.6	2.0	75.6	79.6	1.7	0.0
Denmark	1.8	2.0	74.7	79.1	1.9	0.0
Finland	1.9	2.1	75.4	80.8	1.6	0.0
Greece	1.4	2.0	77.4	81.7	6.8	0.0
Iceland	2.2	2.1	78.2	81.9	0.8	0.0
Ireland	2.0	2.1	75.2	80.6	-0.6	0.0
Luxembourg	1.7	2.0	75.7	80.6	10.2	0.0
Mexico	3.2	2.1	70.3	77.0	-2.3	0.0
Netherlands	1.6	2.0	77.3	81.5	2.6	0.0
New Zealand	2.1	2.1	75.7	80.5	1.2	0.0
Norway	1.9	2.1	77.2	81.7	1.9	0.0
Portugal	1.5	2.0	73.7	78.3	-0.8	0.0
Spain	1.2	2.0	76.8	81.2	0.5	0.0
Sweden	2.1	2.1	77.9	82.3	2.3	0.0
Switzerland	1.7	2.0	78.4	82.6	7.3	0.0
Turkey	2.9	2.1	67.3	74.8	0.0	0.0

1. Número de niños por mujer en edad fértil.

2. Número de inmigrantes reales por 1.000 personas.

Se asume que las cifras de *fertilidad* volverán a subir al nivel de sustitución hacia el año 2.030, lo cual significa para España que se duplique la tasa actual.

La *esperanza de vida* se espera que aumente en 4 ó 5 años en todos los países de la OECD, excepto en México y Turquía que lo hará más rápidamente, en parte debido al descenso en las tasas de mortalidad infantil.

En cuanto a las *migraciones*, se prevé que serán nulas en todos los países presentados en el año 2.030¹⁴.

En cuanto a la proporción de viejos (65+) que viven en instituciones, Victor (1994) comenta la dificultad de ofrecer comparaciones de diferentes países debido a las diversas

¹⁴ Una descripción detallada de estos 3 factores (fertilidad, esperanza de vida y migraciones) la realiza Victor (1994, p.91-96).

definiciones del término institución. No obstante, basándose en una tabla de Wall (1986)¹⁵ señala que Inglaterra presenta la fracción más baja, 5%, mientras que Holanda tiene la más alta, 10%. Estas variaciones reflejan las diferencias en las estructuras demográficas de las distintas naciones y en las políticas sociales que se establecen (Victor, 1994, p.96).

La proporción de viejos (60+) viviendo solos varía en Europa: Irlanda presenta la tasa menor, la antigua Alemania Oeste, la más alta, y hay más mujeres que hombres que viven solas en todos los países europeos presentados en este estudio (Victor, 1994, p.98).

Algunos autores (Warnes, 1989, p.64) señalan que, a parte del valor que tienen los hallazgos demográficos, existen muchas características de la población anciana sobre las que se puede lanzar previsiones, y no sólo las numéricas. Entre estas características señala el cambio sociológico que se produce al final de la vida de los individuos.

Siguiendo la línea que señala la debilidad del número por el número, Amoss y Harrell (1981, p.7) señalan que, en contraposición con los datos sobre ratios de géneros que muestran los países occidentales, las sociedades presentadas en su libro¹⁶ tienen el mismo número aproximadamente de hombres y mujeres. Las causas de esta diferencia requieren posteriores investigaciones.

Farkas y Hogan (1995)¹⁷ exponen lo que denominan la *Demografía de las relaciones intergeneracionales cambiantes*. A medida que el número de generaciones vivas en una familia aumenta como resultado del aumento de la longevidad, el número de miembros de la familia dentro de cada generación disminuye como resultado de la baja fertilidad. Por lo tanto, en las sociedades envejecidas cada vez serán más comunes las familias con 3, 4 e incluso 5 generaciones vivas.

En este marco se analizan las consecuencias de algunos roles de género en la nueva estructura de la familia, los contactos entre los miembros y el apoyo.

Los autores concluyen que los viejos americanos (USA) tienen frecuentes contactos con los familiares, pero confían menos en recibir asistencia de su familia que los viejos de otros

¹⁵ Esta tabla la forman 8 países europeos.

¹⁶ Desierto de Kalahari, norte de Canadá, Zambia, Micronesia, Nueva Guinea, Afghanistan, Taiwan, sur de India y la costa noroeste de América del Norte.

¹⁷ Se utilizan datos de USA, Australia y 5 naciones europeas.

países (citan 7 en total, la mayoría europeos).

Los autores siguen destacando el importante papel de la interpretación de los datos demográficos al afirmar que la clave para entender los cambios históricos y las diferencias (nacionales) en las relaciones familiares es el tamaño del grupo que se relaciona, y no el número de miembros del linaje (Farkas y Hogan, 1995, p.1-17).

La **Biología** parte de una pregunta inicial respecto a la vejez *¿por qué los organismos envejecen y mueren?* Se busca identificar las características que definen el envejecimiento biológico.

Victor (1994, pp. 3-8) repasa algunas teorías desde esta perspectiva:

La noción de *envejecer como desgaste por el uso* es posiblemente la más antigua (hay indicios en las ideas de Aristóteles). El cuerpo se ve como una máquina que se va desgastando por el uso excesivo.

En la misma línea está la explicación de *la vejez como el resultado de ir gastando durante la vida una energía fija*. Este concepto fue defendido ya por Hipócrates (siglo IV antes de Cristo). Esta teoría implicaría que a más ejercicio en la vida, más pronto viene la muerte, contradiciendo los nuevos hallazgos que indican que el ejercicio y una nutrición adecuada revitalizan la energía de la gente mayor.

Otra teoría sugiere que reacciones químicas del organismo humano crean uniones entre estructuras moleculares normalmente separadas. Se producen, con la edad, *cambios en el colágeno* (el 25-30% aprox. de la proteína corporal es colágeno) y las articulaciones se endurecen. Se han expresado dudas sobre la unicausalidad de este proceso.

La teoría basada en la *programación genética de la vejez* es muy popular. Los científicos han unido esta idea con la habilidad de las células para dividirse o reproducirse. Las investigaciones muestran que las células tienen un límite, al que llegan mediante un declive, en su capacidad para la división con la edad. En 1977 se realizan experimentos que muestran que las células pulmonares normales se dividen 50 veces y luego mueren, y así otras células del organismo. No se observan diferencias de género.

Estas teorías buscan explicación en los determinantes genéticos, ignorando la fuerza que sobre los genes tiene la cultura, como lo demuestra la diferencia de esperanza de vida de ambos sexos, a pesar de que las células tienen el mismo límite en cuanto a su capacidad de división para hombres y mujeres. Sin embargo, estos planteamientos son útiles como punto

de partida.

En otro grupo están las teorías sobre la vejez que se centran en el *sistema inmunológico* y la resistencia a enfermedades. Los estudios realizados indican que el sistema inmunológico muestra su efectividad máxima alrededor de los 40 años de edad. La vejez muestra una creciente incapacidad del organismo para distinguir las células sanas, que han sido alteradas levemente por mutación u otros cambios, de las células enfermas, reaccionando igualmente contra ellas. Parece ser que tanto las temperaturas bajas como una restricción en la ingestión de alimentos retardan esta reacción autoinmune.

Otra teoría biologicista es la de los *radicales libres*, que relaciona la tendencia de las moléculas a desconectarse del lugar original y situarse en otro lugar, alterando su función original.

Hipkiss y Bittles (1989, p.4) presentan las teorías sobre el envejecimiento desde dos perspectivas diferentes, las que explican el envejecimiento del organismo y las que se basan en el envejecimiento de las células.

Alan Hipkiss (1989) señalaba la acumulación de evidencias que sugieren que el proceso que elimina proteínas alteradas del organismo disminuye con la edad. Concluye planteando que el envejecimiento puede ser inevitable en organismos complejos (p.26).

Victor (1994, p.3-4) comenta los 4 criterios que se sugieren para distinguir el envejecimiento de otros procesos biológicos: *su universalidad, que se da internamente, que sucede progresivamente y que es dañino*.

Basándose en alguna de estas teorías, o simplemente desde una aproximación biologicista en general, se presentan en la bibliografía revisada algunos cambios observables en las características fisiológicas de los ancianos (piel, articulaciones, sistema muscular, peso del cerebro, sistemas metabólico y digestivo, riñones, sentidos).

Bajo esta perspectiva, los cambios fisiológicos dan como resultado una disminución de la habilidad del organismo para regular sus funciones dentro de los límites requeridos (*homeostasis*), y en consecuencia, para resistir a enfermedades. Sin embargo, estos cambios fisiológicos suceden a diferentes edades según individuos.

Desde otras disciplinas se critican los intentos generalizadores de algunos sectores de la biología. Busse y Maddox (1985, p.5) señalan que las grandes diferencias en la esperanza de

vida entre sociedades, entre subgrupos y en el transcurso de la historia, indican que los patrones de supervivencia humana no pueden ser explicados sólo por teorías biológicas.

Especialmente interesante para esta tesis es la teoría *La comprensión de la enfermedad*, de Fries (1990, p.35-46). Se refiere a la dinámica entre 2 puntos: la edad media en la que se empieza a tener la primera enfermedad crónica y la edad media en la que los individuos mueren. Si la primera aumenta más rápidamente que la segunda, se produce una compresión de la enfermedad; si sucede al revés, se produce una extensión de la enfermedad.

Fries señala cómo el modelo médico ignora el punto en el que la enfermedad comienza, centrándose en tratarla o paliarla cuando ya está implantada, con el fin de aumentar la esperanza de vida. Inevitablemente se produce un incremento de la morbilidad, porque el alargar la vida con enfermedad crónica se obtiene a costa de una pérdida en calidad de vida, además del incremento del gasto económico.

El modelo de Fries presenta una estrategia para minimizar la enfermedad. Se propone que se centren los esfuerzos de la Medicina en atrasar el comienzo de la primera enfermedad crónica.

Las iniciativas preventivas que se requieren son simples en tecnología (relativamente) y probablemente sean más baratas que las actuales.

A pesar de que desde un punto de vista antropológico interesan, en principio, todos los sistemas terapéuticos y a pesar de que para el individuo lo que importan son los resultados y no las premisas en las que se basan, en este apartado expondré sólo la literatura revisada que proviene de la **Medicina** científica occidental (el sector profesional)¹⁸ por dos razones principalmente:

Este sector recibe las facilidades necesarias para trabajar, investigar y publicar, debido al estatus privilegiado (oficial) que ocupa entre las diversas medicinas existentes.

Como consecuencia, ha resultado muy conveniente para este estudio profundizar en la utilización de este sector por los individuos de la muestra.

En su rama dedicada a la vejez (Geriatría), las enfermedades más comunes de este

¹⁸ Kleinman (1980, p.49-70) propone estudiar el cuidado de la salud y los tratamientos de la enfermedad en las sociedades complejas dividiendo todas las ofertas terapéuticas en 3 sectores interconectados y solapados: sector popular, sector folk y sector profesional.

colectivo han sido agrupadas y estudiadas por diversos autores.¹⁹

Desde la Medicina oficial española se emiten múltiples mensajes sobre la importancia de realizar estudios dirigidos a un mejor conocimiento de la población anciana, dado el incremento de la utilización de servicios sanitarios por parte de este colectivo. También se anima al personal médico a realizar una evaluación social del anciano en las historias clínicas que recoja información sobre el cuidador principal, las características del domicilio, los sistemas de soporte, la accesibilidad y grado de utilización de las ayudas sociales e, incluso, sus valores ético-religiosos (Ribera, 1994). Sin embargo no son muchos los que separan este colectivo por grupos de edad, se sigue haciendo referencia a *los ancianos* como grupo constituido por mayores de 65 años.

Algunos autores se centran en las medidas preventivas (Cassel, Rudberg y Olshansky, 1992; Bortz y Bortz, 1996). El trabajo de Bortz y Bortz (1996) está en la línea propuesta por el biólogo Fries (1990) con su modelo *la comprensión de la enfermedad*. Para ellos el estatus de enfermedad que ocupa ahora el proceso de envejecimiento irá desapareciendo a medida que se entienda como una culminación natural de una serie de eventos, y que se acepte como un periodo legítimo de evolución en la vida. El énfasis en los aspectos positivos de salud y continuidad de crecimiento se muestra como el contexto apropiado para los estudios de vejez: ejercicio adecuado, nutrición apropiada y suficiente descanso y recreo a lo largo de la vida, son los elementos esenciales que contribuyen a la salud. Su uso es barato, efectivo y no tiene sustitutos, ni médicos ni de cualquier otra clase (Carstensen, Edelstein y Dornbrand (eds), 1996, p.53).

A este planteamiento, se unen los estudios de Fried y Bush (1988, p.48-61), en un claro alejamiento de las posiciones organicistas. El objetivo ha de ser el mantenimiento de la funcionalidad.

Helman (1990, p.101) enumera unas premisas en las que se basa la perspectiva médica oficial: *Racionalidad científica; énfasis en la objetividad, medidas numéricas; énfasis en los datos físico-químicos; dualismo mente-cuerpo; ver las enfermedades como entidades; reduccionismo, y énfasis en el individuo enfermo dejando aparte la familia o la comunidad.*

¹⁹ Walshe, ed., 1986; Segal, 1996; Bortz y Bortz, 1996. También desde otras disciplinas se investiga este tema: Busse y Maddox, 1985; Jette, 1996; Hipkiss y Bittles, 1989;... Especialmente interesante para este estudio es el trabajo de Jette, que presenta el porcentaje de personas con problemas fisiológicos y, de ellas, el porcentaje de los que necesitan ayuda para las actividades de la vida diaria (p.100-112). En esta misma dirección Bazo, 1991.

Estas premisas se reflejan en la mayoría de los estudios médicos sobre la vejez. Aunque también he encontrado varias llamadas de atención en dirección a considerar otros factores psicológicos, sociales y culturales, éstos se suelen presentar como si fueran de segunda clase, y de esta forma son introducidos en los estudios.

La **Enfermería** es una ciencia joven²⁰, por lo que en la literatura revisada se insiste en que parte de su labor actual consiste en enmarcar el cuerpo de conocimientos que diferencia la Enfermería de otras disciplinas (Polit y Hungler, 1997, p.4).

Pero aparte de su juventud como ciencia (o quizás por ello), su trayectoria histórica la sitúa en una posición estratégica útil para abordar los temas de salud.

Los estudios de mayor interés para este trabajo son los que aportan diferentes explicaciones de los conceptos *salud, persona y cuidados*.

La preocupación por la relación paciente/entorno en la orientación filosófica de Florence Nightingale (1820-1910) reflejaba la preocupación predominante de finales del siglo XIX, cuando la higiene era el mayor problema de la salud. Para Nightingale la enfermedad era parte de un proceso reparador. La manipulación del ambiente externo (la ventilación, el calor, la luz, la dieta, el aseo y el ruido) contribuía al desarrollo del proceso reparador y a que el paciente se repusiera. Esta autora propone utilizar sus planteamientos para la prevención de enfermedades (Marriner, 1989).

La filosofía de Nightingale fue la base para el desarrollo de las teorías que están siendo elaboradas por autoras actuales.

La relación cliente²¹/entorno/salud se fue trabajando dentro de un marco de teorías generales que alcanzaron gran difusión a partir de 1950, entre ellas la Teoría de las Necesidades Humanas (Maslow) y la Teoría General de los Sistemas (Bertalanffy).

Entre las autoras de Enfermería cuyo modelo está influido por la Teoría General de los Sistemas se encuentra Martha Rogers. Su concepto de ser humano unitario, “... *con características que son más que, y distintas de, la suma de sus partes* ...” (Marriner, 1989)

²⁰ Joven en USA, donde en la década de los 50 confluyen los factores necesarios para que se comience a investigar. En Europa todavía no se puede considerarla una ciencia establecida, por razones culturales (económicas, sociales) que no viene al caso analizar.

²¹ El término cliente se utiliza como sinónimo de usuario (el paciente).

representa una importante tendencia de la enfermería actual,²² con planteamientos de base opuestos al modelo de la medicina occidental.

Rogers sostiene que es necesaria una nueva visión del mundo compatible con el conocimiento más progresista de que dispongamos para estudiar la salud humana. Dice que los sueños utópicos de control de la enfermedad tropiezan con conceptos anticuados de homeostasis, adaptación y causalidad. Para esta autora los principales problemas sanitarios actuales en Estados Unidos son la yatrogenesis²³, los procesos nosocomiales²⁴ y la hipocondría (Marriner, 1989).

El modelo de Rogers se apoya en cuatro bloques: campo energético, un universo de sistemas abiertos, los patrones y la tetradimensionalidad. La definición de cada bloque implica un dinamismo constante, que he intentado incluir en el diseño del presente trabajo.

Así pues, la aportación principal de esta disciplina a los conceptos *salud* y *vejez* es su perspectiva integral y evolucionista, presente en su escasa teoría y que rompe con la tradición organicista de los estudios de salud de la medicina oficial.

Minois (1989) presenta un estudio de las diversas formas en las que se ha percibido la vejez en países de cultura occidental a través de la **Historia**, desde la antigüedad al siglo XVI.

Globalmente, la impresión general del autor es de pesimismo y hostilidad hacia *la vejez que acaba con todo*; señala que la juventud ha sido siempre y en todas partes²⁵ preferida a la vejez (Minois, 1989, p.303).

La situación de los viejos expresa la ambigüedad de la condición humana más que las otras edades de la vida. Desde la antigüedad al Renacimiento, las diferentes sociedades, dice Minois, se basan fundamentalmente en la fuerza física y el vigor corporal.

El autor destaca que la posición social de los viejos a través de la historia está determinada por ciertas características; destaca las siguientes:

La condición física: cuanto más frágil, peor posición social. Esta característica se atenúa en las sociedades más estructuradas, con más leyes efectivas para mantener el

²² Recogida en los últimos trabajos de la NANDA (North American Nursing Diagnostic Association).

²³ Patologías provocadas por pruebas diagnósticas o tratamientos médicos.

²⁴ Enfermedades que se adquieren por la estancia en el hospital (ej. infecciones).

²⁵ Supongo que esta generalización es aplicable sólo a los países de la cultura occidental, ya que es la que estudia el autor.

orden.

El conocimiento y la experiencia de los viejos constituyen un valor en sociedades basadas en la transmisión verbal de la tradición. Minois (1989, p.305) dice que el libro impreso llegó a ser el enemigo del hombre viejo.

Otra característica es *la edad*, que ha servido, en este tramo de la historia, para aumentar el número de relaciones de los viejos (nuevas generaciones, cuidadores de los viejos dependientes).

La vejez puede ser también el momento en el que *la riqueza* se acumule, pero esta característica puede llevar consigo que los jóvenes se impacienten, incluso peligrosamente, por adquirirla. Pero en cualquier etapa y sociedad parece regir el siguiente principio: es mejor ser viejo y rico que viejo y pobre.

En las épocas de transición (menos estables), en las que los *prejuicios y los tabúes* morales fueron menos abundantes, los viejos disfrutaron de condiciones más favorables.

El concepto de retirado (jubilado) sólo existía para algunos viejos *inactivos*, forzados a esta categoría por ser considerados enfermos. No existía, pues, el concepto viejo, sino el de activo/inactivo.

Estas características no evolucionan de la misma manera, ni se dan todas las positivas juntas en el mismo lugar y tiempo. Cada sociedad presenta su modelo de vejez.

El periodo que no cubre Minois (del siglo XVI al XX) es estudiado por Bois y publicado en 1989 (García, 1995, p.76):

A partir del siglo XVIII y sobre todo del XIX, el número proporcional de viejos en los países de cultura occidental comienza a crecer, así también el interés de los científicos. Hasta entonces la Medicina no buscaba disminuir la mortalidad (eran viejos, fácilmente sustituibles), pero a partir del siglo XIX médicos y demógrafos se vuelcan al estudio de este colectivo. La burguesía y la industrialización favorecen la proliferación de la gente mayor.

Durante el siglo XVIII, en Inglaterra se muestra una sensibilización ante la miseria (ancianos, mendigos, ...) y se reconoce el derecho a existir desde el Estado. Estas ideas pasan a Francia (cerca a su revolución): La vejez es importante para mantener la existencia de la familia, ya que con la transmisión de las riquezas se permite la acumulación. La familia se convierte en la base del capitalismo y el individualismo

burgués. Buena época para el anciano rico y muy mala para el pobre, ya que los sindicatos no reivindican nada para ellos, ya no son proletarios y, además, las condiciones de entonces son malas para los proletarios (García, 1995, p.85).

En la segunda mitad del siglo XIX se denuncia la situación de la vejez y se proponen soluciones; es el comienzo del cambio de la conciencia colectiva sobre la vejez.

Entre las orientaciones teóricas antropológicas vigentes entre 1975 y 1986, San Roman (1990, p.85-86) señala tres variantes en la literatura sobre los ancianos vistos en el proceso histórico:

“... El propio desarrollo de la ancianidad es temporal y los cambios históricos afectan este proceso en distintas cohortes.”

“... la Historia es más bien una variable diferenciadora entre distintas formas y condiciones de institucionalizar, caracterizar, concebir y valorar la vejez, a partir de condiciones diferentes consideradas temporalmente”

“... los propios periodos históricos, caracterizados desde distintos criterios a su vez, se han considerado como unidades de análisis en sí mismos para poner a prueba diversas teorías sobre la vejez.”

El ataque más directo a la *Teoría de la modernización*²⁶ procede de los historiadores. La desaparición del *culto a la vejez* se produce mucho antes, entre 1770 y 1820, cuando los ideales de igualdad de la Revolución francesa se esparcieron en la sociedad americana, destruyendo la concepción jerárquica del mundo en que se apoyaba la autoridad de la edad (Quadagno y Street, 1996, p.42).

Achenbaum (1996, p.45-59) reafirma la versión de que son las creencias culturales, más que los cambios políticos y económicos, los que determinan la posición social de la vejez y también señala que la veneración a la vejez ha sido reemplazada por percepciones más negativas. Pero Achenbaum sostiene que entre 1790 y 1860 los viejos en América aún eran considerados indispensables porque eran ejemplo de formas de vida que promovían la longevidad y moralidad y contribuían en la sociedad americana mediante su participación en la vida económica, doméstica y política. Los datos que presenta Achenbaum contradicen la visión de una América joven para gente joven. Fue después de la guerra civil en Estados

²⁶ Analiza el impacto de la industrialización/urbanización sobre los ancianos. Fue iniciada por Cowgill y Holmes. Versión inicial en 1972 (San Roman, 1990, p.91).

Unidos cuando la visión negativa de la vejez predominó.

Años más tarde, Achenbaum hace una interesante sugerencia a los historiadores: que no se queden en su actual forma de investigación, que examinen los significados y experiencias de la vejez desde la perspectiva de los mismos viejos, que expongan las experiencias y evolución de las cohortes en las etapas tempranas del curso de la vida. Esto situará a los historiadores en la vanguardia de la *gerontología crítica* (Achenbaum, 1996, p.137-152).

Haber y Gratton (1994) exploran a los viejos estadounidenses en su *contexto familiar*, desde la era colonial hasta la actualidad. Estos autores exponen el cambio dramático que ha experimentado la familia en este tiempo y las consecuencias para los viejos, que de vivir junto a sus hijos y nietos han pasado a vivir con sus cónyuges o solos. Los autores enfatizan la diversidad de la vida familiar remarcando las diferencias regionales, de raza, clase y género.

Una aproximación histórica desde la gerontología social es la de Victor (1994, p.26-27). El autor señala que la vejez, como grupo para el que se confeccionan normas sociales especiales, aparece en Inglaterra alrededor de 1890. Victor afirma que los cambios demográficos no son una explicación suficiente para entender la evolución de la vejez en la historia, por ejemplo, el gran incremento que la población anciana experimentó a principios del siglo XX.

Victor expone 3 factores que explican su aparición: El reconocimiento de las múltiples causas de la pobreza (la vejez como factor contribuyente), el análisis de un mercado laboral eficaz (comienza a verse la jubilación como un concepto social) y la concentración de los viejos en ciertas áreas (rural principalmente) por la emigración de los jóvenes, lo cual los hace visibles como grupo.

En cuanto a los significados sociales de la edad, varían tanto entre culturas como históricamente. Un ejemplo lo constituye el cambio de actitud frente al jubilado. El surgimiento de una imagen más positiva del pensionista y de una sociedad en la que el ocio es un bien deseable ha cambiado la percepción de la jubilación (Victor, 1994, p.12).

En el área de las políticas dirigidas a la vejez, García (1995, p.477-484) presenta una introducción histórica a los procesos asistenciales, desde la caridad al Estado de Bienestar.

Los estudios de la ancianidad en general han tenido una excelente acogida desde la

Psicología. En la literatura publicada desde este campo se observa:²⁷

Un abandono de la búsqueda de teorías generales, teniendo en cuenta la diversidad en el proceso de envejecer y las peculiaridades de los grupos—(sexo, estatus social, cultura y etnicidad, ámbito geográfico, etc.).

Un descenso del interés por descubrir diferencias entre edades en beneficio de una mejor comprensión de los cambios producidos en los individuos con el transcurso del tiempo (la edad nunca viene sola).

Más empeño en desvelar la influencia concreta de factores ambientales físicos y sociales que, en interacción con factores orgánicos, pueden provocar conductas y actitudes que parecen no deseables o inadecuadas. Según la hipótesis de Lawton²⁸, el anciano, por tener los recursos más reducidos, está más a merced de los influjos del medio, lo que abre vías para la intervención.

Interés por la intervención, modificación de conductas y de actitudes, mantenimiento y desarrollo de habilidades y destrezas de utilidad social.

Estudios que distinguen específicamente periodos que anteriormente aparecían tratados en conjunto.

Como en otras disciplinas, los psicólogos comienzan por intentar *definir la vejez*. Se propone la siguiente clasificación:

En términos *cronológicos* se parte de los 65 años, por razones legales y económicas.

Si se parte de los *cambios físico-psíquicos* se señalan la pérdida de memoria, sueño alterado, conducta motora lenta.

La *edad social* se fija en términos de los roles sociales que en cada cultura se les asigna (García, 1995, p.29).

Una vez determinado quién es viejo, se estudian tanto las ventajas como las desventajas de esta cohorte²⁹. Entre las ventajas destacan la disminución de responsabilidades y preocupaciones, el miedo a la muerte más asimilado (al menos más conocido), más tiempo

²⁷ Información facilitada por el departamento de Psicología (evolutiva) de la Universidad Jaume I de Castelló (1994).

²⁸ Lawton, Director de Investigación en Philadelphia Geriatric Center durante más de 29 años (en Kelly, 1993, p.274).

²⁹ García (1995) las recoge basándose en los estudios de Kalish y Palmore.

para satisfacción de necesidades, menos víctimas de la violencia, padecen menos accidentes, reciben dinero y atenciones sin trabajar, menos impuestos y más servicios gratuitos.

Como desventaja principal se señala la ausencia de roles.

Entre las *concepciones teóricas sobre el envejecimiento*, García destaca las siguientes (1995, p.31-42):

La psicología del desarrollo humano. La vejez no es vista como etapa terminal de la vida, sino como un periodo evolutivo.

La división de la vejez en periodos y características de cada etapa.

La teoría cognoscitiva de la personalidad. (Lentitud: ¿falta de motivación o deterioro fisiológico?).

Los aspectos psicosociales importantes de la vejez (jubilación, rol en la familia, comunicación, ocio) son relacionados con el aprendizaje social.

Los estudios sobre *desórdenes psicológicos* que afectan a los ancianos (se investigan diferentes escalas para evaluar la memoria, cada vez más fiables).

*La teoría de la desvinculación social*³⁰ explica como los viejos se preparan para la muerte mientras los jóvenes (y otros grupos) preparan el reemplazo generacional.

La teoría de la actividad, como respuesta a la teoría de la desvinculación, dice que sólo es feliz y se siente satisfecha la persona que es activa, que produce algún rendimiento y que es útil a otras personas. Los ancianos actuales de la cultura occidental han perdido el rol de transmitir las tradiciones y experiencias. La teoría de la actividad es más positiva que la teoría de la desvinculación en cuanto a las implicaciones políticas, ya que favorece la vinculación de la gente mayor con otros miembros de la sociedad.

Se señalan dos premisas de la teoría de la actividad importantes para este estudio:

- La satisfacción en la calidad de vida está directamente relacionada con la integración social y la implicación en las redes sociales
- La pérdida de rol, como el enviudar o la jubilación, está inversamente relacionada

³⁰ De Cumming y Henry, 1961. Plantea que conforme las personas entran en la última fase de su vida, ... se hace mayor el distanciamiento entre los ancianos, sus hijos y su medio (San Roman, 1990, p.42).

con la satisfacción en la calidad de vida.

La teoría de la subcultura que forman los ancianos (más desarrollada desde la Sociología) (Fernandez-Ballesteros, 1992).

La teoría de la continuidad (teoría general, no específica de la vejez) es sostenida por sociólogos-gerontólogos interesados en las dimensiones psicológicas de la vejez. La experiencia individual es una preparación para los roles y funciones que serán asumidos en la siguiente fase de su ciclo de vida. El individuo tiende a mantener la estabilidad en su modo de vida y durante los diferentes ciclos. Se entenderá la ancianidad estudiando todos los ciclos. La vejez se presenta como una lucha constante por mantener el estilo de vida.

Esta teoría identifica la jubilación con una problemática fuerte para el individuo, ya que nada previo en su experiencia le ha preparado para retirarse. Propone que la preocupación o no por ser desvinculado depende de la experiencia anterior. A diferencia de la teoría de la actividad, la de la continuidad no asume que los roles perdidos hayan de ser repuestos (García, 1995, p.42).

Kertzer y Keith describen la rápida adopción de la perspectiva del *curso de la vida* por la Psicología. Estos autores utilizan las cuatro premisas centrales que Riley, M.W. enuncia ya en 1979. La primera define el envejecimiento como un proceso que dura toda la vida, desde el nacimiento (o la concepción) hasta la muerte. La segunda señala que los 3 grupos de procesos que caracterizan el envejecimiento -biológico, psicológico y social- están en continua interacción durante toda la vida. La tercera premisa destaca la influencia que el cambio social, histórico y ambiental ejerce sobre el modelo del ciclo de vida de cualquier persona o cohorte. La cuarta expone la relación inversa de la premisa anterior: nuevos modelos del envejecimiento pueden provocar cambio social (Kertzer y Keith, 1984, p.25-26).

En cuanto a los estudios basados en mostrar qué se considera una vejez con éxito bajo una perspectiva psicológica, Baltes y Baltes (1990, p.1) afirman que el desarrollo individual adecuado, incluyendo el envejecimiento, es un proceso que contiene tres componentes: selección, optimización y compensación. Cómo estos componentes adaptativos se configuran depende de las circunstancias específicas que cada individuo va formando y encontrando a medida que se desarrolla.

Estos autores revisan la investigación existente (pp.1-34) y destacan la variabilidad en el

envejecimiento, las grandes diferencias entre el normal, el óptimo y el patológico, pero generalizan cuando establecen que el balance entre ganancias y pérdidas es menos positivo a medida que se envejece.

En este mismo campo de estudio Featherman, Smith y Peterson (1990, p.83) centran su trabajo en la importancia de la planificación de la vejez. Afirman que las investigaciones longitudinales que se están realizando muestran que los individuos que aprenden a planificar en su etapa adulta, pueden aumentar las posibilidades de un envejecimiento con éxito.

En el extremo orgánico, una revisión de los estudios sobre comportamiento genético la ofrecen Pedersen y Harris (1990, p.359-380). Los datos que analizan sugieren la importancia de los efectos de la genética sobre la longevidad.

En cuanto a otro tema relacionado con esta tesis, la secuencia de cohortes, Schaie (1990, p.94-117) resume algunos análisis de los datos encontrados en los archivos del *Seattle Longitudinal Study* (SLS) referentes al funcionamiento cognitivo. Comienza examinando la cantidad de habilidad intelectual mantenida en la vejez y concluye que aunque existe un declive en la funcionalidad cognitiva en muchos individuos al llegar a los 60 años de edad, este declive es diferente en cada uno. No se observa un declive universal de la habilidad en las investigaciones, ni siquiera a los 80 años de edad³¹.

Una revisión reciente de la llamada *psicología del envejecimiento normal* la ofrece Whitbourne (1996, p.3-35), resumiendo los estudios revisados en varios puntos principales:

Parece que existen interacciones importantes entre los cambios en el funcionamiento del cuerpo relacionados con la edad y la interpretación del individuo de estos cambios.

La ansiedad que algunas pérdidas funcionales provocan en ciertos individuos contribuyen a un mayor deterioro, mientras que los individuos que buscan formas de prevención o recuperación en esta situación, modifican favorablemente su proceso de envejecimiento (Whitbourne, 1996, p.34. Original en inglés).

Muchos cambios relacionados con la edad pueden ser compensados siguiendo el principio úsalo o piérdelo, o encontrando caminos que nos lleven a sustituir funciones que son eficientes por las que se están perdiendo. Igualmente, el abandono de hábitos nocivos (tabaco, alcohol, sedentarismo) puede ayudar a mantener niveles más altos de

³¹ Bäckman, Mäntylä y Herlitz (1990, p.118-163) exponen sus trabajos sobre las formas de optimizar la memoria en la vejez.

funcionamiento en muchos sistemas orgánicos y cognitivos.

Whitbourne señala que el conocimiento del envejecimiento es vital para un gran número de profesionales de salud mental. Esta información puede proporcionar a los clientes instrumentos para contrarrestar los mitos y estereotipos nocivos y para compensar las pérdidas que vienen con la edad.

El sociólogo Moragas (1991, p.41) añade que actualmente se duda sistemáticamente de los supuestos aceptados sobre la evolución de las facultades cognoscitivas en la vejez.

"... La persona anciana puede disminuir su fuerza muscular, pero no tiene por qué afectar a su inteligencia. Su capacidad de reacción frente a un estímulo luminoso se reduce con la edad, pero no tiene por qué influir en su motivación y aprendizaje."

Sobre el tema *dependencia en la vejez* cabe destacar el trabajo de Horgas, Wahl y Baltes (1996, p.54-75). Estos autores consideran la dependencia como un concepto multicausal, multidimensional y multifuncional. También destacan el papel de la interacción social tanto en la contribución como en el mantenimiento de la dependencia.

Los autores comparan y yuxtaponen tres clases de modelos aplicables al análisis de la dependencia, *el modelo de dependencia aprendida, el de desesperanza aprendida y el de optimización con compensación selectiva.*

En cuanto a la intervención en problemas de dependencia, sugieren su *programa de entrenamiento para la intervención*, ofreciendo los resultados positivos que han obtenido con él. Destacan la gran efectividad de las intervenciones conductuales y exponen algunos temas conceptuales, etiológicos, prácticos y éticos sobre el proceso de intervención.

Concluyen afirmando que la dependencia no es inevitable ni irremediable en la vejez. Es un fenómeno complejo que requiere intervención cuidadora y sistemática que cambie la conducta del individuo a la vez que el contexto en el que vive.

En el ámbito de la **Sociología**, el sociólogo Vincent (1995, p.151-172) hace un repaso de las teorías sociales del envejecimiento. Para este autor los estudios sobre la vejez deben ser realizados sobre la base de desigualdad, idea que comparte también San Roman (1990), y señala que en la literatura sociológica británica esta aproximación es casi inexistente.

Vincent divide las teorías de la vejez y la desigualdad (¿marginación?) en varias grandes ramas: Biología social, desvinculación social (visión funcionalista), economía política de la vejez, teoría de dependencia estructurada y estratificación por edades.

Después de considerar los cambios positivos de la *teoría de la desvinculación*, Vincent concluye que falla en explicar la complejidad del envejecimiento social y que está basada en supuestos marginadores de vejez en cuanto al valor social de los viejos.

Sobre la *teoría de economía política de la vejez* dice que es el método más fructífero para considerar la relación entre vejez y marginación, pero tiene unos puntos débiles. Vincent entiende la economía política como el estudio de la interrelación entre política, economía y sociedad, principalmente en cuanto a la distribución de los bienes sociales y a los mecanismos de esta distribución, lo que en sociedades modernas corresponde a las influencias recíprocas entre gobierno, instituciones, intereses económicos, clases sociales y grupos de estatus. Señala el marxismo como la aproximación de política económica dominante, y la clasifica como una metodología válida pero que ha tenido el efecto de marginalizar a la vejez (y a otros colectivos) por su énfasis en los productores y reproductores como los agentes relevantes del cambio social.

Para Estes, Linkins y Binney (1996, p.347) la perspectiva de la *económica política* enfatiza también un examen crítico y reflexivo del conocimiento gerontológico y del papel de intelectuales y profesionales en este campo.

La *dependencia estructurada* es descrita por Vincent como el producto de un estado burgués en el que se impide la autonomía de los viejos, haciéndoles depender del estado por medio de pensiones y de profesionales de la seguridad social que controlan y determinan las necesidades de la vejez. Una contribución importante de esta teoría es, según Vincent, el desenmascaramiento de las ideologías que utilizan los cambios fisiológicos y biológicos de la vejez como justificación para quitarles el derecho a controlar sus vidas.

También desde la gerontología crítica, el establecimiento de pensiones mínimas, el proceso de jubilación, las residencias de ancianos y los servicios de la comunidad a viejos, se ven como las causas de las formas de dependencia social de los viejos que existen y que son artificiales.

Esta aproximación asume una relación estructural entre los viejos y el resto de la sociedad, siendo la sociedad la que construye las instituciones y reglas dentro de las cuales se define la vejez.

Reglas como la jubilación son fundamentales, porque marcan la frontera entre el estatus de dependencia e independencia. Las condiciones (como la edad de la jubilación) son distintas en diferentes países. Pero dentro de una misma sociedad, las políticas sociales están

basadas en una percepción de la vejez como un grupo homogéneo, con necesidades diferentes al resto de la población.

Este punto de vista es marginador porque asume que los viejos pueden ser tratados como un grupo social aislado del resto de la sociedad. La jubilación se fija en una edad específica en vez de para una necesidad específica, como puede ser una minusvalía crónica.

Sobre la *teoría de la estratificación por edades* Vincent nombra especialmente a Riley y sus trabajos desde 1979 a 1988. No la toma como funcionalista, ya que acepta las críticas que señalan que, de tanto enfatizar el consenso y equilibrio social, los funcionalistas presentan una inadecuada visión del cambio y del conflicto. El modelo de Riley asume un sistema que contiene tendencias hacia la desintegración, lo cual es un gran paso para el entendimiento de la relación entre edad y desigualdad.

Se describe cómo las cohortes están constantemente siendo aposentadas a nuevos conjuntos de roles y resocializadas para desempeñarlos.

Aparte de la elección del individuo, estos movimientos entre los estratos de edades están provocados por las reglas que hay para cada edad, los roles adscritos y los acontecimientos (guerras, depresiones, evolución de la cultura). La sociedad cambia y la gente de diferentes cohortes cambia de formas diferentes.

Vincent cree que se necesita una teoría que explique por qué funciona como lo hace la estratificación por edades y qué dirección llevan las normas sociales.

En una revisión más amplia, Victor (1994) analiza también las aproximaciones al estudio del envejecimiento desde la Sociología. A los trabajos presentados por Vincent, añade los estudios que tratan la vejez como problema social. Presenta también otras teorías aplicables a los estudios de la vejez:

El *interaccionismo simbólico* establece que los individuos construyen realidades sociales a medida que se relacionan con otros. Los significados son definidos socialmente, pero el protagonista social (el individuo) define el mundo social al mismo tiempo que es definido por él. Aplicada al estudio de la vejez, esta teoría no considera ni entiende el impacto del envejecimiento a nivel individual.

La teoría del *envejecimiento como intercambio* rechaza la noción funcionalista de reciprocidad entre individuo y sociedad en la que ambas partes se benefician al interaccionar. Esta aproximación teórica analiza ambos lados del intercambio social para determinar quién

se beneficia más y por qué.

La *teoría del etiquetaje* deriva del interaccionismo social. En una sociedad preocupada por la juventud y la salud, la vejez es etiquetada socialmente como una condición desviada. El supuesto básico de esta teoría es que el concepto de sí mismo se construye en base a la interacción con otros. De esta forma la conducta de los viejos se considera determinada por las normas del grupo social al que pertenecen.

Kertzer y Keith (1984) resaltan que, al igual que ha sucedido desde la Antropología, entre los sociólogos ha habido un interés esporádico por la edad como principio de organización social. Estos autores han elaborado un resumen de las bases principales sobre las que se construyeron las aproximaciones sociológicas al estudio de la vejez:

La *aproximación sociocultural*, que ve las vidas de la gente como guiadas por normas sociales sobre la conducta apropiada a cada edad, rol y estatus. El control social se consigue no sólo a través de las sanciones, sino también a través de la internalización de estas normas por la gente sobre el comportamiento apropiado en cada cultura.

El *sistema de estatus según la edad* de cada cultura, afecta los mapas cognitivos de los individuos, de forma que cada persona va construyendo el *mapa mental del ciclo de la vida* y así llega a predecir que ciertos acontecimientos ocurrirán en ciertos momentos.

Esta concepción está unida al trabajo antropológico por su interés por la cultura, y también con la tendencia cognitiva.

La aproximación de *estratificación por edades* pone más énfasis en elementos a nivel social que en el individuo. Presenta una serie de capas (niveles), cada una asociada con un conjunto de roles y estatus, y una serie de cohortes pasando por cada estrato en diferentes etapas de la historia. Los individuos deben pasar de una capa a otra a medida que van sumando años y deben aprender a adaptarse a nuevos papeles y olvidar los viejos. Un punto clave de este modelo es el análisis de cohortes.

El término *cohorte* ha sido usado en este contexto como el conjunto de todos los individuos (en una población específica) que nacieron en un cierto periodo. Diferentes autores recomiendan un uso más *emic* que el descrito, catalogado como *etic*.

Importante para este trabajo es la observación de que una cohorte especialmente larga o corta puede tener profundas implicaciones para la experiencia de sus miembros (y para la sociedad). Se puntualiza que pueden haber diferencias dentro de una misma cohorte.

En base a estas dos aproximaciones surge la pregunta ¿por qué algunos individuos soportan un sistema que los relega a los escalones más bajos? Se sugiere buscar la respuesta en el estudio combinado de control de los recursos, socialización e ideología.

Para Quadagno y Street (1996, p.9-10), existen en la literatura actual sobre la vejez dos grandes aproximaciones:

La basada en las *teorías de estratificación por edades*. Riley, una de los primeros investigadores en este campo, especifica que la gente no sólo se mueve arriba y abajo en la jerarquía, sino que también se mueve a través de esta estructura.

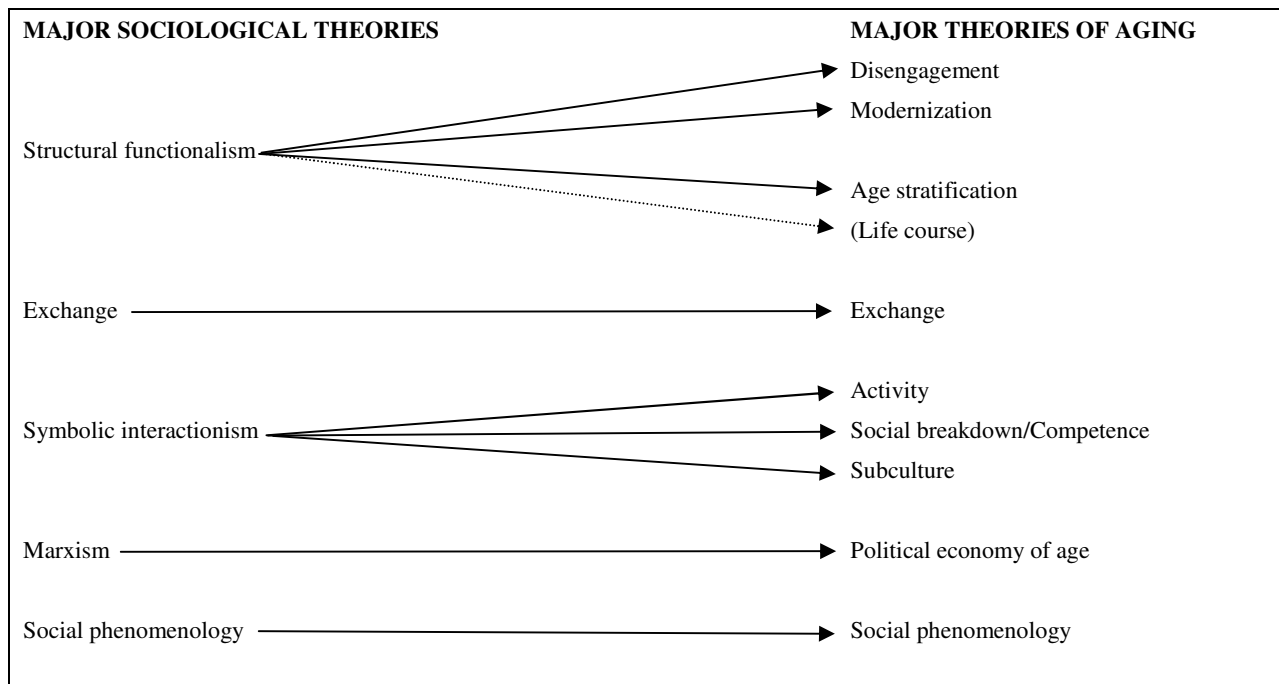
Los estudios posteriores han continuado investigando cómo los procesos de envejecimiento, la pertenencia a determinadas cohortes y la historia de cada individuo se combinan para estructurar las vidas humanas.

La otra aproximación con pretensión aglutinadora enfatiza cómo *las instituciones políticas y económicas* dan forma a la naturaleza de la vejez. Este enfoque afirma que el estatus del viejo no está definido por la biología de la edad sino más bien por la división del trabajo que produce la desigualdad estructural.

Passuth y Bengtson (1988, p.12-30) añoran un modelo multidisciplinario cohesivo sobre este tema y ven una posibilidad en dos desarrollos teóricos de la sociología de la edad: el modelo de *economía política* y el modelo de *fenomenología social*.

El esquema siguiente representa la visión de Passuth y Bengtson (1988) sobre las bases de las teorías sociológicas del envejecimiento.

La influencia de las teorías sociológicas sobre las teorías del envejecimiento.



Estos autores expresan repetidamente la necesidad de incorporar aproximaciones antropológicas a los estudios sociológicos de vejez.

García (1995, p.64-75) realiza una revisión de los trabajos desde la sociología sobre la ancianidad como problema social. Comienza repasando diversas clasificaciones de la vejez (edad cronológica, laboral, en términos sanitarios, tercera y cuarta edad, ...), de los tipos de envejecimiento (masculino y femenino, en función de la clase social o profesión) y de las causas (endógenas: progresos médicos, cambios del estilo de vida, descenso de la mortalidad y natalidad; exógenas: acontecimientos políticos, situación laboral del país). De su exposición se concluye que la falta de acuerdo en las clasificaciones se debe en parte a la heterogeneidad del proceso en sí.

Además de las teorías sobre la vejez ya presentadas anteriormente, García revisa *la teoría del medio social*, la cual afirma que sobre el nivel de actividad de un viejo influyen tres factores: la salud (acúmulo de enfermedades crónicas), la situación económica y el apoyo social (disminuido por la desaparición de relaciones: viudedad, amigos, compañeros). Concluyen que los factores procedentes del medio social que pueden influir en el grado de actividad del anciano le son desfavorables.

Entre la literatura más reciente sobre el tema, Moen (1996, p.171) repasa los trabajos sociológicos sobre el *envejecimiento y el curso de la vida*³² y destaca los múltiples significados de la edad.

Añade que el envejecimiento no puede ser entendido sin el género. El proceso del envejecimiento, teñido por el género, debe ser visto dentro del contexto de experiencias tempranas en la vida, además de en el contexto amplio de los cambios sociales y culturales.

La **Antropología** muestra la gran subjetividad de este término al presentar el significado que tiene en distintas culturas. Por ejemplo, los ¡Kung, que tienen poco interés en los números, utilizan el sufijo *n/a*, que se puede traducir como viejo o grande, para nombrar a las personas (junto a su nombre) en los 40 ó 50 años, cuando ya no suelen cargar niños, pero aún pueden estar en lo más alto en cuanto a sus habilidades (Biesele y Howell, 1981, p.79).

Amoss y Harrell (1981, p.1) tratan de cubrir el hueco que la antropología ha dejado desde el trabajo sobre vejez de Simmons en 1945. Separan los aspectos universales del envejecimiento humano de los aspectos particulares de cada cultura. Para ello, amplían los estudios antropológicos de los años 70 sobre el tema realizados en EEUU y Europa a otras culturas, con el fin de explicar cómo es la vejez en otros países.

Estos autores coinciden con Weiss (1981) en presentar el envejecimiento como un proceso de alguna manera programado genéticamente en los humanos, con un máximo fisiológico de 90 o 100 años, excepto para algún caso aislado. Señala que al final de esta trayectoria de vida, cierto tipo de deterioro físico y mental es inevitable. Este hecho se presenta tan universalmente en los humanos como el de la menopausia en las mujeres a una edad bastante anterior a la del límite de vida, en contraposición con otros mamíferos que son fértiles toda su vida.

Amoss y Harrell presentan este universal biológico como factor explicativo de ciertos universales culturales con los que la sociedad maneja el envejecimiento. El ver a sus viejos como una carga cuando son dependientes física, psíquica y económicamente se presenta también como un universal; la actuación al respecto de cada cultura, no.

El afecto continuo que el humano mantiene por quien le cuidó de pequeño (sobre todo

³² El autor cita otros autores que trabajan el tema: Elder (1975, 1982, 1992); George, (1993); Hagestad y Neugarten, (1984); Riley, (1987) y Riley, Foner y Waring, (1988). [No están en la bibliografía.]

hacia la madre) es presentado también como universal (Amoss y Harrell, 1981, p.2-4).³³

El análisis pretende explicar también la naturaleza y alcance de las variaciones culturales y los factores contribuyentes. Amoss y Harrell parten de 3 *supuestos* sobre la vejez, que se consideran comunes para los seres humanos en general:

No son pasivos, los viejos están continuamente adaptándose a los cambios y modificando en lo posible los acontecimientos para lograr sus propios objetivos.

Los condicionantes de los viejos (que incluyen los universales ya descritos, la estructura demográfica, la naturaleza del ambiente natural y economía de subsistencia y los deseos, las estrategias y el poder de los otros grupos en la población) ponen los límites a su adaptación.

Los objetivos de todos los viejos son: seguridad física y emocional, respeto de los otros miembros de la comunidad y convencimiento de que juegan un papel en la familia y en la comunidad.

Exponen dos factores que determinan en gran parte el éxito de los viejos: el equilibrio entre los costes que los viejos significan para su grupo y la contribución que aportan, y el grado de control que los viejos mantienen sobre los recursos necesarios o deseados por los miembros del grupo.

En 1984 Riley decía que para que los antropólogos tomen parte plena en el desarrollo de la aproximación multidisciplinaria a la vejez, se necesita un marco conceptual más preciso.

También con este objetivo en 1981 el NIA (*National Institute on Aging*) por medio de su programa *Behavioral Science Research*, organiza unos talleres en los que los participantes se familiarizaron con la literatura reciente sobre el tema elaborada desde diferentes disciplinas. Se comenzó enunciando 4 principios extraídos del trabajo realizado hasta el momento:

El proceso de envejecimiento no puede separarse de los cambios sociales, culturales e históricos que le rodean.

El envejecimiento sólo puede ser entendido desde la perspectiva de su recurrente

³³ En cuanto a la consistencia de este sentimiento en la etapa de dependencia del anciano, es muy revelador el estudio realizado por Christian (1989), en el que muestra la diferencia de actitud frente a dos situaciones de dependencia en una familia: la de una niña de 2 años y la de la abuela. El estudio hace tambalear el carácter universal que los autores le otorgan a esta variable.

variabilidad sociocultural, tanto dentro de una sola sociedad, como entre diferentes sociedades.

El envejecimiento sólo puede ser entendido dentro del marco del *curso de la vida*, porque comienza al nacimiento y acaba con la muerte. En el conjunto de la sociedad, las edades son interdependientes.

El envejecimiento individual es una compleja interacción entre las áreas biológicas, psicológicas, social y cultural (Riley, 1984, p.7-9).

Se partía de una base clara de dinamismo. El objetivo era incorporar plenamente la edad y el curso de la vida en el desarrollo de la teoría antropológica. Aunque Kertzer y Keith (1984, p.49) señalan que muchos temas de los ahora llamados *perspectiva del curso de la vida* han estado presentes en antropología a lo largo de su historia, estos estudios se han limitado a ciertas etapas de la vida, a ciertas regiones y a ciertas áreas de actividad.

Cohen (1984) señala que aunque los antropólogos hace mucho que elaboran teorías sobre la cultura, no han considerado adecuadamente la cultura como teoría. Propone tres abordajes con los que el envejecimiento y la edad en general pueden ser examinados desde la perspectiva de la cultura: *los roles de edad y normas, la fenomenología del envejecimiento y el envejecimiento como variable independiente* (p.235).

Una revisión analizada del tema de la ancianidad hasta 1985 la presenta San Roman (1990). Los puntos más destacadas son los siguientes:

En los años 40 Simmons (sociólogo) publica *The Role of Elders in Primitive Societies* (1945), un estudio transcultural de la vejez “*con casi toda carencia de precursores*” (San Roman, 1990, p. 19). Abre un campo de estudio a la antropología. De los años 40 a mediados de los 70, se publican trabajos que ofrecen una visión idílica de los ancianos en las sociedades tradicionales versus las condiciones negativas de los ancianos en las sociedades industrializadas.

En 1961 Cumming y Henry lanzan *la teoría de la desvinculación*, planteando que conforme las personas entran en la última fase de su vida, cuanto mayor es la cercanía que se supone a la muerte, mayor es el distanciamiento entre los ancianos, sus hijos y su medio. Esta teoría es criticada por la imposibilidad de ponerla a prueba. Las polémicas entorno a la teoría de la desvinculación sirven para señalar que las investigaciones realizadas en los 60 y 70 al respecto, no se pueden generalizar (p. 42-43).

En 1972 Cowgill y Holmes publican las actas de un congreso que se celebró en 1966. Se trata de “*Aging and Modernization.*” Toman el grado de modernización como variable independiente, de la que dependerán las diferencias en la experiencia del envejecimiento. La teoría de Cowgill es muy criticada y éste realiza una revisión (p.49).

Palmore publica *The Honorable Elders* en 1975, trabajo realizado en Japón, en el que presenta a los ancianos en una sociedad moderna donde, sin embargo, gozan de prestigio (p. 63). Más tarde, en 1985, Palmore y Maeda, sin pretender establecer ninguna teoría general, afirman que la teoría de la desvinculación no se sostiene de ninguna forma ante el caso japonés, que la pasividad no es natural a partir de ciertas edades, sino que es impuesta socialmente. Se va asumiendo que son los elementos vigentes de cada sistema cultural los que generan actitudes y ofrecen ideas alternativas que, en circunstancias concretas, se activan.

El estatus y la integración social que tienen los viejos en Japón es el foco del trabajo de Palmore y Maeda (1985). Los resultados de su investigación contradicen también puntos de la Teoría de la Modernización. También analizan la Teoría de la Actividad.

Interesante para esta tesis es el capítulo dedicado a la salud y a la asistencia sanitaria, aunque consideran la salud como variable independiente respecto a la integración del anciano y al grado de actividad que puede desarrollar. Los autores afirman que aunque la salud subjetiva empeora con la edad, incluso $\frac{3}{4}$ del grupo de mayores de 80 años afirman tener buena salud o no tener una enfermedad concreta.

En cuanto a la vida familiar, estos autores hacen una comparación con otros países occidentales y concluyen que los japoneses viejos viven en mayor porcentaje con sus hijos.

Respecto a la jubilación, en Japón se traduce en un sueldo menor, pérdida de derechos de antigüedad, un trabajo diferente o un horario reducido, pero no significa una salida definitiva de la vida laboral como en USA (Palmore y Maeda, 1985, p.68).

De 1975 a 1985 San Roman resalta 5 orientaciones teóricas (p.84-89):

Los ancianos como población heterogénea. Esta orientación descalifica a las anteriores teorías de desvinculación y modernización, precisamente por sus implicaciones homogeneizadoras de la vejez.

Los ancianos en el proceso histórico, que presenta el proceso de envejecimiento afectado por los cambios históricos en distintas cohortes.

El estudio de los ancianos como parte del sistema de estratificación. Se presenta la vejez como una etapa en proceso en la totalidad del ciclo vital. Las etapas de la vida son como estratos; en cada estrato hay un grupo (por su edad y capacidades) que ha de cumplir con las normas que la sociedad le adscribe ... Como todos los estratos no tienen las mismas posibilidades para acceder a los bienes sociales, se caracterizan por la institucionalización de las desigualdades sociales.

Otro enfoque, el de los antropólogos marxistas franceses, habla de la explotación de jóvenes por viejos.

La ancianidad como componente del transcurso de la vida. Su propia existencia depende y se define frente a las demás etapas de la vida. El éxito en la vejez depende, para algunos autores, del balance entre los logros y las pérdidas en ese constante esfuerzo para sobrevivir, física y socioculturalmente.

La propia sociedad como sucesión de cohortes. Aquí la edad ya no es la variable importante, se sustituye por generación o cohorte, cuyas características están vinculadas a la experiencia común de sus miembros, y éstas a los factores de cada momento histórico.

San Roman propone que las teorías sobre la ancianidad se desarrollen bajo la óptica de la marginación en la vejez. (1990)

García (1995) añade algunas aportaciones de la gero-antropología:

Teorías del ciclo doméstico. Abuelos y nietos se alían contra la generación intermedia, contra la disciplina.

Sobre *los ritos de cambio de estrato de edad* (nuevo estatus de adulto, de viejo, ...) se citan los ritos de paso: separación, transición e incorporación.

Teoría de la vejez como intercambio. Trata de explicar la disminución de la interacción social en las personas de edad avanzada. La interacción se mantiene si es beneficiosa para los participantes. El poder viene como consecuencia del desequilibrio del intercambio.

Teoría de la Modernización. El avance en el proceso de industrialización comporta una pérdida de estatus entre los viejos.

Perspectiva de *la Identidad*: 2 líneas de investigación, identidad de la ancianidad frente a otras etapas de la vida del individuo e identidad étnica, diferentes formas de envejecer.

Teoría de la marginación social. Pre-científica, es todavía sólo un esbozo.

García señala la importancia de la aparición en la década de los 90, de la *Association of Anthropology and Gerontology* y la revista *Journal of Cross-Cultural Gerontology*.

La diversidad cultural respecto a la vejez ha sido estudiada durante 10 años por 7 investigadores antropólogos. Este trabajo³⁴ se editó en 1994 bajo el título *The Aging Experience, Diversity and Commonality Across Cultures*. Se explora la red formada por las dimensiones social, cultural y física del envejecimiento en 7 lugares. Además de su aportación teórica, el material etnográfico recogido en este trabajo ha servido de referencia para estudios posteriores (Keith et al., 1994).

Fry (1996, p.117-136) comienza su aproximación al tema de la vejez afirmando que es imposible separar los aspectos culturales y biológicos del ser humano. En consecuencia, se entiende el envejecimiento como el cambio de los cuerpos culturalmente.

El resultado de este enfoque desvela la siguiente contradicción: culturalmente decidimos qué hacer con la gente de diferentes edades y cuando la longevidad se extiende, culturalmente se define la vejez como un problema.

Fry examina *las uniones entre cultura y vejez* desde tres perspectivas diferentes:

1. La construcción social de la edad y su uso como una dimensión de la vida social.
2. La utilización del método comparativo como instrumento necesario para observar cómo la cultura construye las diferencias.
3. Explora los significados de edad, vejez y vejez extrema.

1. La edad se convierte en una parte de los rituales de poder y de la competencia para controlar recursos, gente y conocimientos. Las edades medias y a veces los viejos, hacen que los jóvenes esperen su turno, pero hay variaciones: cuando la subsistencia es precaria y las relaciones son igualitarias, la edad tiende a ser difusa, principalmente porque no hay mucho que controlar. Cuando la acumulación material es posible, la edad se convierte en más ritualizable y política en el esfuerzo de controlar recursos, gente y conocimientos.

Fry señala la extendida base masculina que tienen las agrupaciones de edad: en todo el

³⁴ Keith, Fry, Glascock, Ikels, Dickerson-Putnam, Harpending y Draper, *Proyecto AGE (Age, Generation, and Experience)*.

mundo sólo 3 sociedades tienen clases de edad femeninas (Fry, 1996, p.119).

La formalización de la edad parece ser una manera de resolver problemas básicos de vida colectiva. Incluso sin un jefe, las clases de edad definen la estructura de poder. Conflictos entre viejos y jóvenes por recursos y mujeres pueden reducirse definiendo explícitamente los ritos y deberes de cada grado para que no compitan. Fry advierte que no es lo mismo *clases de edad* que *estratos de edad*.

2. Repasando diferentes formas de organización sociocultural, muestra la diferencia entre, por ejemplo, el flujo del control de la riqueza en sistemas de agricultura estable o pastoriles, en manos de los viejos mientras sus hijos trabajan para sus padres y esperan la transferencia de la riqueza y, al otro extremo, la economía de industria urbanizada, donde los jóvenes no tienen que esperar por su herencia, sino que son atraídos hacia las ciudades por medio del trabajo y una forma de vida diferente, con la consecuente desventaja para los viejos.

Fry presenta también los dos extremos en cuanto al parentesco: las familias organizadas en grupos de descendencia corporativa, donde uno trabaja y vive con los parientes en familias extensas, y las familias nucleares actuales donde los viejos no esperan normalmente beneficios substanciales de sus descendientes (ideología individualista de parentesco). Dice que en la actualidad los padres no quieren ser una carga para sus hijos. Los hijos que han de cuidar de sus padres encuentran que los horarios determinados por las exigencias de su trabajo están comprometidos.

No hay mecanismos formales que garanticen el apoyo a la vejez. El cariño y la buena voluntad, irónicamente, resultan tener muy poco impacto en cuanto a ofrecer cuidados (Fry, 1996, p.124) El número de niños y la proximidad geográfica son los primeros determinantes en la selección del cuidador, seguido de la historia familiar y características personales.³⁵

Hay también mucha variedad en cómo se dan los cuidados según culturas. Otra vez los extremos van desde sociedades con cuidados médicos mínimos (como los !Kung) donde los viejos continúan en su mismo ambiente hasta el final, a nuestra sociedad occidental, donde la sofisticación de los cuidados médicos, normalmente en las ciudades, hace salir a los viejos de su ambiente habitual. Los cuidadores se convierten en “*managers in the struggle to juggle*

³⁵ Una importante advertencia metodológica de esta autora es que a pesar de que las familias de diferente clase social puedan parecer similares, sus expectativas y relaciones con sus parientes pueden ser diferentes (Fry, 1995a, p.154).

everyone's schedules." (Fry, 1996, p.125)

Dar cuidados es un sistema cultural que incluye el entendimiento de dependencia y obligación. Cuidar a los padres enfermos es visto como reciprocidad por los cuidados recibidos en la niñez.

En cuanto a los estudios de *género*, también se basan en la dicotomía *cultura versus naturaleza* y han suscitado investigación en el terreno de la igualdad y del poder. La cultura va dando forma al género del posible cuidador.

En *la salud y funcionalidad* la biología aparece jugando el papel más importante. Pero a pesar de la objetividad de las medidas médicas para diagnosticar alteraciones del organismo, el cómo la gente vive sus cuerpos y cómo estas percepciones subjetivas son expresadas constituyen una intersección importante, entre cultura y biología, poco comprendida.

La mayoría de nuestros instrumentos para medir funcionalidad no pueden asumir neutralidad cultural, todos requieren conocimientos, principalmente conseguidos por medio de la educación formal. La habilidad para moverse o ser más o menos continente (capaz de controlar la salida de la orina) contiene supuestos implícitos acerca de los muebles y del emplazamiento aislado de los cuartos de baño. Incluso los defectos de visión (ej. cataratas) no tienen consecuencias uniformes para la vida de un viejo en todas las culturas.

El trabajo comparativo sobre la salud y funcionalidad tiene que buscar información que responda a las siguientes preguntas:

¿Qué es lo que las personas (todos, los adultos y viejos) tienen que ser capaces de hacer en una comunidad específica?

¿Cuáles son las consecuencias de las deficiencias mayores o menores?

¿Que compensaciones hay disponibles? Se incluirían desde una prótesis hasta la disponibilidad de otras personas para ayudar y permitir a un viejo desvalido seguir integrado.

La *medicalización del envejecimiento* genera modelos con soluciones biológicas. En los 30 últimos años el gasto de la industria médica en varios países occidentales ha sido de alrededor de un 15% del producto interior bruto (Fry, 1996, p.127) Los viejos, sin duda, están entre los mayores consumidores del cuidado de la salud y de la industria farmacéutica.

Aunque sabemos que la vejez no es ni una enfermedad ni una de las mayores causas de mortalidad, se le define como un tema médico. Cuando todo el proceso de diagnóstico,

tratamiento, cuidados y vuelta a la normalidad se aplica a los problemas de la vejez, a menudo no funciona. Como mucho, se consigue una recuperación parcial de la funcionalidad. El médico no puede aceptar que es *sólo vejez* porque implica un fracaso de su modelo médico y se termina evocando un modelo que estereotipa a la vejez como uniformemente enferma, dependiente y cerca de la muerte. Esto lleva como consecuencia una devaluación de los viejos y provoca miedo a la vejez.

Los hechos de la vejez no son exclusivamente biológicos.

Un *envejecimiento con éxito* es deseado en todas las culturas (*successful aging*), pero no significa lo mismo en todas partes, aunque hay algunos puntos de consenso: salud y seguridad material se desean en todas las edades. Resultados de investigación comparativa muestran que la gente que tiene una buena vejez es aquella que puede controlar su ambiente social y material, esto compensa el declive físico. Pero ¿qué pasa con aquellos que no envejecen bien?

Uno de lo más dramáticos descubrimientos de la investigación comparativa sobre la vejez es que algunos viejos reciben muy poco apoyo e incluso son asesinados. Fry compara este hecho (privación de agua y alimento) en sociedades de tecnología simple con la decisión en algunos hospitales occidentales de interrumpir el tratamiento y los casos de violencia a manos de familiares que terminan con la vida de un número significativo de viejos.

Los predictores más significativos estadísticamente de gerocidio son: los movimientos nómadas requeridos por motivos de subsistencia y la flexibilidad en unidades de parentesco relacionada con la descendencia bilateral. El asesinato de *algunos viejos* no tiene casi nada que ver con la actitud hacia *otros viejos*. El gerocidio se dirige hacia individuos decrepitos.

3. En cuanto al significado de la vejez, Fry dice que todas las culturas la reconocen como el final de la vida, normalmente asociada con disminución de la funcionalidad y la proximidad de la muerte. En casi ninguna sociedad la vejez se define como una de las partes de la vida más deseada.

La transición a la vejez es normalmente gradual, excepto cuando una enfermedad rompe esa progresión y lleva a una redefinición, tanto por parte de uno mismo como de los otros. Vista con un modelo biológico muy acentuado es difícil ver otros aspectos de la cultura y las recompensas asociadas a la vejez.

Culturalmente la vejez es una mezcla de cosas convenientes e inconvenientes. En lugares como USA donde muchas de las amenazas materiales y físicas son predecibles, la vejez es

vista como un tiempo de libertad de responsabilidades (trabajo, hijos, ...). Si la salud y los asuntos económicos son satisfactorios, entonces la vejez tiene muchas posibilidades.

Muy diferente es el caso de los muy viejos. Para ellos es un tiempo de *liminalidad*. El mundo social se contrae porque las pérdidas hacen que sea difícil mantener las redes sociales. El tiempo ya no es un continuum entre el pasado y el futuro, está clavado en el presente. La muerte más que temida es algo que está planificado y sucederá.

Feixa (1996) señala que los estudios de la edad han estado presentes desde hace tiempo en los trabajos antropológicos. Se ha considerado la edad como un principio universal de organización social.

Después de explicar diferentes calificativos de la edad (edad psicológica, edad estructural, condición social, imagen cultural, ...) establece diferencias también entre la antropología de la edad, de las edades, y otras. Feixa señala que la gerontología es uno de los campos de mayor desarrollo.

Desde la Antropología biológica, Crews (1993) coincide con las afirmaciones que sugieren que la longitud de la vida (*lifespan*) y sus variaciones en diferentes poblaciones y subgrupos son los únicos datos que pueden encontrar los interesados para entender la longevidad y el envejecimiento. En base a estas afirmaciones destaca el papel importante que tiene la Antropología biológica por su constante interés en las etapas de la vida, la adaptación al medio, la biología evolutiva, la historia y demografía de la población, la genética de las poblaciones, la plasticidad y adaptabilidad humana, y el uso de diseños experimentales naturales.

El sociólogo Vincent realiza un trabajo con un claro cariz antropológico para analizar el tema de la desigualdad y la vejez. Presenta capítulos enteros sobre comparaciones transculturales y análisis sobre la influencia de la cultura en el significado de la vejez (Vincent, 1995, cap.2 y 3).

Otros sociólogos, Quadagno y Street, (1996) hacen una llamada a los gerontólogos sociales para que recojan los frutos de los estudios de antropología, con el fin de que se reconozca la diversidad en la experiencia del envejecimiento (p.94).

En cuanto a la otra variable del estudio, *la salud*, desde la Antropología se ofrece una visión indispensable para su comprensión, especialmente en la vejez. Chrisman y Maretzki (1982) matizan el cambio producido en la investigación de *la Antropología de la Medicina*, dirigido a entender los fundamentos culturales de las enfermedades genéticas, de la nutrición,

prácticas de salud, organización de los cuidados y elecciones de los pacientes entre las alternativas de los cuidados de salud en sociedades complejas (p.vii).

Trabajos como el de Foster (1980) comparando la medicina popular en diferentes países, y el de Kleinman³⁶ (1980) analizando el contexto de la relación paciente/médico, ofrecen sugerencias metodológicas útiles para abordar estudios como el presente.

Una consideración importante para emprender un análisis de la salud es la que ofrece Sankar (1984, p.275), que resalta la necesidad de analizar la ciencia médica de cada cultura y la lógica social utilizada para etiquetar una enfermedad.

Pero el trabajo en este campo que más me ha servido ha sido el de Helman (1990) Este autor recoge los diferentes temas que estudia la Antropología de la Medicina actualmente y expone, en cada tema, resultados de recientes estudios de investigación. La utilización de los servicios sanitarios se presenta como una elección entre diferentes alternativas.

“They may, for example, decide to rest or take a home remedy, or ask advice from a friend, relative or neighbour, or consult a local priest, folk healer or ‘wise person’, or decide to consult a doctor, provided that one is available.” (Helman, 1990, p.63)³⁷

A menudo los individuos de un determinado lugar tienen la elección restringida a una forma de asistencia determinada, por una oferta reducida o por una presión social, cultural y económica fuerte, como podía ser el caso de este estudio, siendo esta forma la ofrecida por el Servicio Valenciano de Salud.

Helman propone el análisis de la utilización de los servicios sanitarios dentro de este contexto, como una elección mediatizada por factores culturales. Uno de estos factores (se remite a Kleinman) es la diferencia de modelos utilizados por el personal sanitario (médico principalmente) y el usuario en la interacción entre ambos.

El *Modelo Explicativo* que ofrece Kleinman como alternativo para una comunicación eficaz es también un instrumento útil para el análisis de la salud subjetiva y para entender alguna de las razones del por qué no todos los usuarios recurren al sector profesional cuando no se sienten bien. Este modelo tiene 5 apartados: etiología o causa del problema, cuándo y

³⁶ El Modelo Explicativo ofrecido por este autor (Kleinman, 1980, p.104-118) está implícito tanto en la fase de diseño como en la elaboración de las cuatro áreas desde las que analizo los datos del estudio.

³⁷ Helman resume en esta cita los 3 sectores de la salud: popular, folk y profesional.

de qué forma se presentan los síntomas, proceso fisiopatológico, historia natural y gravedad de la enfermedad, y tratamientos apropiados para el problema.

A pesar de que ambos (médico/paciente) compartan la misma cultura, la visión que cada parte tiene de la salud/enfermedad es diferente.

Para ilustrar las dos perspectivas se utilizan los términos *Disease* (visión de la enfermedad por el médico) e *Illness* (percepción de la enfermedad por el paciente). A partir de la definición en profundidad de los dos términos, se analizan las premisas en las que se basan uno y otro, de esta forma se llega a un mejor entendimiento de los problemas que pueden surgir en la consulta del doctor.

La historia de las relaciones entre la Antropología social y la Medicina es descrita por Comelles y Martínez (1993) mediante un ensayo crítico que ofrece una visión global de la teoría y práctica que la Antropología ha dedicado a este tema.

Y por último, apuntando hacia la Antropología aplicada, otros autores destacan la importancia del enfoque antropológico en los estudios de vejez para tomar decisiones efectivas en políticas de actuación en este campo.

Luborsky y Sankar (1993) proponen que la gerontología desarrolle una visión rigurosa de las construcciones culturales para que guíen los estudios de la vejez. Los autores ven especialmente importante el papel que los valores culturales juegan en la formación de las políticas para la vejez.

2.3 Estudios sobre las variables del trabajo

Presento los trabajos que he localizado elaborados por autores de diversas disciplinas (Sociología, Medicina, Psicología de la salud, Geriátrica psicosocial, Antropología de la medicina, Epidemiología social ...), sobre relación de diferentes variables con la salud o con la vejez, y en algunos casos específicamente con la salud del anciano.

Aunque se presentan fuera de cualquier marco teórico (con las reservas que esto implica) aportan información sobre posibles futuros abordajes al tema, además de resaltar variables que han sido consideradas en este estudio.

2.3.1 Vejez

Jubilación/Actividades del tiempo libre de los ancianos

La *jubilación* puede ser vista como algo negativo, un paso a la nada, *social death* (Helman, 1994, p.236). Pero también puede ser una transición al descanso merecido, a poder realizar aquello que se quiere pero para lo que no se disponía de tiempo.

Las *condiciones en las que la gente se jubila* juegan un papel importante porque determinan la cantidad de *satisfacción* que obtendrán de la vida. Hay un acuerdo generalizado en cuanto a qué condiciones materiales (funcionalidad y economía) son cruciales para estar o no satisfechos con la vida, tanto para mujeres como para hombres (Quadagno y Street, 1996, p.5).

El deseo de trabajar más allá de la edad de jubilación parece ser más prominente en los últimos años (al menos esto es lo que se refleja en la literatura, aunque no coincide con los datos del trabajo de campo), por lo que algunos autores creen que si se tienen más oportunidades de trabajar se puede mejorar la calidad de vida de los viejos. Se sugiere que el sentimiento de ser útil y valioso, que tradicionalmente se ha asociado con tener un trabajo, es la base de la relación entre trabajo y calidad de vida. Los esfuerzos dirigidos a ofrecer un trabajo satisfactorio a los *viejos-jóvenes* (65-74 años) contribuirán a mejorar la salud social y mental de los viejos (Ruchlin y Morris, 1991, p.498-500).

Estudios realizados por el CIRES³⁸ verifican la hipótesis de que en las sociedades de sistema mixto de economía de mercado como la española, el estatus socioeconómico de los individuos (su riqueza, prestigio y poder) procede fundamentalmente de la *situación ocupacional*. Por lo tanto, cuando este estatus se pierde, con la jubilación normalmente, también se decae en los aspectos mencionados como indicadores, lo cual lleva a un descenso de la calidad de vida (Tamames, 1994, p.78).

Los *patrones de jubilación* en las sociedades occidentales dependen de los procesos individuales de toma de decisiones, las oportunidades de trabajo y las pensiones públicas y privadas (Quadagno y Street, 1996, p.306).

El periodo de jubilación en el mundo occidental se ha ido alargando por el aumento de la

³⁸ Centro de Investigaciones sobre la Realidad Social, España.

esperanza de vida y la disminución progresiva de la edad media de retiro. Pero han habido otras influencias:

- Las actividades orientadas al consumo que ocupan los años de jubilación se financian con los ahorros del individuo, las compensaciones por los años de trabajo cotizado (pensiones) y las aportaciones del gobierno (diferentes formas, según país).
- A medida que la jubilación se convirtió en una fase clara del curso de la vida, los cambios políticos y económicos fueron socavando la división tripartita del curso de la vida: educación en la juventud, trabajo en la mediana edad y jubilación en la vejez.
- Los planes de jubilación pueden fomentar la jubilación a edades tempranas si la continuidad en el trabajo no mejora el nivel de beneficios, pero si no es así, se reforzará la continuidad en el mercado laboral después de la edad de jubilación. Las tasas de desempleo también influyen en esta decisión.
- Los debates sobre subir o no la edad de la jubilación están creciendo (Quadagno y Street, 1996, p.340-342).

La jubilación se extendió a la mayoría de la gente cuando se produjo el enorme aumento de la riqueza en los países desarrollados, hacia la mitad de siglo XX, una precondition evidente en el surgimiento de la Tercera Edad (Laslett, 1996, p.11).

Para un análisis significativo de los patrones en la utilización del tiempo libre se necesitan estudios longitudinales (Chiriboga y Pierce, 1993, p.42-59).

En esta misma dirección Moragas (1991) señala la ausencia de estudios longitudinales que analicen la evolución de las preferencias en la utilización del tiempo libre en una misma cohorte, por lo que resulta difícil averiguar si las diferencias observadas corresponden a efectos de la cohorte o del envejecimiento (p.239).

Las investigaciones del CIRES en España han puesto de relieve cómo las *actividades de ocio* de la tercera edad se limitan a encuentros con familiares y amigos y a ver la TV (Tamames, 1994, p.78).

Las actividades de ocio más comunes entre los viejos japoneses son: ver televisión, leer, trabajar en el huerto/jardín, viajar y los trabajos manuales/artísticos. Los viejos japoneses tienden a tener niveles más altos de *satisfacción* que otros en cuanto a las actividades del tiempo libre, aunque hay diferencias entre géneros (hombres, actividades relacionados con el trabajo; mujeres, actividades relacionados con la familia) (Palmore y Maeda, 1985, p.111).

El papel que juega la utilización del *tiempo libre* en los viejos sobre el *bienestar* ha sido destacado por los investigadores. La participación en actividades durante la vejez se ha visto relacionada con el nivel de satisfacción en la vida, pero sólo la calidad de la *actividad*, no la cantidad. Es un contexto idóneo para desarrollar relaciones sociales y ofrece una sensación de significado y valor a sus vidas. En cuanto a la relación con la salud, se presenta como interacción: ambas actúan como variables dependientes e independientes, aunque se parte de un nivel adecuado de salud como condición indispensable de esta relación (Freysinger, 1993, p.211-212).

La relación *salud/jubilación* es vista como sigue por García (1995, p. 343) al describir a un individuo de la muestra:

“Mentre està en actiu els seus mals no es fan tan perceptibles, el treball l’absorbeix i matisa els mals de la salut objectiva, fent més viable la salut percebuda. Això canvia per convertir-se en el cas contrari quan apareix la jubilació i empitjora encara molt més amb la mort de l’esposa, corroborant així com la percepció de la salut pot canviar segons els condicionaments psicològics i socials”.

Envejecimiento

El *envejecimiento* biológico se experimenta a medida que un individuo va madurando. El que los efectos fisiológicos de este proceso sean interpretados como *enfermedad* o como parte de envejecer, estará en parte determinado por la cultura y en parte por el estatus social, psicológico y físico del individuo. En USA, la distinción entre vejez y enfermedad no se ve muy clara, mientras que en la sociedad china es mucho menos ambigua (Sankar, 1984, p.275).

Basándose en los datos de la *Encuesta Nacional de Salud de España* (ENS), Abellan et al. (1992, p.231-236) analizan como las *diferencias socioeconómicas* pueden influir en la determinación de los comportamientos respecto a la *percepción de salud y utilización de los servicios sanitarios*. Los resultados les confirman que las personas, según envejecen, tienden a ver debilitada su salud y a decrecer su competencia física, lo que suele estar acompañado por una disminución de ingresos económicos y un debilitamiento de lazos sociales y familiares (p.234).

2.3.2 Salud

Parece ser que la mayoría de los estudios sobre el tema de la salud y sus condicionantes se han realizado a nivel molecular, celular y orgánico, pero poco se ha adelantado en los niveles familiares, de vecindad o comunidad, con excepciones notables en los años 70 (Levi, 1992, p.285).

Según la Encuesta Nacional de Salud (ENS, 1987)³⁹ *las enfermedades más declaradas*, diferenciadoras en los mayores y que aumentan con la edad, son las relacionadas con los huesos y articulaciones (reumatismo, artrosis, artritis, lumbago, etc.), las respiratorias y las circulatorias. La prevalencia de estas últimas es del 9% en jóvenes y del 50% en personas de 65 años y más (Abellan et al., 1992, p.233).

La ENS de 1993 muestra que, entre *los problemas que declaran tener los mayores de 65 años*, del 30-35% son de masticación, del 15-25% auditivos, del 40-45% reumáticos, sobre todo artrosis, el 30% enfermedad del aparato circulatorio, del 60-90% de visión, el 30% hipertensión diagnosticada, 20-30% patologías cardiovasculares diagnosticadas, el 20% respiratorios, del 10-20% demencia senil (200.000 enfermos de Alzheimer) (Insalud, 1994).

Otra clasificación detallada sobre *diagnósticos de ancianos* no institucionalizados (en USA), comparando los datos al salir del hospital y los detectados en asistencia ambulatoria, la ofrecen Ouslander y Beck (1982, p.66).

El concepto de salud como bienestar se refleja en algunas propuestas desde la Medicina oficial. Ribera (1994) propone que se evalúe la salud del anciano de forma *integral*: evaluación estrictamente clínica, evaluación de funcionalidad física y psíquica y evaluación social (p.1).

Funcionalidad

En un estudio sobre la población de Bilbao (donde viven el 20% de la población de 65 años y más de la Comunidad Autónoma Vasca) se concluye que las 4/5 partes de las personas entrevistadas no sufren — según declaran — incapacidades que les impidan realizar las

³⁹ Realizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo (España), sobre una muestra de 40.000 individuos mayores de 1 año, por grupos de edad.

actividades de la vida diaria. Casi todas pueden desplazarse a pie, bien con facilidad o con alguna dificultad (pocos casos). Solo el 7% declara estar más o menos inmovilizada (Bazo, 1991, p.81-82). Esta autora mide el sentimiento de bienestar por medio del grado de *funcionalidad*

La ENS de 1993 (España) muestra que entre el 80 y el 85% de los mayores de 65 años, tienen movilidad suficiente para valerse por sí mismos. El 15% tienen algún problema, pero sólo 5% son muy dependientes (Insalud, 1994).

El efecto de la cultura en la capacidad funcional del individuo es un tema complejo e implica la consideración de muchos factores, como el *sistema de soporte social, la naturaleza y accesibilidad de la asistencia sanitaria, posibilidad de adquirir prótesis, y los factores personales.*

Pero además, al envejecer las enfermedades crónicas y las deficiencias aumentan, cambiando la relación entre el individuo y los factores subrayados en el párrafo anterior (Keith, 1994, p.314).

DeFriese y Woomert (1992) exponen que el equilibrio (relativo) entre el *autocuidado y el cuidado formal e informal* depende, en gran parte, de la salud y el estado funcional de los ancianos y de la existencia de las redes sociales informales.

Calidad de vida

Aunque se ha realizado investigación, según Myers (1996, p.3) ha sido inadecuada. Este autor invita a que se investigue en este campo porque puede contribuir a mejorar las vidas de las personas mayores.

El *sentido del humor* puede afectar positivamente incluso a los muy viejos con limitaciones severas. La vida en una residencia de ancianos tiene muchas limitaciones, pero los más desvalidos aún están en el curso de la vida, *encajando los cambios*. El sentido del humor irónico e incongruente puede ayudarles a recordar, a manejar el día y a darles una sensación de *control* (McGuire y Boyd, 1993, p.164-173).

Yatrogenia⁴⁰

⁴⁰ Enfermedad y disfuncionalidad causada por el sistema médico.

Hay trabajos que cuestionan las *valoraciones que el médico realiza del anciano* (Markides et al., 1993).

En un estudio que “*define rigurosamente las complicaciones yatrogénicas*”⁴¹, el 36% de 815 admisiones hospitalarias a un servicio de medicina, desarrollaron enfermedades yatrogénicas, de las cuales el 9% fueron graves y el 2% consideradas mortales.

Las caídas son muy comunes y pueden ser la manifestación del comienzo de una enfermedad aguda. Las reacciones adversas a los medicamentos son probablemente la causa más común de la yatrogenia en ancianos (Ouslander y Beck, 1982, p.70-71).

La medicación del anciano es, cada vez más, tema de estudio. Jylhä (1994) señala que los resultados de su estudio en Finlandia sugieren que un aumento en la medicación *no prescrita*, se debe principalmente a *factores sociales e históricos* (cambios en las regulaciones sobre la medicación y en las culturas y comportamientos de salud de los ancianos).

Los problemas más importantes asociados con el *uso de medicamentos* para los viejos británicos en la década de los 80 parecen ser: la patología múltiple de los viejos, el uso múltiple de medicinas prescritas y no prescritas, sensibilidad aumentada a los medicamentos y a los efectos secundarios, ausencia de entrenamiento entre el personal médico en cuanto a prescripciones para viejos, instrucciones inadecuadas de los medicamentos, supervisión inadecuada de los pacientes, fuentes múltiples de las prescripciones (ej. farmacias y hospitales) y pruebas inadecuadas de medicamentos nuevos entre los viejos (Victor, 1994, p.213).

Alcoholismo/alcoholismo en la vejez⁴²

La edad del comienzo de los problemas relacionados con el alcohol, puede influir sobre el curso de la enfermedad y sobre la efectividad del tratamiento. Los alcohólicos viejos de USA responden al tratamiento mejor que los jóvenes, aunque para que esto suceda, es importante la identificación adecuada del problema y del tratamiento (Liberto, Oslin y Ruskin, 1996, p.346-348).

Åkerlind y Hörnquist (1992, p.92) revisan la literatura sobre el tema y señalan que la

⁴¹ Original en inglés. Los autores no dicen en qué país se realiza el estudio. Su cita proviene del *N.Engl.J.Med.*

⁴² Dos obras interesantes sobre Antropología del alcoholismo son la compilación de Douglas, 1987 y el libro de Menéndez, 1991 (en Romani, 1996, p.313). Desde la Antropología de la Medicina, ver capítulo 8 de Helman (1994).

relación entre la soledad y el abuso del alcohol ha sido analizada por medio de estudios empíricos sistemáticos en la última década principalmente. Los resultados señalan que los alcohólicos se sienten más solos que los miembros de la mayoría de otros grupos. Los alcohólicos no suelen aparecer en las investigaciones que relacionan redes sociales y de apoyo con la salud, bienestar y adaptación al estrés de la vida. Pero en el campo de la investigación sobre el alcoholismo, sí que se enfatiza que el incremento de la calidad en relaciones sociales interpersonales tiene importantes implicaciones en el tratamiento.

Depresión/desórdenes del estado de ánimo

Resultados de estudios epidemiológicos recientes en USA muestran que los desórdenes de estado de ánimo son menos comunes en viejos, pero los altos porcentajes de suicidio entre este grupo de edad sugieren que cuando presentan desórdenes del estado de ánimo pueden ser severos.

Se recomienda a los profesionales de salud estar alerta sobre el riesgo de suicidio. Una de las medidas preventivas aconsejadas es el contrato por escrito, que puede ayudar a prevenir el impulso suicida (Wolfe, Morrow y Fredrickson, 1996, p.274-303).

Aunque los estados de *ansiedad* ocurren en la vejez en porcentajes significativos (USA), el tratamiento de estos episodios parece ser tan efectivo como en los jóvenes. Y es que el reto de las pérdidas físicas y emocionales (que pueden parecer abrumadoras a los jóvenes) tienen su mayor compensación en la habilidad que desarrolla el envejecimiento en sí para enfrentarse a los estados de ansiedad (Fisher y Noll, 1996, p.304-323).

Salud subjetiva/utilización Servicios Sanitarios

En 1979 Riley se pregunta si la edad de una persona influye o no en sus reacciones frente a la *salud/enfermedad*, si afecta a la frecuencia o al tipo de acciones que escoge para protegerse de la enfermedad o durante ella ... Los resultados afirmativos a estas indagaciones llevan a preguntar si las diferencias se deben a las concepciones que se tienen sobre las enfermedades, a las reacciones emocionales a estas amenazas, ... Luego se pasa a distinguir los componentes que se deben a la edad por sí misma, de las consecuencias que tiene la diferencia en conocimientos, actitudes y creencias que los individuos de una cohorte adquieren sobre las enfermedades en el transcurso de sus vidas (Leventhal, Leventhal y Schaefer, 1992, p.121-122).

Los estudios realizados no muestran acuerdo en este punto; diferentes culturas, en diferentes períodos de tiempo parecen mostrar diversas formas de percibir la salud y la enfermedad y de reaccionar frente a ellas. A pesar de esto, hay indicios que sugieren que en la cultura estadounidense y en el presente, las personas más ancianas vigilan más las amenazas a la salud y ponen más interés en responder a estos problemas que los adultos de mediana edad o los jóvenes (Leventhal, Leventhal y Schaefer, 1992, p.124).

Johnson y Wolinsky (1994) presentan modelos que señalan los efectos directos de *diferentes variables* (enfermedades, limitaciones funcionales, raza y género) sobre el estado de salud percibido.

En los siete lugares donde Keith et al. (1994) hicieron su estudio sobre el envejecimiento, los resultados confirmaron lo esperado en cuanto a la percepción subjetiva sobre la salud: hay un declive en la autovaloración de la salud con la edad. Lo que no se esperaba era que la diferencia entre géneros observada en muchos estudios (las mujeres declaran tener peor salud que los hombres) fuera tan variada.

Los autores analizan estos resultados y, entre otras, señalan la siguiente posible causa: Las mujeres más viejas puede que noten cierta presión a enfatizar los aspectos positivos de su condición física por que perciben que un declive implica dejar su comunidad (p.278).

Los viejos japoneses (60+ años) confirman que perciben su salud al mismo nivel que en otros países (Palmore y Maeda, 1985, p.25).

Después de ajustar según la edad y el número de problemas de salud, las ancianas canadienses que vivían en residencia estaban significativamente más insatisfechas con su condición física (agilidad, fuerza, coordinación, ...) que las que vivía en la comunidad (Loomis y Thomas, 1992, p.44).

La *decisión de buscar ayuda médica* es sólo una de las estrategias de las conductas de un individuo referentes a su *illness*⁴³, entre diversas opciones que incluyen las del sector popular y folk (medicinas no oficiales) (Victor, 1994, p.210).

Un estereotipo sobre la vejez dice que enfermedades tratables son asumidas como *estados propios de la vejez*, y por lo tanto no consultadas al profesional. Estudios sobre este tema

⁴³ *Illness*: visión del individuo que percibe la alteración de su salud. *Disease*: visión del médico de la dolencia del cliente (ver Antropología, aportaciones).

como el de Ford en 1985 (Victor, 1994, p.210) afirman lo contrario, que la conducta respecto a la *illness* en la vejez no difiere de la observada en otras edades. Los viejos son tan diversos en este campo como cualquier otro grupo de edad.

Otros estudios cuantitativos realizados en Inglaterra muestran que, en el grupo de edad de 65 a 74 años, aunque *las mujeres van un poco más a la consulta* que los hombres (2% más), el número de consultas está en un nivel más bajo que su nivel de morbilidad. También muestran que las consultas al cirujano bajan en la vejez (Victor, 1994, p.211).

Estudios canadienses consideran también si el aumento en el *uso de servicios sanitarios* por los viejos representan un incremento de la demanda por este grupo de edad como resultado de un incremento de las enfermedades a esta edad, o si una minoría de los viejos consume una cantidad desproporcionada de cuidados (p.211). Concluyen que una minoría de los viejos ocupan un nivel desproporcionado del uso de servicios (un 8% de su muestra ocupan un 35% de todas las visitas al médico).

Las personas con graves problemas de salud y situaciones vitales de estrés, que carecen de apoyo social, tienden a utilizar más los servicios sanitarios. Este resultado es visto como consistente con *la teoría de amortiguamiento*: el apoyo social actúa como una variable mediadora entre el estrés y la enfermedad. Cuando existen redes sociales satisfactorias, los efectos de los estresores desaparecen. Estas relaciones se extraen de una revisión de la literatura internacional (Zunzunegui, 1994, p.17).

Compañ y Portella (1994) observan que el peso específico más importante del *gasto sanitario* en España, en el colectivo de ancianos, se centra en el gasto hospitalario (p.14). Además, el incremento de la población no puede explicar por sí sólo los incrementos en la frecuencia hospitalaria, por lo que se afirma que se está produciendo una intensificación de dicha utilización. Se apuesta por dos posibles explicaciones de esta intensificación: los cambios en los patrones de morbilidad y los nuevos patrones de uso y contenido en los servicios sanitarios.

La percepción subjetiva de salud, el valor social de la salud y la concepción de calidad de vida van a configurar actitudes distintas de los usuarios hacia los servicios sanitarios, produciendo un cambio en los patrones de morbilidad y por lo tanto en la utilización de servicios hospitalarios. También el incremento en cantidad y calidad de la oferta hospitalaria va a condicionar la demanda.

Shapiro y Tate (1989) comunican que los resultados de su estudio en Canadá no

confirman los datos, sobre visitas ambulatorias de los ancianos, ofrecidos en un estudio de Wolonsky sobre viejos americanos, en el cual se afirma que con la edad se aumenta el número medio de visitas al médico hasta los 80 años, edad en la que comienza a declinar (p.1011).

En cuanto a *la longevidad*, la esperanza de vida no difiere significativamente entre japoneses, estadounidenses, ingleses y franceses (Palmore y Maeda, 1985, p.26).

2.3.3 Vinculación social

Soledad en la vejez/Apoyo social

Se presenta un modelo en el que *la soledad* aparece como el resultado de complejas interrelaciones entre las pérdidas en el sistema vital del individuo, la poca o nula participación en las actividades sociales y el débil sentimiento de satisfacción social (Tortosa, 1994, p.31-32).

En un estudio realizado en Argentina se concluye que la *soledad percibida* es mayor en la vejez, entre las mujeres, entre los menos satisfechos con su estado de salud, entre los que utilizan más los servicios médicos y entre las personas con más ansiedad y más victimización. También entre los que tenían menos contactos con familiares y amigos (Mullins y Berezovsky, 1992, p.212-220).

De un estudio bivalente realizado en el País Vasco resulta que entre los grupos que sufren más soledad se encuentran las mujeres y las amas de casa. Entre las mujeres, las que presentan sentimientos más negativos son: las más pobres, las viudas, las solteras, las más viejas y las enfermas. La autora concluye que no se puede realizar una atribución de dependencia ni a la variable *salud* ni a la variable *soledad*, que las personas solitarias de cualquier género, y en cualquier situación, perciben más negativamente su salud que las no solitarias y que las personas más jóvenes pero solitarias se sienten tan enfermas como las más viejas no solitarias (Bazo, 1991).

Neutralizando la influencia de los ingresos al analizar en todas las categorías a las personas solitarias, se observa que mejoran su salud conforme aumentan los recursos económicos, mientras que entre las que *no* se sienten solas no se observa esta relación (Bazo, 1991).

En varias culturas analizadas (Keith et al., 1994) el parentesco y el estatus conseguido por la edad son los principios que promueven la participación plena de los viejos (integración). La estabilidad residencial es también la razón por la que la edad puede ser una base de prestigio y control de los recursos en algunos lugares, por ejemplo en Momence, Illinois (Keith et al., 1994, p.331-332).

Un estudio interesante es el realizado por Foxall et al. (1993) acerca de los ancianos invidentes, en los que la relación entre vivir solo o no y tener muchos o pocos contactos sociales, no parece tener mucha vinculación con *sentirse solo*.

Una aproximación interesante al tema la constituye la compañía de animales domésticos como posibles sustitutos de las relaciones sociales del anciano (Rogers, Hart y Boltz, 1993).

En el tema de cómo *las relaciones sociales afectan a la salud*, Estes y Rundall (1992, p.305) concluyen que consistentemente se ha observado que un número escaso de relaciones, o relaciones de baja calidad, aumentan los riesgos de muerte.

Otros trabajos se construyen sobre el supuesto de que el aislamiento social puede conducir a la enfermedad y a la muerte (Windriver, 1993).

Más concretamente se ha estudiado los efectos de las redes sociales y el soporte social sobre la mortalidad de ancianos japoneses durante tres años y se muestra la influencia de la participación social del anciano sobre las tasas de mortalidad (Sugisawa, Liang y Liu, 1994).

Vogt (1992, p.210-211) señala 8 estudios que han mostrado una relación prospectiva entre las redes sociales, el apoyo social y el riesgo de mortalidad. La influencia del apoyo social sobre la enfermedad, sin embargo ha sido poco investigada.

La búsqueda de los mecanismos por los que el soporte social influye tan fuertemente sobre la salud ha generado diferentes hipótesis. La mayoría se pueden resumir en dos categorías:

- *La hipótesis del efecto principal*, sugiere que el apoyo social juega un rol de promotor de la salud, independientemente del nivel de estrés envuelto.
- *The buffering hypothesis*, sugiere que el apoyo social funciona protegiendo al individuo de las consecuencias dañinas, tanto físicas como psicológicas, de los acontecimientos estresantes (Estes y Rundall, 1992, p.306).

Fernández-Ballesteros (1992, p.18) afirma que existe evidencia empírica inconsistente sobre la relación de apoyo social con la salud y enfermedad en personas mayores. Se basa en estudios realizados en España principalmente.

Y concretamente sobre la conexión entre las dos variables de la tesis, trata el estudio de Nelson (1993), que examina los efectos que el *soporte social* tiene sobre *el uso de los servicios sanitarios por los individuos ancianos*, incluyendo las variables raza y sexo. Nelson concluye que las diferencias observadas no son consistentes.

Algunos autores sugieren que el impacto de los factores sociales⁴⁴ sobre la salud no suele sufrir alteraciones dramáticas con la edad, y en el caso de que lo haga, los ancianos se ven menos afectados por los factores sociales (Vogt, 1992, p.212).

Vogt dice, respecto a este tipo de análisis, que el número tan elevado de variables psicosociales relacionadas con los estados de salud, puede seriamente confundir los resultados de los estudios.

A medida que se ha ido investigando el tema de las relaciones sociales conectadas con la salud, han ido surgiendo nuevas preguntas (Estes y Rundall, 1992, p.306):

¿Que nivel de contacto con el apoyo social (o con el aislamiento) llega a afectar a la salud?

¿Cuáles son los diferentes efectos, si los hay, entre un apoyo social instrumental y otro simplemente a nivel de expresión?

¿Qué tipos de relaciones son de apoyo y cuáles son dañinas?

A pesar de los grandes cambios que ha experimentado la estructura familiar de la sociedad occidental en el siglo XX (bajas tasas de fertilidad con mayor esperanza de vida — más viejos viviendo solos— más divorcios, más maternidad en solitario y más mujeres en el mercado laboral), con el resultado de nuevas presiones en la familia, los miembros de la familia, especialmente las mujeres, aún aportan un 80% del cuidado de los viejos. Hay cada vez más evidencia de que mujeres muy ocupadas ajustan sus horarios para poder atender las necesidades de sus padres (Quadagno y Street, 1996, p.259-261).

Estos datos son confirmados por Walker, (1991) pero añade que el coste de esta hazaña, sobre todo para las mujeres, es inaceptable y además daña el lado expresivo de la relación.

La base de esta clase de relación la constituyen el conjunto de creencias normativas tradicionales sobre el papel de la familia en el cuidado y el papel de la mujer en la familia.

Se destaca la importancia que tiene el cuidado que la mujer aporta a los ancianos en la determinación de una elección por parte de la generación predecesora a la hora de fijar la herencia y de ceder el control de los medios de producción a la siguiente generación (Narotsky,

⁴⁴ Este término se toma como relaciones sociales, ya que el contexto en el que se cita sólo analiza las influencias de las relaciones.

1991, p.464-474).

En esta misma dirección se señala que el control que la mujer adquiere cuidando a los viejos hace que los discursos sobre el género se conecten “*con otras formas de jerarquía y de poder, que trascienden las divisiones sexuales y se vinculan a otras desigualdades*” (Comas d'Argemir, 1993, p.77).

Aunque los roles adjudicados al hombre lo vinculen a las actividades que implican transacciones materiales, caracterizadas por el *hacer*, mientras las mujeres se vinculan generalmente a las transacciones emocionales, caracterizadas por el *cuidar*, los cuidados y el apoyo no están desprovistos de aspectos materiales, por lo que debe entenderse como parte de las relaciones sociales, económicas y políticas, dentro de un sistema de significados (Comas d'Argemir, 1993, p.77-78).

A pesar de que los cuidadores han sido tradicionalmente mujeres, Bengtson, Rosenthal y Burton (1996) señalan la necesidad de investigar a los hombres que desempeñan este papel y las condiciones bajo las que este hecho se da (p.275).

Laslett (1996, p.11) recuerda que la *familia*, como grupo residencial y como red social, ha demostrado siempre ser una garantía insuficiente para el apoyo y *cuidado de los viejos*. Ha tenido que ser negociado con las instituciones públicas.

Thompson y Gallagher-Thompson (1996, p.129-150) describen qué características tienen los familiares cuidadores de sus viejos dependientes, destacando la clase de estrés y afectos negativos que experimentan típicamente al desempeñar este rol. Revisan una serie de estrategias de intervención diseñadas para mejorar su salud mental y su bienestar, entre ellas destacan la de hacer partícipes a los miembros de la familia en el apoyo que necesita el cuidador principal de los viejos.

El cuidado y el amor que se le da a los niños y nietos es casi siempre devuelto, aunque a veces la motivación sea un sentido del deber o por miedo a lo que la comunidad pueda decir (Eisdorfer, 1981, p.xv).

Pero hay límites; en el caso de viejos con necesidades extraordinarias, incluso el sistema de apoyo familiar puede quemarse, y se produce un traspase de la responsabilidad de la familia socialmente aceptado (*idem*).

Las implicaciones que los cambios actuales en el papel de los géneros tendrán en la composición y naturaleza de las redes de ayuda social de las cohortes ancianas en un futuro ha

sido analizado por diferentes autores. Se señala la importancia que tiene el tratar de describir las características que con más probabilidad tendrán las cohortes y la composición de las redes sociales de ayuda a medida que entran en el periodo de jubilación (Uhlenberg y Miner, 1996, p.220).

Estudios realizados en Inglaterra y Canadá muestran que los viejos con fallos en la funcionalidad quieren vivir en su propia casa, en su comunidad, el mayor tiempo posible. El reto está pues en elaborar políticas para la vejez que respeten el deseo de independencia y no cuenten con sacrificios abusivos de los cuidadores familiares. Pero quizás más importante todavía es reconocer, tanto a nivel de gobernantes como de la sociedad, que no se debe esperar que todas las familias cuiden a sus viejos (Walker, 1991, p.283).

En cuanto a los abuelos que cuidan de sus nietos, se señala que realizan grandes esfuerzos para realizar este trabajo porque creen que deben hacerlo. Los niños alteran la vida de sus cuidadores, tanto positiva como negativamente, especialmente cuando viven con ellos. El estudio muestra que los cambios en el estilo de vida tienden a diferirse en base a la clase de cuidados que desempeñan los abuelos: custodia, vivir-con y cuidados de día (*day-care*).

En esencia muchos abuelos asumen las funciones típicamente vinculadas a los padres en nuestra sociedad y a menudo no hay un apoyo estructural que les ayude a asumir este papel inesperado.

A pesar de los problemas y la carga de cuidar nietos, casi 2/3 de los abuelos del estudio (Jendrek, 1993, p.302-304) dicen que así tiene más sentido sus vidas.

Relaciones Intergeneracionales

A través del análisis del rol del anciano en las sociedades primitivas y el rol actual, Abades (1989) da a conocer nuevas propuestas experimentales en los países nórdicos que intentan evitar su institucionalización. El estudio se centra en cubrir las necesidades individuales, señalando que el desarrollo de nuevas filosofías puede abrir caminos que mejoren el rol de la Enfermería (p.68-70).

Los viejos de Japón están más integrados en sus familias que los de otros países industrializados. Unos 7 de 10, viven con sus hijos, y esto sucede en todos los grupos de edad y en la mayoría de los lugares analizados.

Mientras que la mitad de los viejos sin pareja en los países industrializados estudiados viven solos, en Japón hay muy pocos, y esto se debe principalmente a la preferencia de los

individuos (más que a la escasez de la vivienda, necesidad económica o diferencias demográficas). Los viejos desempeñan muchas funciones valiosas en las casas. Parece ser que vivir con los niños también contribuye a una mayor satisfacción en la vida (Palmore y Maeda, 1985, p.48).

Se estudia el impacto de experiencias pasadas con los padres en la salud y bienestar del anciano (Andersson y Stevens, 1993).

Aunque hay un acuerdo general en la literatura en cuanto a la fuerza de la familia de las minorías étnicas (USA) y el lugar de los viejos entre ellos, también es unánime el acuerdo de que las familias van cambiando con el incremento de aculturación y asimilación dentro de la sociedad mayor; y de hecho, se aportan datos que apoyan la relación entre la aculturación de jóvenes y los conflictos y desengaños de los viejos en cuanto a la responsabilidad filial.

Tampoco está claro que la confianza plena (o fuerte) en los miembros de la familia tenga consecuencias positivas para los viejos, si facilita o impide el acceso y utilización de los apoyos formales necesitados (Markides y Black, 1996, p.163-165).

Uhlenberg y Miner (1996, p.220-221) distinguen 4 factores relevantes que afectan la relación padre/hijo en una etapa avanzada en la sociedad occidental:

1. El número de hijos que un anciano tiene (más contacto, más asistencia cuando más hijos tiene).
2. Que los hijos vivan cerca (más interacción social y más probabilidades de ofrecer asistencia física cuando más cerca).
3. La calidad de esta relación estará afectada también por la historia marital de los padres (por ejemplo, el divorcio las debilita).
4. Los medios de que disponen los hijos (cuando los hijos tienen menos demandas en sus vidas, niños, trabajo, una educación más elevada y parejas estables, son más propensos que otros a asistir a sus padres viejos).

Un análisis de cómo el cambio producido en las grandes estructuras sociales (número y tipo de miembros familiares, cantidad de tiempo ocupado en diferentes roles familiares, ...) ha impactado las relaciones intergeneracionales del adulto (incluyendo viejos), lo presentan Bengtson, Schaie y Burton (1995).

Después de examinar qué se sabe actualmente sobre el estatus de las relaciones

intergeneracionales mediante un abordaje demográfico e histórico, presentan estudios realizados en diferentes culturas sobre esta tema, y finalmente, analizan dos estudios longitudinales de relaciones intergeneracionales (Schaie, 1995, p.ix-xi).

Bengtson destaca la importancia que los problemas de relaciones intergeneracionales y ancianidad tienen para el análisis de estructuras sociales y sus cambios a través del tiempo. Describe *seis* controversias actuales en la investigación que se está realizando sobre este tema.

2.3.4 Factores socioculturales (Posición social)

La suma de estatus (adscritos o adquiridos) y roles define *la posición del individuo en la sociedad*, los derechos y obligaciones que configuran cómo debe comportarse socialmente (Moragas, 1991, p.101).

La investigación actual se centra cada vez más en la explicación de los procesos y mecanismos en los que se basa la relación entre *factores sociales* y *salud*. Se recomienda que, en esta línea, los estudios se dirijan hacia los procesos causales y temporales de la relación citada (George, 1996, p.247).

Para establecer un método de análisis de las necesidades de salud, Abellán (1992, p.231) sugiere que se estudien las características sociosanitarias y demográficas de la población de 65 años y más. El nivel de instrucción, los ingresos, el tipo de ocio, las enfermedades diagnosticadas y la autovaloración de las mismas, matizan (según Abellán) extraordinariamente al conjunto de la población y en especial a las personas mayores.

Entre los factores sociales que se han relacionado con la salud, a nivel de hipótesis, George (1996, p.231) distingue seis: Variables demográficas, estatus social, integración social, estrés social, apoyo social y recursos psicológicos.

Otra variable estudiada que parece influir en la salud es la política. Lena y London (1993), señalan que los sistemas políticos influyen sobre la salud y bienestar, independientemente de los factores económicos nacionales e internacionales. En general, niveles altos de democracia y regímenes fuertes de izquierdas se asocian con buena salud, y regímenes fuertes de derechas tienen poblaciones con una esperanza de vida más baja y niveles más altos de varias medidas de mortalidad.

Género

Los resultados de los estudios Duke referentes a las redes sociales de los ancianos reflejan que las de los hombres se parecen más a las de las mujeres cuando estos se jubilan y que los hombres se vuelven más dependientes de la familia y de los amigos para sus contactos sociales (Busse y Maddox, 1985, p.131).

Dado que las mujeres y los hombres ocupan diferentes roles y estatus a lo largo de sus vidas, la investigación de los problemas del envejecimiento y las políticas para la vejez encaminadas a resolver estos problemas, tienen que tomar en cuenta la asunción de que viejos

y viejas presentarán también diferentes características y comportamientos. Por ejemplo, en cuanto a los servicios de ayuda en los hogares (asistencia de los viejos en la comunidad) las necesidades de ambos géneros son diferentes: para las mujeres es, principalmente, un servicio de salud y para los hombres es un servicio social que sustituye el trabajo que harían sus esposas u otras mujeres de su familia (Waerness, 1990, p.120).

Sobre la jubilación y la mujer ama de casa, García comenta que hay un traspaso de poder o control del marido a la mujer al jubilarse el marido: el que él pierde ella lo gana (1995, p. 305).

Se destaca el importante cariz androcéntrico que tiene el ocio (incluso en la vejez), dado que las mujeres trabajan en la casa y están consistentemente envueltas en actividades de cuidados. Cuando llega el momento del tiempo libre (si llega) las mujeres tienen más tendencia a disfrutar de las actividades que son *interpersonally responsive* (Kleiber y Ray, 1993, p.111).

Donde parece haber acuerdo es en que el tiempo libre de hombres y mujeres se va llenando progresivamente de actividades caseras y con la familia a medida que se envejece, y que las mujeres viejas participan más en interacciones sociales con la familia y amigos que los hombres. También se señala que las diferencias de género en estas actividades son consistentes con lo que se espera del papel según sexo, y refleja tanto la socialización como los patrones creados en respuesta de las oportunidades durante toda la vida (Freysinger, 1993, p.215-217).

Se reflejan diferencias cualitativas de género en la vejez. Si es cierto que la gente experimenta pérdidas en la vejez, estas pérdidas no son experimentadas igualmente, ni en frecuencia ni en intensidad, dependiendo del tema o de si se es hombre o mujer. Esto es más evidente en la mujeres viejas actuales, que históricamente han vivido un periodo en el que las desigualdades debidas al género fueron ampliamente aceptadas y practicadas (Turk-Charles, Rose y Gatz, 1996, p.128).

Aunque el multiculturalismo no es nuevo en USA, el surgimiento a nivel demográfico y político de minorías étnicas está forzando a la sociedad estadounidense a prestarles más atención. Políticas recientes del *National Institutes of Health* requieren la inclusión de temas minoritarios, incluidas las mujeres, en todas sus investigaciones sobre humanos. El fundamento de esta política es la aceptación de que la gran mayoría del conocimiento sobre la salud de la población está basado en estudios de *hombres blancos*. Se surgiere (por ej.) que se

tenga en cuenta que si las mujeres viven más años que los hombres, también sufren más enfermedades y tienen problemas de salud especiales que han sido relegados por mucho tiempo (Markides y Black, 1996, p.153).

Educación

Entre los factores que influyen en el mantenimiento de una buena red social, el alto nivel educativo está fuertemente asociado a la permanencia en grupos sociales, como *clubs* y asociaciones, a medida que se envejece.

La autora recomienda que se corroboren estos resultados de USA en España, ya que son fuertemente dependientes de la cultura (Zunzunegui, 1994, p.17).

Clase social

Uno de los hallazgos más establecido en Epidemiología social es la relación inversa entre *estatus socioeconómico* y *salud*. La gente más pobre no vive tanto tiempo y sufre desproporcionadamente enfermedades fuertes como las cardiovasculares, diabetes, cáncer e hipertensión, además de otras enfermedades variadas (Markides y Black, 1996, p.155-156).

Unos estudios realizados en 1985 señalan que las diferencias socioeconómicas relacionadas con la salud son relativamente pequeñas en los adultos jóvenes, se incrementan marcadamente en la mediana edad y al principio de la vejez, y disminuye al final de la vejez. El incremento lo atribuyen a que los pobres experimentan factores de riesgo fuertes asociados a la salud precaria de pequeños, y ha de pasar un tiempo para que estos factores de riesgo produzcan diferencias socioeconómicas significativas en la salud (Markides y Black, 1996, p.156).

Control sobre su entorno

Algunos estudios concluyen que el nivel socioeconómico por sí mismo o sus clásicos indicadores principales (sueldo, nivel de educación, ...) no son los principales determinantes de las diferencias observadas en salud. Una cierta estabilidad en el medio ambiente físico y social y un entendimiento por parte del individuo de este medio y el control sobre su propia vida, parecen ser los determinantes más importantes de la salud (Loslier, 1993).

Los efectos de la pérdida de control en el envejecimiento, sus causas (biopsicosociales), y la unión de ambas con la salud, han sido estudiados por varios autores (Rodin y Timko, 1992, p.174). Estos autores proponen un modelo en el que la relación control/salud es mayor en los

viejos porque el envejecimiento y los acontecimientos relacionados con la edad pueden tener efectos directos en ambos: la salud y el control percibido.

Emigración

Fons (1995) analiza algunas consecuencias sobre la ancianidad de los sistemas de roles y atribuciones distintos en dos contextos socioculturales diferentes, en el de origen y en el de destino. En su estudio sobre los Ndowe de Guinea Ecuatorial en Barcelona, Fons, observa que:

“... el hecho de que los emigrantes ancianos sean dependientes tiene que ver, consecuentemente, con la diferente capacidad que tienen respecto a otros grupos de edad representados en destino, de no controlar los recursos...” (p.107).

Etnicidad

Un estudio sobre el peso de la etnicidad en la salud del anciano, la describe como un filtro para el proceso de envejecimiento, influenciando la salud, las creencias sobre la salud, los comportamientos, y las interacciones con los profesionales de la salud (Hopper, 1993).

También se muestra que una correlación inversa entre soledad y satisfacción con la vida es mucho más notable entre australianos que entre japoneses, lo cual constituye una reafirmación de la importancia de estudios comparativos entre culturas (Schumaker et al., 1993).

2.3.5 Creencias y estereotipos

Los estereotipos pueden ser formas bastante eficaces de categorizar individuos de los que tenemos poca información, basta con que tengan una característica que hayamos visto en un grupo de gente que sí conocemos mejor.

Los estereotipos nos dan una base inadecuada para hacer juicios, porque ignoran las diferencias individuales.

El agrupar toda la gente que comparte una característica concreta (sea edad, raza, o género) en una sola categoría, ignora la diversidad que existe entre los individuos de una misma categoría. Cuando esto sucede, el pensamiento estereotipado puede conducir a conclusiones simplistas (en su peor forma) o prejuiciosas (en su forma más negativa) sobre los miembros de un grupo social específico, incluso ante una evidencia contradictoria (Quadagno y Street, 1996, p.128).

Vivimos en un mundo simbólico, en el que los significados de las cosas (personas también) se determinan socialmente, mediante la interacción con otros. Las evaluaciones que la gente hace sobre la naturaleza de la vejez están basadas en parte en hechos y también en estereotipos.

Un estudio publicado en *Psychology and Aging I* (1986) identifica 3 clases de estereotipos sobre los viejos:

1. Los asociados con características físicas como pelo gris, arrugas de la piel o deficiencias en vista y oído.
2. Características sociales negativas: percibir a los viejos como quejones, inflexibles, desmemorizados o dependientes.
3. Características sociales positivas: felices, sabios, útiles, generosos, saludables y activos.

Como los estereotipos son formados por nuestras creencias, actitudes y valores culturales, pueden variar con el paso del tiempo y cuando se convierten en la base de la acción, dan como resultado discriminación. Además los estereotipos no afectan a todos los viejos por igual; los pocos viejos ricos o poderosos puede que no estén sujetos a los mismos estereotipos que sus *compañeros* más pobres o menos poderosos (Quadagno y Street, 1996, p.128-130).

Para mantener equilibrio, las sociedades presionan a la gente a actuar siguiendo los estereotipos conductuales esperados. Mujeres y hombres han sido socializados para que se

comporten según lo prescrito, sucede lo mismo con la edad (Riddick, 1993, p.96).

Basándose en las teorías de la desvinculación y de la subcultura, Fernandez-Ballesteros (1992) señala, que sea cual sea la explicación teórica, está claro que los fenómenos que estas teorías describen, hablan de una vejez deficitaria. La autora dice que concepciones negativas respecto a la vejez pueden convertirse en *profecías* de autocumplimiento.⁴⁵ A ello se unen los estudios de Fries en 1990 (entre otros autores) que afirman que un envejecimiento saludable ha de romper, necesariamente, con los estereotipos que tanto la población y los profesionales de salud como los mismos viejos, sostienen sobre la vejez (p.13-15).

Lo expuesto lleva a la autora a realizar un estudio sobre la salud de los ancianos “*desde una amplia consideración*”, y sobre las concepciones que la población española tiene sobre la vejez (Fernandez-Ballesteros, 1992). En este trabajo se afirma que a pesar de los estereotipos, no se han encontrado diferencias significativas entre los jubilados recientes, 65 a 70 años, y los pre-jubilados, de 50 a 60 años. La salud no se deteriora de forma brusca. Además, en los dos grupos existe la misma proporción de individuos que se quejan de sufrir trastornos psicológicos. También se confirma que sólo a partir de los 80 años se observó, en un alto porcentaje de personas, un sensible deterioro de las habilidades funcionales (p.49-154).

En cuanto a las relaciones sociales, el número de contactos de las personas mayores de 65 años no difiere del de los jóvenes.

“Sin embargo, sí hemos encontrado que a partir de los setenta y seis años, se produce un decremento significativo de este parámetro relacional” (p.152).

En resumen, los estereotipos sobre la vejez que más acuerdo han alcanzado en el estudio de Fernandez-Ballesteros sobre la población española son los siguientes:

“... se percibe una imagen, básicamente negativa, de las personas mayores de 65 años con carencias de salud, con discapacidades físicas, con problemas de memoria, que no saben resolver problemas, poco activas, rígidas e inflexibles. ‘cascarrabias’ y, en definitiva, a las que es aplicable el dicho ¡son como niños!. Tal visión de la vejez se acentúa en función del sexo (las mujeres perciben la vejez más negativamente), la edad (los viejos tienen peor imagen de la vejez que los más jóvenes), el estado civil (los viudos presentan una más negativa opinión que los solteros y los casados) y el nivel educativo y la clase social (las clases sociales y los niveles educativos más bajos tienen

⁴⁵ Cita el documento *Healthy Aging* (1990) de la OMS que pone de relieve que las expectativas de funcionamiento que se tienen sobre la vejez, obran negativamente sobre su salud.

una consideración más negativa sobre la vejez que las más altas).” (p.153)

También se señalan actitudes positivas:

“... una mayoría de los encuestados consideran que las personas mayores son capaces de aprender nuevas cosas, son tan responsables como las más jóvenes y pueden mantener amistades como en otras edades de la vida”
(Fernandez-Ballesteros, 1992, p.154).

Nuestra sociedad está obsesionada en negar la edad. La vejez se ve como un problema para la sociedad, no como años nuevos de vida humana, territorio sin construir para seguir evolucionando (Friedan, 1993, p.20).

Palmore y Maeda (1985) destacan que el declive observado en cuanto al respeto a los ancianos en América (supongo, porque no especifican, que los autores se refieren a USA), más grande que el observado en el Japón, es la causa de que los viejos americanos tienden a avergonzarse de su edad y tratan de esconderla, mientras que la mayoría de los viejos en Japón tienden a sentirse orgullosos de su longevidad y *seniority* (p.100).

En el terreno de la salud, la imagen que la Atención Primaria pretende modificar es aquella de persona pasiva ante el médico y la enfermedad: el *paciente* se convierte en corresponsable de la enfermedad y la salud. En vez de ir hacia un descenso de poderes del médico, los acrecienta. Se produce una desresponsabilización del fracaso por parte médica, ocupando su lugar el individuo (Uribe, 1994, p.11).

La enfermedad crónica en una sociedad como la nuestra es una tragedia si incapacita, por la presión de un estereotipo comunmente aceptado: joven, funcionalidad; viejo, dependencia.

“Enfermedad crónica y vejez se asocian porque se oponen a la continuidad del estereotipo, y convierten la edad en una categoría nosológica”
(Comelles, 1991, p.73).

Se señala la necesidad de un *cambio de actitud* frente a la salud, la enfermedad y el sistema sociosanitario: en la relación médico/enfermo, pasando de una situación de dependencia/obediencia a la de relación autónoma de ciudadanos libres; la actitud frente a la enfermedad, a veces utilizada como forma de eludir acuciantes problemas económicos, laborales o personales; y la relación con el sistema sociosanitario, que no es sólo un sistema para ser utilizado, sino que debería ser el sistema que nos damos para mejorar nuestra salud y la de la comunidad (Valls-Llobet, 1995, p.71).

Butler (1989, p.132) dice que el envejecimiento puede ser visto como estereotipo

sistemático y una discriminación contra gente porque son viejos, igual que el racismo y sexismo por el color y el género.

Butler señala un párrafo publicado en el *New Republic* (p.133), bajo el título de *Greedy geezers* (1988). En él se afirma que hay algo muy erróneo en una sociedad como la estadounidense que dedica tanto dinero a una parte de la población que no produce.

La imagen que la sociedad actual tiene de los viejos es similar a las observaciones hechas por Celsus hace unos 2.000 años. A pesar de esa imagen la mayoría de los viejos estadounidenses perciben su salud como buena; sin embargo todavía hay muchos que, por enfermedades crónicas, no pueden funcionar con independencia. Esto se atribuye a que los servicios sanitarios no están diseñados para satisfacer las necesidades de este grupo de población (Ouslander y Beck, 1982, p.80).

Un mito sobre la vejez es creer que la situación actual de los ancianos es una característica permanente del proceso de envejecer y de su deterioro físico y mental. Puede que el deterioro biológico sea inevitable, o que lo sean sus consecuencias sociales, pero homogeneizar lleva a errores de interpretación: las nuevas generaciones de viejos no van a seguir los modelos actuales de nuestro país (De Miguel, 1991, p.55).

También se observan estereotipos como reacción al progreso. La sociedad inglesa sostiene (incluso los entusiastas de la educación en la vejez) que los viejos no están interesados en estudiar para conseguir títulos, ya que valoran la educación sólo como un fin en sí misma. En el otro extremo se sostiene que, debido a su fragilidad, los viejos, tanto en hospitales como en residencias, son incapaces de aprender, ni siquiera tienen el menor interés.

Pero en 1982 casi 3.000 de 64.500 estudiantes universitarios de la *Open University* en Inglaterra eran mayores de 60 años, la mitad de los cuales salieron de la escuela a los 16 años o antes. Estos estudiantes tuvieron tanto éxito en los estudios como los jóvenes (Groombridge, 1989, p.183).

Moragas (1991) también afirma que ni la memoria ni la inteligencia pierden funcionalidad, con las técnicas necesarias, en la vejez y que la motivación para el aprendizaje es superior en la vejez. Algunas limitaciones que manifiestan los mayores son debidas más a las barreras impuestas por la sociedad que a las originadas por el propio anciano (p.32-34).

Tamames (1994), utilizando fuentes del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) repasa lo que piensan los españoles sobre la tercera edad.

-El 99% de los cuestionados (mayores de 18 años) afirman que *“todos los ancianos inválidos y minusválidos que no cuenten con recursos suficientes, deberían disponer de una pensión aunque no hayan pagado a la Seguridad Social.”*

-En cuanto a qué año de la vida es bueno para retirarse, la tendencia es a bajar la fecha de la jubilación. La media fue 59.34 años.

El *Centro de Investigaciones sobre la Realidad Social (CIRES)* presentó (1992) datos de la población española que muestran un alto grado de acuerdo respecto a las 4 frases siguientes:

- *Si la situación económica personal y la salud son buenas, la vejez o la tercera edad puede ser una de las mejores épocas en la vida de una persona.*
- *Se diga lo que se diga, la jubilación es, en la mayoría de los casos, una buena ocasión para comenzar otras actividades.*
- *La jubilación no debería ser obligatoria por edad, sino por la capacidad física y mental de las personas.*
- *Como cada vez habrá más personas mayores en las sociedades occidentales, en el futuro serán más (ampliamente) consideradas que los jóvenes.*

Pero la opinión fue controvertida, con tendencia al desacuerdo, respecto a:

- *Casi ninguna persona mayor de 65 años puede realizar un trabajo como lo haría otra más joven.*
- *Hay puestos de responsabilidad que sólo deben ocupar personas mayores.*
(Tamames, 1994, p.73-77)

Waerness (1990) utiliza resultados de investigación reciente en Escandinavia para demostrar que la nueva política para la vejez llamada *cuidados en la comunidad* (versus residencias) está basada en mitos y no en las preferencias y situaciones reales de los viejos y en un entendimiento anticuado del papel de la mujer en la familia y en la sociedad.

El primer mito es que hay una creciente proporción de ancianos en residencias públicas, por lo que se debía pasar parte de la responsabilidad al sector privado, donde hay sitio para ello. Pero los datos obtenidos muestran que la mayoría de los ancianos dependientes viven fuera de las instituciones. La familia sigue siendo el proveedor más importante de los cuidados de los viejos, y la mayoría de ancianos que reciben ayuda pública lo hacen en la comunidad, mediante una combinación de cuidado público y privado. Además, es dudoso que se pueda coger más responsabilidad desde las familias, por el contrario, parece más razonable esperar una disminución de la capacidad de las familias para realizar el trabajo de cuidar a los viejos.

El segundo mito es que a través de la historia la situación de los ancianos se ha deteriorado (Teoría de la Modernización). Este mito es una trampa para nuestra propia generación, porque nos inclina a no adaptar el cuidado institucional a nuestras necesidades actuales. Los datos que muestran un descenso del número de ancianos viviendo con otra generación también pueden ser interpretados como una preferencia de estos (mayor intimidad), en vez de como una alienación; quizás signifique una mejora de la calidad de la relación entre generaciones.

Un tercer mito es el de la homogeneidad de los viejos en cuanto que su situación o sus problemas están producidos por el hecho del alejamiento de la vida laboral.

Un cuarto mito es el antagonismo entre cuidado público y privado (más de uno significa menos de otro). Desde luego, si no hay cuidado público la familia se tendrá que ocupar y si no hay ninguno de los dos, las necesidades de los ancianos no se satisfecerán.

Parece más real que el aumento del sistema de cuidado público haya sido impulsado por la incapacidad de la familia para cuidar a los ancianos, en vez de por la *tendencia* de la familia moderna a no encontrar tiempo por negligencia (Waerness, 1990, cap.6).

Laslett opina que *El Año de los viejos y Solidaridad entre las generaciones* organizado en 1993 por la ONU, se centró en el *problema* del envejecimiento, perpetuando así los estereotipos existentes (Laslett, 1996, p.viii).

2.4 Políticas actuales para la Vejez

Finalmente presento la perspectiva de la OECD, por su elevado potencial de orden pragmático.

En un encuentro de la OECD celebrado en Mayo de 1995 se propuso que la organización consolidara y analizara las implicaciones políticas y económicas del envejecimiento de la población.

Se partió de las siguientes premisas:

1. Los políticos se beneficiarán del conocimiento sobre el proceso de envejecimiento.
2. El envejecimiento está conectado con otras fuerzas, como la tecnología o el intercambio.
3. Los proyectos para la vejez han de cambiar continuamente, según la cohorte.
4. Si no se actúa, los problemas que plantea el envejecimiento en los países miembros empeorarán.

Aunque el objetivo principal del estudio de la OECD es conocer los efectos del envejecimiento sobre la economía, la fase inicial del proyecto se basa en la investigación existente sobre las implicaciones del envejecimiento en diferentes normativas. Un tema de especial interés en el estudio ha sido *el uso de los cuidados de salud por parte de los ancianos en diferentes países*.

Basándose en una interpretación de dos teorías de la vejez (Teoría de la actividad y Teoría del ciclo de la vida) afirman que un análisis del envejecimiento que considere el ciclo vital, llevará a construir políticas para la vejez coherentes, sin divisiones artificiales entre normas sociales y económicas (OECD, 1996, p.11). También señalan la conveniencia de utilizar metodología antropológica que muestre, en diferentes países, las relaciones que existen a lo largo de la vida entre salud, longevidad, salario, educación, cuidados y trabajo (p.26).

Los datos recogidos por la OECD muestran que después de los 60 años los gastos médicos crecen muy rápidamente, alrededor de los 70 años estos gastos son, por cabeza, el doble que la media de la población y a los 80 años, cuatro veces más (OECD, 1996, p.51-52).

Algunos autores advierten:

“Nuestra especie ha modificado las fuerzas evolutivas que habían siempre

limitado la esperanza de vida. En consecuencia, los poderes públicos deben prepararse para atender las necesidades de una población que pronto será mucho más vieja” (Olshansky, Carnes y Cassel, 1993, p.8).

Otros estudios apoyan la política dirigida a *disminuir el coste sanitario producido por los ancianos*, mostrando cómo el modelo médico de cuidados ha sido abandonado en favor del autocuidado, con apoyo, a domicilio, que incrementan la independencia en las formas de vida y toma de decisiones (Cates, 1993).

Sobre las causas de *la crisis económica* que la población anciana provoca en el sector sanitario de los países industrializados, se señala que no se debe al incremento del número de viejos. Sólo se produciría una crisis si el porcentaje de utilización de los servicios sanitarios fuera mayor entre los mayores que en la población general.

Desde este planteamiento surge la pregunta ¿por qué el debate sobre las políticas para la vejez se sigue centrando en el número de viejos cuando la evidencia muestra que éste no es el problema? Se subraya el interés de los proveedores en conseguir más fondos para los sectores *necesitados* de asistencia sanitaria, evadiendo otras soluciones como impuestos, apoyo social, etc. (Barer et al., 1987, p.851-862). Los autores cuestionan la evaluación de la efectividad de algunos servicios sanitarios.

Una propuesta para el desarrollo de la Ley General de Sanidad en España respecto a los ancianos la ofrece Duran (1988, p.181-184). Consiste en especificar con rigurosidad: los recursos económicos que los servicios sanitarios tendrán para atender a este colectivo; el perfil del profesional idóneo; los criterios de desarrollo de la red sanitaria (¿se seguirá o no fomentando la Atención Primaria? por ejemplo); la estructura de dirección y gestión de los servicios sanitarios; los sistemas de información (garantía de los fundamentos de la toma de decisiones y de la evaluación de resultados) y los mecanismos de coordinación (entre servicios sanitarios y sociales y entre el nivel central, el autonómico y el local).

El siguiente es un ejemplo típico en la literatura revisada:

“El envejecimiento de la sociedad, causado por el aumento del número de personas mayores y la reducción progresiva del número de jóvenes, plantea a la sociedad del futuro problemas de supervivencia y de reparto de las cargas económicas y sociales” (Rodríguez, 1991, p.62).

El estado de bienestar se encuentra ante la encrucijada de utilizar los mecanismos de efectos negativos y costosos (instituciones) o la sociedad civil como estructura de apoyo (la familia).

Para desarrollar políticas acordes con las necesidades de las mujeres y de los sectores más débiles de la sociedad, se tiene que partir del reconocimiento de que las políticas sociales actuales están basadas fundamentalmente en la división tradicional de trabajo entre géneros. Un sistema de salud público que ignora el peso del cuidado informal, a menudo ofrece servicios que son de poca utilidad.

Existe la posibilidad de un futuro en el que más residencias de ancianos (para los más dependientes) bien organizadas, sea la mejor alternativa (Waerness, 1990, p.110-132).

Parece ser que se apunta hacia residencias de ancianos que dispensen cuidados efectivos para los individuos no completamente dependientes, instituciones que maximicen su independencia.

Para fomentar una sociedad anciana vital se necesitan aproximaciones flexibles y creativas de las formas de vivienda, trabajos, transportes y educación, y además se ha de invertir en entrenar a enfermeras, auxiliares, fisioterapeutas, trabajadores sociales y médicos (Cassel, Rudberg y Olshansky, 1992, p.87-99).

Pero por otra parte, basándose en la aceptación de que las relaciones sociales de apoyo satisfactorias contribuyen positivamente sobre la salud de las personas mayores, se señala la ausencia de políticas integradoras del anciano.

“Sin embargo, las campañas contra el aislamiento social de las personas mayores, no reconocen el grave riesgo que supone este aislamiento, no sólo para la calidad de vida sino también para la supervivencia” (Zunzunegui, 1994, p.15-17).

Prevenir la enfermedad desde las primeras etapas del ciclo vital, procurar apoyo social y comunicación afectiva a las personas ancianas, es la propuesta para mejorar la salud y bienestar social e individual de Bazo (1991, p.87).

La tendencia en los servicios que se ofrecen a las personas mayores de 65 años giran alrededor de los siguientes principios: mantener a las personas en su entorno, mantener la autonomía y control sobre su vida y potenciar las capacidades de utilización de los recursos propios (*ayudar a que se ayuden*) (Domínguez, 1991, p.90).

Se proponen las siguientes directrices generales: protección económica, pensiones adecuadas; facilitar viviendas acondicionadas, a nivel arquitectónico e higiénico; proporcionarles un papel en la familia y comunidad; información, formación y mentalización de la problemática sobre el envejecimiento desde la escuela, y preparación para la jubilación

desde varios años antes (Salgado, 1994, p.10).

Desde la perspectiva de la economía política, las políticas sociales (incluyendo salud, cuidados a largo plazo...) se ven como resultado de fuerzas y procesos socioculturales, políticos y económicos funcionando en cualquier momento. Las políticas sociales, al mismo tiempo, pueden estimular estos procesos, por lo que son un determinante crucial de los cambios de la vida y del estado de los viejos (Estes, Linkins y Binney, 1996, p.346).⁴⁶

Laslett (1996) considera la posición social de los viejos en la sociedad contemporánea y propone políticas sociales y económicas que los saquen de la situación de desigualdad que experimentan. En esta misma dirección bajo el nombre de *gerontología crítica*, varios autores estadounidenses han escrito sobre las desigualdades experimentadas por los ancianos (Vincent, 1995, p.11).

En cuanto a la educación en las personas mayores, Laslett señala que las necesidades de educación de la gente una vez pasada la edad de la universidad, están reconocidas ahora y desde que la educación para adultos comenzó hace 3 ó 4 generaciones (p.204). También puntualiza que en la Universidad de la Tercera Edad, que comenzó en Inglaterra en 1981, se espera que cada miembro aprenda y, si está en situación adecuada, que enseñe también (Laslett, 1996, p.220).

The Eurolink age, red europea que coordina organizaciones de pensionistas, organizaciones de servicios para los viejos y un cuerpo de investigación de gerontología, propone las siguientes políticas para aplicar a los ancianos: lucha contra su exclusión y contra la gran pobreza, salud, la seguridad de los lugares donde viven, protección como consumidores y políticas convergentes respecto a las pensiones (Bonnet, 1993).

La ONU propone 8 objetivos específicos sobre la vejez para el año 2001:

1. *apoyo a los países en el establecimiento de objetivos nacionales para la vejez;*
2. *generar apoyo para integrar a la vejez en planes y programas de desarrollo nacional e internacional;*
3. *generar apoyo para programas comunitarios de asistencia y participación de personas ancianas;*

⁴⁶ Esta aproximación es analizada también por Wallace y Estes, 1989, p.483-498. Estos autores especifican las consecuencias de la política de salud del periodo Reagan sobre la vejez (p.497).

4. *mejorar la investigación sobre la vejez entre naciones incluyendo la normalización de la terminología y metodología;*
5. *incluir un elemento sobre el envejecimiento en los acontecimientos y reuniones internacionales de relevancia;*
6. *establecer una red mundial de voluntarios mayores para el desarrollo social y económico;*
7. *facilitar la estrecha colaboración entre organizaciones no gubernamentales sobre la vejez;*
8. *facilitar la estrecha colaboración entre organizaciones gubernamentales sobre la vejez (Sokalski, 1993, p.54).*

Después de la AME (*Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*) se realizaron acciones concretas que incluyeron el establecimiento del *Instituto Internacional del Envejecimiento* en Malta, la *Sociedad Africana de Gerontología* y la *Banyan Fund Association* (un fondo mundial para la vejez), la designación del 1 de Octubre como el Día Internacional de los Ancianos, la adopción de los Principios de la ONU para las Personas Ancianas además del lanzamiento de una campaña informativa sobre el envejecimiento a nivel mundial.

El año Europeo de las personas mayores se presenta como la culminación de un programa que llevó a cabo la comisión a la iniciativa del Parlamento Europeo, en favor de las personas mayores. La ceremonia de inauguración tuvo lugar en el mes de enero en Bruselas, donde se expusieron los objetivos del Año Europeo: Implicar a las personas mayores desde la base y crear la solidaridad con otras generaciones. Era un programa de sensibilización, una respuesta ineludible a los 100 millones de personas de más de 50 años. Los temas centrales del proyecto piloto fueron: cuidado, salud, hogares estimuladores de autonomía de los mayores, utilización de su experiencia y educación. Se clausuró en Diciembre de 1994 (Gómez Purón, 1993).

Diez años después de la Asamblea Mundial de la Vejez, se evaluó el *Plan Internacional de Actuación para la Vejez* de Viena que se presentó en dicha Asamblea. Aparte de las críticas centradas en el desinterés de la ONU por el tema, se destacan como puntos positivos el cambio de la imagen de las personas ancianas (*ya no marginadas, inactivas, enfermizas, sino saludables, participativas y asertivas*). Este cambio de imagen se refleja en la creciente participación de las personas ancianas en la vida política (proliferación de organizaciones de personas mayores en todo el mundo, no sólo en países desarrollados). También se refleja en el alejamiento de la institucionalización de los mayores (residencias) favoreciendo su atención en la comunidad, lo cual atiende tanto a los deseos de los viejos como a los deseos de bajar

los gastos. Esto implica la necesidad de que el sector público apoye la actuación de las familias (Nusberg, 1993, p.56-58).

2.5 Literatura metodológica

Bengtson, Rosenthal y Burton (1996), basando sus estudios tanto en *encuestas a larga escala* como en investigaciones *cualitativas*, resaltan la importancia de utilizar las dos estrategias

“La investigación sobre familia y envejecimiento se verá fuertemente enriquecida usando ambas metodologías, cualitativa y cuantitativa, para evaluar las mismas preguntas de la investigación” (p.274, traducido).

Los autores señalan las sugerencias en contra, basadas en la incompatibilidad de las posiciones epistemológicas de estas dos aproximaciones, pero también consideran que la pobreza en cuanto a la validez interna que presentan las encuestas cuantitativas debido a las diferentes interpretaciones que los encuestados dan a las preguntas y/o respuestas, puede ser contrarrestada con la aproximación cualitativa, que se acerca a las relaciones familiares ayudándonos a entender la dinámica interna (p.275).

Magnusson (1990, p.xi) añade que los problemas del desarrollo humano no pueden ser bien investigados y entendidos en todas sus facetas sin una metodología *longitudinal* sólida, por lo cual la *Red Europea de Estudios Longitudinales en Desarrollo Individual* (ENLS) decidió dedicar atención especial al tema del envejecimiento.

En cuanto a los *estudios multidisciplinarios*, George (1996, p.248) resalta su utilidad en las investigaciones de factores sociales en relación con factores de riesgo establecidos por otras disciplinas. Presenta 3 situaciones que confirman esta utilidad:

La posibilidad de que mecanismos biológicos o psicológicos influyan sobre las relaciones entre factores sociales y salud; ej. El estrés social puede dañar la salud mediante los efectos negativos sobre el sistema inmunitario.

Otra posibilidad es que los factores sociales interactúen con variables biológicas o psicológicas; ej. ciertas conductas pueden ser predictores de problemas de salud entre gente que carece de un adecuado soporte social

A veces variables estudiadas en otras disciplinas pueden darnos información conveniente; ej. rasgos de la personalidad pueden determinar, en parte, la habilidad de desarrollar redes de soporte interpersonales.

La utilidad de *la comparación de culturas* como instrumento metodológico es defendida

ampliamente en la literatura de los estudios sobre envejecimiento. Incluso cuando los datos no parecen ser muy diferentes sirve para ilustrar *distintas formas* de llegar al mismo sitio y, por lo tanto, permite descubrir y entender las consecuencias tan dispares que un mismo hecho suscita en diferentes culturas. Por ejemplo Kelly (1993, p.3) señala el peligro de centrarse sólo en la investigación de USA e ilustra este temor con una investigación que se llevó a cabo en Europa sobre los patrones de actividad y sus significados para los viejos⁴⁷: aunque los resultados no parecen ser muy diferentes, sí que lo son las políticas sobre la actividad en los ancianos que se fomentan en estas dos culturas.

Una presentación clara y concisa de los principales conceptos metodológicos utilizados en Antropología de la Medicina la exponen Pelto y Pelto (1990, p.272-274). Los autores señalan que es típico en estudios antropológicos dejar que el lector adivine las *definiciones operacionales*. La perspectiva holística de la antropología hace que los antropólogos médicos coleccionen mucha información sobre características económicas, de relación social, de los sistemas culturales de creencias, procesos políticos y otros aspectos de la comunidad, incluso cuando la investigación se centra en un aspecto de la salud. Esto, unido a las limitaciones de tiempo y personal⁴⁸, hace que los antropólogos vean extremadamente limitado el tamaño de sus muestras y dificulta las definiciones minuciosas de cada característica.

Una contribución importante de esta disciplina a los temas de salud es la exposición de diferentes formas en las que las *creencias* de las personas interactúan con otros factores e influyen sobre las tasas de enfermedad, sobre las diferentes respuestas a la enfermedad y sobre otros aspectos relacionados con la salud.

La visión cultural de la enfermedad implica estudiar los *modelos explicativos* de los individuos, los cuales, como señala Kleinman, posiblemente no son percibidos con claridad, ya que los individuos no suelen tener una explicación definida de todos los signos y síntomas, causas, pronósticos y curas de sus enfermedades, porque en parte depende de sus experiencias pasadas y de su círculo de amigos y familiares.

La observación directa de *la consulta médico/paciente* es un importante foco

⁴⁷ Cita a Tokarski, 1993.

⁴⁸ Los recursos se suelen asignar de forma estándar, más que en base a una medición de las características de cada estudio. Esto es consecuencia del positivismo que todavía predomina en la investigación actual, a pesar del reconocimiento (teórico) de los trabajos cualitativos.

metodológico para definir con precisión las interacciones que ocurren en encuentros terapéuticos. También lo es la entrevista en profundidad (Pelto y Pelto, 1990, Cap.15).

Vejez

En los intentos de definir la vejez, un acuerdo bastante generalizado es el expuesto por Ouslander y Beck (1982): dos grandes grupos, los *jóvenes viejos* (65-74 años) y los *viejos viejos* (75 años y más).

La definición de la vejez depende de cómo esta definición va a ser usada. Si el objetivo es determinar su salud y su necesidad de servicios sanitarios, una definición basada en factores que reflejan la necesidad de cuidados en vez de la edad cronológica sería más apropiada.

En cuanto a la división de la vejez por cohortes, se advierte que las investigaciones transversales se hacen con muestras que son una selección de supervivientes de una cohorte más grande, con posibles características originales que pueden contradecir las observaciones del estudio. Aunque los estudios longitudinales son difíciles y caros, pueden proporcionar información más significativa (Ouslander y Beck, 1982, p.55-83).

Los estudios longitudinales muestran cómo las variables dependientes para una fase de la vida se transforman en variables independientes en la próxima etapa. Por ejemplo, al estudiar la mediana edad, la vejez con éxito es una variable dependiente y en fase de predicción; en la siguiente etapa, esta variable será la independiente. Esto permite una evaluación continua de las predicciones (Vaillant, 1990, p.353-355).

En un estudio sobre *jubilación* de estadounidenses negros, Gibson (1993) señala que algunas variables se ignoran en los estudios porque son consideradas factores motivadores o rasgos de la personalidad: las formas que los individuos usan para dar sentido a sus mundos; los valores que tienen (y los que perciben que tiene la sociedad) sobre la jubilación; las barreras externas para poder disfrutar del papel de jubilado completamente (tanto las reales como las percibidas); y otros beneficios y costes psicológicos del papel de jubilado.

Estas variables pueden afectar las elecciones de roles en la vejez y la experiencia de la jubilación directamente (Gibson, 1993, p.324).

Los factores del estatus social en las sociedades occidentales están estratificados por edad, género, raza y/o clase. La heterogeneidad en la vejez debe ser examinada no sólo entre estas categorías, sino además dentro de cada una de ellas.

El género, la raza y la clase social no son variables independientes una de otra. Lo que significa ser una mujer o un hombre no depende sólo de la etnicidad de cada uno, o de la raza, sino también de su clase social. De la misma forma la edad no es un aspecto de la identidad separada del género, raza y clase.

Así pues, lo que significa ser viejo/a y el acceso que se tiene a los recursos y oportunidades para el disfrute del tiempo libre, dependerá de estos factores (Freysinger, 1993, p.213-214).

Una *medida del respeto a los ancianos* la ofrecen Palmore y Maeda. (1985, p.99) Las formas tradicionales son: lenguaje honorífico, ceder el mejor asiento y dejar pasar delante, servirles (la comida) primero, ir a casa de los padres por vacaciones y cumpleaños. También se refleja el respeto a los ancianos en varios dichos populares. Normalmente va acompañado de afecto basado en su sabiduría, justicia y ayuda.

Los autores concluyen que en el Japón los patrones de respeto parece que están cambiando, de forma que se observa un declive y, también, que algunos viejos vistos como injustos, inmorales o desagradables ya no son respetados.

Salud

Ouslander y Beck (1982, p.58) dicen que la diferencia entre *Illness* y *Disease*⁴⁹ es crucial y no sólo semántica; que especialmente cuando se trata de *definir y medir los procesos de salud/enfermedad* de los ancianos, puede ser mucho más relevante hablar de *Illness* en vez de *Disease*.

La condición de joven y sin enfermedades crónicas de la que suelen gozar los médicos a los que acuden los viejos, hace que los primeros tiendan a ver a los segundos como personas con poca salud. Sin embargo, hay evidencias repetidas de que alrededor del 80% de los viejos perciben su salud como normal, buena o excelente, sobre todo los menores de 85 años (Ouslander y Beck, 1982, p.59).

La presentación de los síntomas por la vejez no es como en otros grupos. Debido a *creencias sobre la salud*, como que la enfermedad y los fallos de funcionalidad son parte de la

⁴⁹ *Illness*: perspectiva del paciente.
Disease: perspectiva del médico.

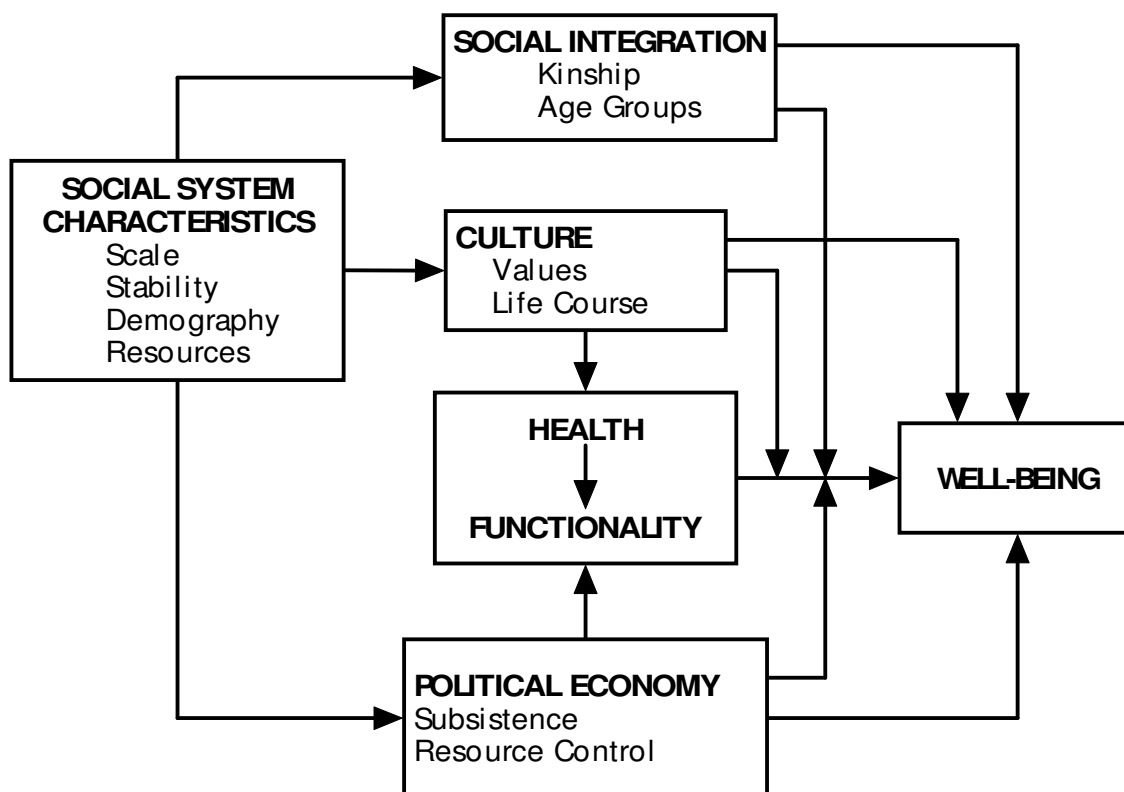
vejez, normalmente los viejos tardan más en buscar asistencia sanitaria que los jóvenes.

En cuanto a las medidas de salud de los viejos deben incluir la funcionalidad física (enfermedades y actividades de la vida diaria), funcionalidad mental, estatus socioeconómico y autopercepción de salud. Además, las medidas deben ser de corta duración, prácticas y suficientemente sensibles para detectar pequeños cambios.

Otros factores determinan como los viejos utilizan los servicios sanitarios: consideraciones demográficas, acceso a la asistencia que hay (coordinación, transporte y coste), y conducta de los profesionales (Ouslander y Beck, 1982, p.55/83).

Las medidas diagnósticas se refieren a una enfermedad específica y las medidas funcionales están basadas en habilidades para desarrollar actividades de la vida diaria. Las primeras son preferibles cuando se examina la historia natural de la enfermedad (*disease*) o se valoran los efectos del tratamiento. Las segundas son más útiles para examinar las consecuencias de la enfermedad (*illness*) o para valorar el estado de la población anciana como un todo (George, 1996, p.230).

Un esquema del modelo para el análisis de las *influencias sobre el bienestar* lo presentan Keith et al. (1994, p.xxxiii):



Schematic Model of Influences on Well-Being

Este modelo fue utilizado para guiar su investigación, *Project AGE (Age, Generation and Experience)*, que consistía, globalmente, en explorar el entramado de las dimensiones sociales, culturales y físicas en las experiencias de los viejos en 7 lugares diferentes.

George (1996) estudia la influencia de los *factores sociales*, durante el curso de la vida, sobre la salud. La importancia metodológica de este estudio es que la autora distingue entre enfermedades crónicas y agudas, entre medidas de salud diagnósticas y funcionales, y entre enfermedades físicas y mentales.

En otros estudios se había llegado a la conclusión de que las medidas subjetivas de salud están fuertemente correlacionadas con las medidas objetivas y que incluso la valoración de los médicos contiene un componente substancial de subjetividad.

George no examina la utilización de los servicios sanitarios, ya que no lo ve como un indicador del estado de salud. Sus razones son que intenta entender la carga total de salud en los ancianos, no sólo la enfermedad tratada, y que los factores sociales a menudo se relacionan de forma diferente con la salud y con el uso de los servicios sanitarios (ej. los pobres están positivamente relacionados con salud precaria y negativamente con el uso de la asistencia) (George, 1996, p.229-231).

Keith et al. (1994, p.313-315) exponen sus conclusiones sobre la relación entre salud, funcionalidad, envejecimiento y bienestar de los viejos. Sugieren que para entender el impacto de la salud/funcionalidad sobre el bienestar, el análisis debe centrarse en la habilidad del individuo para desempeñar conductas relevantes culturalmente en el contexto de un ambiente determinado.

Esto implica considerar muchos factores, como el sistema de apoyo social, la naturaleza y accesibilidad a los servicios de salud, la disponibilidad de prótesis, y factores de personalidad. Además, cuando se envejece se incrementan las enfermedades crónicas y los achaques, y cambia la relación entre el individuo y esos factores.

Por lo tanto, para entender la influencia de la salud y la funcionalidad sobre el envejecimiento y el bienestar, se ha de estudiar a los viejos en su propio contexto, no con escalas artificiales o en entornos artificiales, ya que puede influir hasta la definición sobre enfermedad crónica o desventaja que se tenga en cada cultura.

También desde la Medicina oficial se hacen llamadas a la necesidad de *multidisciplinariedad* para que la investigación sanitaria tenga algún futuro y para conseguir una mayor conexión entre la investigación básica y clínica. Se sugiere considerar tres

categorías: Ciencias sociales y conductuales (sociología, antropología, economía y política), ciencias cuantitativas y de población (epidemiología, bioestadística e informática) y humanidades (filosofía, historia y teología) (Eisenberg, 1994, p.5-6).

Otra llamada de atención a la necesidad de utilizar diversas aproximaciones al conocimiento en el campo de la salud viene de Graminde (1994, p.67-71). Su artículo advierte sobre el peligro de la fascinación por el número, señalando que la realidad no es nada sin sus autores, lo que estos perciben y entienden. Esta posición se refleja también en otros trabajos (Fernández de Sanmamed, 1995, p.23).

Por otra parte, la complejidad y *las dificultades en la medición* (y diagnóstico) de las deficiencias funcionales y enfermedades de los viejos, son expresadas ampliamente en la literatura (Ouslander y Beck, 1982; Jette, 1996; Jiménez, 1994).

Se desarrollan instrumentos para valorar la autonomía funcional (capacidad funcional) de los ancianos y determinar las necesidades de cuidados sanitarios y sociales (Pedraza et al., 1992, p.15-19).

En un estudio descriptivo, Ruigómez, Alonso y Antó (1991, p.117) intentan medir el *nivel de salud percibida* y la *capacidad funcional* de las personas de 65 o más años no institucionalizadas de la ciudad de Barcelona.

La autopercepción de la salud se evaluó con la pregunta ¿como diría usted que es su salud en general: muy buena, buena, regular, mala o muy mala? El número de trastornos crónicos declarados se determinó a partir de 34 condiciones incluidas en el cuestionario administrativo de la *Encuesta de Salud de Barcelona*.

La capacidad funcional se evaluó a través de la dificultad y el grado de la misma al realizar 10 actividades básicas de la vida diaria (caminar, afeitarse o peinarse, sentarse o levantarse, bañarse o ducharse, ir al lavabo, cortarse las uñas de los pies, vestirse/desvestirse, comer, subir escaleras y salir a la calle), y 4 AVD instrumentales (cocinar, hacer la compra, manejar el dinero, usar el teléfono). Se clasificó a los individuos en 3 categorías funcionales: capaz de realizar las actividades sin dificultad solo, con dificultad solo, y con ayuda. Las estimaciones de este estudio se hacen para cohortes nacidas antes de 1930 (Ruigómez, Alonso y Antó, 1991, p.117-124).

La valoración de la dependencia social incluye dos aspectos: el soporte humano material necesario para suplir los déficits psicofísicos y la necesidad del ser humano de tener el apoyo socioemocional que evite situaciones de aislamiento generadoras de estados de ánimo

que influyen tanto en la enfermedad como en la conducta que al enfermar se sigue (Benítez y Vázquez, 1992, p.888-891).

La Autopercepción de Salud (AS) ha probado ser un buen indicador de la *demanda de servicios sanitarios*. Además, estudios longitudinales han demostrado que la longevidad, en términos de supervivencia, está mucho más ligada a la salud *subjetiva* que a la *objetiva* (Gorroñoigoitia, Ibañez y Olaskoaga, 1992, p.771-776).

Una hipótesis interesante es que el nuevo *healthism*⁵⁰ puede reflejar un cambio reciente en la *percepción de la enfermedad* y en el concepto de salud de la población. Los resultados de este estudio reflejan un efecto negativo directo, aunque flojo, de la preocupación del individuo por su salud sobre la salud subjetiva, lo cual añade credibilidad a la hipótesis (Fylkesnes y Førde, 1992, p.271-278).

También se mide *el grado de espontaneidad con el que los síntomas se presentan* por medio de respuestas a un conjunto de preguntas estandarizadas sobre síntomas en cada sistema (ej. cardiovascular, respiratorio, ...). Las mujeres resultaron más espontáneas que los hombres (Busse y Maddox, 1985, p.61).

The Health Perceptions Questionnaire (HPQ) (desarrollado por Ware en 1976), con 32 preguntas, es usado por Bell y Femea (1993) para examinar las *creencias* sobre la salud.

Las creencias sobre el afrontamiento a la enfermedad se representan en 10 categorías, que van desde la autonomía y la resignación al enfado y el fatalismo, en un estudio de De Ridder et al. (1997). Los pacientes estudiados parecen estar dispuestos a aceptar su enfermedad y su dependencia del médico, siempre que no pierdan la autonomía y el respeto.

Esteban de la Rosa et al. realizaron en 1992 un estudio en Granada ciudad (Area Sanitaria Norte) que mostraba como causas principales de la insatisfacción con los servicios sanitarios utilizados: la lista de espera, el tiempo dedicado por el médico al paciente, la falta de información sobre el problema de salud, los trámites administrativos, la incomprensión de las explicaciones médicas y el tipo de trato personal (Esteban de la Rosa et al., 1994, p.33-39).

López Navarrete et al. (1997) señalan que la *utilización de las consultas* de Atención Primaria por los ancianos está determinada fuertemente por el número de patologías crónicas,

⁵⁰ Fascinación de la población por la salud, que se está dando en los países muy industrializados en los últimos 10 años.

independientemente del tipo de enfermedad. Este estudio cuantitativo se realizó en 3 centros de salud e incluyó todos los sujetos mayores de 65 años adscritos a los mismos durante 1900-1994.

Rodríguez Ortíz et al. (1997) intentan medir la validez del indicador *presión asistencial en las consultas* de atención primaria de un área de salud. Los autores concluyen que el método analizado es válido en Medicina general, Pediatría y Enfermería.

Un *predictor de la reducción de demanda de servicios sanitarios* por parte de los ancianos es el aumento de su independencia a través de la mejora de sus funciones físicas y psíquicas (Shephard, 1993).

Entre los estudios que comunican alarma en cuanto al *incremento del coste sanitario*, uno realizado en una provincia canadiense muestra que las *tasas de utilización* per cápita entre los viejos aumenta más aprisa que para la población general. Se ofrecen tres explicaciones posibles:

- La morbilidad en cada grupo de la vejez está aumentando.
- La gente no está cada vez más enferma, pero el progreso de la tecnología médica puede que esté ampliando su intervención.
- El sistema del cuidado de la salud quizás esté tratando a los pacientes de forma diferente, independientemente de evidencias de mejorías (Barer, 1987, p.851).

En dos estudios realizados con 8.5 años de diferencia, se muestra que la segunda cohorte de viejos *utilizó significativamente más servicio ambulatorio* que la primera. Se destaca la importancia de los estudios longitudinales para conocer el efecto del envejecimiento a lo largo del tiempo y para identificar predictores del uso específico de los servicios sanitarios.

Las conclusiones de este estudio longitudinal destacan el aumento del uso de la consulta del doctor sin estar relacionado con el estado de salud (Shapiro y Tate, 1989, p.1002-1014).

El efecto del *aumento de la disponibilidad de tiempo libre debido a la jubilación* sobre la *demanda de los servicios sanitarios*, ha sido examinado por Boaz y Muller (1989, p.1). El estudio muestra que aunque tienen más tiempo libre, los jubilados no usan más los servicios sanitarios que los que trabajan asalariados (para una empresa), pero sí que van más al médico que los que trabajan autónomos (p.12).

Otros estudios evalúan el efecto que la distancia a la consulta del médico tiene sobre el

uso del servicio (p.2).

La diferencia de *género* tampoco tiene efecto sobre la utilización de servicios ambulatorios sanitarios, pero sí el uso del hospital. Para este estudio se han usado datos procedentes de 1984 y 1986 del *Longitudinal Study of Aging*, llevado a cabo por el *National Center for Health Statistics* (USA) (Bradsher, 1991, p.43). Se señala la necesidad de estudios longitudinales y con marco teórico para entender las variaciones de la utilización de servicios sanitarios por ancianos (p.51).

Un abordaje biopsicosocial de todos los pacientes, con el fin de identificar no sólo los problemas físicos sino el malestar psíquico y social y enfocarlos adecuadamente, podría reducir la utilización de los servicios sanitarios. Para determinar la presencia de malestar psíquico se utilizó el cuestionario general de salud de 28 preguntas, que consta de cuatro subescalas que miden síntomas somáticos de origen psicológico: angustia/ansiedad, disfunción social y depresión (Cortes et al., 1993, p.25-26).

Para evaluar el *impacto del ejercicio* (un componente del programa *Look After Yourself* patrocinado por *the Health Education Authority*, Inglaterra) en dos grupos de *viejos* (de 58 a 89 años), repartidos desigualmente y que acudieron a 10 sesiones semanales, se miden las siguientes características: flexibilidad de la articulación de los hombros, fuerza de la mano, presión sanguínea, peso y salud percibida. Los hallazgos inciden en la importancia del contexto en el que se realiza el ejercicio, el tipo de ejercicio, la continuidad y el grupo (Ebrahim y Williams, 1992, p.199).

Finalmente, un conjunto de escalas que intentan medir variables utilizadas en esta tesis, las presentan Chiriboga y Pierce (1993, p.46-48). La lista de actividades incluye los trabajos de casa, actividades solitarias, deportes, actividades sociales, actividades contemplativas, actividades de fuera de casa, y actividades pasivas. También se consideran las medidas de exposición al estrés, la valoración de las transiciones en el curso de la vida (salida del hogar de origen, ..., jubilación) y las características personales y de salud. Cada uno de estos apartados tiene subdivisiones definidas.

Redes Sociales/Redes de Ayuda

Radcliffe-Brown (1977) propone definir en qué consiste la arquitectura de una sociedad, ya que una relación entre dos personas existe sólo como parte de una red de relaciones sociales más amplia, que envuelve muchas otras personas (p.223).

García (1995, p.259) señala que los estudios de *redes sociales* surgen a partir de los años 50, con John Barnes.

Barnes (1954) nos muestra por medio de un estudio de redes una de las principales diferencias formales entre sociedades 'primitivas' y modernas. Establece diferencias entre la *red* y el *conjunto*. El conjunto se diferencia de la red en la forma, puesto que se centra en torno a una sola persona (ego) y se compone de personas a las que ego clasifica según un criterio determinado.

Bott (1955), frente al conjunto clasificatorio presentado por Barnes, nos muestra un conjunto compuesto por personas que mantienen un contacto duradero y en muchas circunstancias.

Mayer añade que hay conjuntos en los que ego aparece como un 'originador' de enlaces. A diferencia de la red (con el carácter ilimitado que le adjudica Barnes) el conjunto de acción tiene un número reducido de miembros, por lo que puede ser utilizado en análisis comparativos y en el estudio de cambio social (Mayer, 1980).

Desde la Antropología se afirma que en la sociedad occidental actual no se puede diferenciar de manera clara el entorno rural y el urbano, pero hay diferencias entre las comunidades pequeñas y grandes en cuanto a la cantidad de gente en la red de relaciones y la homogeneidad de las personas en cada red.

En contraposición a Max Weber, algunos autores encuentran que las redes en la zona urbana pueden ser más amplias y heterogéneas, y por lo tanto más efectivas que las redes en la zona rural (García, 1995, p. 261), aunque también afirma que las redes sociales de un pueblo son similares a las de la ciudad en un barrio donde se ha vivido siempre (*idem*, p. 281).

Un estudio general sobre las redes sociales de ayuda fue realizado por Warren (1981). Su estudio ha proporcionado una base para explorar y comprobar nuevos conceptos como el de comunidad (¿cómo está formada?) (p.179). También ofrecen la posibilidad de describir estrategias para prevención y tratamiento de problemas y establecer las bases de las posibles intervenciones en el campo de la salud y servicios sociales de la comunidad (p.199).

Se sugiere la conveniencia de diferenciar entre redes de ayuda y redes sociales. Las relaciones de las redes de ayuda deben ser más impersonales, ya que no están basadas en la amistad. Es más útil pensar en estas redes como las líneas de transmisión sobre las que los mensajes acerca de la salud o la enfermedad de la comunidad pueden circular (p.175). Sin embargo, si las redes sociales más íntimas no dicen mucho acerca del estado de la comunidad,

lo que sí parecen aportar es una base para preguntarnos si estamos ante una verdadera comunidad o no (p.176).

Vogt (1992, p.211) examina la relativa habilidad que las redes sociales tienen para predecir la muerte y diferentes condiciones de enfermedad. Encontraron que estas redes sociales eran predictores poderosos de supervivencia entre personas con enfermedades isquémicas de corazón, cáncer y cuadros hiperinmunes.

La evolución del análisis de redes es descrito por Scott (1991, cap.2). Este autor describe el análisis de redes como un conjunto de métodos y no como un cuerpo de teoría.

En 1987 se examinaron las diferencias de sexo en la relación apoyo social/felicidad. Se utilizan ocho medidas cuantitativas de apoyo (tamaño de la red, cónyuge en la red, número de hijos en la red, número de amigos, frecuencia del contacto, número de apoyos recibidos, número de apoyos prestados y reciprocidad) y 7 medidas cualitativas (satisfacción con el matrimonio, con la familia, con los amigos, redes demasiado absorbentes, redes que te ponen nerviosa, redes que no entienden, o deseo de más gente en la red).

Sólo *la reciprocidad* (dar y recibir) es un predictor significativo de felicidad, tanto para mujeres como para hombres (Antonucci y Jackson, 1989).

Tradicionalmente la literatura ha sugerido que las mujeres tienen redes sociales mayores que los hombres y que son ellas las que reciben y dan más apoyo.

Pearlin et al. (1996, p.298-300) presentan las condiciones determinantes de los efectos del apoyo social en situaciones duras o difíciles (parentesco, género, edad, naturaleza e historia de la relación ...).

Por medio de las redes de apoyo de cada persona investigada (principalmente ancianos) puede vehicularse la demanda de ayuda de servicios sanitarios y sociales en una determinada comunidad.

El estudio de las redes de apoyo también es útil para realizar una lista de necesidades del individuo, tanto emocionales/mentales como de movilidad (Wenger, 1994).

Berkman (1984) señala que las redes sociales parecen estar relacionadas con los estados de enfermedad de una forma remarcablemente inespecífica. Quizás se deba a las medidas inadecuadas utilizadas para las redes. Será conveniente precisar más en medidas de soledad, aculturación, afiliación o composición de los hogares.

Parece que hay evidencia de que en comunidades muy cohesivas socialmente y en

poblaciones bien integradas, las diferencias en *riesgos* no son grandes entre gente aislada y no aislada. Quizás porque el contacto social entre estas personas sea tan rutinario en sus vidas que se olviden de reconocerlos en las encuestas. O quizás en estas comunidades los contactos sociales son tan espesos que hay poca gente aislada, insuficientemente como para revelar un incremento significativo del riesgo.

Se intenta averiguar el cómo se produce esta relación entre redes sociales y salud:

- Por medio del consejo, servicios y acceso a nuevos contactos, algunos individuos obtienen mejor cuidado médico que otros.
- Algunas redes cuidan mejor a sus miembros que otras.
- Algunas redes pueden ser promotoras de salud, otras no (miembros fumadores, con malos hábitos dietéticos, ... pueden arrastrar a otros simplemente para conservar la identidad del grupo).
- Los factores psicológicos pueden influenciar reacciones fisiológicas actuando como signos y símbolos de peligro, incrementando susceptibilidad a los agentes de enfermedad. El papel de la red social o de apoyo sería inhibir una respuesta psicológica al estrés (Berkman, 1984, p.426-430).

A pesar del acuerdo que se refleja en las investigaciones sobre la relación entre *soledad* y *alcoholismo*, no parece que se distinga una obvia relación entre la red social del alcohólico y la cantidad de alcohol ingerido. El sentimiento de soledad aparece más conectado con una percepción negativa general acerca de sí mismo y de las relaciones con los otros, además de con una insatisfacción general respecto a la mayoría de las cosas.

Åkerlind y Hörnquist (1992) citan conclusiones de otros estudios que confirman el efecto positivo que el apoyo social tiene sobre la salud mental: satisfacción de las necesidades de *pertenencia, respeto, reconocimiento social, afecto y apoyo, y como escudo de los efectos del estrés*.

Díaz, Domínguez y Toyos (1994) presentan una evaluación de una escala de valoración sociofamiliar. La muestra la forman mayores de 75 años en los que concurrían uno o más de los considerados factores de riesgo: vivir solo y/o situación no conocida en el último año.

Hanson et al. (1989) presentan un estudio que tiene como objetivo determinar si hay una asociación entre *la mortalidad* y diferentes aspectos de *red social, apoyo social e influencia social*. Desarrollaron un instrumento para medir estos diferentes aspectos. El periodo de

seguimiento fue de 1982 a 1987. En el análisis univariable se encontró un riesgo de mortalidad mayor entre los hombres con poca posibilidad de apoyo emocional, con poca participación social y que vivían solos. Estos riesgos relativos de mortalidad apenas cambiaron después de *reajustar* la clase social, estado de salud, factores de riesgo cardiovascular, ingesta de alcohol, actividad física e índice de masa corporal, en el análisis multivariable. Estos hallazgos se consideran consistentes con la existencia de un efecto general de las redes sociales y redes de ayuda sobre la mortalidad entre hombres viejos.

Iliffe et al. (1992) realizan una investigación que pretende poner a prueba la hipótesis de que la gente vieja que vive sola son un grupo de riesgo con un alto nivel de *morbilidad* que presenta demandas considerables de servicios sanitarios y sociales. La muestra estaba formada por mayores de 75 años en Londres. Habían bastantes más mujeres entre los viejos que vivían solos.

Se encontró una tendencia mayor de los que vivían solos (frente al grupo de los que vivían acompañados) en cuanto a recibir más visitas de su médico de cabecera en casa, y de contactar con uno o más profesionales de la comunidad (como enfermeras u otros sanitarios), pero no se observaron diferencias significativas en cuanto a la utilización de hospitales. Los autores concluyen que los viejos que viven solos no presentan un exceso de morbilidad comparados con los que viven acompañados. Sí que necesitan más apoyo en cuanto a tener un punto de contacto en caso de emergencia.

La percepción de la salud (USA) tiende a variar en consonancia con diferentes subcategorías de soltería. También depende de la calidad del matrimonio y cohabitación. Los impactos de la salud del matrimonio están determinados por las redes sociales de apoyo (Ren, 1997). El autor dice que un entendimiento pleno del contexto familiar de salud requiere un enfoque simultáneo de un conjunto de condiciones familiares. Se señala la necesidad de distinguir los efectos del divorcio/separación, de los efectos de vivir en un matrimonio conflictivo.

Zunzunegui (1994), en base a la teoría elaborada durante los últimos 20 años sobre las consecuencias de la falta de integración social y los problemas de salud, resume las conclusiones a las que se ha llegado con estudios longitudinales sobre poblaciones humanas y estudios experimentales en animales de laboratorio:

- La integración social tiene una fuerte relación causal con la mortalidad.
- Las relaciones sociales tienen un efecto sobre la resistencia frente a la enfermedad,

sobre su desarrollo o historia natural, sobre al comportamiento frente a los problemas de salud y la utilización de servicios y sobre la adaptación a las consecuencias de la enfermedad y la rehabilitación.

También señalan que investigaciones más recientes han abordado aspectos específicos de las relaciones sociales que pueden tener un efecto sobre la salud:

- la existencia, tamaño y densidad de la red social, según el número y frecuencia de contactos con las personas que la componen
- la estructura de la red que incluye los vínculos entre las diversas personas (hijos, vecinos), que conforman distintas relaciones con diferentes efectos sobre la salud
- el contenido de las relaciones se describe como afectivo, informacional o instrumental, también incluye los intercambios que conduzcan a un mejor conocimiento de la realidad o a una ayuda para realizar tareas necesarias para el mantenimiento de la vida

Se supone que es la *satisfacción* con el apoyo recibido la que opera de forma positiva sobre la salud. Esta conclusión coincide plenamente con las alcanzadas en este trabajo.

La autora también puntualiza que quedan numerosos preguntas que contestar sobre cuáles son los mecanismos de este proceso protector y cuáles son las dimensiones del apoyo social que tienen un efecto beneficioso. También cree que “*sería necesario comprobar que los resultados encontrados en población general se extienden a las poblaciones de personas mayores.*”

Cita diferentes estudios que concluyen que las personas que viven acompañadas, independientemente de su estado civil, visitan menos al médico que las que viven solas. “...cuando *existen redes sociales satisfactorias, los efectos de los estresores desaparecen*”.

También señala que el alto nivel educativo está fuertemente asociado a la permanencia en grupos sociales, tales como clubs y asociaciones.

Basándose en un estudio longitudinal, Zunzunegui señala que las variables predictoras del estado de salud precedieron a la pérdida de relaciones sociales. Aunque puede ocurrir que las incapacidades funcionales y el empeoramiento de la salud mental conduzcan al aislamiento social y éste, a su vez, aumente el riesgo de deterioro (Zunzunegui, 1994).

Historias de vida

Kertzer y Keith (1984) señalan que aunque las historias de vida han sido utilizadas en

Antropología desde hace tiempo como una técnica importante, la información recogida no ha sido usada con frecuencia para interpretar el proceso mismo del *curso de la vida* (p.24).

La utilización de las historias de vida para los estudios de los patrones de la vejez ha sido una constante en los trabajos antropológicos. Pero recientemente las historias de vida han sido realizadas e interpretadas menos como un conjunto de datos y más como un foco valioso de investigación.

Los atributos de las historias de vida han de ser conectados analíticamente con las fuentes de significado, tanto individuales como colectivas, así ocurre con la institucionalización, la etnicidad o los requerimientos culturales de las personas (Keith et al., 1994, p.xv-xxxiv).

Pujadas (1992) expone los *usos potenciales del material biográfico* según Langness:

- retrato de forma impresionista de una cultura
- instrumento de construcción textual de la obra etnográfica
- testimonio del impacto de los procesos de cambio cultural sobre el individuo
- recurso para mostrar dimensiones *emic* difícilmente logradas con otro instrumento (visión de las mujeres de diversos procesos sociales)
- ilustración de algún aspecto teórico de la corriente cultura y personalidad
- comunicación de dimensiones normalmente ocultas en los procesos cognitivos o de interacción social (p.23)

Las ventajas que destaca Pujadas del uso de los relatos de vida son las siguientes:

- Posibilita la formulación de hipótesis.
- Nos introduce en profundidad en el universo de las relaciones sociales primarias.
- Nos proporciona un control casi absoluto de las variables que explican el comportamiento de un individuo dentro de su grupo primario (con la ayuda de los relatos de vida cruzados).
- Nos da respuesta a todas las preguntas eventuales que pudiéramos formular a través de otras técnicas.
- Es el instrumento más valioso en los estudios de cambio social para conocer el impacto de las transformaciones en el individuo y el entorno social inmediato.
- Sirve de control de las perspectivas *etic* y *macro* porque aporta la visión *emic* y *micro*.
- Muestra universales particulares longitudinalmente.
- El uso de relatos de vida paralelos sustituye a encuestas o entrevistas.
- En la etapa de conclusiones sirve como control de los resultados.
- En la etapa de publicación de los resultados es la mejor ilustración posible para que el

lector pueda empatizar con el universo estudiado.

El autor también enumera las desventajas del método biográfico (Pujadas, 1992, p.44-47).

Además de diferenciar entre historias de vida y relatos de vida, Pujadas expone los objetivos que ha de cubrir así como los requerimientos para construir una buena historia de vida.

Una variación de las historia de vida la presentan Feixa i Pampols (1992) con un trabajo de historia oral, que, según los autores, se aleja mucho de la estrategia narrativa de la historiografía convencional. Se trata de rescatar las vivencias de los protagonistas de la historia y no los hechos tal y como sucedieron “objetivamente.”⁵¹ Se busca relatar la vida cotidiana de las personas “ordinarias.”⁵²

“Es tracta, al capdavant, d’una història polifònica, fruit d’un diàleg entre diverses veus, no sempre ritmades, que ens acosten a una pluralitat d’experiències viscudes” (p.6).

Otra aproximación a la realidad de los ancianos, a través de sus historias de vida, es el estudio de Plana i Arrasa (1991). Este autor describe la vida como una experiencia; sin contemplar ese bagaje de acumulaciones de sucesos no se puede comprender la vejez.

“...Deixem que siguin ells els que parlin, que ens expliquin com viuen i com són, què els hi agrada i els preocupa. Deixem que ens ensenyin com són, que ens ajudin. Donem-els-hi la paraula i que ells mateixos ens mostrin què podem fer, i com ho podem fer, tots plegats” (p.5).

La vejez con éxito es un constructo transaccional y para entenderla necesitamos estudios longitudinales tanto en la dimensión biográfica como en la histórica. La investigación ha de incluir la dinámica social además del envejecimiento de las personas. El envejecimiento con éxito se describe como el aprendizaje del individuo a planificar y la planificación de la sociedad para aprender (Featherman, Smith y Peterson, 1990, p.84).

La gerontología es un campo (*etic*) que ha sido creado por investigadores que no son viejos, no tienen esa experiencia. Los viejos son *los otros* en la gerontología. Es pues básico registrar la experiencia de los viejos desde su perspectiva (*emic*). Las historias de vida han

⁵¹ Las comillas son del autor.

⁵² Las comillas son del autor.

traído las voces de los viejos en la investigación gerontológica. Los exámenes cualitativos de las perspectivas de los clientes hacen surgir preguntas sobre la disparidad de necesidades (Fry, 1996, p.131-132).

Bazo (1992) realiza un estudio cualitativo sobre la calidad de vida positiva en la ancianidad. La metodología empleada es la historia de vida y se analiza un grupo de personas de 65 a 103 años de las que 7 son mujeres y 5 varones. La elección se hizo en base a unos rasgos comunes (grado de lucidez y vida activa). La autora señala que a través de la técnica utilizada se pone de manifiesto el proceso de construcción social de la ancianidad en una sociedad que enfatiza los valores de la joven. También se manifiestan las contradicciones que surgen del contraste entre las imágenes negativas interiorizadas sobre la ancianidad y la nueva realidad social sobre la misma.

Algunos investigadores ofrecen formas innovadoras para medir cómo los estereotipos afectan las actitudes hacia los viejos. Se enseñan fotos de un individuo a los 25, 52 y 73 años (por ejemplo) y se pregunta a estudiantes. Los estereotipos no son constantes, el contacto personal o la educación pueden contrarrestar las actitudes estereotipadas (Quadagno y Street, 1996, p.128-129).

Morley (1993) recuerda el bagaje histórico que los viejos actuales llevan cuando van a la consulta del doctor en USA actualmente. La importancia de estas experiencias en cuanto a su influencia sobre las necesidades y miedos de los ancianos no debe ser desestimadas cuando se confecciona su historia clínica.

2.6 Perspectivas de Futuro

Entre las hipótesis que requieren mayor contrastación están las que plantean que la estructura de relaciones sociales del anciano influye sobre su salud y sus decisiones al respecto, no sólo por el escaso número de trabajos realizados, sino porque existe una demanda social que apunta en esta dirección, como se refleja en la carta europea de las personas mayores, en la que entre otras reivindicaciones se expone la siguiente:

“Nosaltres, representants de les persones grans de tots els països de la Comunitat Europea, reunits a Luxemburg el 30 i 31 de març de 1992, exigim:

... que es prenguen mesures per evitar l'aïllament de les persones d'edat de la resta de la societat i la discriminació, i fins i tot confinar-les en guetos; i per a contrarestar aquesta tendència, a mesura que aquestes persones avancen en edat i corren un risc més gran d'aïllament; ”

A principios de 1993, a través de la encuesta *Eurobarómetro* (países miembros de la CEE) se reveló que las dos grandes preocupaciones de las personas mayores de Europa son la soledad y el aislamiento (Consellería de Sanitat i Consum, 1994).

Los trabajos realizados sobre la influencia que los factores sociales y conductuales, interactuando con factores biológicos, tienen sobre la salud y funcionamiento de los ancianos postulan varios principios sobre el envejecimiento como guía para analizar y diseñar investigación sobre ancianidad (Ory, Abeles y Lipman, 1992, p.6).

Estudios específicos de cómo los procesos de envejecimiento afectan o son afectados por la interacción de los procesos de salud y psicosociales, son escasos (Ory, Abeles y Lipman, 1992, p.9).

En 1995 García propone una Teoría de la Ambigüedad (ver 2.2, Antropología) apoyándose en las constantes intervenciones en la literatura contra los intentos de homogeneizar la etapa de la vejez.

En la misma dirección, pero con una propuesta más concreta, Fry (1996) señala que se necesitan, y parece ser que comienzan a proliferar, más estudios transculturales de temas como edad y poder, estructuras de edad y riqueza.

Con las nuevas formas políticas y demográficas, globalización de la economía mundial y triplicación de la población mundial, el ritmo de transformación social se intensifica. Se necesita también profundizar en el conocimiento de estos cambios mundiales y en las

respuestas de las naciones individuales y, sobre todo, en las consecuencias que estos cambios tienen sobre las oportunidades en el curso de las vidas de los individuos.

Puesto que actualmente no se sostiene que la vejez sea una categoría con límites cronológicos (en cualquier sociedad los adultos más viejos son marcadamente heterogéneos) se necesitan estudios que reflejen esta diversidad, investigaciones que contrasten las diferencias regionales, por ejemplo. También se necesitan, según Fry, (1996) consideraciones más profundas de la perspectiva de los viejos (*emic*).

Pero son las políticas sociales que se sugieren desde organismos como, por ejemplo, OECD y/o OMS, las que marcarán en gran parte la literatura futura sobre el tema.

Acuerdos tomados en el Parlamento Europeo (1994) señalan cómo el mantenimiento de las viviendas de ancianos permite que siga residiendo en ellas una población vulnerable (escasos ingresos, ...) manteniendo así la diversidad social de un área urbana.

Los enfoques que inciden en mantener la independencia del anciano al máximo posible (ayuda a domicilio, arquitectura adaptada al anciano, estudiantes como compañía de ancianos) sin que signifiquen mayor aumento del gasto actual, tendrán también un lugar en la literatura futura.

Busse y Maddox (1985) consideran que una investigación adecuada sobre el envejecimiento en el futuro enfatizará necesariamente los estudios comparativos entre cohortes de diferentes edades en la misma sociedad y también entre diferentes sociedades. Otra característica que estos autores consideran indispensable en las investigaciones futuras sobre el envejecimiento es la *multidisciplinaridad*. También preveen un incremento de los trabajos dedicados a comprobar los límites de las modificaciones que sobre los procesos y experiencias del envejecimiento se observan actualmente. Citan la siguiente vieja máxima.

“Si quieres entender algo, prueba a cambiarlo.”

(Busse y Maddox, 1985, p.140-142, traducido)

Fries (1990) lanza una serie de preguntas que necesitan ser atendidas, entre ellos: ¿son apropiados los estudios de Medicina para desarrollar los conocimientos necesarios? ¿está la práctica actual de la Medicina demasiado orientada hacia los procedimientos tecnológicos y no lo suficiente hacia la interacción humana? ¿hay equilibrio en la investigación de diferentes campos? ¿deben los individuos tener mayor autonomía para determinar cómo debe ser el fin de sus días? (p.46).

Fries afirma que si los profesionales de la salud continúan siendo negligentes con los temas de las ciencias sociales y la prevención, la morbilidad probablemente aumentará.

Otra área que Riley (1984) considera importante para entender el envejecimiento es la del ritual y el simbolismo; desde el simbolismo se identifican muchas de las circunstancias en las que probablemente se elaboran las reglas de la edad, y los rituales van marcando las fronteras a través de las que pasa el individuo (p.9-10).

Kertzer y Keith (1984) desarrollan estas áreas apuntadas por Riley: desarrollo humano, estratificación por edad, normas, símbolo y ritual, matrimonio y familia, parentesco, poder y conflicto. Estos autores invitan a integrar la investigación sobre la vejez dentro de preguntas más amplias acerca de la edad y el curso de la vida (p.35-50).

Las normas sobre la edad a menudo toman diferentes direcciones a medida que esa sociedad experimenta cambios sociales, políticos y económicos. Foner (1984, p.212) señala que esta área necesita ser explorada.

Si se introduce el concepto de desigualdad relacionado con la edad, aparecen preguntas importantes para la investigación acerca de los procesos de cambio. Por ejemplo, ¿cómo la posición, en una escala jerarquizada de edad, influye sobre las reacciones en las áreas política, económica y social? y ¿cómo estas reacciones afectan el curso del cambio?

Otra área que resalta Foner como interesante para investigaciones futuras son ¿cómo varias cohortes han sido afectadas por los cambios sociales que han experimentado a medida que iban creciendo y madurando?, o ¿cómo los cambios sociales pueden dar forma al tamaño y composición de las cohortes y a las habilidades de los miembros de una cohorte?, o ¿cómo el tamaño y la composición de las cohortes y las capacidades de sus miembros pueden continuar presionando los cambios futuros? (Foner, 1984, p.211-214).

Para mantener el equilibrio, las sociedades presionan a la gente para que se comporte según unos *estereotipos* concretos, que han formado parte de la socialización de hombres y mujeres a lo largo de las etapas de sus vidas. Entre estos estereotipos están los que prescriben qué es ser *mujer* y lo *apropiado para cada edad*.

En base a los cambios producidos en cuanto a la mujer, Riddick, (1993) señala unas preguntas que surgen para estudios futuros:

- ¿que cambios se esperan en las actividades recreativas, en la actividad en general y en las experiencias de las mujeres a medida que envejecen?
- ¿cómo influyen las actividades de tiempo libre experimentadas durante el ciclo de la

vida en la calidad de vida? (incluida la salud, mental, social y física)

- *¿qué medidas pueden impulsar las actividades recreativas para las mujeres de todas las edades?* (Riddick, 1993, p.96)

Freysinger (1993) también señala que la investigación sobre el papel que el *ocio* desempeña, tanto en la creación como en la eliminación de las fronteras étnico/raciales y de género en la vejez, reforzará nuestro entendimiento de los intereses recreativos y sus limitaciones (p.224-225).

Wortman y Silver (1990) advierten de la necesidad de información en cuanto a los factores que pueden significar un *riesgo después de una muerte*, particularmente el papel que juega el género, la raza, el estatus socioeconómico y la edad. Hasta ahora sólo se estudian los blancos de clase media. Además, se sabe poco de cómo asimilan los viejos las muertes de sus seres queridos (hay algunos estudios sobre viudas jóvenes). Sobre todo hay muy poca información adecuada sobre los efectos de la pérdida de un cónyuge después de 1 ó 2 años de esta (p.226).

Pearlin et al. (1996) también reclama más investigación sobre las interconexiones entre la composición y la estructura de las *redes sociales* y el funcionamiento de las relaciones de apoyo de 2 personas. Los autores destacan la gran dificultad que entraña el rol de cuidador de una persona impedida, incluso con medidas de apoyo como soporte social y otras (p.299-300).

Para la *depresión* en la vejez parece ser efectiva la psicoterapia, pero no hay muchos estudios que comparen los resultados de esta terapia con los resultados de la terapia farmacológica. Estas investigaciones se hacen más necesarias en cuanto que los cambios fisiológicos asociados con el envejecimiento pueden alterar el proceso de actuación y la efectividad del medicamento, aumentando el riesgo que la administración del medicamento ya tiene (Wolfe, Morrow y Fredrickson, 1996, p.302).

Liberto, Oslin y Ruskin (1996) reclaman más investigación sobre los tratamientos dirigidos a corregir el *alcoholismo* en los viejos. Algunos de estos tratamientos parece que pueden tener un elevado grado de efectividad. Los autores también señalan la necesidad de aclarar las relaciones entre cantidad y frecuencia del uso de alcohol y las definiciones clínicas de abuso y dependencia. Y consideran que los estudios longitudinales sobre este tema mejorarán nuestra comprensión de conceptos como *beber mucho pero sólo a veces, recaer y remisión del abuso de alcohol y de la dependencia*.

Kelly (1993) afirma que la mayoría de las personas envejecen en su lugar habitual y

demuestran más continuidad que cambio. Pero también admite que algunos cambian a nuevos ambientes y responden a las oportunidades y normas de comunidades basadas en entretenimientos (p. 120). Sería interesante desarrollar más investigación sobre los viejos que no muestran apego a la continuidad.

3 Desarrollo del marco teórico

Para presentar el marco teórico de esta tesis expondré y comentaré primero las teorías – sólo algunas afirmaciones –seleccionadas en la revisión bibliográfica *que han ido marcando la trayectoria de mi trabajo*, para pasar después a presentar sólo las *teorías en las que se ubica el estudio*.

Las mismas teorías son trabajadas desde diferentes disciplinas, aunque originalmente surjan de una de ellas. Así sucede con la teoría de la Desvinculación Social, la de Actividad, el Curso de la Vida ...

“Que la Antropología tiene hipotecada su existencia a la interdisciplinaria es algo que está fuera de duda.” (Valdés y Valdés, 1996, p.95)⁵³

Primero expongo las teorías específicas de la vejez y luego otras generales, destacando su aplicación en el campo de la ancianidad.

⁵³ Aunque, en esencia, no más que otras disciplinas.

3.1 Teorías sobre el envejecimiento consideradas en este trabajo

A la hora de definir la *vejez normal*, diversas teorías han adquirido protagonismo a raíz de los grandes cambios que el estatus de los viejos ha experimentado con la modernización e industrialización.

Aunque esta afirmación parece una adhesión a la *teoría de la modernización*, no lo es (al menos a priori), sólo pretende resaltar el acuerdo general de los estudiosos del tema al afirmar que la alteración de la posición de los viejos en la economía y en la familia ha sido provocado por el incremento de la intervención gubernamental en *asegurar* la economía de este colectivo, la expansión de nuevas tecnologías y el declive del producto manufacturado (Quadagno y Street, 1996, p.9-10).

Estes, Linkins y Binney (1996) señalan que también hay un acuerdo generalizado (tanto entre los investigadores, los que construyen las políticas de vejez y los profesionales derivados de la gerontología) en considerar el envejecimiento como una parte del *curso de la vida*. Pero no hay acuerdo entre ellos (ni incluso dentro de cada grupo) respecto a la definición de vejez, la percepción y componentes de la *vejez normal*, ni hasta dónde llega la responsabilidad pública y privada en la promoción de la vejez con éxito.

También subrayan que hay una tendencia a centrarse en el individuo como unidad de análisis principal, aunque recientemente algunas teorías relacionan la interacción del individuo, familia, comunidad y sociedad con el proceso de envejecimiento.

Siguiendo con esta línea de análisis, los autores destacan tres consideraciones, importantes para este trabajo, en las teorías sobre el envejecimiento:

- *Hay una preocupación conceptual sobre si el envejecimiento es un problema por sí mismo o si la sociedad construye el proceso de envejecimiento como problemático.*
- *Aunque algunas teorías actuales sobre vejez examinan la raza, el género y la clase social como atributos individuales y como mediadores sociales de la experiencia de envejecer, no incluyen estas variables como fenómeno estructural y, como resultado, las políticas que se basan en estas teorías a menudo no se dirigen adecuadamente hacia la diversidad y heterogeneidad de la experiencia del envejecimiento de la población.*
- *Otro peligro que representan las teorías que reducen los problemas del envejecimiento a un nivel individual, es que cualquier problema que emerja del nivel estructural es ignorado. Estas teorías justifican el transvase de la responsabilidad del estado al individuo.*

Teoría de la modernización

Palmore y Maeda (1985) comentan esta teoría destacando como enunciado principal que la modernización provoca un descenso en el estatus e integración social de los viejos (p.3).

Los autores señalan la posibilidad de derivar una explicación similar de la tradición marxista, en cuanto que afirma que el estatus del individuo es determinado por su relación con los medios de producción. También nombran la oposición de Max Weber a esta teoría al resaltar el efecto independiente que la cultura puede tener sobre la estructura social y económica.

Sus investigaciones en el Japón no confirman esta teoría, sobre todo en cuanto a la integración de los viejos en sus familias (p.48).

Fry (1996) destaca que la teoría de la modernización no se desechará a pesar de las críticas. Etnográficamente es posible apoyar y negar las hipótesis debido a la variabilidad cultural. Fry propone analizar los cambios sociales desde más lejos en la historia, por ejemplo, el gran cambio que supuso para los viejos la aparición del estado en unas sociedades basadas en el parentesco (p.122). ¿Qué pasa con el control que ejercen los viejos antes y después de este cambio?

Las consecuencias de la *migración* en los ancianos también están muy relacionadas con los postulados de esta teoría. Fons (1995), afirma que la emigración de los ancianos provoca un cambio en su posición, hace que su grado de satisfacción experiencial varíe y que su capacidad de acceder a los roles de nueva creación en el destino, o de conseguir los más adecuados, sea dificultosa (p.107).

Fons no comparte las afirmaciones de Cowgill y Holmes en 1972 sobre la teoría de la modernización, ni las versiones siguientes, porque los procesos de cambio social no afectan a todos por igual: el viejo más dependiente sería el que tendría menos control efectivo (p.108). Además, la literatura etnográfica contiene numerosos ejemplos que contradicen la imagen idílica de los viejos en las sociedades tradicionales.

Teoría de la desvinculación social

Una de las primeras teorías usadas por los gerontólogos, aunque originalmente emitida por Cumming y Henry en 1961, afirma que independientemente de otros factores como la poca salud o la pobreza, la vejez implica una desvinculación gradual e inevitable por parte del viejo de la sociedad en la que se encuentra. El viejo va dejando actividades y la sociedad va

aflojando su presión en cuanto a la interacción. Es como una preparación para la muerte (desvinculación total).

El resultado es una disminución de roles por parte del viejo y un descenso en la cantidad y calidad de relaciones sociales, y por lo tanto, de compromisos en cuanto a normas y valores sociales, tanto si la iniciativa corre a cargo del individuo como de la sociedad.

Una vejez con éxito sería la que consigue una progresiva desvinculación.

Un supuesto, pues, de esta teoría es que tanto el individuo como la sociedad se benefician: permite una transferencia ordenada de poderes entre generaciones, necesaria para mantener un orden social (funcionalismo) (Victor, 1994, p.30).

Evidentemente hay una desvinculación impuesta: jubilación, viudedad, salida de los hijos del hogar; pero también la hay en cualquier transición en el ciclo de la vida. Faltaría estudiar más profundamente las estrategias de sustitución y compensación por parte de los viejos (nuevas parejas, amigos o mayor intensidad en las redes sociales, nuevas actividades...).

Resultados obtenidos de los dos estudios longitudinales *Duke* confirman que los niveles de interacción social tienden a decrecer con la edad para la mayor parte de los viejos en muchos tipos de actividad, aunque no en todos. Pero hay una gran variedad en el nivel y tipo de actividades para cada grupo de edad y género. Incluso hay bastantes minorías de viejos que mantienen, cambian o incluso incrementan su actividad social a medida que envejecen.

En cuanto a las *redes sociales*, aunque algunos individuos específicos de la red de los viejos cambian, el número total de personas en esta red tiende a permanecer constante.

Así pues, la conclusión del estudio *Duke* respecto a la teoría de la desvinculación es que, si se entiende como un aislamiento social total o sustancial y como un aumento de inactividad, no se encontró evidencia de esto mas que en algún caso esporádico (Busse y Maddox, 1985, p.124).

La jubilación no parece tener efectos negativos, no parece incrementarse la enfermedad (física ni mental) ni se detecta relación con un incremento de mortalidad. Tampoco parece disminuir la satisfacción con la vida mayoritariamente (según resultados del estudio *Duke*). De los individuos que parecen relativamente desvinculados, los menos integrados parece que siguen el mismo patrón de su vida pasada.

Actividad, y no desvinculación, tiende a ser una predicción de mejor satisfacción, salud y longevidad (según el estudio *Duke*) (Busse y Maddox, 1985, p.125).

Una crítica interesante (Victor, 1994, p.31) dice que esta teoría ha sido usada para evitar la confrontación con el tema de la marginalidad de las personas viejas en la sociedad americana.

Las políticas para la vejez desde el gobierno (ej. jubilación en muchos países occidentales) tienen su base en esta teoría.

Kelly (1993) advierte de las lagunas al teorizar sobre desvinculación, como la de no explicar qué se entiende por vinculación (p.viii).

Lopata (1993) señala que el aislamiento social descrito en esta teoría por sus autores originales, Cumming y Henry, en 1961 es muy probable para las mujeres, porque nunca han sido socializadas para sustituir los miembros de sus redes sociales por nuevos, o para iniciar relaciones sociales en etapas avanzadas de la vida.

Cutler y Danigelis (1993, p.145-161) no encuentran en su investigación soporte para esta teoría, sobre todo para los viejos integrados en su comunidad, especialmente en las iglesias (estudios realizados desde 1984 a 1991 en USA).

Passuth y Bengtson (1988) reafirman la visión estructural funcionalista de la teoría, pero señalan el importante papel que ha desempeñado en la construcción de la teoría del envejecimiento (p.14-15).

Teoría de la actividad

Desarrollada por Havighurst en 1963 (Victor, 1994) y opuesta a la *teoría de la desvinculación social*, afirma que una vejez con éxito mantiene en lo posible las actividades desarrolladas de la mediana edad y que las relaciones sociales del individuo en la vejez permanecen estables.

Quadagno y Street (1996) aportan que los atributos esenciales de la personalidad fueron establecidos en etapas tempranas de la vida y que la vejez normal implica mantener las actividades, conductas y actitudes de la mediana edad por tanto tiempo como sea posible.

Así pues, el estado de viudedad y la jubilación, son vistos como factores negativos para una vejez satisfactoria. La evidencia empírica es contradictoria.

Passuth y Bengtson (1988) destacan otra afirmación de la teoría: con el fin de mantener un sensación positiva de sí mismos, los viejos han de sustituir los roles perdidos por otros nuevos (jubilación, viudedad, ...).

Las políticas sociales basadas en esta teoría apuntan a una integración del viejo como

miembro completo de la sociedad.

Palmore y Maeda (1985) confirman esta teoría con sus estudios en el Japón. Señalan que la actividad, la salud y la satisfacción son tres factores que se refuerzan mutuamente.

Kelly (1993) intenta renovar el conocimiento sobre la actividad de los ancianos, basándose en algunas corrientes de investigación sobre el tiempo libre y el envejecimiento. Para el autor el concepto actividad se refiere a lo que la gente hace; descarta el trabajo asalariado y las actividades para la manutención necesaria. Incluye estar solo y con otros, vinculado y desvinculado, excitado y relajado, espontáneo y organizado (p.vii-viii). Los múltiples significados de actividad son existenciales y sociales.

El autor señala que la posible reducción de actividad observada en la vejez, puede ser un intento de selección y búsqueda de eficacia, y no deseo de aislamiento (p.3).

En su concepción de la actividad en la vejez, Kelly expresa una conexión con la perspectiva del *curso de la vida*. En quién nos hemos convertido y en quién nos vamos a convertir, son elementos de lo que elegimos hacer como actores sociales (p.4).

Adams (1993) señala que aunque sabemos por sentido común que los viejos encuentran amigos en las actividades que realizan en su tiempo libre, los investigadores gerontólogos no han examinado qué hacen los viejos con sus amigos. Algunos estudios recientes comienzan a interesarse por los patrones que muestran los viejos respecto a sus relaciones.

Una descripción estructural de los contextos del tiempo libre de los ancianos, con gente o sin gente, un listado de los amigos con los que pasan el tiempo libre, medidas de la cantidad de interacción con cada amigo en cada actividad ... y las formas en que los viejos actuales y futuros *han sido socializados* respecto a los objetivos en el tiempo libre, nos llevarán a entender mejor el por qué los viejos tienden a participar en ciertas actividades con amigos más que en otras, y la variedad en los patrones de relaciones de los viejos y sus consecuencias (Adams, 1993, p.73-85).

Mannell (1993) dice que algunas actividades son mejores que otras. Las que parecen marcar la diferencia son las que implican *atención, compromiso y habilidad*, especialmente para aquellos que han dejado el espacio del trabajo y el estatus. Si esto se consigue, puede significar que la idea de jubilación es una oportunidad de sentirse ocupado en la clase de actividad más satisfactoria, en vez de estar cumpliendo con los requerimientos de un puesto de trabajo orientado hacia la productividad (el producto principal de las actividades de un tiempo libre serio es la persona) (p.125-145).

Freysinger (1993), apoyándose en numerosos trabajos de investigación, afirma que las actividades de tiempo libre tienen un papel importante en el bienestar psicológico y físico de los ancianos. Este autor comenta otra teoría que aporta explicación a la relación actividad-bienestar, *the Attribution Theory of Aging*: La satisfacción con la vida en la vejez está relacionada con la percepción de control del individuo. Son los sentimientos de adecuación y utilidad los que permitirán a las personas adaptarse a las etapas avanzadas de la vida. La actividad del tiempo libre es el contexto donde estos sentimientos se construyen (Freysinger, 1993, p.212).

Teoría de la Ambigüedad

Apuntando hacia la heterogeneidad y la desproblematización de la vejez, Plana i Arrasa (1991) realiza un estudio de la vejez resaltando dimensiones como la progresiva importancia social de la vejez, la aparición de nuevas formas de utilización del tiempo y la redefinición de las políticas dirigidas a este colectivo (prevención).

“... la homogeneització de les persones grans es una caracterització mancada de fonament doncs les diferències entre els individus pertanyents a aquest col·lectiu són tan notables, com les existents en els altres grups d’edat”
(Plana i Arrasa, 1991, p.22).

El autor subraya los nuevos análisis de la ancianidad basados en instrumentos teóricos que propugnan la no polarización de la vejez en términos de decrepitud utilizados en muchos casos hasta ahora. Para muchos viejos esta etapa es gratificante y no problemática.

También propone que, para entender el fenómeno de la ancianidad, se estudien aquellos aspectos que afectan a la vida de las personas: familia, salud, relaciones sociales e ideología dominante.

García (1995) propone una Teoría de la Ambigüedad, y presenta los antecedentes en Antropología. La Teoría de la Ambigüedad se opone a las teorías que realizan un intento homogeneizador y unidireccional (T. Modernización, T. Desvinculación, T. Actividad, etc.). Pero puntualiza que:

“La història personal de cada vell es particularitza segons les circumstàncies que l’envolten (això és el que hem volgut demostrar amb la investigació), de manera que el rol que desenvolupa l’ancià en la seva societat i les actituds que es prenen envers la seva persona també diferiran d’un individu a un altre. ..., ara bé, la imatge preponderant, la imatge negativa es sustentará per sobre de les demés. Per què? Perquè hi ha tot un procés gradual de segregació de l’ancià que es sustenta en una idea de contaminació.

Hom no vol arribar a formar part d'aquest grup d'edat que porta cap un camí sense retorn malgrat que aquest camí sigui més o menys planer. Hom no vol tenir-hi massa contacte per no ser contaminat. Hom intenta disfressar aquest moment retornant-lo a un altre grup d'edat que es troba lluny de la mort, els joves. La disfressa del vell com a jove amaga la veritat. El vell no se sent vell i no vol ser vist com a tal” (García, 1995, p.144).

Teoría del desarrollo del ser humano

Los fracasos de las teorías anteriores (*desvinculación y actividad*) han servido para que los investigadores buscaran en la vida pasada del individuo, afirmando que era la única forma de entender la vejez.

Estos estudios afirman que la vejez es la suma de la vida del individuo y que la vejez satisfactoria es la que *se adapta* a los cambios típicos (jubilación, viudedad, cambio de la posición que ocupaba en la familia, muerte de amigos...). Esto es innovador porque ofrece diferentes posibilidades de tener una vejez satisfactoria, no un camino único como en las teorías anteriores.

Teorías generales como ésta ofrecen a los investigadores de la vejez una forma de observar la adaptación de los individuos en las últimas etapas de su vida. El problema principal es su alto nivel de abstracción (Victor, 1994).

Teoría de la continuidad

Si la *teoría del desarrollo* ha sido defendida por psicólogos, la de la continuidad ha sido construida sobre tradiciones sociológicas (Victor, 1994).

Se afirma que los ciclos de la vida tienen patrones en los que se observa una continuidad de una fase a otra. El individuo tiende a presentar estabilidad en el estilo de vida que va desarrollando durante su vida. En la vejez, pues, se tenderá a conservar los hábitos, preferencias y estilos de vida que se tuvieron antes.

Esta teoría es confirmada por *The Duke Longitudinal Studies*, en cuanto a los casos encontrados —pocos— de viejos mal integrados en una red de relaciones sociales; parece ser que en su vida pasada ya permanecían relativamente aislados (Busse y Maddox, 1985, p.126).

Pero se le cuestiona que tanto la jubilación, la viudedad o la salida del hogar de los hijos, no tiene un patrón anterior que repetir. Dada la variedad de adaptación que estos hechos permiten, también se convierte en una teoría con pocas posibilidades de contrastación

empírica; cada patrón de adaptación de un individuo constituye un caso para estudio.

Atchley (1993, p.5-16) destaca varios aspectos de esta teoría:

- *Evolucionista, en cuanto que asume que los patrones de ideas y habilidades, que los individuos usan para adaptarse y actuar, se desarrollan y persisten a lo largo del tiempo. Se asume también que los individuos juegan una parte activa en su propio desarrollo.*
- *Construccionista; asume que la gente, en respuesta a sus experiencias, desarrolla activamente constructos personales individuales. También afirma que nuestros constructos personales están fuertemente influidos por las construcciones sociales de la realidad que aprendemos de otros y de los medios de comunicación.*

No es una teoría que describa una vejez con éxito (como las de desvinculación y actividad). Un énfasis rígido en la continuidad puede interferir con una adaptación adecuada al envejecimiento.

Atchley expone dos clases de continuidad, externa e interna, y afirma que la continuidad de patrones de actividad es un fin deseable por sí mismo, porque la continuidad externa es una manera útil de minimizar los efectos negativos del envejecimiento mental y físico, de facilitar la toma de decisiones sobre actividades y de encajar en las expectativas que los otros tienen de nosotros.

Lawton (1993, p.38-39) resalta la dialéctica entre *familiaridad* y *novedad* que se observa en los viejos. El envejecimiento biológico y los cambios tecnológico y social pueden desviar el punto de equilibrio más y más hacia el punto de familiaridad.

Kelly (1993) dice que el contexto del envejecimiento es de continuidad y que a pesar de la existencia de viejos que se trasladan a nuevos ambientes y se adaptan, la mayoría envejece en su lugar de origen y muestra más continuidad que cambio (p.119-120).

Interaccionismo simbólico

A través del lenguaje los individuos pueden ser movidos para actuar por estímulos simbólicos y físicos. La mayoría de la conducta adulta se aprende a través de la comunicación simbólica con otros, en vez de mediante la prueba y el error.

Esta teoría enfatiza los procesos dinámicos y significativos de interacción social. Desde esta perspectiva los individuos desarrollan un concepto de sí mismos a través de la interpretación de las respuestas de los otros a su conducta. Para entender cómo los demás ven nuestra conducta, los individuos se ponen *en lugar del otro* (Passuth y Bengtson, 1988, p.18-19).

El orden social se va formando sobre los significados compartidos que se desarrollan a medida que transcurre la interacción.

Los autores dicen que las teorías de la actividad ... y de la subcultura del envejecimiento están influenciadas por el interaccionismo simbólico. Esta perspectiva ayuda a entender la función que el ritual desempeña en la vejez.

Para Myerhoff (1984) el ritual es una forma que tiene la cultura de presentarse a sí misma (p.320). Permite a los viejos, en particular, recordar a otros su pasado y evidenciar la continuidad de su existencia y su honor.

La importancia del ritual en la vejez la concede su potencial persuasivo, en un momento en el que se necesita una verificación física, pruebas de su aún existente vitalidad, en un momento también en el que una clara distinción entre soñar y andar puede haberse vuelto borrosa (p.320).

En resumen, la participación de los viejos en rituales dá la experiencia sensorial de estar aún vivo.

La teoría del etiquetaje (labeling theory)

Deriva del *interaccionismo simbólico*. En una sociedad de la juventud y la salud, la vejez es etiquetada como condición desviada. La conducta de los viejos es vista como fuertemente dependiente de las reacciones de las personas significativas para el viejo.

La aceptación por parte del viejo de la etiqueta de dependiente, le lleva a un círculo vicioso, por el que aprende a actuar como se supone que debe hacerlo, perdiendo así habilidades, confianza e independencia.

Esta teoría no se confirma en los resultados de *The Duke longitudinal studies*, aunque se reconoce que en la muestra no está proporcionalmente representada la clase socioeconómica más baja; la clase trabajadora y media —que constituye la mayoría del estudio— evidencian un perfil favorable que no coincide con los estereotipos de viejos indefensos que perdura en USA (Busse y Maddox, 1985, p.129).

Otro estereotipo que necesita ser evidenciado para entender la heterogeneidad de la vejez es el del género. Freysinger (1993, p.224) describe el género como un rol que aprendemos a representar siguiendo modelos (padres, maestros, propaganda) y esto sucede debido a las normas y sanciones sociales. Las desigualdades del género pueden ser eliminadas tomando

medidas que rompan los estereotipos y redefinan los roles.

Aunque tampoco nombra específicamente a la vejez, Juliano (1995) señala que la falta de reconocimiento de la existencia de *las subculturas* tiene como consecuencia lógica el desplazamiento de su tratamiento, a nivel teórico, al área de lo patológico, o su criminalización.

Aunque Romaní (1996) no une en su artículo *la desviación* con la etiqueta que la sociedad pone a la vejez (condición desviada), creo que sus enunciados sugieren algunas hipótesis en esta dirección.

El autor dice que, en algunas situaciones, los observadores no sólo *observan* los *mal-comportamientos* sino que pueden instigarlos para sacar provecho de ellos. Aunque la vejez no es un comportamiento sino una condición, y este planteamiento podía no ser aplicable, sí que lo son algunos de los aspectos que el autor presenta del sentido de la desviación:

- “1) *La promoción o ‘disfrute’ de la desviación por parte del público*
- 2) *su papel en los procesos de cambio cultural*
- 3) *la creación de desviación como medio para fortalecer la solidaridad social*
- 4) *la invención de la desviación como recurso político para obligar a la conformidad”* (p.312).

Teoría del intercambio

Añade concreción al *interaccionismo simbólico*, proporcionando explicación detallada del por qué los individuos se comportan de una forma u otra en determinadas situaciones.

Tiene su origen en el trabajo antropológico de Mauss en 1954 (Victor, 1994, p.36), aunque el intercambio en las relaciones de los viejos ya fue reconocido desde el trabajo de Simmons en 1945, que mantiene que la habilidad de los viejos para mantener relaciones recíprocas era la clave para mantener su estatus. Pero como teoría específica de *intercambio social de la vejez*, no fue lanzada hasta principios de los 80 por Dowd. (Victor, 1994, p. 36) Este autor interpreta la interacción entre grupos o individuos como un intento de maximizar recompensas y minimizar costes. Se mantiene sólo si es provechosa para los participantes. El poder se deriva del desequilibrio del intercambio, cuando, por ejemplo, un actor valora la recompensa que gana en la interacción más que el otro. Así, un participante alcanza el poder mediante la inhabilidad del otro para devolver un equivalente de lo que recibe.

Esta teoría rechaza la noción funcionalista de reciprocidad entre individuo y sociedad y demanda un análisis explícito de ambos lados en cada transacción social para determinar

quien se beneficia más y por qué.

Amoss y Harrell (1981) presentan una aproximación al estudio de la vejez bajo la perspectiva de costes/beneficios.

Cuando la población activa no genera los recursos suficientes para cubrir las necesidades del grupo, pueden aparecer problemas entre los grupos productivos y dependientes. Esto se ve reflejado en los intentos de aumentar el poder político que muestran grupos como *Gray Panthers*, Asociaciones de retirados (profesores, *Senior Citizens*, ...) (Eisdorfer, 1981, p.xvi).

Passuth y Bengtson (1988) señalan que esta teoría añade una nueva dimensión a los estudios de vejez en cuanto que se centra en las interacciones inmediatas entre los viejos y otros grupos de edad. Pero le ven la limitación de su excesiva racionalidad. Por ejemplo, se intenta redefinir entidades no racionales, como el amor, estrictamente en términos económicos y de conducta. También le critican que no tiene en cuenta la *calidad* de las relaciones, solo la *cantidad* (p.18).

Antonucci y Jackson (1989, p.83-95) analizan los resultados de una investigación antropológica realizada en USA en 1981 por Wentowski a cerca de la reciprocidad. Estos muestran la fortaleza de la norma de reciprocidad, aunque variaba dependiendo de la naturaleza de la relación, la duración y función. Por ejemplo, los parientes cercanos tenían relaciones largas y fuertes. Mientras que en las relaciones familiares había una confianza por ambas partes de que continuarían los intercambios, las relaciones no tan permanentes requerían una compensación a muy corto plazo.

Estos autores destacan que algunos teóricos están tomando seriamente el potencial de este enfoque, reconsiderando las interacciones de apoyo y las redes sociales dentro del contexto de la teoría de intercambio social. La hipótesis que lanzan estos autores afirma que a medida que el individuo evoluciona y madura, experimenta una serie continua de intercambios con personas significativas para él o ella. Estos autores utilizan la expresión *Social Support Bank*, la cual sugiere que los individuos fiscalizan continuamente sus intercambios de apoyo y son siempre conscientes de lo que les dan y de lo que dan.

Esto puede ser considerado como una cuenta de ahorro, un intento del individuo de desarrollar una reserva de apoyo para cuando se necesite. Las personas intentan mantener, como mínimo, un equilibrio entre haber/deber.

También supone una garantía de seguir manteniendo relaciones sociales.

The Support Bank Concept describe un proceso psicológico, que puede o no corresponder con la apreciación del observador.

Los autores refieren, entre otros, al estudio *Social Support of the Elderly* como proveedor de información nacional abundante (USA) sobre las redes sociales y de apoyo social de hombres y mujeres desde 50 años de edad en 1980. En este estudio se trabajó para obtener información detallada sobre el intercambio de 6 tipos específicos de apoyo social. Después de que los individuos investigados describieron su red de apoyo social, se les pidió que nombraran a la gente que les daba o a quien daban la siguiente clase de apoyo: Confianza, seguridad o tranquilidad, respeto, cuidados cuando se está enfermo, hablar cuando se está triste o disgustado y hablar sobre problemas de salud.

Aunque no es la única posición apoyada por datos empíricos, los autores han observado que los viejos pueden reducir voluntariamente el número de miembros de su red social que les prestan apoyo (p.88).

Respecto a las diferencias en género, tanto para mujeres como hombres, el dar más que uno recibe se relaciona positivamente con felicidad, aunque en la literatura sobre apoyo se sugiere que las mujeres tienen redes más grandes que los hombres y que ellas reciben y dan más apoyo. Pero sólo la reciprocidad sobresalió como un predictor significativo de felicidad en estudios realizados por Antonucci en 1985 y 1987.

Se sugiere que se consideren la noción de intercambio social, particularmente la reciprocidad, en el marco del curso de la vida.

Los autores concluyen explicitando el supuesto del que han partido: la vejez con éxito es predecible basándose en la recepción y entrega de soporte social. También destacan que el modelo *the Social Support Bank* que presentan puede resolver muchas de las ambigüedades de la literatura sobre vejez.

Teoría de estratificación social

Los individuos de diferentes edades se comportan de manera diferente, tienen diferentes habilidades, mantienen diferentes valores y pueden estar motivados por diferentes actitudes (Victor, 1994, p.40). Esta afirmación se refleja también en *The Duke Longitudinal Studies* (Busse y Maddox, 1985, p.127).

La existencia de normas que adscriben roles a las diferentes edades es probablemente universal; pero cada cultura y cada época difiere en cuanto a la naturaleza de estas normas y,

además, estas normas varían según la clase social, género o etnicidad, dentro de la misma cultura.

Esta aproximación permite al investigador de la ancianidad observar las relaciones entre los diferentes grupos.

Foner (1984) compara esta teoría con la de la modernización, remarcando que la teoría de estratificación nos recuerda el potencial de cambio que existe en todas las sociedades y la influencia que los individuos ejercen en los cambios, frente al modelo estático de la teoría de la modernización.

Teoría de la Marginación

García describe la *automarginación* como una marginación que no se crea sólo el anciano, sino que también le viene dada desde el exterior, a través de diversas presiones de imagen, pero que él podría evitar si utilizara el control socioeconómico de que dispone (García, 1995, p.385).

La permanencia de algunos mitos sobre la vejez a pesar de su inadecuación, es analizada por Fernandez-Ballesteros (1992); García (1995); y Bazo (1992).

Díaz y Romaní (1989) diferencian los conceptos de marginación y marginalidad:

“Marginació seria, com hem vist, aquella situació, determinada estructuralment, que hom pateix de falta de recursos a tots nivells, situació que ha estat profundament interioritzada, i que no es pot modificar individualment.

Marginalitat, en canvi, implicaria una connotació opcional. Es referiria a aquelles situacions en què els protagonistes són capaços d’elaborar culturalment la seva situació marginal, sigui aquesta més o menys <<obligada>> estructuralment.” (p.64)

Del estudio de Romaní (1996) sobre la desviación destacan, en relación con mi trabajo, los siguientes puntos:

- La desviación tendrá que pasar una serie de barreras sociales. Si es aceptada, se convierte en una innovación, mientras que su rechazo puede convertirla en marginación.
- La estigmatización es un momento clave en los procesos de marginación provenientes de diferentes tipos de desviaciones.
- Las graves dificultades de acceso a los recursos más normalizados de la sociedad, con los que se tienen que enfrentar ciertos individuos y grupos sociales, *se enmascaran con la*

atribución de una serie de caracteres negativos, sea a los individuos, sea a su grupo de pertenencia.

- Algunas de las aportaciones antropológicas teóricamente más útiles para el estudio de la desviación vienen de la antropología simbólica, sobre todo por lo que se refiere a los elementos cognitivos que se manejan en los procesos de marginación.

San Román (1991, p.151-158) sitúa la teoría de la marginación social en una etapa precientífica, porque se han estudiado situaciones marginales aisladas en sí mismas.

La hipótesis general que se ha de poner a prueba es:

“... la esencia de lo que tipificamos como marginación se produce en situaciones de competencia en las que existen posibilidades objetivas de que se resuelvan en la suplantación de uno de los competidores por el otro, de forma que consiste socialmente en la exclusión del marginado de los espacios sociales, del acceso institucionalizado a los recursos comunes o públicos, de forma que ese acceso es no-pautado, menor, limitado temporalmente y dependiente.” (p.152)

En el proceso de marginación, la posición marginal puede contener aspectos adaptativos; tendría que ser sopesada frente a las demás soluciones adaptativas si las hay.

De los enunciados de la autora se extraen varias hipótesis derivadas:

“...este proceso de marginación produce, se acompaña y se alimenta de una formación ideológica que da racionalidad y justifica la exclusión” (estereotipos).

“...la marginalidad, por su dificultad de acceso institucionalizado a los recursos y derechos comunes y a tomar decisiones con eficacia, tiende a producir el alejamiento de las normas y usos de relación comunes, dando lugar en distintos casos y condiciones a contravención de las normas o a abandono de los usos” (San Roman, 1991, p.153-154).

El proceso marginal se realiza en cada individuo por separado, según sea su clase, su cultura, su estatus, su personalidad, su participación en la historia colectiva y su historia personal. Estos factores juegan más libremente en el proceso marginal del anciano que en el del grupo étnico, en el que el individuo se encuentra sumergido desde que nace. Partiendo de estos planteamientos, San Román aborda el estudio de la ancianidad

El proyecto de la autora en los estudios de ancianidad consiste en examinar tanto la definición cultural de la ancianidad como la posición de los ancianos, ambas desde la hipótesis general de la marginación antes mencionada.

Palmore y Whittington en 1971 proponen la perspectiva de la vejez como grupo minoritario (no en cuanto a número sino en cuanto a posición marginal de la vejez frente a la sociedad como un todo) basándose en los estereotipos negativos de la vejez (Victor, 1994, p.38).

Esta proposición ha sido criticada por no ser generalizable porque hay viejos ricos y poderosos (por ejemplo). En mi opinión es una crítica débil, ya que este criterio sería aplicable a cualquier grupo probadamente marginal.

Markides y Black (1996) exponen la hipótesis *double jeopardy*, que básicamente sugiere que el envejecimiento tiene grandes consecuencias negativas para los miembros de grupos minoritarios en desventaja, los cuales deben enfrentarse tanto a la carga de hacerse viejo como a las asociadas con el estatus de grupo minoritario (p.154).

Una hipótesis opuesta a la anterior es la que presenta la edad como elemento nivelador; sugiere que las diferencias entre grupos minoritarios y la mayoría puede disminuir en la vejez, porque *todos* los viejos están sujetos a declives y a otras fuerzas que afectan a todas las etnias (ej. enfrentarse a la muerte afecta a todos) (Markides y Black, 1996, p.155).

Passuth y Bengtson (1988, p.20) exponen la teoría que sostiene que en la sociedad americana (supongo que se refieren a USA) los viejos están desarrollando su propia subcultura. Esto se debe a la exclusión de los viejos de la interacción con otros grupos de edad y al aumento de la interacción entre ellos como consecuencia de las leyes de segregación por la edad (ej. jubilación) y de sus intereses y creencias comunes (ej. cuidados de salud).

También se afirma que la subcultura de los viejos supera otras diferencias de estatus (género, raza, clase social), en cuanto que los viejos desarrollan una identidad de grupo (p.20).

Fernandez-Ballesteros (1992) aporta, analizando las teorías de la vejez, que en estos estudios se evidencia una marcada desigualdad social que hace que las personas mayores estén en franca desventaja respecto a otros grupos. El término de *edadismo* (*ageism*) denota esta forma social de discriminación de la personas mayores (p.13-14).

Vincent (1995) dice que la desigualdad implica un juicio moral, una evaluación de una diferenciación social como mejor o peor. Propone considerar la desigualdad sobre la base de la perspectiva del curso de la vida, para entender la relación entre clase, raza, género y edad como desigualdades producidas por procesos históricos comunes (p.1-13).

Fons (1995, p.107) resalta la relación marginalidad/edad en su estudio de inmigrantes procedentes de Guinea Ecuatorial. Dice así:

“El emigrante que no pertenece a esta etapa de la ancianidad puede tener más posibilidades de evitar el proceso de suplantación, de marginación.”

Freysinger (1993, p.214) se sirve de una forma peculiar para analizar la desigualdad, basada en qué se les permite hacer a los individuos con su tiempo libre, dependiendo de su dinero, tiempo, habilidades y oportunidades. Se presenta como un asunto de poder, y el poder depende de la edad, género, raza y clase social. Este poder es perpetuado en la forma de disfrutar del tiempo libre. La intersección entre estos factores es crucial para entender salud, bienestar y las oportunidades y recursos para el tiempo libre en la vejez.

Un trabajo original sobre las diferentes consecuencias y adaptaciones que el *ageism* tiene en hombres y mujeres es el realizado por Gerike (1990). Describe las presiones sexuales, sociales y económicas que llevan a las mujeres a teñirse el pelo cuando comienza a blanquear, y a negar la edad. La autora comenta que estas actitudes están empezando a cambiar lentamente y destaca las ventajas políticas y personales de este cambio (p.155-163).

Laslett (1996) dice que en las últimas dos décadas ha aumentado considerablemente el grupo de jubilados (incluso a edades tempranas), y que socialmente se considera que este grupo ocupa un espacio en el limbo, lugar para las cosas olvidadas o que nadie quiere. Frente a esta situación propone la *Teoría General de la Tercera Edad*. Esta teoría afirma que la culminación y máxima satisfacción del curso de vida de los humanos, no se para en la segunda edad. Hay que distinguir claramente la tercera de la cuarta edad, cualquier tendencia a unir las enmascarará una realidad crucial.

Teoría del curso de la vida. Evolución.

A través del concepto del ciclo de la vida la vejez es vista como una progresión, desde la infancia a la ancianidad. Y esta secuencia es determinada por la interacción de los factores biológicos y socio-culturales.

El contexto intelectual en el que se sitúa la investigación científica del *Duke Longitudinal Studies* ya centró en 1955 el entendimiento del proceso del envejecimiento humano en la interacción persona/ambiente (Busse y Maddox, 1985).

En los años 70 crece el interés por las transiciones relacionadas con la edad y los eventos de la vida.

Kertzer y Keith (1984) citan las cuatro premisas que Riley en 1929 identificó en la perspectiva del curso de la vida:

- “1. *El envejecimiento es un proceso que dura toda la vida.*
2. *El envejecimiento consiste en los procesos biológico, psicológico y social, los cuales interactúan entre ellos durante el curso de la vida.*
3. *El patrón de vida de cualquier persona, o cohorte, es afectado por los cambios sociales y ambientales.*
4. *Nuevos patrones de envejecimiento pueden provocar, a su vez, cambio social”* (Kertzer y Keith, 1984, p.25, traducido).

Passuth y Bengtson (1988) dicen que este enfoque ha sido influenciado por el modelo de estratificación. Señalan que no es una teoría *per se*, sino un marco teórico conceptual para guiar la investigación y analizar los datos. Citan una propuesta que enfatiza tres puntos en la investigación bajo la perspectiva del curso de la vida: el estudio de los momentos de transición (ej. final de escuela, matrimonio, mili, trabajo, ...), el análisis de las normas de edad, y el estudio de las percepciones de vejez (ej. a qué edad se es de mediana edad ...) (p.17-18).

Vincent (1995) dice que es útil referirse al aspecto individual del curso de la vida como *historia de vida*. Recomienda la utilización de esta perspectiva para entender el estilo de vida de los viejos y los procesos que llevan a situaciones de desigualdad. Señala la influencia del capitalismo sobre desigualdad en la vejez.

A la pregunta de si los viejos son pobres porque lo fueron en su pasado o porque la vejez está marginada respecto al proceso central productivo, Vincent dice que probablemente las dos perspectivas no sean incompatibles (p.120).

Fry (1996) subraya que *el curso de la vida* es sólo un modelo del envejecimiento y que funciona bastante bien en estados-naciones industrializados con salarios y fertilidad reducida, porque las reglas que se establecen para entrar y salir del mercado laboral marcan la forma cómo la gente organiza sus vidas (p.121).

Uhlenberg y Miner (1996) destacan la utilidad de esta perspectiva en estudios de aculturación y sucesión étnica. En cuanto a los estudios de vejez, también la ve útil porque las múltiples fuerzas que moldean la experiencia del envejecimiento pueden cambiar a través de las cohortes (p.223).

Para O’Rand (1996) la perspectiva del curso de la vida permite la consideración de la historia entre procesos demográficos dirigidos por las decisiones y conductas agrupadas a nivel individual, y los procesos estructurales (institucionales) e históricos que funcionan

amoldando y dirigiendo la conducta del individuo.

Moen (1996) considera que hay tres temas del curso de la vida que son relevantes para cualquier análisis del proceso de envejecimiento por géneros:

“Taking into account timing, process, and context, the study of aging and gender from a life-course perspective becomes an investigation of pathways, of the connections between different phases of life, and how circumstances in early adulthood may affect health and social integration later in life.” (p.177)

El autor dice que las mujeres experimentan, tal vez, mayor heterogeneidad en su segunda mitad de la vida que los hombres.

Laslett (1996) presenta una nueva división del curso de la vida. No cabe la rigidez. Si la tercera edad se identifica con el apogeo de la vida, (cuando uno consigue lo máximo) y la segunda con el ahorro, la madurez y el ejercicio de responsabilidades, ambas edades pueden darse a la vez. Cualquiera que, al mismo tiempo que ahorra y mantiene una familia, tiene su mejor empleo y se siente realizado, está en las dos edades (p.5). Los artistas son el mejor ejemplo. Un atleta tiene que conseguir su mejor momento durante la primera edad (la que se identifica con dependencia, socialización, inmadurez y educación) y vivir parte de la tercera entonces.

El autor hace varias referencias al *Carnegie Study* (con ironía muchas veces). Critica que bajo este enfoque la tercera edad es estrictamente un periodo de años vividos de los 50 a los 75, no importa si el individuo se ha jubilado o no. Laslett lo considera inaceptable (p.268).

Las cohortes

El deterioro físico, la sensación de cercanía de la muerte más palpable, la presión social en dirección a la marginación ... son algunas de las características que convierte la vejez en una cohorte, aunque, como destacan algunos autores (Riley, 1992, p. xi), sin caer en el error de definir la ancianidad en general.

La idea de la estratificación de la sociedad por edades como una aproximación útil para su estudio comienza a vislumbrarse como inseparable de una comprensión profunda de la vejez en los años 70 (Busse y Maddox, 1985, p.121). El entendimiento de la sociedad como una sucesión de cohortes de edad en la que los factores psicobiológicos y culturales interaccionan dinámicamente ayudó a identificar los diversos componentes del proceso de envejecimiento en la investigación científica social.

Para los autores, este concepto dinámico de cohortes es útil para evidenciar la diversidad y complejidad de los componentes sociales, frente a los prejuicios y discriminaciones de la edad que llevan a la percepción en nuestra sociedad de que la gente mayor constituye un grupo minoritario desfavorecido. Aunque puede que realmente sea así, el concepto de cohortes recuerda que las percepciones y distribución de los recursos puede cambiar con el tiempo. Las generalizaciones que son válidas para una cohorte de ancianos, pueden no serlo para cohortes futuras, porque diferentes sociedades, e incluso una misma con el paso del tiempo, pueden desarrollar reglas distintas para repartir los roles y los recursos por edades (p.122).

Foner (1984) advierte que a veces se utiliza el término *generación* en vez de cohorte; el autor prefiere el término cohorte para designar a la gente que nace al mismo tiempo y añade la sugerencia de Kertzer de que se use *generación* sólo en su sentido genealógico, relacionado con el parentesco (p.205). Debido al cambio social, cada cohorte tiene una experiencia original en el curso de la vida, por eso, cuando estudiemos los efectos del cambio social en los viejos (o los jóvenes) en una sociedad, es esencial saber qué cohorte de este grupo estamos considerando, con todas sus características originales (p.205-206).

Los miembros de las cohortes pueden modelar el curso del cambio a medida que experimentan y responden a los acontecimientos. El hecho de que cohortes sucesivas sean de tamaño y composición variables también puede contribuir al cambio (p.209).

Vincent (1995) distingue el término cohorte de los otros por el sello distintivo de que sus miembros, por compartir fechas similares de nacimiento, han vivido un conjunto de experiencias únicas que les dan un curso de vida similar, como presumiblemente, percepciones del mundo similares y hasta cierto punto una sensación de identidad común (p.7-8).

Moragas (1991) cita una interesante aclaración:

“... las cohortes que han experimentado los mismos acontecimientos importantes comparten una conciencia subjetiva similar, superior en identificación a la que poseen los que forman parte de una cohorte cronológica, quienes sólo comparten una fecha de nacimiento” (p.108-109).

Para Moragas son miembros de una misma cohorte los nacidos en un ámbito de uno a cinco años (p.22).

Del estudio presentado por Uhlenberg y Miner (1996) destaco los siguientes puntos:

...el intervalo de cohorte (1 año, 5 años, ...) probablemente debe ser establecido por un razonamiento del investigador (p.210).

...cada cohorte puede dividirse en múltiples subcohortes, que experimenten patrones diferentes en el transcurso de su vida (p.216).

En un análisis de las diferencias de las cohortes y sus consecuencias en cuanto al *desarrollo de habilidades*, Schaie (1990) señala que tanto los cambios positivos como los negativos en el desempeño de habilidades en las sucesivas cohortes afectarán el grado de desventaja con que los viejos serán percibidos. Concluye sugiriendo que la optimización de la función cognitiva en la vejez puede implicar un mantenimiento selectivo de algunas habilidades y no de otras (p.114).

La gente desarrolla una noción de estados deseables o posibles y, basándose en sus experiencias y las de los otros respecto a estos estados óptimos, concluyen que están en buenas o malas condiciones. Por lo tanto, para entender las diferencias en el bienestar subjetivo de diferentes grupos de edad es esencial considerar el contexto histórico en que los individuos han desarrollado su definición de *buena vida*. Así, los viejos, recordando que sus padres o abuelos no tenían ni cuarto de baño en las casas, serán propensos a estar satisfechos con estas *innovaciones*, incluso si son modestas (Keith et al., 1994, p.110-111).

3.2 Teorías en las que se ubica el estudio

Dada la complejidad del estudio de la vejez, no me resulta útil centrarme sólo en una teoría. A pesar del peligro de un abordaje ecléctico, utilizo aspectos de diferentes puntos de vista revisados.

Puesto que realicé la revisión bibliográfica en la producción literaria de varias disciplinas (ver Estado de la Cuestión), supongo que para comenzar a describir cuál es el marco teórico de este estudio he de explicar por qué lo incluyo en la disciplina antropológica.

Un trabajo multidisciplinar refuerza el *carácter global* de la Antropología, ya que aporta la visión de otras áreas de estudio especializadas en las diferentes dimensiones de un fenómeno; en este caso, al tratarse de un proceso humano, el envejecimiento, contribuye al conocimiento de la naturaleza humana.

Además, la estrategia metodológica utilizada (contrastación de barrios opuestos, historias de vida, observación participante) sitúa de lleno mi trabajo en el campo de la Antropología.

Para exponer dónde ubico mi trabajo a nivel teórico, he escogido una clasificación de *teorías en el campo de la vejez* de las varias que aparecen en la literatura. No he seguido un criterio específico para esta elección, sólo me he guiado por el mayor grado de profundidad. Los orígenes disciplinarios del autor de esta tipología (Marshall, 1996) están en la Sociología.

Se parte de dos niveles de análisis que constituyen los extremos de un continuum:

- *MACRO LEVEL*: Interés por la estructura social.
- *MICRO LEVEL*.: Interés por el individuo solo o en interacción social.
- *LINKING LEVEL*: Une los dos anteriores.

Desde estos niveles se adoptan perspectivas de investigación diferentes:

- *NORMATIVA*: Consta de dos ideas. Una que afirma que *la interacción está gobernada por las normas*. (las normas de la sociedad determinan la conducta individual). La otra se adhiere a *su carácter esencialmente deductivo en la forma*, siguiendo la metodología de las ciencias naturales. Representantes de esta perspectiva en ciencias sociales son Durkheim, Malinowski y Parson (funcionalismo estructural).

- *INTERPRETATIVA*: En el otro extremo, la perspectiva interpretativa señala que la gente construye las normas y las usa, pero no se adhiere automáticamente a ellas. No comparte la exclusividad del uso de la deducción en las explicaciones de las ciencias sociales,

ya que se busca un entendimiento interpretado de la conducta y no necesariamente la predicción.

- *BRIDGING*: es el intermedio entre las perspectivas normativa e interpretativa.

Individual-Society Assumption

<i>Level of analysis</i>	NORMATIVE	BRIDGING	INTERPRETIVE
MACRO	structuralism, modernization and aging theory	interest group theory institutional theory	political economy
LINKING	disengagement and activity theory, “birth and fortune” thesis, age stratification perspective	life course perspective, feminist theories	critical theory, symbolic interactionism and phenomenology, cultural anthropology
MICRO	role theory, developmental theory, conventional economic and rational choice theory	exchange theory	self and identity theories (continuity theory; career/status passage; dramaturgical)

A classification of social science theories in the field of aging.

Esta tesis pretende situarse en la celda *Linking-Bridging*, desde *the life course perspective*.

Mi elección se basa en *los supuestos* de los que parto (3.4) sobre la naturaleza humana, la naturaleza de la sociedad y sobre cómo la gente se integra en la sociedad.

Parto de una visión de interacción entre individuo/sociedad, entendiendo que es imposible separar los aspectos biológicos y culturales del ser humano (Fry, 1996, p.117). Comparto con Estes, Linkins y Binney (1996) el peligro que supone la tendencia de tomar al individuo como la unidad de análisis principal, en tratar y examinar tanto el género, la clase social,... como atributos individuales y como mediadores sociales de la experiencia de envejecer, en vez de como fenómenos sociales o estructurales.

Al reducir los problemas de la vejez a nivel individual (Estes, Linkins y Binney, 1996, p.351) se carga cualquier responsabilidad al individuo y no al estado. Así, los problemas que fluyen del nivel estructural como, por ejemplo, las desigualdades en la distribución y acceso a los recursos, pueden ser ignorados.

Pero no creo que deba descartarse la visión resultante de tomar al individuo como unidad de análisis principal (Micro level), en algunas ocasiones puede servir para entender mejor los efectos de los fenómenos sociales. Cada perspectiva ayuda a conocer la realidad, se trata de elegir una estrategia de investigación, un orden de análisis que ofrezca una explicación profunda, que refleje la flexibilidad y el cambio continuo que caracterizan la relación entre los

fenómenos de la naturaleza.

Así pues, describiré, a grandes rasgos, las influencias de este trabajo.

La *teoría de la modernización* aporta a mi estudio la idea de *abismo generacional* (Harris, 1990) cuyas consecuencias llevan a la pérdida de los roles esperados.

Las teorías de la *desvinculación social* y de la *actividad* están reflejadas en los supuestos.

La *Teoría de la Ambigüedad* respecto a la vejez ayuda en la búsqueda de las generalizaciones, estableciendo límites. También es útil en la etapa inicial, cuando se describe la variable vejez y los factores que influyen sobre ella, reflejando la diversidad en la proporcionalidad de cada influencia.

Como fuente de influencia en los supuestos implícitos de este trabajo está la teoría de las *Necesidades Humanas* de Maslow.

“Diversos factores afectan a las capacidades de los individuos para satisfacer sus necesidades y entre ellos se encuentran la enfermedad, las relaciones significativas, el auto-concepto y la etapa de desarrollo.” (Kozier, Erb y Olivieri, 1993, p.74)

La teoría de la *continuidad* es una fuerte base para mi estudio, aunque me inclino por el enfoque expuesto como *teoría del ciclo de la vida* por algunos autores, porque no se centra en los patrones que tiende a repetir el individuo a lo largo de su vida, sino que señala la acumulación de experiencias como punto de mira para entender decisiones o conductas en la vejez.

Me baso en el *interaccionismo simbólico* en cuanto que aportó, como producto de mis observaciones, las creencias y valores dominantes en esta cultura, información que utilizo más tarde en el análisis de los datos y en las conclusiones para desvelar el significado de ciertas decisiones de los individuos. Utilizo, como extensión de esta, las afirmaciones de la *teoría del etiquetaje*.

La *teoría del intercambio* está presente en el proceso de recolección de datos, aunque dado el alto grado de independencia de los individuos de la muestra, no se aportan datos significativos.

La propuesta de San Román (1990) de estudiar la vejez desde la perspectiva de la *marginación* puede encontrar en el análisis de cohortes y subcohortes en el curso de la vida muchas respuestas:

¿Aumenta la proporción de personas pobres a medida que una cohorte entra en la etapa de vejez? Y, si es así ¿cómo sucede esto?, o ¿sucede lo mismo con el apoyo requerido por un deterioro de la salud?, o ¿qué sucede con la disponibilidad de apoyo social en la vejez? La *teoría de la estratificación social* y la del *interaccionismo simbólico* son esenciales para comprender la *teoría de la marginación*.

La marginación es una evidencia de los fallos (errores) de funcionalidad del sistema donde se da; incluso para algunos autores es una consecuencia de la base conceptual capitalista de dicho sistema.

Por medio del estudio de la marginación se puede llegar al conocimiento de las estrategias que utilizan o aprueban los grupos de poder (hegemónicos) de una sociedad para mantener el orden social de elección. Pero también podemos llegar a evaluar la *proporción de control* que los grupos no hegemónicos (marginados y no marginados) tienen sobre las decisiones de los grupos hegemónicos.

Mi estudio busca la explicación de la heterogeneidad en la salud (entendida como bienestar cultural y psico-biológico) dentro de una misma cohorte, identificando las ventajas y desventajas acumuladas como bases de la desigualdad social a lo largo de la vida, en cuanto a género y clase social (Myers, 1996, p.4). La vejez refleja las experiencias anteriores y constituye una acumulación de las evaluaciones que el ser humano hace continuamente de esas experiencias, evaluaciones teñidas por las limitaciones de cada individuo.

La guía de los relatos biográficos que he utilizado ha estado construida también bajo la aproximación del *ciclo de la vida*, que concede a las normas informales un papel importante. Los individuos, conscientes de estas normas, van realizando las transiciones a lo largo de su vida cuando creen que han alcanzado la edad adecuada (Victor, 1994, p.15). Puede darse aceptación o rechazo de estas normas, pero ambas posiciones ayudan a una mayor comprensión de la vejez.

Un método para investigar las normas informales para diferentes grupos de edad consiste en buscar similitudes en el ciclo de la vida y tener en cuenta cómo los acontecimientos de la vida ocurren en relación con la edad (ej. en USA ha habido una consistencia remarcable en el siglo XX tanto en la edad de las mujeres para casarse como para tener el primer hijo) (Victor, 1994, p.14).

Dentro de esta perspectiva del ciclo de la vida se han identificado 5 dimensiones que definen la progresión de una etapa del ciclo a otra para los adultos: salud, carrera (profesión,

trabajo), familia, responsabilidades, (psicológica y social).

Se ha observado una elevada uniformidad en las respuestas que los encuestados dan sobre la edad a la que creen que se debe dar la transición de roles importantes, como matrimonio o jubilación (“*He tenido los hijos tarde*”).

Otro enfoque teórico de los estudios de vejez, que sirve para exponer dónde se sitúa mi trabajo, es el presentado por Myers (1996, p.4-5). Dentro de lo que llama *curso de la vida y envejecimiento* podemos distinguir entre los estudios que tratan la vejez como un proceso social que se extiende a lo largo de la vida y los estudios que se centran en las condiciones sociales de la vida de los viejos. El autor resalta cómo algunos enfoques formulan una perspectiva amplia que articula los dos enfoques de investigación. Esta corriente, además, pone una atención específica en los mecanismos que producen *cambios recíprocos* en los dos niveles.

También considero otros enfoques que se han utilizado para estudiar estos cambios.

1. Comparaciones *intercohortes*, que muestran los cambios profundos que ocurren en la composición global de la población vieja a través de la sucesión de cohortes.
2. Estudios sobre las variaciones *intracohortes*. Las diferencias observadas en salud y bienestar entre subgrupos de población ha llevado a examinar la heterogeneidad señalada por varios investigadores dentro de una misma cohorte.
3. La observación de los efectos que acontecimientos tempranos experimentados en el transcurso de la vida han tenido en las conductas mostradas en la vejez.

Estos tres enfoques se reflejan en el trabajo de campo, como consecuencia de la utilización de dos instrumentos muy fructíferos: historias de vida y comparación intra e intercohortes opuestas (Ver Diseño - 4).

Las definiciones a propósito del término cohorte que utilizaré en este estudio son:

Cohorte: todos los individuos nacidos en una población durante un periodo de tiempo específico (ej. de 1900-1904) (Uhlenberg y Miner, 1996, p.208).

Sucesión de cohorte: se da cuando una cohorte avanza a la próxima categoría de edad.

Diferenciación intercohorte: se dice de las diferencias entre cohortes que ocupan una etapa de vida en diferentes periodos de tiempo.

Esta perspectiva ofrece la posibilidad de observar cómo las múltiples fuerzas que actúan

sobre cada cohorte van cambiando (tecnología; contexto social, político y económico; tipo de conexiones entre las cohortes; composición de las sucesivas cohortes; etc.) y las implicaciones de estos cambios. Por ejemplo, el tamaño y la productividad económica de cohortes recientes influye en la economía de cohortes anteriores.

En cuanto al periodo de tiempo utilizado para construir una unidad de cohorte, encontramos diferentes opiniones en la literatura. ¿Un evento histórico? ¿Un año? ¿5 años? Comparto la posición de Uhlenberg y Miner (1996, p.210) de que cada investigador debe elegir un criterio adecuado a los objetivos de su estudio.

También en mi trabajo me parece apropiado dividir una cohorte en *subcohortes*, siguiendo varios criterios de identificación: género, clase social y localización.

Seguir una cohorte a través del tiempo permite obtener una descripción clara de los momentos de transición en, por ejemplo, una situación de desventaja como puede ser la pobreza, la poca salud y su escaso soporte social; también se observan los riesgos relativos de esa transición para las diferentes subcohortes, como la viudedad y muerte de amigos en la vejez. Estas pérdidas producen mayor vulnerabilidad frente a los problemas económicos, además de unas redes sociales de ayuda inadecuadas (Uhlenberg y Miner, 1996, p.218).

Pero los patrones de desventajas para una cohorte no son sólo la consecuencia de procesos intrínsecos, ni el potencial físico, psíquico, social y cultural para la rehabilitación es igual para las subcohortes de una misma cohorte.

Sintetizando, la siguiente es la aproximación elegida en este estudio:

Un *análisis del curso de la vida* de cada individuo de la muestra que considera los procesos biomédicos y psicosociales, ya que ambos se influyen desde el nacimiento hasta la muerte.

Y una *perspectiva de cohorte*, que examina cómo estos procesos multifacéticos del envejecimiento responden al cambio social, ya que la gente que está jubilándose hoy envejecerá de diferente forma de quienes lo hicieron en el pasado y de quienes lo harán en el futuro (Riley, 1992, p.x).

Estas dos perspectivas se traducen en la utilización de *historias de vida*. Se han escogido *dos barrios contrastados* para reflejar las diferencias dentro de una misma cohorte.

3.3 Hipótesis

El problema de investigación en su fase inicial partió de la siguiente pregunta:

¿Influye la red social del anciano en la autopercepción de su salud?

A medida que profundizaba en el tema, revisando la bibliografía, fui delimitando cada variable (dependiente/independiente) para determinar un enunciado investigable que, al mismo tiempo, pudiera aportar algo a los estudios de vejez.⁵⁴

Una decisión que debía tomar antes de enunciar las hipótesis era qué parte de la vejez quería estudiar y qué edad o circunstancia iba a elegir como comienzo de la vejez.

Las manifestaciones fisiológicas del envejecimiento biológico se dan a diferentes edades según individuos, por lo tanto los grupos de viejos son muy variados en este aspecto. Sin embargo la edad cronológica se utiliza para definir el comienzo de la vejez, lo cual representa solamente una guía burda del envejecimiento del individuo en términos biológicos.

El uso de la edad cronológica tiene dos dimensiones distintas (Victor, 1994, p.9):

- 1ª - Una basada en las *definiciones culturales* que cada sociedad da a la vejez, y que forma parte de los *significados* que cada sociedad atribuye a cada edad. Existen grandes variaciones en diferentes culturas y en diferentes etapas de la historia en una misma cultura.
- 2ª - La otra dimensión se relaciona con la respuesta que el estado da a los problemas que éste percibe de la vejez. Bajo esta dimensión la vejez ha sido definida como la edad a la que un individuo es designado como receptor de ciertos beneficios (pensión) o es excluido de la participación en el mercado laboral.

Sin alejarme de la primera dimensión (base teórica de mi trabajo) incluyo mi estudio en la segunda, pues aunque implica un corte completamente artificial, es más concreta que la primera y conlleva unas consecuencias importantes para esta cohorte (quién está interesado en jubilación anticipada o viceversa y por qué...) a través de las cuales se pueden observar mejor

⁵⁴ El objetivo general del trabajo: *Profundizar, en la medida que permitan los recursos disponibles, en el conocimiento de las estructuras sociales de los ancianos y su posible relación con diferentes formas de manejar los problemas de salud.*

las diferencias entre subcohortes.

Así pues *anciano* será, en mi estudio, *el individuo en la etapa del ciclo de la vida que comienza con la jubilación*. El límite de edad vino más tarde.

También tenía que delimitar los conceptos restantes:

- *red social del anciano: implica que el individuo antes de su jubilación podía tener otra red.*
- *autopercepción de salud: un indicador es la utilización de los servicios sanitarios ambulatorios. Pero también se consideran otros como las respuestas a las preguntas sobre su salud, funcionalidad, días en cama.*

La formulación de las hipótesis ha sido un proceso que concluyó en la primera fase del trabajo de campo.

Una vez evaluados los medios disponibles, reduje el área que abarcaba el problema de investigación, con la *ilusoria* intención de reducir tareas (supongo que éste es el error de base de los estudios cuantitativos).

En el transcurso del trabajo, sobre todo en la etapa del trabajo de campo, me di cuenta de que no podía ignorar ninguna variable de las incluidas en el primer esbozo del proyecto de investigación⁵⁵ si quería trabajar sobre la realidad (supongo que esta es la aportación básica de los estudios cualitativos).

En el proyecto de tesis se enunciaron las siguientes hipótesis:

- *A menor grado de vinculación social de las personas jubiladas entre 65 y 74 años en el área urbana de Castellón, mayor será su grado de utilización de los servicios sanitarios ambulatorios.*
- *La utilización de los servicios sanitarios ambulatorios por parte de los jubilados entre 65 y 74 años del área urbana de Castellón, será mayor cuanto más dispersa sea la estructura de su red social.*
- *La utilización de los servicios sanitarios ambulatorios será mayor en los jubilados entre 65 y 74 años del área urbana de Castellón que más contactos de apoyo social⁵⁶ negativo (-), versus apoyo mutuo o apoyo social positivo (+), reflejen en su red social.*

⁵⁵ Me refiero tanto a las variables dependientes/independientes (en toda su extensión) como a las variables concomitantes (las que pueden interferir en la relación entre las variables expuestas en el problema de investigación).

⁵⁶ Cuando ego es quien recibe el apoyo y no el que lo dá.

- *A mayor nivel de educación de los componentes de la red social de las personas entre 65 y 74 años del área urbana de Castellón, mayor será la utilización de servicios sanitarios.*
- *A mayor nivel de clase social de los componentes de la red social de cada individuo de la muestra, mayor será su utilización de servicios sanitarios ambulatorios.*

Comparto con el enfoque cualitativo la consideración de las hipótesis como *guía del trabajo*. Por lo tanto, considero válido que las hipótesis iniciales puedan ser reelaboradas durante el transcurso del trabajo si esto es necesario para que sigan desempeñando el papel de guía.

Al delimitar el marco teórico en el que se ubica el estudio y, más aún, al intentar contrastarlas con la realidad, me di cuenta de que las hipótesis iniciales eran *estáticas* y no reflejaban el *dinamismo del ciclo de la vida*. Tampoco expresaban las posibles diferencias de género⁵⁷.

El segundo intento en la formulación de hipótesis partía de las siguientes reflexiones:

La diferencia en cuanto a la mayor o menor utilización de los servicios sanitarios ambulatorios entre los jubilados (2 cohortes —de 65 a 69 años —de 70 a 74 años) está relacionada con la estructura de relaciones sociales de estos, en la actualidad y durante su vida pasada, de manera que:

- Las creencias y actitudes en cuanto a género, envejecimiento, la estructura educativa, el mercado de trabajo, la salud..., que producen y/o reflejan desigualdades en etapas tempranas del curso de la vida, producen y/o revelan también diferencias en el envejecimiento, formando subcohortes en etapas más tardías de la vida.
- El género, la clase de trabajos realizados, la escasez de recursos... influirán en los cambios producidos en la red social del individuo cuando este/a se jubile.
- Una evaluación de los eventos históricos, en cuanto a sus efectos sobre diferentes subcohortes y sobre diferentes cohortes, puede también aclarar las diferentes formas de envejecer.

⁵⁷ Tenían que ser hipótesis basadas en la Teoría del Curso de la Vida para conseguir rigurosidad metodológica; que se confirmaran o fueran rechazadas al final del estudio no cambiaría (creo) la aportación del trabajo al conocimiento que sobre el tema ya existe (objetivo general).

- Otra característica de las cohortes que entran en la etapa de la vejez es que sus miembros están conectados de forma vital con otras cohortes que ocupan otras etapas del curso de la vida:

Conexiones con otras generaciones (sistemas de apoyo social).

Conexiones con las cohortes productivas económicamente (dependencia que las cohortes jubiladas tienen de las cohortes que están en su etapa de trabajadores).

Las nuevas hipótesis, para ser útiles, tenían que representar estos principios. Serán las que utilizaré para contrastar los resultados obtenidos en el trabajo de campo:

1. *Si se produce una disminución del grado de vinculación social de las personas jubiladas hasta los 75 años del área urbana de Castellón, aumentará su grado de utilización de los servicios sanitarios ambulatorios y viceversa.*⁵⁸
2. *La utilización de los servicios sanitarios ambulatorios por parte de los jubilados hasta los 75 años del área urbana de Castellón será mayor si la estructura de su red social ha cambiado hacia un menor número de miembros y viceversa.*
3. *La utilización de los servicios sanitarios ambulatorios será mayor en los jubilados hasta los 75 años del área urbana de Castellón que reflejen, en su red social, un cambio en la jubilación hacia más número de contactos de apoyo social negativo⁵⁹ y utilizarán menos estos servicios sanitarios si estos contactos son positivos.*
4. *Las mujeres de 65 a 75 años que de casadas han tenido como único trabajo el de ama de casa hasta la jubilación y no muestren disminución en la red social, no presentarán un aumento en la frecuencia de utilización de los servicios sanitarios ambulatorios y viceversa.*
5. *Los jubilados, hombres y mujeres hasta los 75 años de edad que refieran un aumento en su situación socioeconómica después de la jubilación, utilizarán los servicios sanitarios ambulatorios menos veces que los que afirman que su situación socioeconómica ha bajado y viceversa.*

⁵⁸ y/o permanecerá más días en cama por sentirse mal
y/o comunicará un descenso en su salud percibida.

⁵⁹ Cuando ego es quien recibe el apoyo y no el que lo da (apoyo material, concretamente cuidados y trabajo).

3.4 Supuestos principales

El problema de investigación lleva implícitos varios supuestos:

Los individuos cuando se jubilan suelen percibir su vida en la etapa final, además disminuye su red social (al menos cambia) y, paulatinamente, si no pueden construir una nueva red social satisfactoria, se centrarán en esa aproximación a la muerte, somatizando esta percepción en un gran porcentaje de casos.

Una de las consecuencias podría ser un aumento de la frecuencia con que acuden al médico.

Las teorías revisadas más próximas a estos supuestos eran la teoría de la desvinculación social del anciano y la teoría de la marginación.

Los supuestos identificados son, concretamente, los siguientes:

- 1º Después de su jubilación, se produce un cambio paulatino en la estructura social del individuo, producido por un menosprecio social de los individuos *en activo* y pérdida de contactos sociales y laborales.
- 2º El envejecimiento es condicionado, y a su vez condiciona, el contexto social en el que la gente envejece.
- 3º Ante una misma enfermedad “objetivable,” los individuos actúan de diferentes formas para hacer frente a los problemas que pueda causarles.⁶⁰
- 4º La salud y el funcionamiento de los ancianos son, en gran parte, resultado de la acumulación durante toda la vida de los factores de riesgo, y no una consecuencia inmutable del envejecimiento biológico.⁶¹

⁶⁰ Búsqueda en el estudio de los factores no biológicos que afectan las decisiones.

⁶¹ Uso de las historias de vida (Ory, Abeles y Lipman, eds., 1992).

3.5 Variables que pueden afectar las relaciones expuestas en las hipótesis

La variable edad, en este estudio 65-74 años, ha de ir acompañada por una valoración integral del individuo para que las inferencias adquieran significado. Esta valoración incluye variables originarias, como sexo y origen familiar y adquiridas, como estatus social, educación, etc. (Moragas, 1991, p.25).

En el proyecto de tesis enumeré una serie de variables que podían influir en la relación entre las variables dependiente e independiente, y por lo tanto, debían ser estudiadas en cada caso.

Para este estudio estas variables concomitantes son tan esenciales como las llamadas dependiente/independiente y, de hecho, han sido investigadas sin distinción. Se presentan como influyentes sólo por razones metodológicas.

En los relatos de vida escuchados durante la primera etapa del trabajo de campo se dibujaron cuatro bloques que englobaban estas variables, además de las variables principales del estudio.

1. Posición social

Género del jubilado (femenino/masculino).

Edad.

Clase social:

- Educación.
- Nivel socioeconómico.
- Profesión y/o actividades.

Lugar de residencia.

Inmigración.

2. Vinculación social

Patrón de las relaciones sociales a lo largo de su vida.

Red social actual.

Animales domésticos.

3. Salud

Evolución (enfermedades, hospitalizaciones, operaciones).

Descripción del problema de salud, motivo de la visita al servicio de salud.

Funcionalidad en las Actividades de la Vida Diaria(AVD).

Días en cama por encontrarse mal.

Utilización de servicios sanitarios en los últimos 15 meses.

4. *Creencias y actitudes*

Descripción del individuo.

Rutina diaria.

Creencias sobre salud/enfermedad y sobre funcionamiento de su propio cuerpo.

Creencias sobre la ancianidad.

Autopercepción de salud.

Proceso que sigue cuando aparece un problema de salud.

Mecanismos de autocuidado.

Escala de valores.

Etapas del jubilado con mayor calidad de vida.

Opinión sobre los servicios de salud.

Grado de control percibido en las decisiones que afectan su vida (¿ha bajado después de la jubilación?).

Miedos.

Estilo de vida (ejercicio, tabaco, ...), cambios desde la jubilación.

Percepción de su vida social (¿soledad?).

En cuanto a la comunidad del anciano⁶²

Categorización que el personal sanitario hace de las enfermedades (objetivables o no) y de los pacientes de la muestra (alto riesgo, solitario, ...). Sus creencias sobre la ancianidad.

Normas sobre la utilización de los servicios y su evolución (posibilidad de cambio de médico, ...).

Tipos de servicios ofrecidos (capacidad tecnológica, horarios) y su evolución (fecha de inicio, ...).

Valoración y creencias sobre la ancianidad y la salud en la comunidad.

Recomendaciones y propagandas que les llegan (TV, carteles, radio, personal sanitario, ...) en cuanto al *uso correcto* de los servicios sanitarios (Ej.: ir al dentista dos veces al año).

⁶² Se comparan dos comunidades.

Características de las personas (todas las edades) que más frecuentan el Centro de Salud y las razones por las que lo hacen.

Características de la comunidad.

En este estudio interesa no sólo la clase social a la que pertenece un individuo después de la jubilación (o su salud o vinculación social), sino también la trayectoria que ha seguido su vida respecto a estas variables (visión retrospectiva).

Estos cuatro bloques se utilizan en el trabajo como *matriz para el análisis de los datos*.⁶³

⁶³ En el apartado 6.1 se presentan las variables incluidas en cada área y los criterios utilizados para realizar esta configuración.

4 Diseño

El problema de investigación que fue el punto de partida del estudio es el siguiente:

Relación entre la estructura de la red social del jubilado de 65 a 74 años de edad y su utilización de los servicios sanitarios ambulatorios en dos barrios del área urbana de Castellón.

De aquí extraje las hipótesis primeras. Cuando descubrí que las hipótesis no me servían de guía de trabajo, porque no reflejaban el dinamismo expresado en algunas teorías revisadas, sobre todo durante los primeros relatos del estudio piloto, llegué a la conclusión que la raíz del conflicto estaba en el enunciado del problema de investigación. No reflejaba la evolución del proceso de envejecimiento y, por lo tanto, no podía generar hipótesis contrastables con la realidad.

Otro error consistió en considerar la utilización de los servicios sanitarios ambulatorios aisladamente. Carecía de significado completo porque la unidad de análisis que presentaban los individuos en sus relatos era la autopercepción de salud, la utilización de servicios sanitarios ambulatorios era sólo una parte, aunque en el contexto en el que se llevó a cabo esta investigación era una parte muy importante, principalmente por la validación de la enfermedad, por parte de un profesional reconocido socialmente, que este comportamiento lleva implícito.

El problema de investigación definitivo dice así:

Relación entre los cambios en la estructura de la red social a partir de la jubilación (65 a 74 años de edad) y los cambios en la autopercepción de salud de estos jubilados.

A pesar de lo estático del primer problema de investigación y de sus consiguientes hipótesis, el primer esbozo de diseño llevaba ya implícito el dinamismo característico de la Antropología: Las historias de vida y la elección de una muestra contrastada para poder resaltar las diferencias han sido la base del diseño desde un principio.

4.1 Selección de la metodología

La metodología utilizada en este trabajo es el resultado de un intento de aprovechar los instrumentos que ofrecen las dos macroestrategias de investigación: *Cualitativa* y *cuantitativa*.

Las reflexiones sobre las posibles incompatibilidades epistemológicas entre las dos aproximaciones han estado presentes durante toda la evolución de la tesis.

En una aproximación cualitativa, de donde pretende partir este estudio, la validación no se apoya en las generalizaciones u objetividad cuantitativa, sino en el significado y las interpretaciones evidenciables de los relatos y comportamientos observados de los individuos estudiados. Para reflejar estos dos elementos, se han utilizado los dos métodos clásicos de la antropología: entrevistas en profundidad y observación semiparticipante.

Para el paradigma cualitativo, los constructos principales residen en los individuos y no en los modelos que los investigadores utilizan en la recolección de datos; es por esto que sólo pude elaborar una guía para las historias de vida después de realizar un extenso estudio piloto (7 personas) sin guía; de esta forma los modelos se convierten en una base coherente para la recolección de las explicaciones (y significados) de los individuos de la muestra y del investigador.

Por otra parte la búsqueda de la objetividad en lo cuantificable no siempre lleva a la comprensión, ya que las variables que pueden ser cuantificadas fácilmente representan sólo una parte de un sistema mucho mayor, en el que el resto de las variables pueden invalidar los efectos observados de las anteriores.

Pero, a pesar de todo esto, no excluyo la metodología cuantitativa; pretendo acercarme a la visión de Malinowski en cuanto a seguir buscando esa realidad no desprovista de objetividades, desenmascarar constructos presentados como hechos objetivos.

El enfoque cuantitativo (como el centrarme en la relación de dos variables, red social/utilización de servicios sanitarios ambulatorios) me ayuda a tener una guía en el desarrollo de la investigación, a profundizar en una parte de un todo, y a comparar los posibles hallazgos con otros ya publicados (utilizando definiciones similares de algunas variables).

Las principales herramientas metodológicas escogidas para este trabajo han sido:

1. La comparación: barrios y géneros contrastados.
2. La observación semi-participante.
3. Historias de vida (por medio de entrevistas en profundidad semi-dirigidas).
4. Elaboración de redes sociales.

Comparación

La homogeneidad entre cohortes e incluso dentro de una misma cohorte que expresan algunas teorías (ej. desvinculación y modernización) y la heterogeneidad defendida en otras (ambigüedad —García, 1995) apuntaban hacia una metodología comparativa que cubriera tantas variables como fuera posible para dar la posibilidad de que se reflejara tanto la homogeneidad como la heterogeneidad existentes; esto se tradujo en la elección de dos barrios opuestos respecto al nivel socioeconómico de sus habitantes, localización y otros factores. También se refleja en la selección de la muestra, mitad mujeres y mitad hombres, y diferentes edades entre 65 y 74 años.

Historias de vida

Para una adecuada utilización de este método biográfico, revisé el trabajo de Pujadas (1992). De los usos potenciales que el autor destaca de este método, seleccioné los siguientes como aplicables a este estudio:

- Testimonio del impacto sobre el individuo de procesos de cambio cultural.
- Recurso para mostrar dimensiones *emic* de una cultura.⁶⁴
- Comunicar dimensiones normalmente ocultas en los procesos cognoscitivos o de interacción social (la dimensión humanística de la Antropología).⁶⁵

Si consideraba las teorías de la desvinculación social y de la marginación se hacía necesario indagar en las etapas anteriores a la jubilación para poder observar de qué se desvinculaba cada sujeto o de qué y cómo se le marginaba. Necesitaba conocer la evolución

⁶⁴ Algunos de los usos restantes que Pujadas señala son también adecuados a este estudio, pero no dispongo de los medios para su desarrollo.

⁶⁵ La estructura que sirvió de guía para los relatos que presento fue la que *construyeron* los 7 individuos del estudio piloto.

de cada individuo, su historia de vida.

La conveniencia de esta técnica ha sido evidente durante todo el trabajo, e incluso creo que su utilización ha promovido cambios importantes en la dirección del estudio.

El método biográfico me ofrecía también lo siguiente:

En los estudios antropológicos se necesita una exposición de todos los factores que rodean al individuo (comunidad, hogar, ...) sea cual sea el tema central del estudio. Una exposición de lo que ha rodeado al individuo se refleja con más espontaneidad cuando se reconstruye el pasado con los relatos de vida. Además, me permitía explorar las variables concomitantes. En los relatos biográficos cada individuo de la muestra expresa sus motivos para acudir o no al médico en cada etapa de su vida; cada individuo relata los cambios en su red social a través de su vida, las razones y el ambiente que rodeaba cada uno de estos cambios y decisiones.

En resumen, clarifica y profundiza en la relación entre las variables dependiente e independiente del estudio. Los relatos obtenidos son el material de referencia en el análisis de los lazos que unen a las dos variables del estudio, y sirven para descartar tópicos, ya que hacen surgir las motivaciones e influencias particulares que anulan las primeras percepciones.

La percepción de los cambios en el estado de salud, como variable dependiente de los cambios en la red social del individuo, sólo podría ser mostrada o descartada si se conoce cuál era el patrón anterior de comportamiento del individuo, cuáles habían sido sus redes sociales y sus diferentes estados de salud percibida.

Se consideraron los inconvenientes del método biográfico (Pujadas, 1992, p.68-69).

Se intentó	Se consiguió
<i>Intervenir lo mínimo posible en el relato (p.68)</i>	Preguntaba al final de cada etapa del relato la información que necesitaba y que no me decían.
<i>Transcribir con exactitud el contenido (p.71)</i>	Frases textuales, concertar nuevas citas con ego para aclarar dudas en las transcripciones (<i>Notas de Campo Ampliadas</i>). No vi la posibilidad de usar grabadora. Se respetaron al máximo las palabras de ego.
<i>Varios contactos con cada individuo para oír su relato y en su ambiente (p.67-68)</i>	Dos contactos como media: El primero (normalmente en su casa, pocas veces por teléfono) y otro para la entrevista (una media de 2 horas). El contacto más largo se ha realizado en casa de ego, aunque, en algunos casos en un bar o en el parque del barrio.
<i>Evitar preguntas comprometedoras para ego para obtener respuestas sinceras</i>	Algunas respuestas fueron evasivas, sobre todo en el apartado <i>Propiedades</i> .

En cuanto a los *documentos personales* de los informantes, no presento ni fotos ni documentos jurídicos. Se insistió en el anonimato debido al poco tiempo que se tenía para contactos destinados a establecer un ambiente de confianza en la relación investigado/investigador. Creo que para el presente estudio, aunque no sobrarían, no son necesarios.

Excepto en dos casos (2 mujeres del Barrio Casalduch) *el ambiente de las entrevistas* fue agradable, iba mejorando a medida que avanzaba el relato. Casi siempre comenzaban dejando claro el informante que no disponía de mucho tiempo (a pesar de mi sugerencia inicial de que sería conveniente tener la tarde libre para no ir con prisas) y acababa con sorpresa por parte de ego por el tiempo transcurrido, y una invitación para que volviera cuando lo necesitara.

Para comprobar la fiabilidad de los relatos sólo se preguntó formalmente sobre cada individuo de la muestra al médico y al informante clave de cada área. Los familiares, vecinos y amigos me dieron su visión accidentalmente, si los veía y podía intercambiar algunas palabras, de forma muy desigual: en algunos casos estuvimos hablando hasta 1 hora, a otros ni los conocí. El personal del centro de salud (excepto el médico) me hablaban en general, por lo que incluyo esta información en *creencias y valores*.

Redes sociales

En una investigación anterior a este trabajo el uso de las genealogías resultó ser un acierto

en cuanto a reflejar con claridad los cambios en la producción de la comunidad estudiada en cada generación. Por medio de la descripción de cada individuo en el árbol genealógico se ofrecía información de los productos (agricultura, ganadería, manualidades), el proceso de producción, los sistemas de intercambio y las relaciones de los productores (sistemas de poder dentro y fuera de la familia). Pero a medida que las sociedades aumentan su nivel de industrialización y se convierten en más impersonales, las ventajas de los análisis de redes sociales frente a las genealogías se hacen evidentes.

Para explorar el entorno social del anciano, concretando las variables en lo posible sin caer en el reduccionismo, la técnica de redes sociales parecía desde el principio el instrumento más adecuado.

Interesa tanto la red social actual del individuo como su patrón de relaciones sociales durante su vida pasada, para confirmar o descartar si ha habido un aumento o disminución tanto en número de relaciones como en la intensidad de la relación.

Observación semi-participante

De los dos barrios seleccionados para el estudio, viví sólo en el primero durante 6 años y medio aunque, por tratarse de una zona bastante céntrica e impersonal, no conocía con anterioridad a ninguno de los individuos de la muestra.

Al segundo barrio tuve acceso por estar situado muy cerca de mi segundo domicilio (durante dos años). Paradójicamente, en esta zona tuve más oportunidad de observar a algunos individuos de la muestra en actividades públicas (fiestas, bares, tiendas, paseos y juegos en la calle) debido al ambiente similar al de un pequeño pueblo que presenta este barrio marginal.

También obtuve información, tanto de la comunidad como de los vecinos, por medio de las dos informantes clave. Ambas me introdujeron en algunos hogares y me facilitaron la observación de tertulias de algunos vecinos.

Perfil de las informantes clave

Barrio céntrico: joven (24 años), enfermera, vive en el barrio desde pequeña, soltera, muy sociable.

Barrio periférico: joven (30 años), tiene un negocio: zapatería y un bar que regenta cada dos años (lo comparte con su hermana); nació en el barrio y conoce a prácticamente todos los

vecinos. Casada y con dos hijos pequeños (6 y 10 años). Muy sociable. Pertenece a la comisión de fiestas.

A pesar de utilizar algunas reglas del método cuantitativo, este trabajo se basa en la metodología cualitativa, por lo tanto, *no ha sido diseñado con la pretensión de producir correlaciones estadísticas válidas.*

4.2 Medición de las variables relacionadas en las hipótesis

El objetivo de la medición consiste en que cualquier término utilizado en el estudio pueda ser interpretado igualmente por todos los lectores de la tesis, de esta forma diferentes investigadores y lectores podrán saber si se está contrastando la misma variable u otra diferente aunque con el mismo nombre.

De las hipótesis definitivas de este estudio he extraído los siguientes conceptos:

1. Vinculación social (grado, aumento, disminución):
 - tiempo en compañía de personas significativas (intensidad)
 - número de miembros de la red
 - relación entre los miembros de la red: concentrada/dispersa
 - contactos de apoyo social: positivo, negativo y mutuo
2. Personas jubiladas entre 65 y 74 años.
3. Salud:
 - utilización de los servicios sanitarios ambulatorios: aumento, descenso
 - días en cama por sentirse mal
 - autopercepción de salud
4. Area urbana de Castellón (ver 4.3.1)
5. Situación socioeconómica
 - verbalización de aumento o disminución en la jubilación

Definición de cada concepto

Estructura de la red de relaciones sociales del jubilado

Grado de vinculación social

- Número de horas durante las que se mantienen contactos sociales significativos (medido en términos de *intensidad*) para ego.

- Intensidad, basada en el valor que ego le da a cada relación. Se le pregunta a ego qué sentiría si se fueran:
 - *notaría vacío en su vida*
 - *no notaría ningún vacío*

Escala par medir la *intensidad de las relaciones*:

5	Muy intensa
4	Intensa
3	Intensidad media
2	Intensidad escasa
1	Relación negativa (intensa pero no agradable)

- Frecuencia de cada relación.

Número de relaciones significativas

- Número de miembros en la red.

Otros datos complementarios

- Duración de cada relación.
- Profesión y nivel socioeconómico de los componentes.
- Marco en el que se mantiene la relación normalmente (casa, carta, teléfono, ...).
- Tipo de conexión: familia, amigo, vecino, tendero, miembro de un grupo de interés, ...
- Relación entre los componentes de la red (si/no). La red será *dispersa* si presenta pocas relaciones entre ellos, y *concentrada* si se relacionan la mayoría de los componentes de la red entre ellos.
- Apoyo mutuo, si se da y se recibe.
- Apoyo social positivo (+) si lo presta ego, por compasión o por obligación.
- Apoyo social negativo (-) si se lo prestan a ego, por compasión o por obligación.

Jubilados entre 65 y 74 años

Algunas personas se jubilan anticipadamente (este dato ha sido reflejado en el apartado que describe la muestra, 4.3.2). Estos individuos no han sido excluidos porque se ha

considerado que su experiencia enriquece la investigación.

Personas que no realizan ninguna actividad remunerada en metálico (como salario), nacidas entre el 1 de Enero 1922 al 31 de Diciembre de 1931 (tendrán de 65 a 74 años en el año 1996).

Considero muy apropiada para este estudio la observación realizada por diversos autores⁶⁶ de distinguir específicamente periodos de la ancianidad que anteriormente aparecían tratados en conjunto.

Soy consciente de que la relación que trato de investigar sería más evidente en ancianos mayores de 75 años, pero, como considero la teoría de la desvinculación social del anciano, he decidido profundizar en el período de 65 a 74 años en principio y continuar más tarde (o dejar abierto) el estudio de la relación de estas mismas variables en otros grupos de edad más avanzada (posibilidades de un futuro trabajo longitudinal).

En cuanto a las mujeres que han realizado el trabajo conocido como *ama de casa*, la definición de jubilada es más ambigua, su vida cambia cuando se producen ciertos eventos, como la salida del hogar de sus hijos, el comienzo del cuidado de sus nietos, la jubilación de su marido o el cobro de una pensión.

Salud. Utilización de servicios sanitarios

El 80% de la asistencia sanitaria prestada a los ancianos se procura a nivel de consulta ambulatoria y una gran parte de ella se lleva a cabo en el domicilio particular (según cálculos del Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief, 1986).⁶⁷

Por otra parte, existen estudios⁶⁸ que señalan que el peso específico más importante del gasto sanitario en el colectivo de ancianos se centra en el gasto hospitalario.

Puesto que lo que interesa indagar en este trabajo es la *autopercepción de salud* y, en este contexto, una importante manifestación es el acudir al centro de salud más cercano, se

⁶⁶ Ory, Abeles y Lipman (eds.), 1992
González et al., 1991

⁶⁷ Tortosa, 1994, p.424

⁶⁸ Ej.: Compañ y Portella, 1994

considera como indicador del grado de utilización de los servicios sanitarios:

- El número de visitas a un centro sanitario ambulatorio (público/privado)

También he preguntado:

- Si las visitas fueron decididas por el anciano, familiar o personal sanitario (médico/enfermera).
- El número de charlas u otras actividades de educación sanitaria.
- El número de medicamentos diferentes que toma, de que tipo, y si son o no prescritos.
- Número de sesiones de rehabilitación.
- Número de llamadas telefónicas de consulta.
- Número de visitas domiciliarias.
- Los diagnósticos médicos de cada individuo.

Pero la autopercepción de salud se refleja además en:

- Número de días (o parte del día que normalmente se está activo) en cama por sentirse mal.
- Respuestas a la pregunta ¿cómo se siente últimamente?.
- Uso de medicinas alternativas.
- Funcionalidad; se evalúan las Actividades de la Vida Diaria (AVD).
- Forma de describir los síntomas.

Situación socioeconómica

Se valora la percepción del individuo e incluye las propiedades, dinero y gastos.

4.3 Diseño del plan de muestreo

Primeras tentativas

El inicio real de la investigación data de Octubre de 1993, fecha en la que escojo un pueblo del interior de Castellón de 1.445 habitantes (padrón municipal 1-J de 1993) y, después de encontrar un hogar adecuado (jubilada muy conocida y respetada en el pueblo que vive sola) me instaló durante las Navidades de 1993 en su casa y realizó un trabajo de campo piloto durante unos 15 días.

Obtuve permisos del alcalde para trabajar con el padrón municipal y realicé 3 entrevistas en profundidad y 3 genealogías como parte de un estudio piloto.

Al analizar los datos obtenidos y evaluar los medios necesarios para realizar un trabajo completo, decidí abandonar el proyecto de comparación (zona urbana/zona rural) por falta de recursos.

Esto supuso un cambio importante, comenzando por las hipótesis, pero también significó una nueva planificación más sólida.

Diseño definitivo

Presento los pasos seguidos encaminados a elaborar el diseño que apliqué en la fase de trabajo de campo. Aunque siguen un orden cronológico, la información obtenida en cada paso me obligó a retroceder en muchas ocasiones y rectificar las líneas de actuación ya marcadas.

4.3.1 Selección de la zona

Por razones pragmáticas ya expuestas en la introducción, el lugar *elegido* para llevar a cabo esta investigación es *una ciudad*, Castellón de la Plana.

Al diseñar la metodología de este trabajo he considerado la siguiente observación:

“Por lo que respecta a la tradición de la Antropología Urbana, la etnografía de las ciudades (o de sus barrios) solamente puede ofrecer una posibilidad de interpretación significativa y relevante en la medida en que sepamos situarla en el contexto más amplio de los procesos globales, en esas redes de flujos, cambiantes y jerarquizados que organizan el sistema mundial” (Pujadas, 1996, p.251).

Elegí dos zonas opuestas en cuanto a:

1. nivel económico (indicador principal: precio de pisos o casas).
2. situación (centro urbano/barrio marginal).
3. dispersión/cohesión social.
4. mayor/menor tradición en la oferta de los servicios sanitarios.⁶⁹
5. posibilidades de observación participante.
6. existencia de un Centro de Salud que atendiera la zona (no un Ambulatorio).⁷⁰

Ya que el Servicio Valenciano de Salud no tiene, en la actualidad, completamente definidas las zonas de salud en el área urbana de Castellón, y que la *libre elección de médico* no permite establecer unos límites útiles alrededor de cada Centro de Salud, he optado por utilizar la división en barrios de la ciudad propuesta por el *Departamento de Servicios Sociales* del Ayuntamiento de Castellón, que fue realizada utilizando los siguientes criterios:

1. *Atención a la existencia fáctica de Barrios Naturales, que, flanqueados por delimitaciones urbanística, han consolidado un modelo homogéneo de población.*
2. *Incidencia en la población de los indicadores sociales considerados como factores de riesgo social.*

⁶⁹ En uno de los barrios el Centro de Salud es reciente, así como también lo son otros servicios públicos.

⁷⁰ La diferencia estriba (entre otras) en:

- tener mayor o menor información longitudinal de los pacientes (historias clínicas)
- en prestar diferentes grados de atención preventiva a la población (Centro de Salud) o no prestarla (Ambulatorios)

3. *Procedencia de la población.*
4. *Características generales de la población (nivel socio-cultural, manifiesto por el nivel general de instrucción, incidencia de desempleo, cualificación profesional, estructura del núcleo familiar, conocimiento y utilización de la lengua autóctona ...).*
5. *Calidad de vida en la barriada (características de la vivienda, accesibilidad por transporte público, recursos sociales, equipamientos y servicios, nivel de hacinamiento en viviendas, densidad de población).*
6. *Análisis de la demanda de prestaciones sociales tramitadas en el Ayuntamiento de Castelló de la Plana.*
7. *Demarcaciones actuales de los Servicios Sociales Municipales desconcentrados en determinados Barrios de la Ciudad.*” (Castillo, 1989, p.2100-2101)

Estos criterios incluían los factores considerados como influyentes en un estudio cualitativo, por lo que han sido de gran utilidad.

Los barrios seleccionados son:

El Distrito 5, *Fadrell/Censal*, está poblado por residentes de nivel económico medio/alto. Tiene 13,825 habitantes (10.85% sobre el total de la ciudad).

El Distrito 10, *Barris al Nord*, que esta calificado como *punto de riesgo social*. Tiene 3.902 habitantes (3.06% del total de la ciudad) (Ver plano en sección 5.2, Castillo, 1989, p.2102 y 2159).

En la selección de los dos barrios el criterio de *posibilidades de observación participante* se priorizó sobre otros como porcentaje de inmigración, tasa de envejecimiento y/o grados extremos de oposición en cuanto a nivel económico de la población. No obstante, algunas similitudes en tasas de inmigración y envejecimiento conservadas permiten realizar una comparación que subrayará las diferentes opciones de los viejos en relación con las variables que sí son opuestas (procedencia de la población inmigrante, poder adquisitivo, cohesión social, ...)

El criterio principal para establecer los límites de la zona específica del estudio⁷¹ (de

⁷¹ Los planos de Castellón revisados para seleccionar la zona me fueron facilitados por los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Castellón.

Los planos más detallados de la zona San Agustín me lo dio la trabajadora social del Centro de Salud. En el Centro de Salud Casalduch no tenían un mapa actual del área que atenían (me informaron que estaban intentando delimitar esta zona en la actualidad), por lo que utilicé un mapa callejero actual.

donde saldría la muestra) fue el de *cercanía/accesibilidad al Centro de Salud*.

La zona se fue ensanchando siguiendo los requerimientos que exigía la obtención de una muestra suficiente y comparable entre ambos barrios.

Se estableció una escala para la selección de las calles

MC: muy cerca (sin cruzar calles se puede llegar al centro de salud en 5 minutos o menos)

C: cerca (cruzando calles, con semáforo, se puede llegar al Centro de Salud en 5 minutos o menos)

PC: poco cerca (de 5 a 10 minutos y ausencia de semáforos para cruzar las calles)

L: lejos (expresión que los individuos candidatos a pertenecer a la muestra utilizaron para indicar dificultad de acceso)

Los niveles *PC* y *L* se excluyeron de la zona seleccionada.

4.3.2 Selección de la muestra

En cuanto a la pregunta ¿cuántos individuos serán suficientes? He buscado la respuesta en la naturaleza de las hipótesis de la investigación y en los límites de los medios disponibles para realizar un *estudio de caso*.

El objetivo de la selección era encontrar una muestra que presentara diferentes patrones de afrontamiento a problemas de salud, diferentes patrones de relaciones sociales, y que evidenciara diversas formas de evolución de estos patrones hasta los 74 años de edad. Estas diferencias serían la garantía de las afirmaciones elaboradas en las hipótesis en cuanto al periodo de postjubilación.

La unidad de análisis elegida no es el individuo sino la cohorte en dos contextos diferentes.

Las cohortes a seleccionar en el proyecto eran dos: de 65 a 69 años y de 70 a 74 años; 8 hombres y 8 mujeres en cada grupo. Se buscaba mostrar los cambios de los jubilados (tanto en su red social como en la utilización de servicios sanitarios) al principio de la jubilación y cuando ya llevan unos años en su nueva situación.

En base al mismo criterio, hubiera sido mejor dividir la muestra en cohortes de un año, pero al revisar la bibliografía sobre el tema observé que cuando se dividían en grupos de edad, éstos eran los más corrientes (y todavía más los de 65 a 74 años) y pensé que si se recortaban más, las diferencias que se querían observar no serían apenas perceptibles (si las hubiera).

Pero más tarde surgieron *limitaciones* que me llevaron a seleccionar sólo una cohorte de 65 a 74 años de edad.

Confeccioné un listado con todos los médicos de cada centro que atendían a la población jubilada de la zona y pedí, a cada médico del listado, los nombres de los individuos > de 65 años que más frecuentaban la consulta; revisé todas estas historias clínicas y observé que apenas había registros. Por medio de entrevistas con los médicos del listado y con las enfermeras que formaban equipo con ellos constaté que *los registros no cumplían los requisitos de mi estudio*.⁷² Decidí extraer la muestra entre los clientes de los médicos que

⁷² No todos los médicos registran todas las visitas de los usuarios en las historias, ni especifican siempre la/s causa/s de estas. Tampoco se separaban las visitas programadas de las que se realizaban por iniciativa del paciente.

utilizaban más las historias clínicas (coincidió que eran los dos coordinadores, uno de cada centro).

Al priorizar la rigurosidad en los registros en el diseño del trabajo conseguí más control sobre algunas variables que influyen en las decisiones de los individuos de la muestra, ya que el mismo médico atiende a todos los individuos de la muestra de cada barrio, pero tuve menos individuos de donde extraer la muestra, a pesar del extenso *cupo* de ambos médicos (número de clientes). En el barrio céntrico pude extender el área de acción sin alejarme del centro de salud de forma que no se alterase la variable de *acceso fácil al centro*, pero en el otro barrio marginal, para conseguir el mismo número de pacientes tenía que alejarme hacia un área de población dispersa, con difícil acceso al centro de salud.

Decidí conservar la *homogeneidad de las muestras de ambos barrios* y realizar las comparaciones dentro de una misma cohorte.

No obstante, dentro de esta única cohorte (de 65 a 74 años), he considerado la edad de cada individuo en el análisis como dato significativo.⁷³ La importancia de diferenciar a los recién jubilados de los individuos que ya llevan unos años en esta situación se aconseja en varios estudios revisados. Parece ser que muchos viejos se deterioran progresivamente y muestran cierto aislamiento social después de los 80 años de edad, pero la mayoría de la gente a los 60 y 70 años muestra el mismo estado de salud y características sociales que los adultos jóvenes. En cada grupo de edad en la vejez se observa un amplio rango de gente, desde los que tienen pocos y leves problemas de salud hasta los que presentan enfermedades graves. Por lo tanto, considerar a los individuos mayores de 65 años hasta los 70 en una categoría, sin expresar la diferencia de edad entre ellos, no es muy útil al examinar la salud, las relaciones sociales ni otras características como la habilidad para el aprendizaje.

Una vez realizada la selección de un médico por barrio, conseguí mapas de las zonas que atienden los Centros de Salud, divididos en áreas que corresponden a cada médico. Seleccioné el área de actuación de los médicos escogidos (ver plano en sección 5.2).

Para seleccionar a los individuos de esta área que más acudieron al Centro de Salud y a los que menos lo hicieron desde el 1-I-95 al 31-III-96 revisé los archivos de *cita previa*, que

⁷³ El código que otorgo a cada individuo está formado por el número de orden, dos letras que informan sobre su localización y su género, un signo que expresa la utilización de los servicios sanitarios y la edad (ver 4.6 Codificación y leyenda).

clasifican las visitas en: *administrativas* (recetas, partes de altas, ... burocracia), *primeras* (cuando son síntomas nuevos, visitas solicitadas por el paciente), *segundas* (acuden por el mismo problema que la vez anterior, visitas solicitadas por el paciente) y *programadas* (por requerimiento del médico).⁷⁴

Realicé entrevistas de control con diferentes estamentos del personal sanitario (administrativos, enfermeras, médicos) sobre el seguimiento de esta clasificación.⁷⁵ Se evidenció que *no hay unanimidad de criterios entre el personal sanitario para clasificar cada visita, y que no todas las visitas se anotan*. El criterio para registrar o no una visita tampoco es el mismo para los dos médicos.

En base a la información recopilada en los archivos de cita previa y en las entrevistas de control:

- Seleccioné todas las historias de individuos de edades entre 65 y 74 años de los 2 médicos escogidos. El número de personas entre las que elegir la muestra lo determinó el número de individuos que vivía en el área del barrio periférico (población dispersa) con *un acceso similar al Centro de Salud*.
- El número de individuos del que se partió fue de 56 en cada barrio. Para obtener una base similar, se seleccionó el mismo número de personas en el barrio céntrico, que ocupaban un área más concentrada alrededor del Centro de Salud.
- Se seleccionaron las historias de estos 112 usuarios y se contabilizaron, de cada uno, el número total de las visitas y el motivo de éstas. Se anularon las consultas de enfermería (sólo estaban registradas en el Centro de Salud del barrio periférico) y las visitas a domicilio para igualar las 2 muestras.
- Se dividieron, en cada barrio, los 2 grupos de personas: los que fueron al Centro menos de cuatro veces en el periodo seleccionado (del 1-I-95 al 31-III-96) y los que fueron más de 10 veces en el mismo periodo.⁷⁶ De ellos, las mujeres y los hombres se separaron y se

⁷⁴ Este paso fue muy costoso porque comenzó antes de escoger sólo a 2 médicos, y entraban las consultas de todos los médicos, de adultos y ancianos.

⁷⁵ En la fase de trabajo de campo reafirmé la información obtenida en este punto, durante las consultas médicas en las que participé.

⁷⁶ Se intentó que la separación en el número de visitas fuera mayor, pero no habían suficientes individuos de base.

comenzó a localizar, por orden alfabético, a los que se habían visitado más veces y a los que se habían visitado menos veces, alternando una mujer y un hombre.

- Se amplía la zona en el barrio céntrico para igualar el número de los individuos de la muestra en ambos barrios, respetando el criterio de acceso al centro de salud.

Una vez realizada la revisión de historias en los Centros de Salud, se efectúan una serie de recorridos por las zonas acotadas en ambos barrios con el fin de encontrar la mejor estrategia de entrada en los hogares de los posibles candidatos a la muestra.

Este fue el paso más difícil, ya que mi experiencia anterior en investigación cualitativa se limitaba a las zonas rurales, donde el establecer contacto con los individuos es cuestión de identificar la red de relaciones existente entre ellos. En Antropología urbana esa red es mucho más impersonal.

La estrategia utilizada para establecer contactos fue *meterme* en cada finca cercana al centro de salud, subir y bajar en el ascensor cada vez que era utilizado y entablar conversación con los vecinos.⁷⁷ Otras veces llamaba directamente al timbre de la puerta y me presentaba como *enfermera que realizaba un trabajo sobre la salud de los jubilados*. Algunas direcciones me fueron facilitadas por los trabajadores sociales (las utilicé en el estudio piloto).

En el barrio periférico, debido a sus características de zona rural (casas individuales, fuertes conexiones sociales, ...) bastó con encontrar a una informante clave adecuada que me fue introduciendo en los primeros hogares. A partir de aquí, las personas entrevistadas me presentaban a sus vecinos.

⁷⁷ En el contexto donde se realiza esta investigación me pareció lo más efectivo. Los resultados lo confirmaron. Encontré:

- a una ex-alumna que me introdujo a los vecinos
- a una señora con acento alcoyano (mi pueblo natal) que también me dejó entrar en su casa y me presentó a sus vecinos
- el resto se abordaron por medio de vecinas que conocía del barrio o simplemente esperando que algún vecino de la finca saliera a la calle, introduciéndome como investigadora y solicitando una entrevista.

4.3.3 El estudio piloto

En el estudio piloto intenté favorecer una conversación libre, sólo cuando se estancaba, la reconducía diciéndoles que me contaran *lo que quisieran* de la historia de su vida, pero que fuera lo más exacto posible.

El estudio piloto tenía el objetivo de averiguar cómo el cohorte que quería estudiar percibía su historia de vida: que divisiones establecía, qué eventos resaltaba, que temas rehuía.

Otro objetivo del estudio piloto era encontrar formas de introducción válidas, ya que, como he dicho anteriormente, la facilidad para introducirse en las casas de los individuos investigados en la zona rural se pierde en un barrio céntrico del área urbana.

Con anterioridad a la selección de la muestra, pero ya delimitada el área geográfica, contacté con una persona conocida que me introdujo en un edificio a algunas vecinas/os de 65 a 74 años de edad; de ellos un hombre y una mujer aceptaron la entrevista. Vista la dificultad en establecer conexiones solicité permiso al médico de cabecera de las personas de la muestra para acudir a las casas de los seleccionados y decirles que podían pedir referencias, antes de concederme la cita, a su médico de cabecera.

El límite de *siete individuos* vino dado, además de por los límites de tiempo ya mencionados, por una impresión de saturación en cuanto a lo que buscaba, la información se repetía.

De aquí salió la guía que adjunto (anexo 1) y que sirvió para ordenar las 32 historias de vida de los individuos de la muestra.

4.3.4 Muestra definitiva

Como no todas las visitas se anotan en las historias (a pesar de escoger los médicos con registros más rigurosos), presenté la lista de los pacientes seleccionados (los que más visitas realizaron y los que menos lo hicieron) al médico y al personal sanitario de cada centro para que confirmaran o descartaran esta información.

También pregunté a cada individuo de la muestra cuál era su percepción en cuanto al número de visitas que había realizado al médico (del Centro de Salud o a cualquier otro) en el periodo seleccionado (fase de trabajo de campo).

Una vez realizado el estudio piloto y analizada la información recogida en las historias clínicas revisadas, surgió la muestra definitiva.

En el *barrio céntrico* (Distrito 3) se formaron 2 grupos de 8 personas cada uno. Primero seleccioné las historias clínicas de los 2 grupos:

- a) las 4 mujeres y los 4 hombres de edades comprendidas entre 65 y 74 años *que más visitas* realizaron en 1995 y el primer trimestre del 1996;
- b) las 4 mujeres y los 4 hombres de edades comprendidas entre 65 y 74 años *que menos visitas* realizaron en 1995 y el primer trimestre del 1996;

Se eliminaron los individuos que acudieron más de cuatro veces (b) y menos de 10 veces (a) en el periodo señalado.

Con este sistema de selección obtuve dos grupos: los que más y los que menos utilizan los servicios sanitarios, para un posterior *análisis comparativo* de sus redes de relación social. Esta comparación se realizó entre los dos géneros y entre los dos barrios.

El mismo sistema de selección se aplicó en el *barrio periférico* (Distrito 10).

El total de la muestra es de 32 individuos, distribuidos a partes iguales según género, residencia en un distrito u otro, y grado de utilización de servicios sanitarios.

La cantidad de visitas necesarias para pertenecer a cada uno de estos grupos la determinó el número de visitas realizadas por los individuos que aceptaron pertenecer a la muestra.

Para poder comparar las dos muestras (de los distintos barrios), éstas tenían que ser homogéneas, al menos en cuanto a la variable dependiente. Los controles realizados para homogeneizar la muestra se explican en el apartado de selección de la muestra.

4.4 Historias de vida

La guía para las historias se fue confeccionando con las variables del estudio: dependiente, independiente y concomitantes⁷⁸; todas ellas tenían que estar presentes en la guía. La mayoría de estas variables *se estructuraron* en el estudio piloto. Los relatos que los individuos iban emitiendo cuando les solicitaba que me contaran la historia de su vida, sin estructura previa, fueron perfilando el significado que para ego tenía cada variable y, al mismo tiempo, la clase de medida a la que podía aspirar para no deformar el significado que cada evento tenía para el protagonista.

La guía consta de:

- una parte introductoria con los datos concretos de ego y otros datos de interés para la investigadora
- otra parte dividida en las 3 etapas de la vida de ego. Es el relato en sí
- otra parte de preguntas abiertas (algunas cerradas) sobre su red social y sus creencias y valores

Las entrevistas en profundidad comienzan a realizarse el 13-III-96 y terminan el 31-X-96.

La duración de los relatos de vida fue de 2 horas como promedio, sin contar las primeras visitas introductoras, que algunas veces fueron hasta de 30 minutos.

Se comenzaba por unas preguntas para confirmar los datos personales recogidos en el Centro de Salud. (Parte 1 de la guía: Datos Iniciales, ver Anexo 1).

Confidencialidad. Expliqué el destino de toda la información recibida, el anonimato, el derecho a no responder y la ausencia de beneficios inmediatos que esta entrevista tendría para ego.

También dije que era enfermera y que, durante esta investigación, tenía acceso a sus datos del centro de salud, que formaba parte del personal del Servicio Valenciano de Salud y había pasado visita con su médico de cabecera, pero que no podía usarlos sin su permiso

⁷⁸ He descartado la variable raza porque, aunque hay gitanos en el barrio periférico, el número de viejos gitanos no era significativo.

(anonimato, códigos que hacen irreconocible al individuo).

Excepto en dos casos, no hubo problemas. En uno de ellos ego y unos familiares mostraron repetidamente su desconfianza, por lo que les ofrecí finalizar la entrevista en varias ocasiones, pero ego se negó diciendo “*no vullc que diga mai que per mi no ha acabat el seu treball, pero no entenc isa classe d’estudis.*”

El otro caso fue muy agradable y relajado durante la entrevista, pero por la noche ego me llamó por teléfono expresándome sus miedos y pidiéndome que no utilizara su información sobre la familia porque algunas preguntas, como mi definición de *personas significativas* (las que si no estuvieran –si se fueran– dejarían un vacío en su vida), le daba miedo, lo veía como brujería y no quería que le pasara nada a su familia. Le expliqué que eran unos datos más entre muchos, pero no conseguí que abandonara sus temores. Éste es el único problema ético que se me ha planteado, ya que no destruí los datos como ego quería.⁷⁹

Se trataba de crear un ambiente agradable y de confianza antes de comenzar:

- Contándoles experiencias del estudio piloto, en las que las personas que relataron la historia de su vida me aseguraban, al terminar, que había sido una experiencia muy agradable porque habían recordado cosas un poco olvidadas.
- Contándoles algunas aplicaciones de diversos estudios antropológicos.
- Dándoles mi teléfono y ofreciéndome para ayudarles en cualquier información que necesitaran y que yo tuviera. Les decía dónde trabajaba.⁸⁰

Aunque quería grabar las entrevistas, no lo he hecho porque me ha faltado el tiempo necesario para crear la confianza para ello, sobre todo en el barrio céntrico, donde se requerían varios contactos para que se sintiesen relativamente cómodos, más que en el barrio periférico.

En lugar de grabar las historias, tomé *Notas Breves*, que luego pasaba a *Notas Ampliadas*, tratando de reproducir al máximo las expresiones de los individuos de forma literal; no obstante *sólo las frases que presento entre comillas son exactamente las originales.*

⁷⁹ He pensado en presentarle el trabajo acabado para que vea lo irreconocible que queda su información.

⁸⁰ De hecho, en dos ocasiones me han llamado y en una de ellas he visitado al individuo ingresado en el hospital. Ambos casos son del barrio periférico.

En los *Datos Iniciales* añado mis observaciones, tanto del contexto en el que se desarrollaba la entrevista como de la personalidad y aspecto del individuo entrevistado y la forma de introducción.

Ejemplos de datos iniciales

18HP+67 *1.6 Forma de introducción a la relación con ego:* Por medio de (nombre del informante clave) hablo con él y paso por su casa para concertar una cita; le llamé por teléfono, pero cuando fui a su casa no estaba, pasé un rato con su esposa e hijos y cuando vino ego, concertamos otra cita.

2MC+74 *1.6 Forma de introducción a la relación con ego:* Me presenté a ella en su panadería (un vecino me indicó que podía estar allí.) Me recibió muy bien la 1ª vez, en Mayo, pero cuando intenté concertar cita fue retrasándola, diciendo que estaba deprimida, que estaba ocupada luego, que se iba de veraneo y me vería al volver... En Septiembre fallece su cuñado, su cuñada se rompe la cadera y lo retrasa de nuevo hasta ahora, que me da una cita en su casa de 45' y otra en la panadería al día siguiente de 40'.

Después de recoger los Datos Iniciales, les pedía que me contaran cómo fue su vida desde el principio. La mayoría comenzaban, sin dudar, describiendo a sus padres, su pueblo, su casa...(como sucedió en el estudio piloto de donde saqué la secuencia de la guía utilizada en las entrevistas).

Ejemplos de la 1ª etapa

31MP+69 *2.1 Años de duración:* A los 12 años sale de casa para “servir” en una casa de Hellín; ganaba una peseta. Allí está 1 año ó 2. Luego “sirvió” en diferentes casas en Valencia (su hermana fue primero) durante unos 12 años, hasta los 26 años, edad a la que se casa y ya no “sirve” más. Cuando más cobró fue 26 duros/mes. A veces estaba 3 años sin ir a ver a sus padres (no tenía dinero). Una vez fue a casa y su madre se quedó con el dinero del billete de vuelta a Valencia.

16HC-73 *2.1 Años de duración:* A los 24 años sale de casa paterna para casarse.

3HC+68 *2.3 Nivel socioeconómico: “Medio/alto”.*

2.3.1 Profesión padres: Oficial administrativo de la Diputación por oposición y luego Administrador de hospital (padre). Ama de casa, aunque con ayuda mientras el padre fue administrador (madre).

2.3.2 Propiedades y condiciones de la vivienda: Casas alquiladas, pero chalet de madera en la Playa del Pinar. Muy buenas condiciones de las casas. Ni animales, ni tierras.

2.3.3 Escasez: alimentos, ropa ...: Sí, pasan hambre en la guerra y postguerra.

30HP+73 *2.3 Nivel socioeconómico: “Medio, en aquel ambiente”.*

2.3.1 Profesión padres: Agricultores, tierra arrendada en la mayoría (patatas, habichuelas, garbanzos) y animales.

2.3.2 Propiedades y condiciones de la vivienda: 2 casas, con cortinas, no puertas, 3 ó 4 hanegadas de tierra propia, cerdos (los vendían), conejos, gallinas, burro. No bebían leche, “cabras sólo tenían los propietarios.”

2.3.3 Escasez: alimentos, ropa ...: “No, por allí no pasó la guerra, se llevaban la gente a la guerra.”

31MP+69 *2.6 Recuerdos niñez/juventud (feliz/no ¿por qué?):* Recuerdos amargos: ni juguetes,

ni cariño. Le pegaban con la zapatilla cuando, al fregar, se le rompían los platos. Era atenta y lista durante su corta asistencia a la escuela. El maestro pegaba, pero a ella poco.

13HC+73

2.6 *Recuerdos niñez/juventud (feliz/no ¿por qué?)*: Recuerdos muy felices de antes de la guerra: escuela de pago, muchos juguetes, los más modernos. De joven encerraron a su padre en la cárcel; hambre, impotencia de la madre, alquiló 2 habitaciones a dos policías.

17HP+71

2.7 *Patrón de relaciones (familiares, amigos, grupos)*: Se juntaban a jugar a la pelota, cuerda, mirlas. Más tarde, chicos y chicas se reunían. Tenía unos amigos más cercanos: Ricardo, Manuel. La 1ª novia a los 20 años, salieron 2 ó 3 domingos; novia formal a los 25 años. Se reunían amigos y familiares en las casas, y siempre a la matanza del cerdo.

24HP+71

2.8 *Rutina diaria y distracciones*: Poco tiempo para jugar o divertirse. Se levantaba a las 3h a sacar leña para vender (a veces), normalmente se levantaba a las 6:30h ó 7h, comía en el campo y volvía a casa cuando se ponía el sol, se lavaba, cenaba, iba a ver a la novia y a las 22h “a cerrarse”.

16HC-73

2.8 *Rutina diaria y distracciones*: Después de trabajar, se quedaba en casa ayudando, sólo salía sábados y domingos. A los 19 años sí que salía a pasear antes de cenar.

31MP+69

2.9 *Salud (fechas)*:

2.9.1 *Enfermedades (síntomas)*: La pleura, cuando murió su novio (ego tenía 20 años); no comía, lloraba siempre, le dolía el lado y *su amo* (oculista) la llevó al médico. Lo cogieron a tiempo.

2.9.2 *Operaciones*: No.

2.9.3 *Hospitalizaciones*: No.

2.9.4 *Medicamentos*: “Inyecciones de penicilina para la pleura.”

2.9.5 *Funcionalidad en las AVD*: 2 meses, cuando la pleura, no pudo trabajar. Estuvo en casa de su hermana, quien la cuidó.

2.9.6 *Opinión de servicios sanitarios (sectores folk y profesional)*: Bien.

2.9.7 *Mecanismos de autocuidados*: Malvavisco (raíces para el constipado, se bebía como té); aceite de candil y tabaco alrededor del cuello para el dolor de garganta.

15MC+74

2.9 *Salud (fechas)*:

2.9.1 *Enfermedades (síntomas)*: Tos ferina, rosa. Dolor de estómago, vómitos, muy delgada (*voluntad* de ego), el médico decía que tenía el estómago bajo.

2.9.2 *Operaciones*: No.

2.9.3 *Hospitalizaciones (síntomas)*: No.

2.9.4 *Medicamentos*: No.

2.9.5 *Funcionalidad en las AVD*: Sin problemas.

2.9.6 *Opinión de servicios sanitarios (sectores folk y profesional)*: Buena opinión.

2.9.7 *Mecanismos de autocuidados*: Parches comprados en farmacia. Cataplasmas con harina de linaza. Yodo en el pecho. Hierbas para el estómago.

Procuré no interrumpir con preguntas, sólo alguna intervención para fomentar su propia

secuencia o porque realmente me interesaba una historia en particular. Al final de una etapa (cuándo se casa o se jubila) sí que aprovechaba para recoger, de la forma más natural posible, la información que un individuo en particular no me había dado sobre algún apartado de la Guía.

A veces no querían comentar algunas de mis preguntas, en esos casos no se insistió, por eso la información que comparo en el análisis no es muy homogénea, aunque los silencios o evasiones sobre un tema parecían tener diferentes significados: recuerdo doloroso, intimidad que no se quería compartir – principalmente.

Ejemplos de la 2ª etapa

3HC+68

3.2 Nivel socioeconómico: “Baja/media.”

3.2.1 *Profesiones de ambos*: Esposa: ama de casa. Ego: Broncista por cuenta ajena hasta 1962 (34 años). Fontanero autónomo (con socio) hasta 1973 (45 años), cuando separa la sociedad (mala pasada del socio). Trabaja en una fábrica de carpintería de aluminio hasta 1983 (55 años) pero cierran la fábrica. Vigilante nocturno en empresa de Castellón hasta la jubilación

3.2.2 *Propiedades y condiciones de la vivienda*: En el Grao de Valencia tenían piso y casa. Buenas condiciones, pero el piso es un 4º sin ascensor.

3.2.3 *Escasez (alimentos, ropa, diversiones, ...)*: Ego tuvo una camioneta con literas cuando los niños eran pequeños. Hacían excursiones al río.

27HP-67

3.2 Nivel socioeconómico: “Medio.”

3.2.1 *Profesiones de ambos*: Labrador, desguace de barcos, albañil, se jubila en la empresa Ferroenamel, donde trabaja 16 años. Esposa: ama de casa, también trabaja fuera pero sin cotizar.

3.2.2 *Propiedades y condiciones de la vivienda*: La casa del pueblo y ésta.

3.2.3 *Escasez (alimentos, ropa, diversiones, ...)*: No, pero no sobraba.

3HC+68

3.3 *Hijos (año de nacimiento, sexo, tiempo en casa, nietos)*: 2 hijos. 1º Rafael, nace en 1955 (ego tenía 25 años) en casa de su madre. 2ª Angela, nace en 1963 (ego tenía 33 años). Rafael va a la escuela hasta los 14 años, era muy bueno; trabaja en el Corte Inglés y a los 24 años va a Castellón a un trabajo mejor (contable y jefe de personal en la empresa Cimarrón); se casa a los 26 y sigue viviendo en Castellón. Angela va a la escuela hasta los 16 años, pero no es muy buena, destaca en manualidades (aprende corte). A los 19 años va a Castellón a limpiar una casa (vive en dicha casa), aunque a los 21 años deja el trabajo y vuelve a vivir con los padres (que vienen a Castellón) hasta los 26 años, que sale para casarse, mientras tanto cuida niños, sobre todo sobrinos, ... Rafael tiene 3 hijos.

30HP-73

3.3 *Hijos (año de nacimiento, nombres, estudios/oficios, tiempo en casa, compañeros, nietos)*: 1º Emilio; va a la escuela hasta los 14 años, luego trabaja de camarero y ahora trabaja en una fábrica de azulejos; se casa a los 21 años; tiene 4 hijos; ahora vive en Villarreal. 2ª Providencia, va a la escuela hasta los 14 años; trabaja en la tierra, cultivando en la empresa Pascual Hnos., en la naranja, en una granja y ahora en la empresa Casavi, clasificando huevos; se casó y tiene 2 hijos; ahora viven (ego con ella) en barrio San Agustín.

Ejemplos de la 3ª etapa (desde la jubilación)

26MP+70

4.1 Convivencias (fechas):

4.1.1 Nombres de compañeros/as ¿viven?: Igual que en la etapa 2ª

4.1.2 Lugar de residencia/s: Igual que en la etapa 2ª

4.1.3 Rutina diaria (aficiones): A ego sólo le cambia la vida cuando su marido se jubila a los 60 años por problemas con los huesos, entonces pasea con él por las tardes y hacen viajes de la 3ª edad; a ego no le gusta ir al centro de la 3ª edad, pero a su marido sí.

10MC-66

4.1 Convivencias (fechas):

4.1.1 Nombres de compañeros/as ¿viven?: La misma que en la 2ª etapa

4.1.2 Lugar de residencia/s: Castellón (en verano van a Cofrentes, irían más veces si no tuvieran a sus hijos en casa.)

4.1.3 Rutina diaria (aficiones): Se levanta hacia las 9:00 y va de paseo, con amigos esporádicos. A veces va al bar de los jubilados y lleva la administración de la casa. Antes era pescador y cazador. Por la tarde también pasea. Le gusta dormir, pasear y leer

La parte de *creencias y escala de valores* (4.4 en la guía) se preguntó directamente al final de la historia (antes de la *red de relaciones actuales*), porque cuando se les invitaba a que me hablaran de sus opiniones o sentimientos sobre diferentes temas de la vida, qué es lo mejor o peor de la vida para ellos, la mayoría no sabían por donde empezar.

26MP+70

4.4.3 Escala de valores: 1º Familia (pregunto ¿y la salud? y, como otras personas de la muestra, me dice: “¡ah!, eso es lo 1º, sin salud no hay nada más”), 2º tener lo necesario.

16HC-73

4.4.3 Escala de valores: “Vivir bien”, salud, amistad, dinero el necesario. La religión no es importante, pero sí para los que tienen fe, no hay que quitársela. La política no es importante.

La red social

La estructura de su red social se planteaba al final como un juego: Les enseñaba la tabla (ver Protocolo de red social en Anexo 1), les explicaba las reglas (escala de intensidad de la relación, horas de compañía con cada miembro de la red, ...) y al final podía saber las horas en compañía con personas significativas.

Primero se intentó reflejar en el gráfico las conexiones entre los miembros de la red, pero en vista de que se repetía la misma imagen en prácticamente la totalidad de los casos, y de que se enmascaraba la visión de otros vínculos más significativos para el estudio, se optó por no representarlo en el gráfico, pero seguir considerando el dato en el análisis.

4HC-66

Protocolo de Red Personal

N. Orden	Tipo Conexión	Año Inicio	Frecuencia	Intensidad (1 - 5)	Marco	Profesión	Nivel Socioeconómico	Horas / Día
1	Amigo	1986	Diario	5	Plaza/Centro	Jubilado/Herrero	Baja/media	3
2	Amigo	1986	Diario	4	Plaza/Centro	Jubilado/Correos	Media/baja	3
3	Amigo	1986	Diario	4	Plaza/Centro	Jubilado/Agricultor	Baja/media	3
4	Amigo	1986	Diario	4	Plaza/Centro	Jubilado/Tierra	Baja/Alta	3
5	Amigo	1986	Diario	4	Plaza/Centro	Jubilado/Tierra	Baja/Alta	3
6	Hermano	1930	1/Semana	5	Casa	Jubilado/Agricultor	Baja/Alta	1
7	Hijo	1959	1 ó 2/Semana	5	Casa	Camarero	Media/Baja	1
8	Hijo	1965	1 ó 2/Semana	5	Casa	Camarero	Baja/Alta	1
9	Nieta	1993	1 ó 2/Semana	5	Casa	Estudiante	Media/Baja	4
10	Nieta	1995	1 ó 2/Semana	5	Casa	Estudiante	Media/Baja	4
11	Nuera	1990 aprox.	1 ó 2/Semana	5	Casa		Media/Baja	4
12	Nuera	1990	1 ó 2/Semana	5	Casa		Baja/Media	4
13	Cuñada	1976	Esporádica	5	Casa			
14	Sobrino	1958	Esporádica		Casa	Jornalero	Baja/Alta	
15	Sobrino	1954	Esporádica		Casa	Jornalero	Baja/Alta	

1 De Teruel. Casado - 74 años. Amigo. Juegan todos los días a las cartas.

2 De Onda. Tiene 75 ó 76 años. Amigo. Viudo. Juegan todos los días a las cartas.

3 De Albacete. 69 años. También trabajó haciendo canales. Amigo. Viudo.

4 De Puerto Mingalbo. "También dice que fue Alguacil." Vive de una pensión, como los otros. No es viudo.

5 De Toga. 72 ó 73 años. Amigo.

A todos los amigos los conoció en el centro de la tercera edad.

Hermano. Viudo. Vive en Almazora con un hijo y en Castellón con otro hijo (1 año con cada hijo) Lo ve cuando vive en Castellón. 74 años.

Nieta 1ª (del 1º hijo). Escuela Primaria } Comen juntos todos los lunes (con hijos y ego).

Nieta 2ª (del 1º hijo). Va a la guardería.)

Nuera (esposa 1º hijo) tiene 29 años.)

Nuera (esposa 2º hijo) tiene 21 años.)

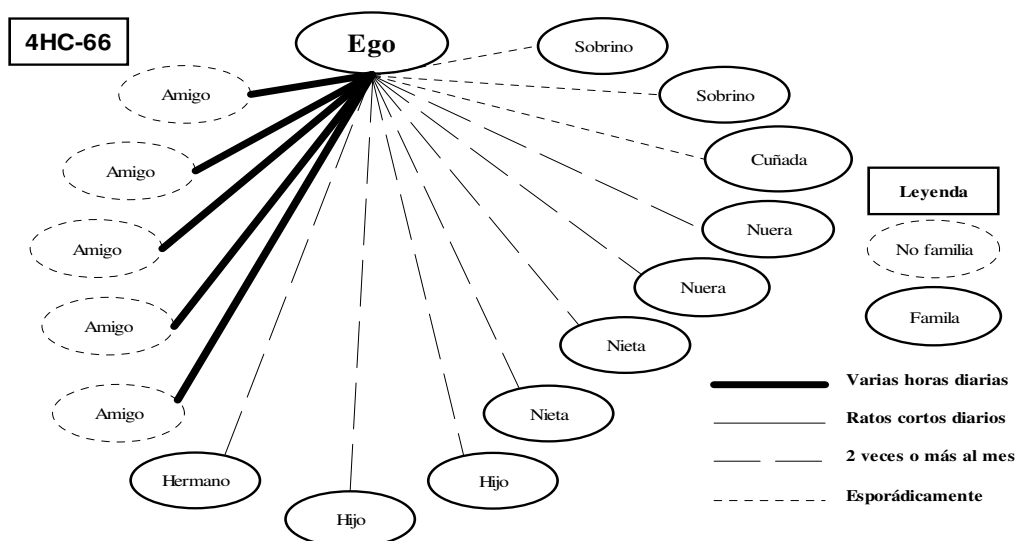
Cuñada. Es morena (negra) (de otro país) tiene 46 años. Le cuidó mucho a su hermano.

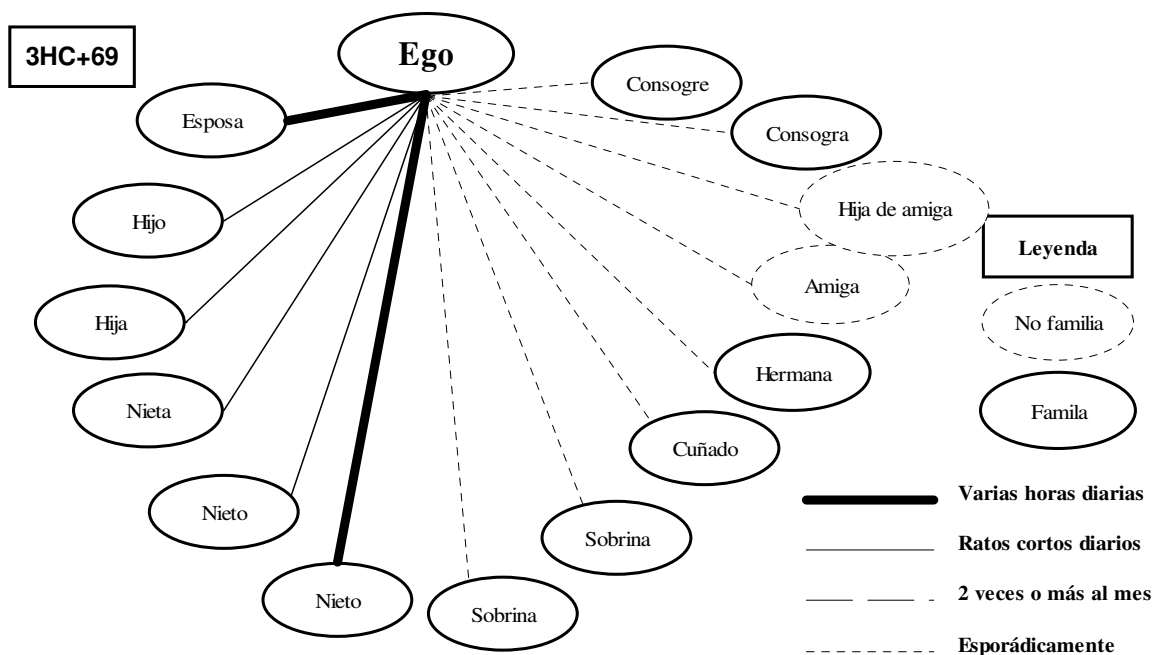
Sobrino. 38 años.

Sobrino. 42 años.

Ego prestó apoyo instrumental a sus hijos/nietos. (Cuida a sus nietos 4 horas diarias.)

Se conocen todos, pero los amigos sólo han sido presentados a la familia, no se suelen encontrar.





El número de horas al día que ego está acompañada por personas significativas se ha calculado sumando las horas a la semana que se encuentran y dividiéndolas por 7 (días de la semana). Estas son las horas de compañía (aproximadamente) en invierno; en verano aumentan en todos los individuos.

El nivel socioeconómico de cada miembro de la red es el expresado por ego, al elegir entre las opciones presentadas. (Alto/alto, alto, medio/alto, medio, ...).

Personas significativas (intensidad): Las que si desaparecieran de su vida dejarían un vacío de diferente intensidad. (Escala de 1 – 5; siendo 1 el vacío más pequeño y 5 el vacío más grande.)

Las despedidas (una vez recogida la información) fueron, en una gran mayoría, cálidas y con muestras de satisfacción por su parte y de agradecimiento por la mía.

Han habido algunos encuentros y llamadas telefónicas para aclarar dudas.

4.5 Codificación y leyenda

El término codificación alude al proceso de traducir los datos verbales en categorías o formas estandarizadas (generalmente numéricas) con el fin de procesarlos y analizarlos.

En este estudio la codificación se utiliza también como medio para preservar el anonimato de los individuos de la muestra y otros participantes.

La codificación de los datos que corresponden a cada área que será analizada, se elabora en el apartado 6.2: Datos preparados para análisis, ya que sólo después de oír las 32 historias de vida se pudieron diseñar áreas susceptibles de ser analizadas sin perder significado.

Ejemplos de códigos

3HC+68

5MC-65

19HP-73

26MP+70

Leyenda

- Primer dígito (o dos): número de orden de lista.
- H/M: Hombre/mujer.
- C/P: Barrio céntrico/periférico.
- +/-: 10 visitas o más/4 visitas o menos al Centro de Salud en 15 meses.
- Últimos dos dígitos: edad de ego en 1996.

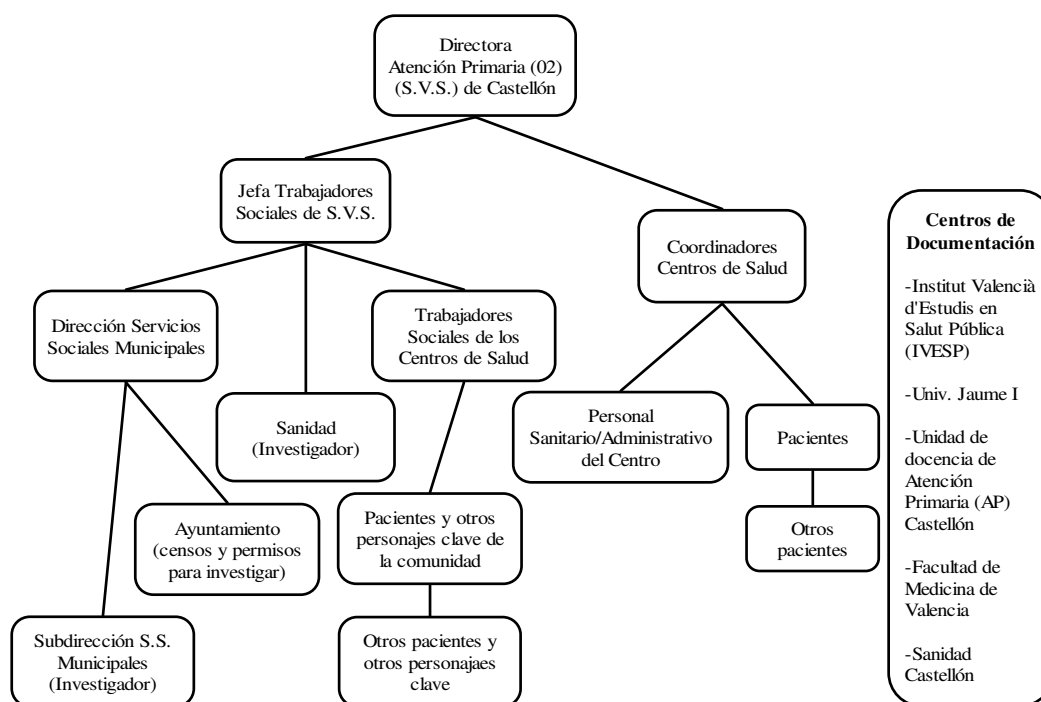
El objetivo de este sistema es que el código mismo ofrezca una imagen clara de lo que representa.

5 Trabajo de campo

Comienza en Febrero de 1994, cuando una vez descartado el diseño inicial de trabajo comparativo entre zona rural/zona urbana, realizo una serie de recorridos por *el área céntrica* de la ciudad de Castellón de la Plana y por *una zona periférica* situada al Norte de la misma ciudad.

Una vez confirmado que era factible comparar estas dos zonas urbanas y habiendo terminado el proyecto de investigación, comienzo a *solicitar permisos* a las autoridades sanitarias y civiles de dichas áreas.

Se formó la siguiente red de contactos:



Una vez obtenidos los permisos⁸¹ realicé una serie de *entrevistas* con los diferentes contactos de la red⁸² (hasta finales de 1994).

⁸¹ Todos los permisos y el material me fueron concedidos sin dificultad, excepto el que solicité en el Centro de Sanidad de Castellón para revisar los estudios epidemiológicos de la ciudad; las dificultades que entrañaba el cumplimiento de los requisitos que demandaban en este centro me hicieron desistir. Afortunadamente tuve acceso a esta información por otra vía.

⁸² Las fichas/diario de cada contacto están disponibles.

Una vez introducida en los Centros de Salud, comienzo a revisar los archivos, desde junio de 1994 hasta la fecha. Se me facilitó toda la información solicitada desde el principio.

Parte de las visitas a los Centros de Salud se dedicaron a observar la sala de espera y entablar *conversación con los usuarios*.

Se recogieron datos (por escrito cuando fue posible y verbalmente en otros casos) sobre el origen y evolución de los Centros de Salud, el funcionamiento del último año, la composición de los equipos profesionales (plantillas), los problemas detectados por el personal para alcanzar los objetivos de trabajo (percepciones del cliente y de la zona, relaciones entre el equipo), y datos epidemiológicos.

En cuanto al grado de *observación participante*, mi familia y yo hemos utilizado los servicios de ambos centros como usuarios durante (y con anterioridad) los 5 años últimos, antes y después de presentarme al personal como investigadora. Realicé un cambio de médico por cambio de domicilio. También los utilizaron mis padres como desplazados; en todas estas ocasiones les acompañé y me ocupé de la burocracia requerida (cita previa...).

El ser enfermera fue una ventaja ya que pude ayudar a los médicos en sus consultas y *observar la interacción paciente/doctor* en los dos centros de salud y pude charlar con el personal con espontaneidad.

Después de contrastar la información recibida, delimité las *áreas definitivas del estudio*.⁸³ Este proceso termina en Octubre de 1995. La delimitación de las áreas está determinada principalmente por la información del Padrón Municipal de 1991 (mayores de 60 años en 1991), por dos estudios (Castillo, 1989 y Puig, 1991) que proponen una división territorial de la ciudad de Castellón basada en criterios sociales y sanitarios, por la ubicación de los Centros de Salud, y por la posibilidad de *observación participante*.

En Noviembre de 1995 comienzo una serie de *recorridos* por los barrios (calles, comercios, centros sociales, hogares) y por los Centros de Salud (personal, historias) destinados a la selección de la muestra.

Durante los recorridos por los barrios, además de los contactos expresados en la red

⁸³ Más adelante, y por razones de homogeneidad entre las muestras de ambos barrios, principalmente, se cambiaron los límites de las zonas donde habita la muestra, pero dentro de estas áreas definitivas.

anterior establecí otros comenzando a conversar con ancianos en parques y tiendas y con jóvenes del vecindario en ascensores de los edificios más cercanos al centro de salud. Estos medios me introdujeron en algunos hogares, y de aquí pasé a los vecinos de interés para la muestra.

Las siguientes fueron las fuentes principales de información sobre los barrios elegidos.

Observación participante, ya que he utilizado los servicios existentes en ambos barrios por vivir en el radio de acción de los dos Centros de Salud estudiados durante el tiempo dedicado a la elaboración del presente estudio.

Trabajadoras sociales de ambos Centros de Salud.⁸⁴ También me informaron el resto del personal (médicos, enfermeras, auxiliares y administrativos).

Ayuntamiento (censos de ambos barrios, Padrón Municipal 1991).

Servicios Sociales del Ayuntamiento.⁸⁵

Informantes clave, seleccionados en el transcurso de la observación participante.

En Enero de 1996 comienzo el estudio piloto. Empiezo en el barrio céntrico (más impersonal) y recojo la información facilitada por cuatro individuos (2 mujeres y 2 hombres). Continuo en el barrio periférico (2 hombres, 1 mujer) elegidos entre los posibles candidatos a la muestra.

Me presentaba como profesora de la Escuela de Enfermería de Castellón realizando un estudio sobre la salud de los jubilados. Les solicitaba que me concedieran una tarde para charlar sobre experiencias de su vida, desde que eran pequeños/as. Entre otras, la respuesta más común era “*mi vida es normal ¿por qué quiere que se la cuente?*” Antes de que contestaran sí o no, les decía que podían pedir referencias más en el Centro de Salud, a su médico o al personal del Centro. Al cabo de una semana les llamaba para concertar una cita, si aceptaban.⁸⁶

⁸⁴ Esta fue una información muy valiosa, sobre todo al poder ser contrastada con la de los informantes clave de los barrios, los individuos de la muestra, mi observación en tiendas, fiestas ...

⁸⁵ Castillo, Estudio de Población de Castelló de la Plana 1989, Ilmo. Ayuntamiento de Castellón, Servicios Sociales

⁸⁶ Soy consciente del sesgo que puede producirse en parte de la información de las historias de vida por mi relación con el Centro de Salud. No vi otra forma mejor de introducirme en *todos* los hogares elegidos (después de los rechazos del principio, cuando no les ofrecía la posibilidad de buscar referencias. De hecho, muchos individuos las pidieron y luego aceptaron).

Al comienzo o durante el transcurso de la entrevista les explicaba las características generales de los estudios antropológicos.⁸⁷

Las entrevistas del estudio piloto duraron una media de 2 horas y respondían a la siguiente introducción: *Cuénteme todo lo que recuerde de la historia de su vida, desde como eran sus padres, sus hermanos, su casa, su pueblo; que hacían, como transcurrían los días ..., hasta ahora.*

Las interrupciones en los relatos por parte del entrevistador fueron mínimas en el estudio piloto. Al final, preguntaba algunos datos sobre las variables concomitantes que no nombraban, en general sobre su salud de pequeños, propiedades, fechas (casarse, tener hijos, fumar, beber, enfermedades), utilización del tiempo libre y red de relaciones sociales actuales.

En base al estudio piloto (principalmente) y al listado de variables (dependientes/independientes/concomitantes) elaborado hasta ese momento construí una guía para las historias de vida (Ver Anexo 1).

A partir de las historias clínicas de los usuarios seleccioné la muestra definitiva. Anteriormente a esta selección, ya había descartado a los pacientes que se negaron a formar parte de la muestra y a los que ya no vivían en la zona. Tenía una pequeña reserva (casi inexistente entre las mujeres) de candidatos dudosos. Realmente *forcé* dos entrevistas de mujeres en el barrio céntrico, aunque les ofrecí la posibilidad de renunciar en varias ocasiones, pero optaron por seguir.

Revisé los archivos de *Cita Previa* como instrumento de control de los registros en las historias clínicas (algunas visitas que no figuraban en la historia clínica del paciente sí que salían en los archivos de *Cita Previa*).

Seleccioné, del total de los pacientes, los que se visitaron en un periodo de 15 meses (del 1 de Enero de 1995 al 31 de Marzo de 1996) 10 veces o más, un grupo, y 4 veces o menos, otro grupo.⁸⁸

Desde el 13 de Marzo al 31 de Octubre de 1996 se recogen todos los relatos de las

⁸⁷ Esto se hizo necesario porque los individuos entrevistados en general pensaban que me interesaba por demasiadas cosas de su vida. Una persona me dijo: *"pues los antropólogos me parecen muy cotillas."*

⁸⁸ Estos límites fueron impuestos por el número de hombres y mujeres que podía investigar en profundidad con los medios disponibles: 32 en total.

personas de la muestra. Hasta Enero de 1997 se perfilan datos dudosos.

En 1997 sigo en contacto con personal de los Centros de Salud. También asisto a fiestas y hablo con habitantes de ambos barrios (principalmente del barrio periférico).

En 1998 mantuve contactos esporádicos en ambos barrios.

Toda la información utilizable, recogida en el Trabajo de Campo, está clasificada y preparada para análisis en el anexo 9-2.

5.1 Ubicación del estudio

La Comarca, la Provincia y la Comunidad

El estudio se ubica en la ciudad de Castellón, situada en la *comarca de la Plana*, al norte de la Comunidad Valenciana.



Mapa 1

Descripción general

“La comarca de la Plana limita al norte con los bloques triásico-cretácicos de la Sierra de los Santos y del Desierto de las Palmas. Por el oeste limita con las comarcas de Penyagolosa, los Altos de Mijares y el Valle de Segorbe. Por el este con el mar Mediterráneo. El paisaje es rocoso combinado con vegetal cultivado...”

...las áreas urbanizadas y sus servicios dibujan manchas con más de 30.000 Has., un 18% de la superficie total comarcal. Areas sobre las que residen cerca de trescientos cincuenta mil habitantes con la

capital comarcal, Castelló de la Plana, ...” (Quereda y Ortells, 1993, p.14)⁸⁹

El río *Mijares* tiene un caudal importante al recoger todas las aguas de las sierras de la parte sur de la provincia de Teruel, lo que permite regar las tierras de la Plana (Dualde, 1984, p.29).

Comunicaciones

La autopista A-7, la nacional 340 y el ferrocarril Valencia-Barcelona atraviesan la comarca de norte a sur.

Clima

La temperatura media anual de la comarca (observatorio de Castellón-Almassora) en el periodo 1912-1992 ha sido de 17,1°C, oscilando entre un verano caluroso, pero no excesivo, 24,6°C en agosto, y un invierno suave con 10,8°C en enero. Sin variaciones sensibles a lo largo de la faja costera, la temperatura media anual desciende a medida que nos elevamos hacia las alturas interiores y periféricas con un gradiente medio de 1° por cada 180 m. de desnivelación. La mínima absoluta se registró el 11 de febrero de 1956 con -7,5°C en Castellón y la máxima, los 39°C del 3 de marzo de 1971.

La lluvia media anual registrada en el observatorio de Castellón es de 430 mm. anuales, durante el periodo de 1912 a 1991 (Quereda y Ortells, 1993, p.35).

Estructura agraria

En conjunto cubre una superficie total de 30.500 ha. de las cuales 23.250 son de regadío, que representa el 78% del total. Un 4% es de secano y un 18% de superficie no agrícola (Quereda y Ortells, 1993, p.163). El cultivo de cítricos ha ido en aumento desde 1983 y la producción de aceitunas es prácticamente la misma que la de Valencia.

⁸⁹ Para profundizar en el estudio geográfico de la Plana de Castelló ver Quereda y Ortells, 1993. El libro cuenta también con una descripción de la evolución histórica y económica de sus pueblos.

Anys 1995, Sector Ramader

	Alacant	Castelló	València
<i>Boví</i>	8.647	15.474	28.452
<i>Oví</i>	116.662	162.318	198.723
<i>Cabrum</i>	28.457	12.964	17.833
<i>Porcí</i>	67.090	646.420	366.790

Font: IVE, Anuari estadístic, 1997.

Destaca la gran cantidad de ganado porcino sobre las otras dos provincias de la Comunidad Valenciana.

La Pesca

A pesar del evidente carácter agrícola de la provincia, entre las actividades económicas tradicionales de la comarca de la Plana destaca la pesca. La característica más negativa de la flota comarcal es su grado de envejecimiento.

“En el año 1991, las capturas totales de la flota comarcal se han elevado a 14.078.278 kilogramos. Ello representa un 72.5% del total provincial. Su valor en pesetas se eleva a 3.088 millones. De esas capturas, nada menos que un 81.7% corresponden a la pesca de cerco, un 15.5% al arrastre y solo un 2.8% al trasmallo. La comarca de la Plana se caracteriza así por el gran predominio de la pesca de cerco que en el conjunto provincial, con excepción del puerto de Castellón, es netamente inferior a la pesca de arrastre.”

(Quereda y Ortells, 1993, p.185)

La Industria

El sector industrial, con cerca de 40.000 empleos, se configura dominante en los momentos actuales. En 1987 generó una producción próxima a los ciento diez mil millones de pesetas, cinco veces más de la obtenida por el sector primario. El sector agrícola, especialmente el naranjero, es el primer motor industrial.

Más del 95% del sector industrial está compuesto de talleres artesanos y pequeña empresa, que dan trabajo al 55% del total de los obreros industriales. El resto, algo menos del 5% de las empresas, medianas y grandes, reúnen al 45% de los trabajadores (Quereda y Ortells, 1993, p.185-186).

Las industrias y servicios que han ofrecido posibilidades de trabajo a la población inmigrante (a la mayor parte de los individuos de la muestra y a sus hijos) han sido: la cerámica, calzado y cuero, refinería de petróleo, construcción y turismo, principalmente.

La población: evolución

Hace más de 700 años los musulmanes ocuparon estas tierras. Con la llegada del rey Jaime I empezaron a venir soldados y campesinos, principalmente catalanes, que poblaron las zonas costeras, y otros, aragoneses mayoritariamente, que poblaron tierras del interior.

“Catalans i aragonesos foren el llevat primigeni del País Valencià. D’Aragó i del Principat va baixar el gros dels repobladors. En aquesta duplicitat de procedència s’ha trobat la raó del bilingüisme actuals dels Valencians... L’Alt Millars, la Vall de Segorb, ... que avui parlen castellà-aragonès, van tenir una aportació aragonesa predominant, si no exclusiva, en el repoblament inicial. Els Ports de Morella, el Maestrat, tota la faixa marítima, i algunes parts més interiors, ... van rebre colons del Principat i són idiomàticament catalans” (Fuster, 1992, p.30).

Desde 1348, fecha de aparición de la Peste Negra, y 1519 los contagios y epidemias se sucedieron.

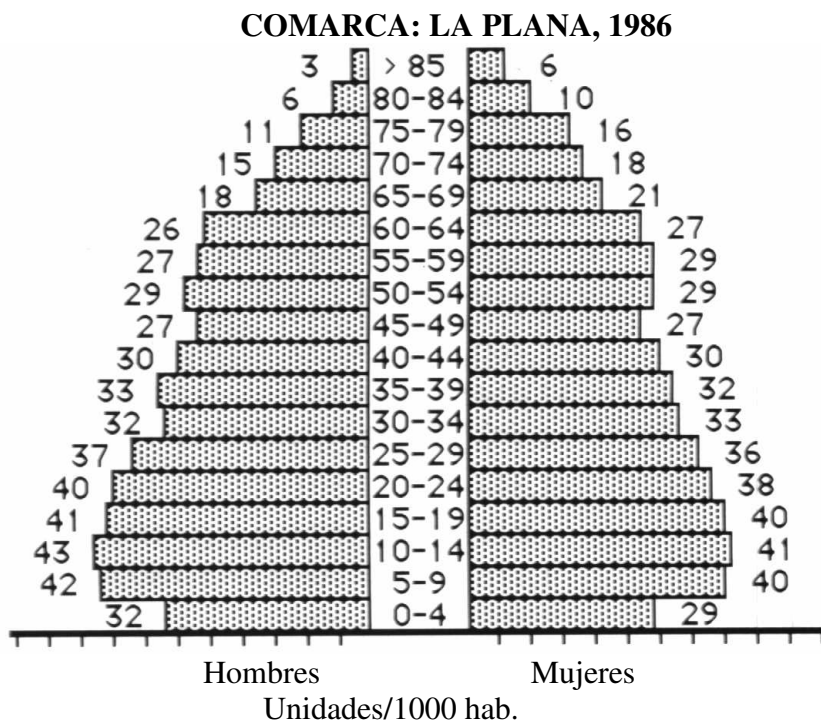
Durante el siglo XVI continuaron todo tipo de lacras para el incremento demográfico. Aunque las fuentes son inseguras, apuntan a una densidad media de la Plana que oscilaría entre los 15 habitantes/km². Castellón contaba con 592 viviendas, la cifra más baja de las conocidas desde su fundación⁹⁰. Un recuento de 1646 muestra que la comarca solo tenía 16.500 habitantes.

El comienzo del siglo XVIII viene marcado por los estragos que causó la guerra de sucesión. La comarca pasaba así de 20.000 habitantes en 1735 a 65.000 en 1794.

Durante la primera mitad del siglo XIX, las guerras de la Independencia y carlistas, así como las pestes de cólera en 1834, mantuvieron la población, sin cambios en cuanto a número de habitantes.

El crecimiento demográfico se acelera en la tres últimas décadas. La comarca de la Plana suma 190.000 habitantes en 1960 y treinta años después, en el censo de 1989, rebasa los 326.000. Se trata de un aumento notable que sobrepasa el crecimiento natural de la población y que, esencialmente, es el determinado por el crecimiento urbano de la comarca (Quereda y Ortells, 1993, p.61-63).

⁹⁰ Hacía 1415-1418 habían 1.100 hogares (“FOCS”) y en 1469, 626 hogares (Quereda y Ortells, p.60-61).



Total población de derecho: 320.047 h.

“La pirámide comarcal muestra una población relativamente joven, en segunda expansión demográfica. Destaca la generación hueca de 45-49 años que nacieron en el quinquenio de la guerra civil (1937-41) y la inflexión del primer grupo por la caída de la natalidad de los ochenta” (Quereda y Ortells, 1993, p.68).

Evolució de la densitat de població. Hab./Km2

Anys	Alacant	Castelló	València	Espanya
1960	122,5	51,3	133,6	61,5
1986	207,6	65,4	193,1	76,2
1991	222,2	67,1	196,6	77,0
1995	234,4	69,7	204,2	80,0

Font: Conselleria d'Economia, Hisenda i Administració Pública (IVE, 1996).

Como se muestra en la tabla, la provincia de Castellón presenta la densidad de población más baja, con mucho, de la Comunidad Valenciana.

Indicador de Envejecimiento

	1950	1960	1970	1981	1986
C. Valenciana	35'2	38'9	38'9	46'3	52'8
Prov. Castellón	46'3	53'6	53'5	65'6	66'8
Estado Español	27'6	31'1	34'8	44'1	53'9

Fuente: Conselleria de Treball i Afers Socials, 1991, p.26

En cuanto a la evolución del envejecimiento de la población en la Comunidad

Valenciana, el porcentaje de ancianos es claramente ascendente, cobrando más peso en cada década y estabilizándose en el quinquenio del 81 al 86.

El indicador de envejecimiento muestra una población más envejecida en la provincia de Castellón que en el resto de la Comunidad Valenciana durante todo el periodo.

5.1.1 La ciudad de Castellón. Comparación con el resto de capitales de la Comunidad Valenciana

*Origen y evolución*⁹¹

“El desarrollo histórico de Castelló desde sus orígenes hasta 1950, cuenta con dos fases destacadas: su creación en el siglo XIII y el impulso del siglo XVIII en que se triplica su población.

Sin embargo estos hitos son secundarios al lado del que supone la transcendental etapa urbana que se abre en 1960 y alcanza nuestros días”
(Quereda y Ortells, 1993, p.85-86).

La Actualidad

En 1996 la ciudad está poblada por 135.729 habitantes, en una superficie de 107.5 km². Presenta una densidad de 1.262'6 habitantes por km².

Clima

Any 1996

Observaciones termomètriques

Estaciones termomètriques	Maxima absol.(C°)	Dato	Minima absol.(C°)	Dato	Mitjana Max (C°)	Mitjana Mín. (C°)	Mitjana anual (C°)
Castelló (Betxí)	37,0	28/7	-1,0	28/12	23,2	11,2	17,2

Font: IVE 1997, p.55

Las temperaturas benignas de Castellón hacen posible una vida social intensa (en cuanto a número de horas posibles de relación en la calle), que tiene importantes implicaciones en las características de la vida de los jubilados: las sociedades situadas en temperaturas benignas no necesitan recursos económicos elevados (locales acondicionados para reuniones – calefacción – transporte, ...) para ocupar una proporción elevada del día en relaciones sociales.

⁹¹ Los datos referidos a Castillo, 1989, corresponden al Censo de 1986. Su estudio comenzó en Diciembre de 1987 y finalizó en Marzo de 1989. En Abril de 1998 se realizan una serie de entrevistas en el Ayuntamiento y Servicios Sociales Municipales, en las que se confirma que no existe otro estudio, de estas características, más reciente. Desde la dirección de Servicios Sociales se me informa que en breve se publicará una nueva propuesta de sectorización de la ciudad basada en las actuales obras del ferrocarril subterráneo, pero que no afectan a los dos barrios escogidos en el presente trabajo. Parte de estos datos no coinciden exactamente con los obtenidos en el INE (Censo 1991) y en IVE (1997).

En la vejez esta característica adquiere una gran importancia: establece la diferencia entre posibilidades de una vida social rica o pobre. La ciudad de Castellón es un lugar privilegiado para los individuos de la muestra en esta sentido.

Es usual ver los parques con gente durante todo el año o grupos de vecinos sentados a la puerta de sus casas conversando o realizando trabajos manuales por las tardes y noches de los meses cálidos (Abril a Noviembre aproximadamente); esto último se da más en barrios de los alrededores del núcleo urbano, como en el barrio periférico del estudio.

Estructura

El término Municipal de Castellón, ubicado en la comarca de la Plana, limita con el mar al Este, los municipios de Almazora, Onda y Alcora al Sur, San Juan de Moró y Borriol al Oeste y Benicàssim al Norte.

La ciudad en principio tiene una estructura rectangular formada por dos calles principales que van de Norte a Sur y otras perpendiculares a ellas.

En los años 60,⁹² la ciudad ha crecido hacia el oeste, superando la estación del tren y llegando hasta la carretera N-340 en su desviación.

“Sin embargo este rápido incremento y renovación de viviendas no fue acompañado de una renovación urbanística. El Plan de 1963 no tuvo efectividad ante la carencia de los planes parciales que debían desarrollarlo y concretarlo. Incluso parecía estar inspirado en la lamentable filosofía de que, poseyendo Castellón un colosal pulmón de oxígeno en su huerta, no precisaba espacios verdes en su interior, como consecuencia de ello, dentro de un régimen de amplia tolerancia, la ciudad, cuyas máximas alturas eran de tres o cuatro plantas, asiste a un erizamiento de torres con ocho o diez plantas.

El diseño de la nueva área universitaria, el desvío de la carretera N-340 y el enterramiento de la vía férrea son los principales retos de la ciudad cara al 2000” (Quereda y Ortells, 1993, p.86-88).

⁹² Gran avalancha de la emigración de los años 60-70.

Distribució general de les terres (Ha), 1994

Municipis	Total	Cultius	Prats i pasturatges	Terreny forestal	Altres superfícies
Alacant	20.132	8.273	0	4.165	7.694
Castelló	10.732	7.485	0	2.743	804
Valencia	13.465	4.306	0	850	8.309

Font: Agricultura, Ramadería i Pesca, (IVE), 1997, p.81, 84 y 91

Demografía

La ciudad, limitada en su crecimiento durante siglos por las murallas, acequia y por los terrenos de huerta, y más tarde por el ferrocarril y la N-340, sólo permitió el asentamiento de los inmigrantes en los terrenos más baratos, al Oeste de la vía del ferrocarril. Así se configura una área de marginalidad en la cual la población es mayoritariamente de fuera.

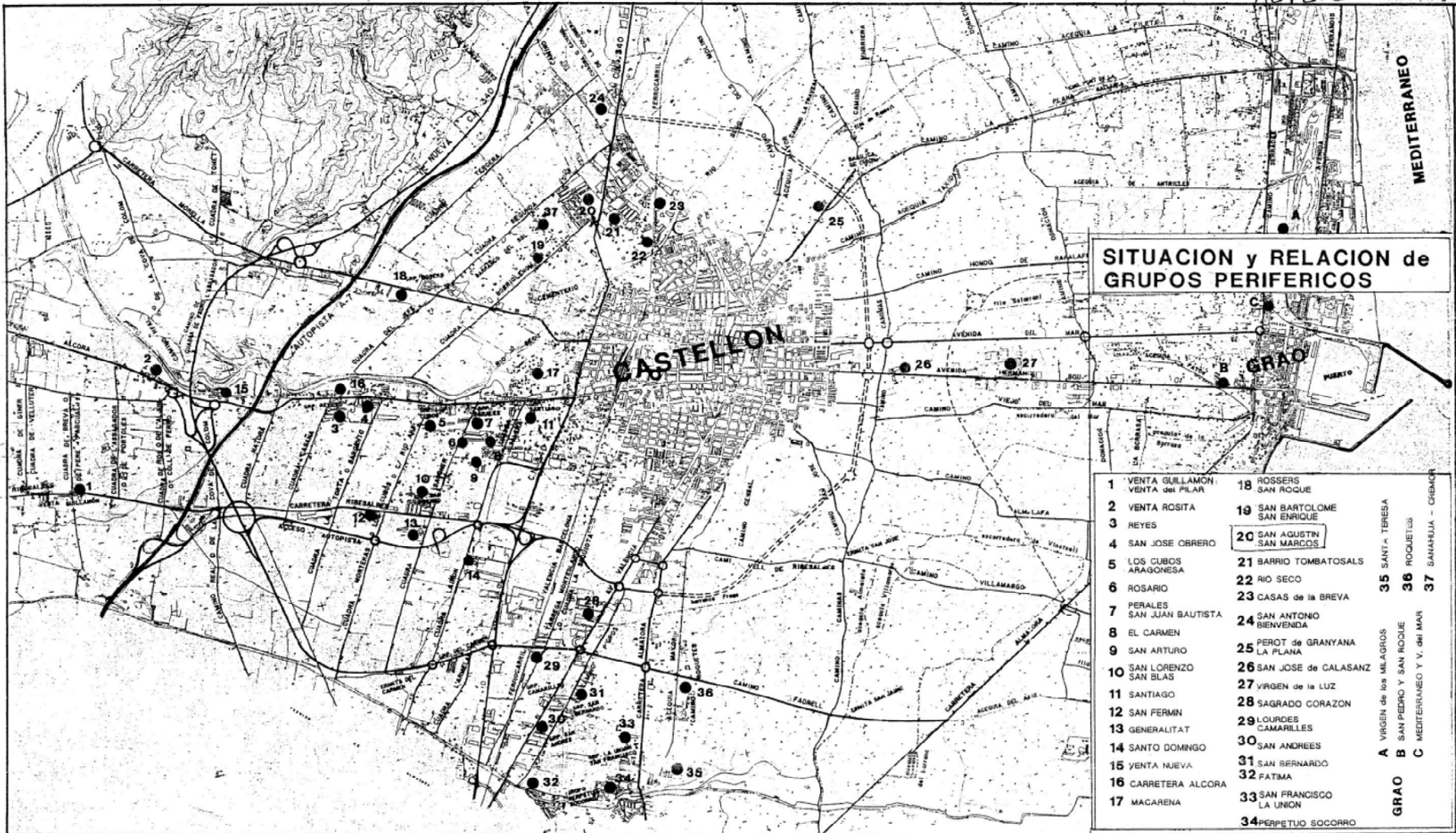
La población inmigrante tiende a ubicarse en los denominados *Grupos* (ver mapa 2). En cada Grupo que aparece suelen situarse gente con un origen común, de la misma provincia, de la misma comarca, e incluso en ocasiones, del mismo pueblo.

Este es el caso del barrio periférico del estudio.

Estos grupos se caracterizan por su aparición incontrolada, sus déficits estructurales y de servicios, su dependencia comercial y distanciamiento del centro.

En 1960 los residentes son 62.493, en 1970 pasan a ser 93.000 y en 1989 rebasan los 134.000 habitantes (...). La población se ha duplicado en menos de 30 años.

Entre 1961 y 1980 se construyeron 7.509 viviendas, el 25% en edificios con más de cinco plantas; edificios que, en 1950, no alcanzaban el 1%. Ello determina que, en 1980, cerca de un 50% de las viviendas cuente con menos de veinticinco años (Quereda y Ortells, 1993, p. 86).

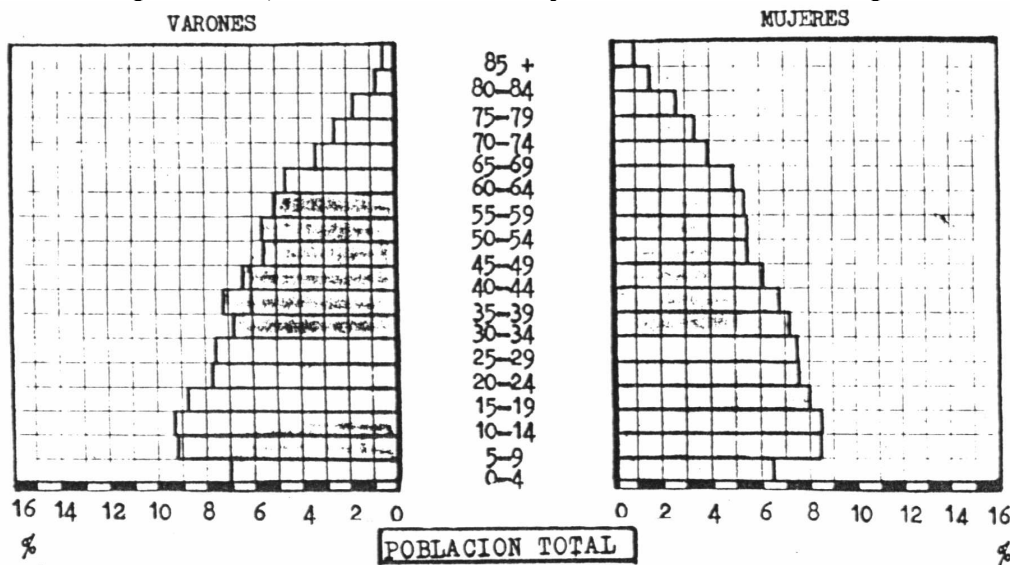


SITUACION y RELACION de GRUPOS PERIFERICOS

- | | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------|
| 1 VENTA GULLAMON
VENTA del PILAR | 18 ROSSERS
SAN ROGUE | |
| 2 VENTA ROSITA | 19 SAN BARTOLOME
SAN ENRIQUE | |
| 3 REYES | 20 SAN AGUSTIN
SAN MARCOS | |
| 4 SAN JOSE OBRERO | 21 BARRIO TOMBATOSALS | 35 SANTA TERESA |
| 5 LOS CUBOS
ARAGONESA | 22 RIO SECO | 36 ROCUETUS |
| 6 ROSARIO | 23 CASAS de la BREVA | 37 SANARJUA - CREMAR |
| 7 PERALES
SAN JUAN BAUTISTA | 24 SAN ANTONIO
BIENVENDA | |
| 8 EL CARMEN | 25 PEROT de GRANYANA
LA PLANA | |
| 9 SAN ARTURO | 26 SAN JOSE de CALASANZ | |
| 10 SAN LORENZO
SAN BLAS | 27 VIRGEN de la LUZ | |
| 11 SANTIAGO | 28 SAGRADO CORAZON | |
| 12 SAN FERMIN | 29 LOURDES
CAMARILLES | |
| 13 GENERALITAT | 30 SAN ANDREES | |
| 14 SANTO DOMINGO | 31 SAN BERNARDO | |
| 15 VENTA NUEVA | 32 FATIMA | |
| 16 CARRETERA ALCORA | 33 SAN FRANCISCO
LA UNION | |
| 17 MACARENA | 34 PERPETUO SOCORRO | |

A VIRGEN de los MELAGROS
B SAN PEDRO Y SAN ROGUE
C MEDITERRANEO Y. del MAR

Estructura de la población, en función del sexo y la edad. Pirámide de población



Fuente: (Castillo, 1989, p.10)

Se observa un estrechamiento del primer escalón. Se trata del correspondiente al intervalo de edad de 0 a 4 años, producto del descenso generalizado de la natalidad en los inicios de la década de los ochenta. Este descenso, en la ciudad de Castellón, presenta una notable recuperación a finales de 1985, producto de la salida de la crisis económica, que afectó a las primeras generaciones del *boom* demográfico de los años sesenta. También se observa un discreto aplanamiento en la franja de edades comprendidas entre los 45 y 59 años, influencia de la Guerra Civil.

La población de Castellón es una población joven, con un 63'15% de población potencialmente activa, y un 25'82% de población menor de 16 años. También es la población con más de 100.000 habitantes de la Comunidad Autónoma Valenciana, que menos Índice de Dependencia presenta (50'4568), frente al 55'2400 de Valencia, el 58'4588 de Alacant y el 61'8959 de Elx (Castillo, 1989, p.2028-2029).

Procedencia de la población.

Lugar de nacimiento	N	%
<i>Castelló de la Plana</i>	64.622	50'71
Resto Provincia de Castelló	20.754	16'28
<i>Total Provincia</i>	85.376	66'99
Resto de Comunidad Autónoma	5.630	4'42
<i>Total C.A.V.</i>	91.006	71'41
Cataluña	3.160	2'48
Aragón	5.100	4'00
La Rioja	173	0'14
Euskadi	690	0'54
Cantabria	193	0'15
Asturias	280	0'22
Galicia	666	0'52
Castilla-León	2.217	1'74
Castilla-La Mancha	8.012	6'29
Madrid	1.654	1'30
Navarra	195	0'15
Extremadura	1.601	1'26
Andalucía	8.626	6'76
Murcia	1.269	1'00
Islas Canarias	177	0'14
Islas Baleares	190	0'15
Ceuta	185	0'15
Melilla	263	0'20
Otros países	1.788	1'40

Fuente: Castillo, 1989, p.10

<i>Población autóctona: 64.622 (50'71 %)</i>
<i>Población inmigrante: 62.823 (49'29 %)</i>

Nivel de conocimiento y utilización de la lengua autóctona

No entienden.....	17.905
Entienden pero no hablan.....	31.449
Entienden y leen, pero no hablan.....	5.615
Hablan.....	34.315
Hablan y leen.....	22.216
Hablan, leen y escriben.....	9.515

Fuente: Castillo, 1989, p.13

El número de personas que hablan valenciano coincide con el número de población

autóctona.

Distribución de indicadores socioeconómicos en varias ciudades de la Comunidad Valenciana.

	Castelló	València	Alacant	Elx
Paro, todas las edades	9.0	13.7	12.4	15.3
Paro 16 a 24a	18.0	26.5	24.1	27.4
Paro 25 a 44a	7.0	14.2	11.6	13.9
Paro 45 a 54	4.7	7.2	6.9	9.7
Mujer incorporada al trabajo	21.9	24.7	25.7	23.1
Porcentaje analfabetos	4.7	1.9	0.5	3.3
Porcentaje titulados superiores	11.5	10.5	8.23	2.93

Fuente: Castillo, 1989

Las tasas de paro son menores en Castellón que en el resto de ciudades. Los porcentajes de mujeres incorporadas al mundo laboral son discretamente inferiores. Castellón presenta un porcentaje de analfabetos superior a Valencia, Alacant y Elx. Sin embargo el porcentaje de titulados superiores es más elevado en Castellón.

Pero al analizar la distribución de estos indicadores en la ciudad se observa que esta situación es muy desigual.⁹³

⁹³ La división de la Ciudad de Castellón en 15 Unidades de Actuación propuesta por Servicios Sociales Municipales (Ver Mapa 3 en la sección 5.2.) permite un conocimiento significativo de la ciudad.

**Población total del Distrito.
Porcentaje sobre el total de la ciudad.**

Distrito	N	%
1. La Vila.	12.846	10'08
2. Raval de Sant Fèlix/Les Palmarettes.	12.607	9'89
3. Vora Sequia.	9.483	7'44
4. Rafalafena/Grapa.	10.691	8'39
5. <i>Fadrell/Censal</i>	<i>13.825</i>	<i>10'85</i>
6. Sequiol.	9.842	7'72
7. Sant Miquel.	16.427	12'89
8. Cremor.	8.193	6'43
9. Els Mestrets.	11.012	8'64
10. <i>Barris al Nord.</i>	<i>3.902</i>	<i>3'06</i>
11. Marrada/Estepar.	6.628	4'34
12. Benadressa.	754	0'59
13. Bovalar.	1.273	1'00
14. El Barranquet.	1.891	1'48
15. El Grau	8.471	6'65

Fuente: Castillo, 1989, p.2159⁹⁴

Fuentes de ingresos

Los ingresos más destacables en la Ciudad de Castellón vienen de la agricultura (ver Estructura), de la pesca, de las industrias y del turismo. En 1994 se invirtieron en el sector industrial de la ciudad de Castellón más de 6.144 millones de pesetas en contraste con 1.543 millones en Alicante y 2.303 en Valencia.

⁹⁴ Las líneas horizontales separan los dos barrios del presente estudio.

Finalmente, como indicador de la carestía de la vida en la ciudad de Castellón, presento los precios de la vivienda.

Preu mitjà del m2 dels habitatges a les capitals de provincia (pessetes/m2)

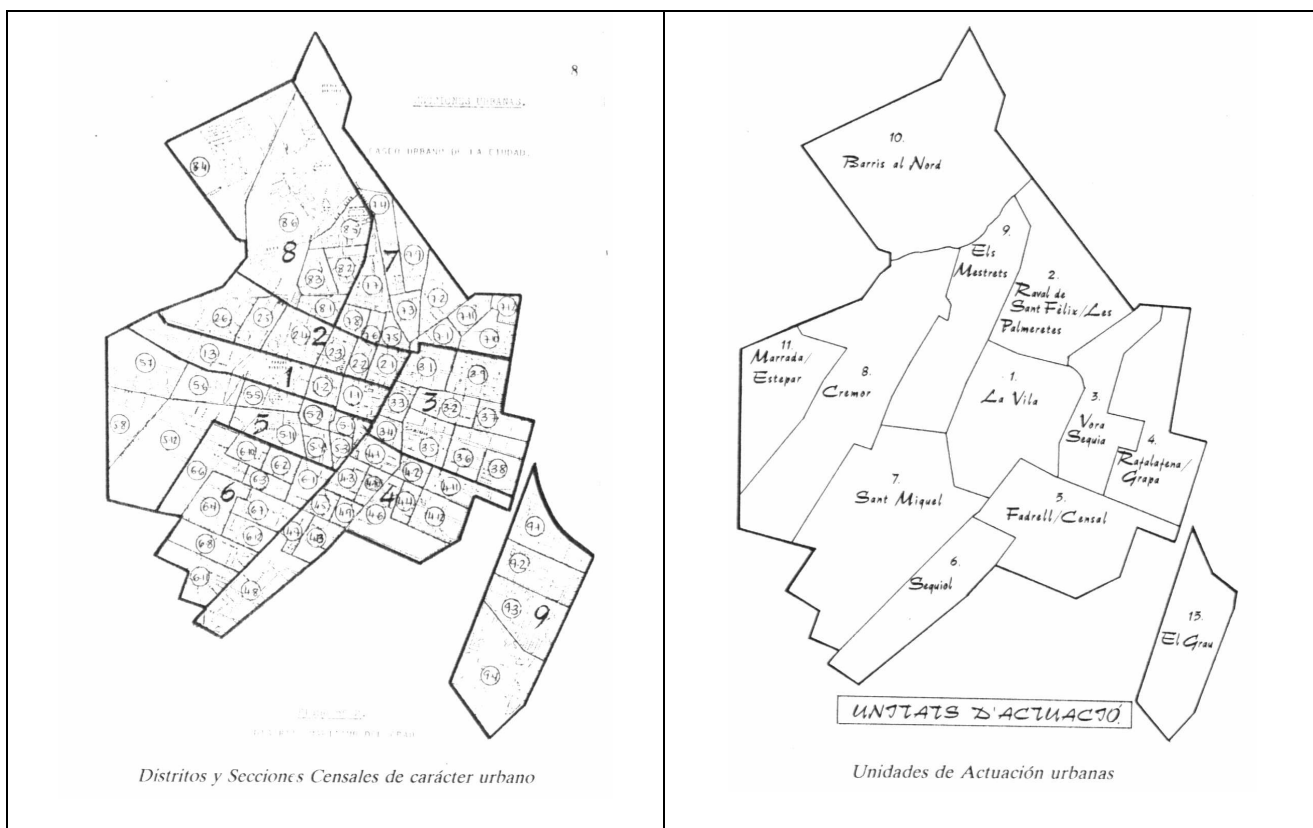
Anys	Alacant	Castelló de la Plana	València
1992	78.001	72.476	81.447
1993	81.590	81.665	89.545
1994	78.747	84.885	93.015
1995	84.420	83.712	95.198
1996	85.822	93.728	96.180

Font: Ministerio de Fomento. D.G. de Programación Económica y Presupuestaria.

El encarecimiento del suelo de la ciudad de Castellón se ha realizado, desde 1992 a la actualidad, a mayor velocidad que en Valencia y Alicante.

5.2 Descripción de los barrios

Partiendo de la distribución de la ciudad de Castellón propuesta por los Servicios Sociales Municipales (Castillo, 1989), el trabajo de campo se ha realizado en la Unidad 5: Fadrell/Censal, y en la unidad 10: Barris al Nord.



Mapa 3

Algunas características sociales, relevantes para este estudio, de la población de estas dos unidades de actuación son las que aparecen en la tabla siguiente.

Características sociales de la población de las Unidades 5 y 10

Unidades	1 P.T. (N)	2 P.A. (%)	3 IENV	4 IDEP	5 TVIU	6 S.R.	7 LAMN	8 D.P. (Hab./Ha)	9 IHAC	10 A.U.O.V. (N)
Fadrell/Censal	13.825	50'65	33'14	57'63	7'28	92'33	1'56	345'86	6'72	192
Barris al Nord	3.902	45'57	42'64	58'87	6'56	102'40	1'40	18'06	15'86	40
Castellón de la Plana	127.445	50'71	45'01	50'45	7'35	96'18	1'37	11'44	8'27	2.253

Fuente: Castillo, 1989, p.17

(Ver leyenda en página siguiente.)

P.T.: Población total de la Unidad.
P.A.: Población Autóctona (%).
IENV.: Índice de envejecimiento. (Número de habitantes mayores de 65 años sobre cada 100 habitantes menores de 14 años).
IDEP.: Índice de dependencia. (Número de habitantes legalmente pasivos sobre cada 100 habitantes potencialmente activos).
TVIU.: Tasa de viudedad. (Porcentaje de población viuda sobre población de edad igual o superior a 15 años).
S.R.: Sex-Ratio. (Número de hombres sobre cada 100 mujeres).
IAMN.: Índice Anual Medio de Nacimientos. (Número de nacimientos/año sobre cada 100 habitantes).
D.P.: Densidad de Población. (Número de habitantes por hectárea).
IHAC.: Índice de hacinamiento en vivienda. (Número de viviendas con 6 o más ocupantes sobre cada 100 viviendas habitadas).
A.U.O.V.: Población de edad igual o superior a 65 años, única ocupante de la vivienda.

La tabla anterior muestra diferencia en cuanto al *índice de envejecimiento* (IENV), bastante mayor en el barrio marginal. Esto se refleja en una mayor presencia de viejos en las calles y parques del barrio periférico, ya que aunque el número total de viejos es superior en el barrio céntrico (mucho más poblado), también lo es el número de niños, que compiten con los viejos por el espacio sin coches (placetas, parque) mucho más reducido en el barrio céntrico; las características de los juegos de estos niños (pelota, correr, ...) hace que los viejos no se sientan seguros en estos lugares fuera del horario escolar.

Otra diferencia entre los dos barrios es *la densidad de población*, mucho mayor en el barrio céntrico, lo cual contribuye fuertemente a la formación de un ambiente impersonal en el barrio céntrico frente al aspecto de pueblo pequeño que tiene el barrio periférico. Esta diferencia también influye favorablemente en las oportunidades de sociabilidad de los jubilados del barrio periférico frente a los del barrio céntrico: en el barrio periférico sólo saliendo a la calle ya encuentran a gente conocida de su edad, mientras que en el barrio céntrico, los jubilados han de compartir las aficiones que se practican en el Centro de la tercera edad para reunirse con otros jubilados, o citarse; tampoco se conocen todos, como en el barrio periférico.

El *índice de hacinamiento en vivienda* (IHAC) es mucho mayor en el barrio periférico. Pero el problema que esto podía suponer para los habitantes de este barrio se ve atenuado por la posibilidad de vivir muchas horas fuera de casa, paseando y jugando en los parques y otros espacios.

En la tabla siguiente el apartado de *Instrucción* es muy revelador de la situación de marginalidad del barrio periférico.

Unidades	INSTRUCCION		ESCOLARIZACION	LENGUA AUTOCTONA
	ANALF. (N)	TT.SS. (%)	EES. (%)	L. (%)
Fadrell/Censal	150	20'07	39'72	43'82
Barris al Nord	314	1'40	7'76	13'66
Castellón de la Plana	5.157	11'15	25'78	32'55

Instrucción: ANALF. (N): Número de Analfabetos. TT.SS (%): Porcentaje de población con titulación superior (s/población \geq 25 años).

Escolarización: EES.: Porcentaje de población (18-24 años) matriculada en EE.SS.

Lengua Autóctona: L.: Lectura de la lengua autóctona (%).

Fuente: Castillo, 1989, p.18

El barrio periférico tiene una cantidad de analfabetos muy superior al céntrico y el porcentaje de habitantes con titulación superior es 20 veces mayor en el barrio céntrico. Esta tendencia sigue en la población joven actual en cuanto a los estudios superiores: 39.7% en el barrio céntrico frente a 7.7% en el barrio periférico.

A pesar de que el porcentaje de la población autóctona no es muy diferente en los dos barrios (ver PA en tabla anterior), la cantidad de gente que lee la lengua autóctona en el barrio periférico sí que es mucho menor que en el barrio céntrico, de 43.8% a 13.6%, lo cual acentúa la marginalidad de estos individuos.

Según el padrón de 1996 los habitantes de la unidad Fadrell-Censal (barrio céntrico) sumaban 10.932, de los cuales, los individuos entre 65 y 74 años de edad eran 953. De los 10.932 no saben leer ni escribir 1.375, y tienen estudios de bachiller, FP-2º grado o títulos equivalentes o superiores a estos 3.469.

Los habitantes de la unidad Barris al Nord (barrio periférico) sumaban 6.776, de los cuales, los individuos entre 65 y 74 años de edad eran 548. De los 6.776 no saben leer ni escribir 1.049, y tienen estudios de bachiller, FP de 2º grado o títulos equivalentes o superiores a estos 744 (padrón 1996).

En cuanto a la situación laboral, es interesante observar cómo si bien el porcentaje general de paro es el doble en el barrio periférico, el porcentaje de mujeres que trabajan fuera de casa es bastante similar en ambos barrios (un poco inferior en el barrio marginal).

Unidades	PARO	SITUACION	LABORAL DE LA	MUJER
	General (%)	Trabaja (%)	Desempleada (%)	Ama de casa (%)
Fadrell/Censal	7'27	23'75	6'22	41'12
Barris al Nord	14'12	20'64	6'76	47'05
Castellón de la Plana	9'00	21'93	6'41	44'08

Fuente: Castillo, 1989, p.19

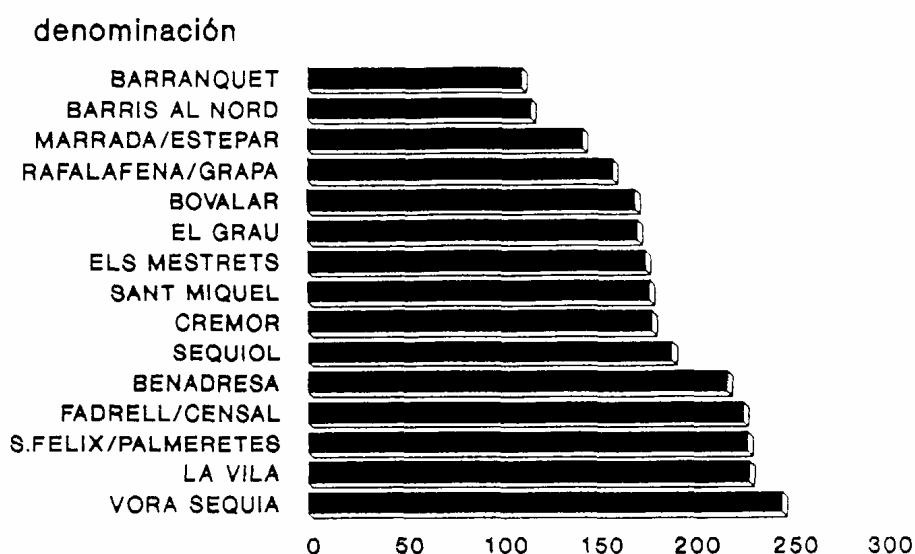
En la clasificación de la ciudad en 10 sectores, propuesta en base a un estudio del Servei Valencià de Salut (Puig, 1991, p.30), el *sector 8, Barris al Nord* ocupa el 3^{er} lugar en cuanto al Índice de Necesidad⁹⁵, mientras que el *sector 5, Fadrell/Censal* ocupa el octavo (en una escala que va del lugar más necesitado de recursos –1º– al lugar menos necesitado –10º).

Barris al Nord ocupa el 2º lugar de las zonas de riesgo mientras que Fadrell/Censal es el número 12.

MAPA DE RIESGO CASTELLON 1990

menor (más riesgo), mayor (menos riesgo)

(fuente: Servicios Sociales, Exc Ayunt).



Fuente: Puig, 1991

Mapa 4

⁹⁵ Índice de Necesidad, “elaborado a partir de las variables Nivel, Paro, IAMN (Índice Anual Medio de Nacimientos) y UOV (Únicos ocupantes de la vivienda mayores de 65 años). Pretende ser un apoyo a la priorización en la distribución de recursos en el marco urbano” (Puig, 1991, p.30).

“Nivel = suma de los valores de la distribución en las distintas secciones de los porcentajes de analfabetos en la población mayor de 6 años, matriculados en enseñanzas medias entre la población de 14 a 17 años, matriculados en enseñanzas superiores entre la población de 18 a 24 años. Los valores correspondientes al porcentaje de analfabetos han sido multiplicados por menos 1.” (Puig, 1991, p.19)

5.2.1 Barris al Nord (Grupo Sant Agustí i Sant Marc)

En 1975 Castellón tenía 109.882 habitantes y un 21'2% de ellos vivían en grupos marginales.

La mayoría de industrias del despegue producido entre los años 50 y principios de los 70, de pequeño y mediano tamaño, se localizaron sin control donde más les convenía: terrenos menos productivos y con mejores condiciones de accesibilidad, situados al oeste de las vías del ferrocarril y la carretera N-340. Allí es también donde se localizaron gran parte de los grupos marginales; por lo tanto, es frecuente ver estos barrios conviviendo con industrias (ej. el Grupo San Agustín y San Marcos con la fábrica Dusen).

“Por ello podía incluso hablarse de dos asentamientos. Uno al oeste de la carretera N-340 y el otro al este. Uno sería el representante del suburbio y el otro de la ciudad 'ortodoxa'” (Dualde, 1984, p.199).

Se encuentra al oeste de Castellón (ver mapa 2 en sección 5.1) cruzando la carretera N-340 (entre la Cuadra Segunda, la del Borriolench y el Camino de la Peña Roja). El suelo es plano (en su origen, destinado a huerta). La conexión con la ciudad se realiza a través de la carretera N-340 o bien por el Camino de la Peña Roja.

Las viviendas se construyeron sobre parcelas de $13 \times 8 = 104 \text{ m}^2$. A partir de la configuración del lote elemental, se delimitan unas franjas de amplitud igual al doble de la profundidad de la parcela, es decir 26 metros, que se toma como base para la disposición del esquema viario. Este es de 6 metros de anchura. El resultado es uniforme y compacto (Dualde, 1984).

En 1983 habían en San Agustín 312 viviendas y 14 comercios. La extensión de ambos grupos, San Agustín-San Marcos era de 6'92 Ha.

Como en otros grupos, la vivienda tiende a aprovechar al máximo la superficie de la parcela. La entrada es un pasillo, con habitaciones a los lados (una o dos, según la anchura de la parcela) y al fondo el patio, en el que algunos han construido nuevas dependencias que ocupan parte o totalmente dicho patio; otros han conservado el patio y allí crían animales. Las dependencias son de pequeñas dimensiones, unos 6 m^2 y de baja altura, para conseguir la mayor economía. Las azoteas en muchos casos hacen el papel del patio trasero cuando éste ha sido convertido en dependencias, y la mayoría son utilizados como tendederos; a veces se construyen cuartos trasteros y en ocasiones se utilizan como auténticas *cambras* (secadero y

almacenaje de algunos cultivos).

El barrio periférico tiene una estructura social similar a la de un pueblo pequeño; algunos informantes me hablaron de un “*cacique*” que ostenta diferentes cargos en el barrio y con poder suficiente para dar empleos y permisos de construcción⁹⁶. También hay un personaje que aglutina a algunos jóvenes promoviendo diferentes actividades lúdicas y formativas; una iglesia (no realiza mucha actividad social, se limita a los ritos religiosos) y dos escuelas.

Algunos habitantes del Grupo San Agustín son gitanos, aunque la mayoría de la población gitana reside en Tombatossals (grupo cercano).

Los recursos más destacados del barrio (situados en el grupo San Agustín o cercano a él) son: la asociación padres de alumnos de ambos colegios; la asociación de vecinos, la asociación gitana de Tombatossals (barrio vecino), la asociación de jubilados y pensionistas; la biblioteca municipal, los dos colegios (San Agustín y Illes Columbretes); la guardería San Juan Bautista (Cáritas); la guardería Arco Iris (con piscina, privada); el Centro de Salud San Agustín; el hospital General de Castellón; tres grupos de mujeres (de Cáritas, de madres de alumnos y otra religiosa); un polideportivo; un banco; una farmacia y un autobús que llega al centro de la ciudad (Fichas de la Trabajadora Social del Centro de Salud San Agustín, 1995/1996 y observación).

En 1986 la población total del Distrito Barris al Nord era de 3.902 habitantes⁹⁷, de los cuales 1.966 eran hombres y 1.920 mujeres.

⁹⁶ Algunos individuos de la muestra hablan de él con mucho respeto, otros no.

⁹⁷ En el padrón de 1996 era casi el doble: 6.776 habitantes.

Procedencia de la población	Número	Barris al Nord	Datos medios de la Ciudad
Castellón de la Plana	1.856	(47'57%)	50'71%
Resto de la Provincia	753	(19'30%)	16'28%
Total de la Provincia	2.609	(66'87%)	66'99%
Resto de la Comunidad	119	(3'05%)	4'42%
Total de la Comunidad	2.728	(69'92%)	71'41%
Resto del Estado Español	1.117	(28'63%) ⁹⁸	27'19%
Nacidos en el extranjero	57	(1'45%)	1'40%
Total	3.902	(100.00%)	

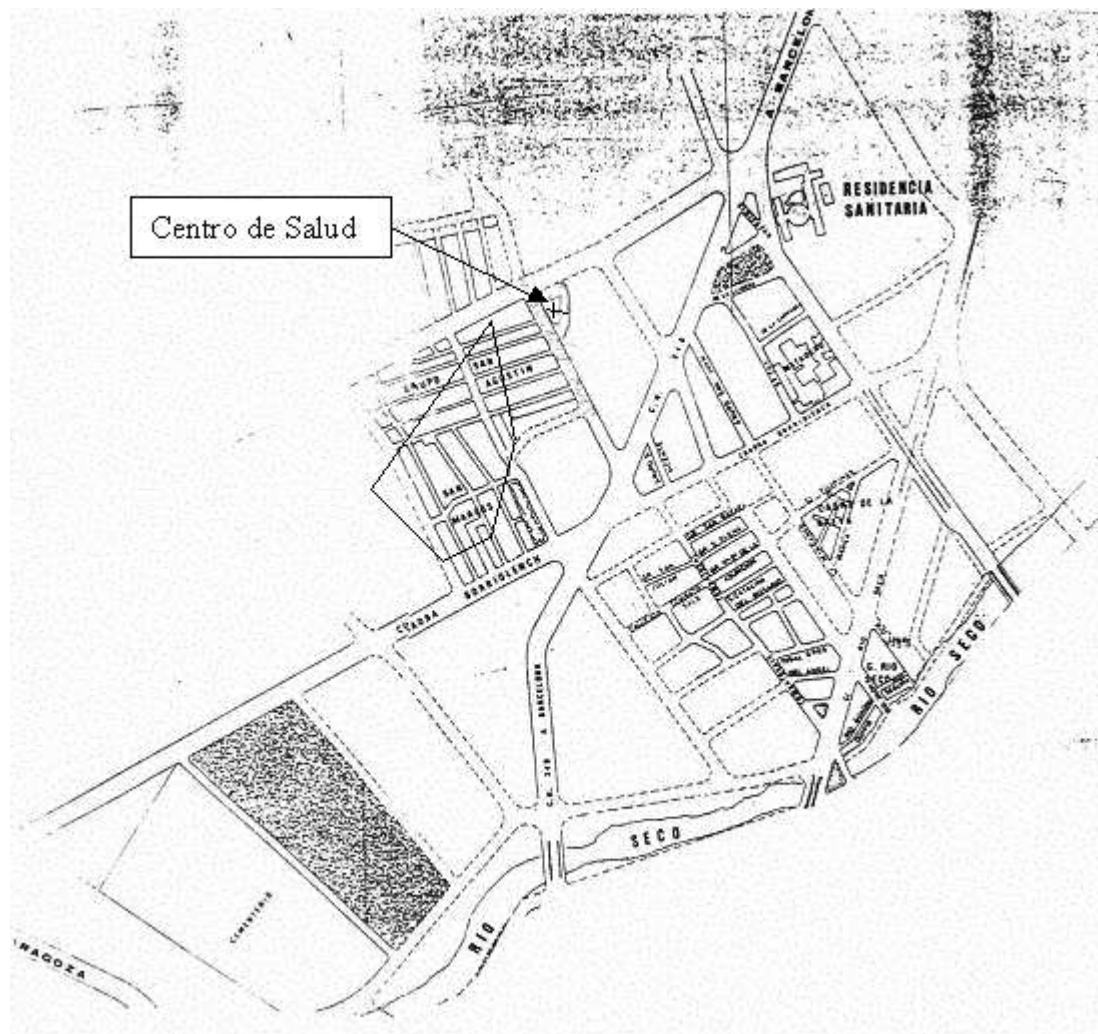
Fuente: Castillo, 1989, p.2418

El grup Sant Agustí i Sant Marc en 1986 (Padrón) tenía 1.917 habitantes, de los cuales 493 tenían de 0 – 14 años, 1.255 de 15 - 64 años, y 169 de 65 años y más.

Las calles del barrio periférico donde residen los individuos de la muestra son : c/ Alcalatén (2), c/ Benitandús (4), Travesía la Paz (3), c/ Málaga (4), c/ Barranquet (1), y c/ Cádiz (2)⁹⁹.

⁹⁸ Este dato no concuerda con los obtenidos en el trabajo de campo. La mayoría de los individuos de la muestra no procedían de la Comunidad Valenciana.

⁹⁹ En el Padrón Municipal de 1991 solo se refleja 1 individuo de los 16 que forman la muestra de esta área.



Mapa 5

El área acotada en el mapa incluye todos los hogares donde residen los individuos de la muestra del barrio periférico.

El Centro de Salud (C.S.) es accesible para todos los individuos seleccionados (16), a menos de 5 minutos andando (de paseo, sin prisas y sin cruces peligrosos: semáforo o tráfico lento).

Este barrio muestra un alto grado de cohesión (versus el barrio céntrico que es muy impersonal).

Las actividades de los jubilados son los viajes, el centro cívico (2), los paseos en pandilla, sentarse *a la fresca*, los juegos de pelota (hombres) y los bares (hombres).

5.2.2 Fadrell/Censal

Situado al sudeste de la ciudad de Castellón, en la unidad Fadrell-Censal (unidad 5).

Los límites del distrito son: *Norte*, Plaza de la Paz - Asensi - Maestro Ripollés. *Este*, Chatellerault - Pda. Almalafa. *Sur*, Chatellerault - Término de Almazora. *Oeste*, Avda. Casalduch - Orfebre Santalina - Pda. Estepar.

Este distrito limita con el centro de la ciudad (Plaza de la Paz), por lo que cualquier individuo de la muestra tiene acceso fácil a los mejores recursos de la ciudad (ver mapa 3, en sección 5.2).

Su situación céntrica y el tipo de construcción (edificios de 8 plantas de altura y 2 o más pisos por planta, en general) influye en la impersonalidad que caracteriza esta área, versus el ambiente de *pueblo pequeño* que define el área periférica de Barris al Nord, especialmente la parte de donde se extrae la muestra de individuos (grupo Sant Agustí i Sant Marc).

Una agrupación de vecinos que podría dotar de cohesión a esta zona es la *gaiata Censal* (preparación de las fiestas), pero no aglutina a los miembros jubilados de esta población, posiblemente por el coste que implica.

Los dos centros de la 3ª edad asequibles están situados en la periferia del barrio y atraen primordialmente a los hombres (juegos de mesa). Los viajes organizados son utilizados por algunas parejas.

Es frecuente observar personas mayores sentadas en un parque situado en el ángulo formado por Casalduch y la Avda. Chatellerault.

La placeta más céntrica, Dr. Marañon, es utilizada mayoritariamente por niños (actividades ruidosas y molestas para viejos, pequeño espacio de cemento).

Las demandas de ayuda recibidas por la trabajadora social del Centro de Salud por parte de los ancianos son escasas (unas 30/año) y la gran mayoría son de ayuda a domicilio, pero muy pocos son los que la reciben por falta de recursos.

Esta zona está provista de numerosos comercios, muy variados y con precios no superiores a otras zonas de la ciudad.

El sector está habitado por 13.825 individuos (Padrón, 1986), de los que 1.201 tienen más de 65 años (Puig, 1991, p.56).

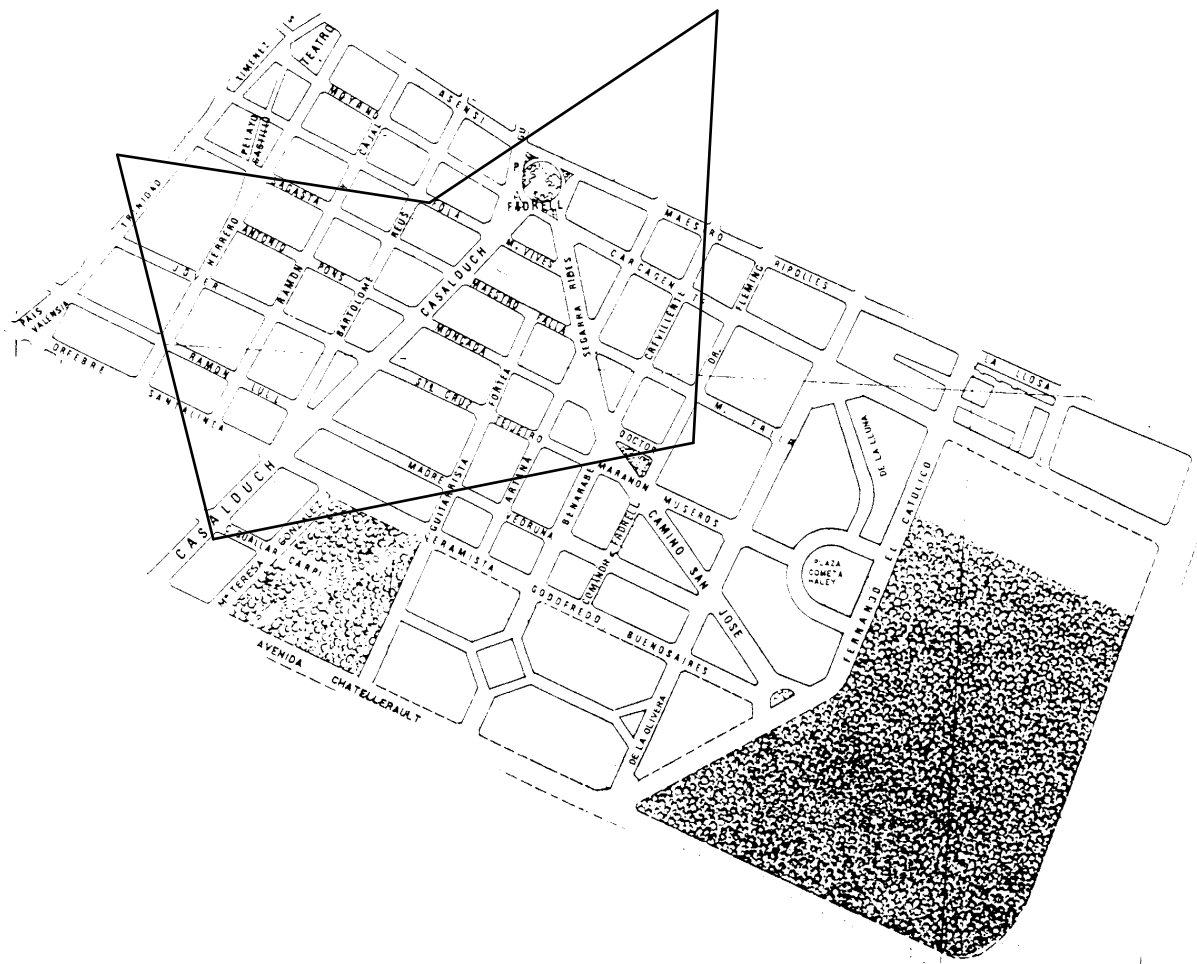
Procedencia de la población	Número	Fadrell/Censal	Datos medios de la Ciudad
Castellón de la Plana	7.003	(50'65%)	50'71%
Resto de la Provincia	1.963	(14'20%)	16'28%
Total de la Provincia	8.966	(64'85%)	66'99%
Resto de la Comunidad	968	(7'00%)	4'42%
Total de la Comunidad	9.934	(71'85%)	71'41%
Resto del Estado Español	3.673	(26'57%) ¹⁰⁰	27'19%
Nacidos en el extranjero	218	(1'58%)	1'40%
Total	13.825	(100.00%)	

Fuente: Castillo, 1989, p.2375

Este barrio ha crecido espectacularmente en los últimos 20 años, pero las nuevas viviendas están habitadas principalmente por jóvenes. Quizás esta sea la razón por la que los individuos de la muestra no reflejen ese 26.57% de inmigrantes procedentes de otras comunidades autónomas.

¹⁰⁰ Este dato no concuerda con el obtenido en el trabajo de campo(muestra). Casi la totalidad de los individuos de la muestra en este barrio eran de la Comunidad Valenciana.

Las calles del barrio céntrico donde residían los individuos de la muestra son: c/Segarra Ribes (2), c/ Dr. Fleming (2), c/ Fola (3), c/ Marqués de la Ensenada (1), c/ Artana (2), Avda. Casalduch (3), Plaza Mallorca (1), c/ Maestro Vives (1), y c/ Maestro Falla (1)



Mapa 6

El área acotada en el mapa incluye todos los hogares donde residen los individuos de la muestra del Barrio Céntrico.

El Centro de Salud (C.S.) es accesible para todos los individuos seleccionados (16), a menos de 10 minutos andando (de paseo, sin prisas y sin cruces peligrosos: semáforo o tráfico lento).

Una caracterización destacable de los individuos de la muestra de este barrio, en contraste con los del barrio San Agustín, es que suelen ir con frecuencia con su cónyuge a comprar, pasear o visitar amigos, y no suelen realizar viajes ni participar en otras actividades organizadas desde los Centros de la Tercera Edad, mientras que en el barrio periférico cada

cónyuge va más por su cuenta y la participación en actividades de la tercera edad es numerosa.

5.3 Descripción de los Centros de Salud

El primer contacto lo realizo en Junio de 1994, después de solicitar el permiso a la directora de Atención Primaria del Area 02 de Castellón y a la responsable de Trabajadoras Sociales de los Centros Sanitarios, las cuales llamaron a ambos centros autorizando mi trabajo.

A partir de entonces realicé varias entrevistas a los médicos coordinadores y una entrevista al resto de médicos; varias entrevistas a las enfermeras coordinadoras y al resto del personal sanitario y administrativo, entrevistas a las trabajadoras sociales de cada centro,¹⁰¹ también observación participante tanto en las consultas médicas como en las salas de espera, y revisiones múltiples de los registros de ambos centros (historias clínicas de mayores de 65 años, hojas de cita previa y hojas de consulta de enfermería).

El ambiente de aceptación fue aumentando (aunque nunca fue hostil) a medida que aumentaban mis visitas al centro. No me pusieron límites en consultar registros en ningún momento. Se mezclaron las entrevistas sobre mi estudio con los comentarios de tipo personal y laboral.

Los *objetivos teóricos* de educación para la salud en Atención Primaria de la Comunidad Valenciana son los siguientes:

¹⁰¹ Aunque ambas fueron igualmente útiles en mi trabajo, debido a las características del Centro de Salud del barrio periférico su trabajadora social me facilitó información importante sobre la vida del barrio, quienes desempeñaban los puestos de poder, grupos étnicos, mapas. Además, este Centro de Salud tiene menos presión asistencial y la trabajadora social trabaja allí tiempo completo (en el otro solo 1 día por semana).

Objetivos de la Educación para la Salud
Eliminar hábitos y costumbres nocivos Alimentación Sedentarismo Hábitos tóxicos
Disminuir los factores de riesgo existentes en el medio Vivienda Entorno
Enseñar a la familia de las personas de edad avanzada como lograr un mejor cuidado de sus mayores
Fomentar el autocuidado de las personas de edad avanzada
Promocionar la realización de actividades Físicas y mentales Recreativas, culturales y sociales
Educación familiar y social para evitar la marginación de las personas de edad avanzada y lograr su plena integración familiar y social.
Promoción de procesos informativos-formativos para la preparación a la jubilación, que permita superar de manera óptima este cambio de situación personal y social.
Recuperación y rehabilitación de las personas de edad avanzada enfermas.

Fuente: Martínez, 1998, p.13

Las *actividades* realizadas para conseguir estos objetivos se reflejan en los *programas de promoción de la salud* que se llevan a cabo en los centros y en los *consejos sanitarios* que los profesionales dan a los usuarios que solicitan asistencia.

Los dos Centros de Salud seleccionados se diferencian en aspectos importantes.

- El CS-C¹⁰² viene funcionando desde 1986, mientras que el CS-P¹⁰³ comenzó a funcionar en Abril de 1993.
- El Centro CS-C no está informatizado, mientras que el Centro CS-P lo está parcialmente, proceso que continua (en 1996 comienzan a informatizar los registros de cita previa)¹⁰⁴.

¹⁰² CS-C = Centro de Salud zona céntrica.

¹⁰³ CS-P = Centro de Salud zona periférica.

¹⁰⁴ En mayo de 1998 me comunican que no siguió la informatización de *cita previa* por falta de recursos (ordenadores concretamente).

- El CS-C tiene gran presión asistencial mientras que el CS-P no¹⁰⁵. Esto se traduce en mayor número de visitas programadas por el médico y por la enfermera en el CS-P que en el CS-C. Por lo tanto, las personas que en el CS-C van por iniciativa propia, si vivieran en el barrio del CS-P, posiblemente fueran programadas.

La población aproximada a la que atiende el CS-P es de unos 8.000 individuos¹⁰⁶. Este centro está atendido por 6¹⁰⁷ médicos de Medicina general (uno de ellos coordinador), 1 pediatra, 5¹⁰⁸ enfermeras (una de ellas coordinadora), 1 matrona, 2 auxiliares administrativas, 1 celador, 1 trabajadora social, y 1 auxiliar de clínica.

El horario de atención al público es de 8:00 a 17:00 de lunes a viernes; de 8:00 a 21:00 martes, miércoles y jueves; de 9:00 a 17:00 sábados (urgencias sólo). El resto del tiempo las urgencias son atendidas en el Hospital Provincial.¹⁰⁹

El CS-C atiende una población aproximada de 25.000 individuos. Está atendido por 9 médicos de Medicina General (uno de ellos coordinador), 2 pediatras, 7 enfermeras (una de ellas coordinadora), 4 auxiliares administrativas, 2 celadores, y 1 trabajadora social (sólo los jueves). El horario de atención al público es de 8:00 a 21:00.

En el CS-C los *registros del trabajo de Enfermería* han sido elaborados en el Centro (*a mano*) y consisten en salud escolar (vacunas, revisiones, flúor), actividades programadas (HTA, diabetes, artrosis... y obesidad), actividades a demanda (inyectables, curas, T.A.), vacunas antitetánicas, vacunas antialérgicas, y visitas domiciliarias. Cada enfermera muestra un patrón diferente en cuanto al número de visitas que anota en la historia (como pasa con los

¹⁰⁵ Sólo para dar una idea de presión asistencial, presento los pacientes que aparecen en los *registros de enfermería* de 3 meses consecutivos:

en el CS-C:	
Enero 1996	407 (espontáneos 52 y no presentados 24)
Febrero 1996	377 (espontáneos 39 y no presentados 19)
Marzo 1996	259 (espontáneos 47 y no presentados 20) ;Fiestas locales!
en el CS-P:	
Enero 1996	124 (espontáneos reales 1)
Febrero 1996	151 (espontáneos reales 4)
Marzo 1996	140 (espontáneos reales 2)

¹⁰⁶ En 1993 atendía a 6.600. El incremento se debe, mayoritariamente al crecimiento de población que ha presentado el pueblo Borriol en los últimos años (el CS-P cubre también a la población de Borriol).

¹⁰⁷ Dos de ellos no están en el Centro, atienden a la población de Borriol (pueblo cercano) desde un consultorio.

¹⁰⁸ Dos de ellas atienden a la población de Borriol.

¹⁰⁹ Desde el 23/2/98 las urgencias se atienden en el Centro de Especialidades Jaume I (en el centro de la ciudad).

médicos, aunque los dos médicos seleccionados presentan un patrón similar en cuanto a sus registros).

En la *consulta de Enfermería* del *CS-P* los pacientes se clasifican, en general, de la siguiente forma:

- *Programados*, pacientes que pertenecen a un programa¹¹⁰ y se les cita para revisión.
- *Espontáneos*, aunque se les llama así a los pacientes que acuden al centro a *repetir* (a renovar la medicación cuando se acaba si tienen cartilla de largo tratamiento – CLT), son programados y así se les contabiliza a final de mes.
- Los PAIDS (Programa de Atención Integral a Domicilio).

Dentro de esta clasificación se separan los inyectables, curas, glucemias, electrocardiogramas, ... (tareas).

En el *CS-C* la clasificación por tareas de Enfermería es la dominante, no suelen clasificar a los pacientes ni anotar su trabajo en las historias.

Cada enfermera lleva los pacientes de un médico (en cada centro), pero por diversas razones (traslado, contratos, ...), el médico seleccionado en el estudio no siempre trabaja con la misma enfermera.

En consecuencia, si no se separan las consultas de enfermería, *el número de visitas en los dos barrios no tendrá el mismo significado*. Se decidió contabilizar solamente las visitas que cada miembro de la muestra hizo al médico.

¹¹⁰ Programas: de Hipertensión arterial, Obesidad, ...

Se registran como A.T.E.C. los pacientes que pertenecen a varios programas.

5.3.1 La consulta del médico

Ayudo a *pasar visita* durante 4 días (2 días con cada médico seleccionado) para observar el modelo de relación médico/paciente y el criterio seguido para registrar o no una consulta. Mi actividad consistía en tomar TA y rellenar recetas principalmente.

La consulta funciona por el sistema de *cita previa* desde 1990: los pacientes llaman o acuden a recepción del Centro y piden ser atendidos, obteniendo día y hora de la visita.

Cada visita duró menos de 15 minutos (aproximadamente).

En el centro con menos presión asistencial el médico hacía preguntas como “*¿a qué cree usted que se debe este problema?*”

Casi la totalidad de pacientes van acompañados por un familiar cercano.

En ningún caso se observó señal alguna de conflicto, al contrario, el ambiente que se creó con ambos médicos fue muy relajado.

El médico saludaba; el paciente y acompañante se sentaban; el médico sacaba la historia y el registro de cita previa; el paciente o acompañante exponía el problema (en castellano o valenciano), el médico hacía unas preguntas (a veces examen físico) y le daba su parecer al paciente. A continuación, le derivaba a otro departamento o/y le recetaba medicación. A veces le daba nueva cita (programada). Se despiden.

Durante las consultas, 1 ó 2 visitas no se anotaron en la historia. La explicación fue “*no vale la pena, es una tontería*”.

Observo varias veces en ambas salas de espera (algunas veces por razones personales, otras con el solo propósito de recoger datos para el estudio).

Las salas de espera presentan un ambiente que refleja el del resto de los barrios: en el CS-C, impersonal, casi nadie habla (sólo con su acompañante y en voz baja); suelen estar llenas (hay menos espacio para mayor número de consultas). En el CS-P hay más espacio y la gente habla con otros pacientes y acompañantes, se conocen del barrio.

En la consulta del médico, los pacientes se clasifican en:

Ambos Centros

- Visitas *programadas*, cuando son citados por el médico o derivados al médico por la enfermera.

- Visitas *espontáneas* (los que van *por motu proprio*): los que abordan al médico por los pasillos del Centro de Salud y las primeras (1^{as}) y segundas (2^{as}) visitas. Estos últimos vienen porque se sienten mal o porque la primera visita no les ha dado resultado.
- Visitas *administrativas* (pueden ser programados o espontáneos), cuando quieren renovar recetas, certificados, ...

En el *CS-P* las consultas al médico seleccionado de los tres primeros meses de 1996 presentaron el siguiente movimiento.

	Enero	Febrero	Marzo
Pacientes que solicitan consulta	578	584	583
Número de días	19	22	21
No presentados	23	27	21
Duración de las visitas (minutos)	3.334	3.915	3.410
Administrativas	151	134	141
Programadas	107	117	123
1 ^{as} visitas	232	240	240
2 ^{as} visitas	35	20	28
Derivados a radiología, laboratorio, especialistas:	43	42	36
Programas de Salud	37	46	30
Historias	585	582	581
Historias nuevas	3	8	1

En el *CS-C* las consultas al médico seleccionado en los tres primeros meses de 1996 presentaron el siguiente movimiento:

	Enero	Febrero	Marzo
Total visitas	970	950	904
Administrativas	90	99	70
Programadas	377	357	348
1 ^{as} visitas	293	290	280
2 ^{as} visitas	210	204	206

5.4 Perfil epidemiológico de la población

En el Centro de Salud del barrio céntrico no tienen un estudio epidemiológico de la zona que atienden. Tampoco lo tienen en Sanidad.¹¹¹

En el Centro de Salud del barrio periférico me entregan los datos que tienen hasta el 31-01-96¹¹²:

- Las historias de los pacientes que atienden entre los 3 médicos de Medicina general¹¹³ suman 2.288 (de ellas, 461 son de mayores de 65 años).

Del total de historias

325	casos de H.T.A. (hipertensión arterial)
113	casos de Diabetes
138	casos de Cardiopatías
130	casos de E.P.O.C. (enfermedad pulmonar obstructiva crónica)
309	casos de Obesidad
216	casos de Dislipemias
44	casos de Neoplasias
337	casos de E.D.A. (enfermedad degenerativa articular)
150	casos de Riesgo Social
259	casos de Tóxicos

No he encontrado ningún estudio epidemiológico por secciones de la ciudad.¹¹⁴

“La carencia de información de indicadores sobre el nivel de salud de la población por unidades reducidas, en este caso por secciones, no nos exime, en este apartado, de analizar cuál es la situación de Castellón respecto al resto de la Comunidad Valenciana” (Puig, 1991, p.15).

El autor recurre a las estadísticas de mortalidad porque son uno de los principales instrumentos de la Administración Sanitaria para la valoración del estado de salud de una

¹¹¹ El médico cree que no diferirá significativamente del realizado en el Centro de Salud del barrio periférico.

¹¹² A partir de 1996 estos datos comenzaron a informatizarse, pero aún no tienen cifras totales. El médico no cree que hayan cambiado de forma significativa (27/VII/97).

¹¹³ Estos 3 médicos atienden a la población del Barris al Nord (no el pueblo de Borriol).

¹¹⁴ En Sanidad (Castellón) se me informó de que las únicas enfermedades que se notifican al centro son las de declaración obligatoria.

comunidad, para la definición de prioridades y la asignación de recursos. Los datos obtenidos sobre las causas de muerte sirven también para vigilar los problemas de salud específicos.

Diez primeras causas de mortalidad en la ciudad de Castellón, 1995

SEXO	CAUSA DE DEFUNCIÓN LISTA DE LA CV	MORTAL. PROPOR.	DEFUNCIÓNES
Hombres	Enfermedades isquémicas del corazón	10.50	69
	Enfermedades cardiovasculares	8.52	56
	Tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón	8.37	55
	Bronquitis, Enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	5.94	39
	Accidentes de vehículos de motor	3.81	25
	Neumonía	3.35	22
	Tumor maligno de la próstata	3.20	21
	Tumor maligno de estómago	3.04	20
	Cirrosis y otras enfermedades del hígado	2.74	18
	Diabetes	2.59	17
Mujeres	Enfermedades cerebrovasculares	17.75	93
	Enfermedades isquémicas del corazón	12.21	64
	Diabetes	4.39	23
	Arteriosclerosis	4.01	21
	Tumor maligno de la mama femenina	3.63	19
	Neumonía	3.24	17
	Bronquitis, Enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	2.67	14
	Tumor maligno de estómago	2.10	11
	Tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón	1.91	10
	Psicosis orgánica senil y presenil	1.91	10

Font: Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat i Consum, 1998.

Se observa una mayor incidencia del Cáncer del aparato respiratorio en los hombres, así como de la Diabetes en las mujeres. Los accidentes de vehículos de motor ocupan el sexto lugar entre los hombres, mientras que en la mujeres ni siquiera aparecen en las 10 primeras causas de muerte. La Arteriosclerosis no figura en el listado de los hombres y ocupa el cuarto lugar de las causas de mortalidad en la mujer. La Cirrosis sólo aparece en la lista de los hombres, y la Psicosis orgánica senil y presenil sólo aparece entre las 10 primeras causas de muerte de la mujeres, aunque en último lugar.

Estas cifras también presentan diferencias si las comparamos con el total de la *provincia de Castellón*. Las más relevantes son:

- *Neumonía*, desaparece del listado de los hombres como una de las 10 primeras causas de

muerte en la provincia de Castellón; o sea, en la ciudad los hombres mueren con más frecuencia de Neumonía (ocupa el 7º lugar, el 3,20% de mortalidad proporcional).

- La *Psicosis orgánica y senil* aparece en el puesto 6 como causa de muerte de mujeres en la provincia de Castellón y en el décimo lugar en la ciudad de Castellón.
- El *Tumor maligno de intestino grueso*, que no aparece como causa de muerte (10 primeras) de los hombres ni de las mujeres de la ciudad de Castellón, sí que aparece en la provincia de Castellón, tanto en hombres como en mujeres y, además, en el listado de las mujeres sustituye a los tumores malignos de estómago.

Por grupos de edad, las tres primeras causas de mortalidad para los individuos entre 65 y 74 años en la *Comunidad Valenciana* son:

1. Tumores.
2. Enfermedades del aparato circulatorio.
3. Enfermedades del aparato respiratorio (Generalitat Valenciana, Consellería de Sanitat i Consum, 1998a).

Esto refleja un cambio respecto a años anteriores. En 1993 las tres primeras causas de mortalidad en la Comunidad Valenciana para el grupo de edad al que pertenecen los individuos de la muestra era:

1. Enfermedades del aparato circulatorio.
2. Tumores.
3. Enfermedades del aparato respiratorio (Generalitat Valenciana, Consellería de Sanitat i Consum, 1995b, núm. 158).

Es interesante señalar que en este mismo año y a nivel de la Comunidad Valenciana murieron a causa de Tumores 5.052 hombres frente a sólo 3.154 mujeres (idem, núm. 162).

Si bien es fácil encontrar datos sobre las causas de mortalidad de los habitantes de la Comunidad Valenciana, no lo es en el terreno de las enfermedades más frecuentes, sobre todo a nivel específico de grupos de población. Para este estudio sería muy interesante indagar en las enfermedades más comunes en ambos barrios, pero, como ya he expuesto al principio de este apartado, no hay estudios recientes sistemáticos a nivel de sectores cubiertos por un Centro de Salud, y no parece que la administración sanitaria se esté planteando cambios:

“...*El estado civil, y la profesión, oficio y ocupación principal no han sido*

analizados, la primera por su dudoso interés sanitario y la segunda..."
(Generalitat Valenciana, Consellería de Sanitat i Consum, 1998).

Presento, pues, datos más antiguos sobre la salud en la Comunidad Valenciana.

En 1992 la administración sanitaria de la Generalitat Valenciana inició la serie *Plan de Salud*, que pretendía incluir todos aquellos estudios que permitirían definir las intervenciones en salud de la Comunidad Valenciana. Se intentaba cubrir el vacío de datos que existía con anterioridad.

Se reconocía que algunos procesos de salud-enfermedad entre los que destacan la morbilidad sentida por la población, los hábitos de vida que influyen en la salud y la utilización de los servicios sanitarios, por sus características, no podían ser recogidos en estadísticas rutinarias, por lo que se estudiaron con una metodología conocida como *encuesta de salud por entrevista*.

La *autopercepción de salud* se dividió por edad, sexo, medio rural/urbano y clase social. Se pretendía medir la morbilidad percibida por la población, la opinión de la población sobre los servicios sanitarios que utiliza y el consumo de medicamentos. También tenía como objetivo mejorar el conocimiento de la distribución de aquellos hábitos que pueden influir sobre la salud de la población (Generalitat Valenciana, Consellería de Sanitat i Consum, 1993).

Se utilizó una muestra de 2.313 familias del medio rural y 2.491 familias del medio urbano. Los mayores de 65 años fueron los que más contestaron.

Sin embargo, a pesar de que las consideraciones que se tuvieron en esta encuesta son de gran interés para los estudios cualitativos, los datos obtenidos no son aplicables a este estudio porque se englobaron en el mismo colectivo a todos los mayores de 65 años. *Los resultados de este colectivo tan heterogéneo no son representativos del colectivo de 65 a 74 años de edad.*

Pero sí que aportan una información general sobre algunas formas de *autopercibir la salud* que expresa la población de la Comunidad Valenciana.

De las 9.362 personas mayores de 15 años encuestadas, un 70.9% opinaron que tienen una *buena salud* (56.3%) o *muy buena salud* (14.6%). Esta opinión varía significativamente del grupo de edad más joven (84.9% en el grupo de 16 a 24 años) al grupo de edad más avanzada (50.9% en las personas de 65 años o más). Comparando esta opinión por sexo o entre el estrato rural y el urbano no hay diferencias apreciables. La clase social, clasificada a

partir de la ocupación laboral declarada por los encuestados, influye en esta opinión. La clase más baja presenta esta opinión en un 55.1% frente a un 85.1% que responde la clase más alta (esta diferencia puede ser atribuida en parte a la diferente estructura de edad de cada clase social).

El 42.3% de la población rural opina que *su vida es tranquila*, mientras que en el estrato urbano comparten esta opinión el 34.5% (la diferencia podía explicarse, en parte, por ser la población rural más envejecida que la urbana).

La *satisfacción con la propia salud* se encuentra relacionada con la edad, un 6% de las personas entre 16 y 24 años está *poco o nada satisfecha con su salud* frente al 21.6% de las personas de 65 años y más. En la clase social más alta sólo el 4.6% está *poco o nada satisfecha con su salud* frente al 13.8% de la clase social más baja.

La opinión sobre *quién es el principal responsable de la salud individual* contrasta entre grupos de edad. El 66% de los encuestados que tienen entre 16 y 24 años piensan que los responsables son ellos mismos frente a los 25.3% de los mayores de 65 años que comparten esta opinión. Para estos últimos en un 56% el principal responsable de su salud es el Destino, Dios, etc.; esta opinión la comparten los más jóvenes en un 17.1%.

En el terreno de la *morbilidad percibida*, se recogieron 34.268 problemas de salud (se padecían en el momento de la encuesta, con independencia del tiempo de inicio) declarados por 11.695 personas. Globalmente un 26.6% declara *no tener ningún problema de salud* frente a un 21% que está afectado por 4 o más problemas de salud. Por grupos de edad, un 41.9% de los menores de 16 años no padecen ningún problema de salud, presentando cuatro o más problemas de salud en este grupo de edad tan sólo un 3%. En el grupo de edad de 65 años y más estos porcentajes se invierten, con un 4.5% de personas sin problemas de salud y 54.3% con cuatro o más problemas. Las mujeres refieren padecer más número de problemas que los hombres y cerca de un 7% más de hombres que de mujeres declaran no padecer ningún problema.

Otro enfoque interesante de esta *encuesta por entrevista* es el reconocimiento de que *los problemas de salud más prevalentes de una población no quedan reflejados de manera lineal en los perfiles de mortalidad de esa misma comunidad*.

“...Para que un problema de salud incida en los patrones de mortalidad debe ser capaz de producir la muerte y esta capacidad es función de la gravedad intrínseca del proceso (irreversibilidad), de la respuesta individual, de los recursos científicos y técnicos disponibles para controlar el proceso y la

accesibilidad que la población tiene a tales recursos. Del mismo modo ocurre para las causas de muerte más frecuentes, no todas las causas aparecen entre los problemas de salud más prevalentes ya que factores como la duración del periodo de latencia y del periodo clínico del proceso junto a los descritos anteriormente están determinando su aparición. Ambos tipos de indicadores ofrecen una visión del estado de salud que se complementan entre sí (Generalitat Valenciana, Consellería de Sanitat i Consum, 1993).

Utilización de servicios sanitarios

Los problemas *que menos se consultan* son los de la cavidad bucal (ausencia de cobertura total por parte del sistema de salud).

En aquellos problemas de salud cuya duración es menor a 16 días se recurre a la ayuda de un profesional sanitario en un 46.5% de las ocasiones, sin embargo cuando la duración es mayor a las dos semanas se acude en un 85.8% de las veces.

El principal motivo por el que no se ha consultado a un profesional sanitario ante un problema de salud es la ausencia de gravedad de éste (27.6%), seguido de “*me lo trato yo mismo*” (22.9%) y por razones económicas (9.5%).

El uso de medicamentos no siempre es por prescripción facultativa. El 46.4% de los analgésicos consumidos, por ejemplo, son automedicados.

Las mujeres consultan más que los hombres al médico, 24.5% y 18.5% respectivamente (aunque no se aclara si los problemas consultados eran siempre propios). El 73.2% de las ocasiones la última consulta tuvo lugar en un Centro de Salud, el 13.3% fue en una consulta privada, el 4.3% en el domicilio y el 4.1% en consultas externas de un hospital. Los mayores de 65 años son los que más acuden a un consultorio de la sanidad pública (81.7%) mientras que los niños son los que más realizaron la última consulta en la medicina privada (25.4%).

De los 6 grupos en los que se divide la muestra según la clase social a la que pertenecen, el grupo 1 (clase social más alta) es el que más utiliza la sanidad privada (27.1%) y las consultas a domicilio.

En cuanto a los *hábitos de vida que influyen sobre la salud*,¹¹⁵ aproximadamente la mitad de la población encuestada se encuentra en contacto activo con el humo del *tabaco*, un 35.4%

¹¹⁵ No se obtienen respuestas claras en cuanto a medicamentos psicotropos y drogas.

de forma habitual y un 13.3% de forma ocasional. Las prevalencias para la categoría de fumadores habituales pasan de un 44.5% en el grupo de edad de 16 a 24 años, a un 12.2% en los mayores de 65 años. Las mujeres que nacen a partir de los años cincuenta presentan un cambio en sus patrones de conducta, uno de ellos es el hábito del tabaco, que hace que las prevalencias de fumadoras habituales se igualen a las de los hombres y que se diferencien claramente de las mujeres mayores de 45 años.

Cerca del 50% de la población fumadora consume entre 11 y 20 cigarrillos/día y un 15% más de una cajetilla/día. Los que más consumen son las personas entre 45 y 64 años y los hombres. La edad media de iniciación al consumo de cigarrillos es de 17.87 años.

El consumo de *alcohol* a nivel de bebedor habitual (consumidor de 1 vez/semana como mínimo) es menor que la media nacional, de 38.1% en la Comunidad Valenciana a 57.5% en España (49.1% en la comunidad Vasca). La prevalencia de personas que no consumen alcohol es 4 veces superior en los mayores de 65 años que en las personas entre 16 y 24 años. Los bebedores “*altos y excesivos*” se concentran en los hombres, menores de 45 años, en los clasificados como clase social baja (grupos 4 y 5) y en situación laboral en activo.

El 67% de la población que consume alcohol de forma habitual inició su hábito antes de los 19 años; las mujeres más tarde. Las personas de clase social alta presentan una edad de comienzo del hábito más tardío.

En cuanto al *ejercicio* realizado, los más sedentarios son las personas de la 3ª edad y los jóvenes entre 16 y 24 años (permanecen sentados la mayor parte del día). Las personas clasificadas como *muy activas* en su vida diaria pertenecen en su gran mayoría a las clases más bajas. En el estrato rural se realizan más actividades de ocio equiparables a ejercicio suave, por contra se practican menos los deportes que en el estrato urbano.

Para evaluar la *alimentación* de la población, la encuesta concreta su campo de investigación a cuestiones que tienen que ver con la autopercepción del peso y conductas relacionadas con éste. Se utilizó el Índice de Masa Corporal (IMC) clasificando a los individuos en Obeso, Sobrepeso y No obeso. El 52.6% de la población de la Comunidad Valenciana se encuentra en la categoría No obeso, el 29.5% en la de Sobrepeso y el 7.3% son Obesos. Los máximos se encuentran en las personas entre 45 y 64 años, con un 12.2% de personas obesas.

La *jornada laboral* más larga (más de 10 horas) se da en la clase social más alta en un porcentaje más alto. El 68.8% de la población general opina que trabajar es saludable, siendo

mayor este porcentaje en los más mayores, en las mujeres y los clasificados en las clases sociales altas.

La *educación vial* viene condicionada por la puesta en vigor del actual código de circulación sobre la utilización del cinturón de seguridad y del casco, posterior al tiempo que se realiza la encuesta (no era obligatorio en ciertas situaciones). Las personas que viajan por carretera en los asientos delanteros de los coches utilizan el cinturón de seguridad *siempre* en un 73.9%, aumentando este porcentaje en las mujeres y en las edades más avanzadas. El casco en carretera es usado *siempre* por el 37.5% y *nunca* por el 41.4%, los hombres lo utilizan más que las mujeres. En la zona urbana el 73.8% no utilizan *nunca* el casco, las mujeres no lo utilizan *nunca* en un 82.2%.

Sí que respetan las referencias a la velocidad el 12.0%, los adelantamientos el 20.1%, la señalización de maniobras el 41.2% y el transporte de niños y embarazadas en los asientos traseros en un 57.8%. La no respuesta a estas cuestiones aumenta con la edad y es mayor en las mujeres.

Y, finalmente, en el área de *hábitos de promoción de salud y prevención de enfermedades en las mujeres*, el 39.7% de las mujeres mayores de 16 años no han consultado jamás a un ginecólogo sin estar embarazadas. En las mujeres mayores de 65 años y en las que tienen una edad comprendida entre 16 y 24 años este porcentaje supera el 60%. Las mujeres del estrato rural realizan menos consultas ginecológicas (18.6%) que las del estrato urbano (24.0%) y la proporción aumenta en las clases sociales más favorecidas.

Un 63.1% de las mujeres nunca se han realizado una exploración mamaria por un médico. El cáncer de mama femenina y el cáncer genital femenino (cérnix y endometrio), primera y tercera causa de muerte tumoral en la mujer, respectivamente, son los responsables del 11.23% de los Años Potenciales de Vida Perdidos por las mujeres. Su importancia como uno de los principales problemas de salud pública está reforzada al ser tumores altamente susceptibles de diagnóstico precoz, consiguiéndose reducciones muy elevadas de la mortalidad por estos cánceres (Generalitat Valenciana, Consellería de Sanitat i Consum, 1993).

El 65.8% de las madres dieron de mamar (no especifica el tiempo).

También como parte de la serie Plan de Salud de la Comunidad Valenciana, la

Generalitat publica un estudio (García Benavides, 1992) en el que se señala que la esperanza de vida al nacer es, en la Comunidad Valenciana, una de las más altas del mundo (75.7 años).¹¹⁶

Esperança de vida en naixer per sexe

	Alacant	Castelló	València	C.Valenciana	Espanya
<i>Any 1975 (estimació)</i>					
Total	73,15	73,91	72,84	73,07	73,34
Homes	70,32	71,33	70,05	70,31	70,40
Dones	75,95	76,49	75,57	75,80	76,19
<i>Any 1991</i>					
Total	76,72	76,76	76,06	76,38	76,96
Homes	73,32	73,60	72,53	72,99	73,35
Dones	80,11	79,92	79,59	79,76	80,57

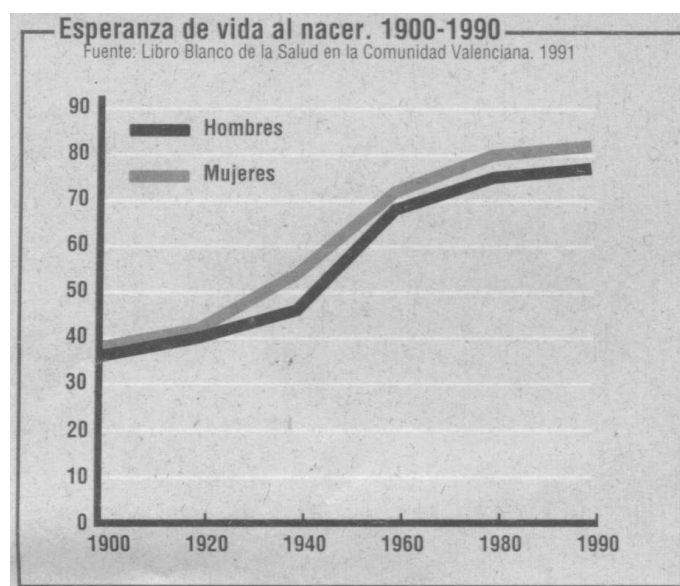
Font: Conselleria d'Economia, Hisenda i Administració Pública. D.G.d'Economia. Institut Valencià d'Estadística (IVE, 1996).

Esta porcentaje, que en Castellón era más elevado que en el resto de la comunidad y que en España en 1975, presenta cifras muy semejantes al resto de la Comunidad Valenciana, e incluso más bajas que en España, en 1991.

La esperanza de vida es superior en mujeres que en hombres, tanto en Castellón como en el resto de la Comunidad Valenciana y España.

El siguiente gráfico muestra la evolución de este dato desde 1900 a 1990 en la Comunidad Valenciana. Se observa una fuerte crecida de la esperanza de vida al nacer a partir de 1920, sobre todo en las mujeres. De 1980 a 1990 el incremento continuo de los años anteriores se estabiliza, tanto en hombres como en mujeres.

¹¹⁶ Este porcentaje difiere, aunque muy poco, del dato en la tabla siguiente (fuentes diferentes).



Font: Generalitat Valenciana, Consellería de Sanitat, 1998c.

Casi el 11% de las personas mayores declara necesitar ayuda de una persona diariamente para valerse por sí mismo dentro de su domicilio. Fuera del domicilio, el porcentaje de personas mayores que dice necesitar ayuda es del 20.5% (Generalitat Valenciana, Consellería de Sanitat i Consum, 1995a, p.46-48).

Este incremento en la esperanza de vida se relaciona con los avances en Atención Primaria.¹¹⁷

Sin embargo, a pesar de las elevadas cifras en la esperanza de vida, una proporción considerable de las defunciones ocurren antes de los 70 años.

Entre las causas de *muerte prematura* más importantes se encuentran los accidentes de tráfico, la enfermedad coronaria y el cáncer de pulmón.

Se calculaba que un 20% de las muertes prematuras podían ser evitadas subiendo el nivel de conocimientos y recursos. Si este objetivo se cumpliera, la esperanza de vida al nacer aumentaría en 1.5 años en la Comunidad Valenciana. De este incremento, un 25% sería atribuible a actividades curativas y un 75% a actividades de prevención.

También se afirma en base a los datos que la mayor mortalidad se da en los grupos sociales más desfavorecidos y que esta característica es más evidente en las ciudades. En

¹¹⁷ De 1988 a 1995 se han abierto en la Comunidad Valenciana 163 Centros de Salud, con el objetivo de reducir las diferencias territoriales existentes en materia de cobertura sanitaria, especialmente entre los medios rural y urbano (Generalitat Valenciana, Consellería de Santitat i Consum, 1995a, p.105-106).

Valencia ciudad hay barrios con un 47% más de las muertes que había que esperar.

Se ha observado un incremento del 100% en la tasa de suicidio consumado entre 1985 y 1989.

La tasa de mortalidad perinatal es elevada (el doble que la de Suecia, por ejemplo). En cuanto a los menores de 15 años en general, se han identificado, como problemas importantes, las caries, los accidentes, algunas enfermedades infecciosas y las minusvalías psíquicas.

“El tránsito a la edad adulta conlleva, para los jóvenes, conductas de riesgo que suponen accidentes de tráfico (la tasa de mortalidad en los adolescentes varones se ha incrementado un 30% entre 1987 y 1989), embarazos no deseados (el 5.3% son madres adolescentes) y consumo de sustancias tóxicas (el 83.9% de los que demandan tratamiento de desintoxicación)” (García Benavides, 1992, p.12).

El número de accidentes laborales con baja se incrementaron un 27% entre 1985 y 1988 en la Comunidad Valenciana (las enfermedades respiratorias y las osteomusculares son las causas más frecuentes). Las frecuencias más altas se dan en mujeres.

Especialmente interesante para esta tesis son las observaciones de este estudio sobre la influencia que el *espacio urbano* “actual” (1986) ejerce sobre la salud. Se afirma que las estructuras urbanas suponen nuevos riesgos relacionados con *los accidentes domésticos, sedentarismo, aislamiento social*, pero sobre todo con *los accidentes de tráfico*; los accidentes con víctimas se han incrementado en casi un 900% desde 1951 y los mortales casi un 500%. Las tasas en la Comunidad Valenciana son un 21% superior a las de España, que a su vez son las más altas de los países de la CEE después de Portugal.

Y respecto al colectivo de la tercera edad, en 1986 el 12% de la población en la Comunidad Valenciana tenía más de 64 años, de los cuales el 40% eran *mayores de 74 años*. Entre los problemas de salud más frecuentes de este colectivo se encuentran las enfermedades reumáticas, vasculares y psicósomáticas.

“...Aunque no suficientemente estudiado, se detecta un elevado consumo de recursos sanitarios, a veces como sustituto de inexistentes recursos sociales” (p.12).

El 62% de los hombres y el 83% de las mujeres de este colectivo consumen algún tipo de medicamento y el 38.4% de las estancias en hospitales de la Comunidad Valenciana eran, en 1986, de personas mayores de 64 años (García Benavides, 1992).

Años Potenciales de Vida Perdidos

Los años de vida perdidos son un indicador que tiene en cuenta la edad a la que se produce la muerte, restando ésta de la edad límite (el límite superior ha sido establecido en 70 años). Así el total de Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) en la Comunidad Valenciana fue en 1989 de 168.575 años, que no se hubieran perdido si todos hubieran llegado a vivir hasta la edad de 70 años (*García Benavides, 1992, p.25*).

Aunque la Comunidad Valenciana presenta números de muertes prematuras sensiblemente más bajos que en el resto del Estado, la distribución geográfica es muy desigual.

“... En conjunto el número de APVP en Castellón fue un 9 por cien superior que en el resto de la Comunidad. Destaca un exceso del 98% de APVP debidos a la mortalidad por cánceres de pulmón, un 56% de exceso de APVP por accidentes de tráfico y un 37% de exceso de APVP por enfermedad isquémica del corazón y un 11% de exceso de APVP por el conjunto de cánceres. No es valorable el caso del Cáncer de Cérvix al proceder de una sola muerte ocurrida en la Ciudad de Castellón, en una mujer de 19 años de edad, debiendo en este caso utilizar información acumulada de varios años” (Puiig, 1991, p.17).¹¹⁸

¹¹⁸ No he encontrado ningún estudio que ofrezca una explicación de estos datos.

5.5 Creencias y valores (observación participante)

La población recibe mensajes contradictorios desde los medios de información, aunque son mucho más abundantes los negativos y alarmistas.

Por ejemplo:

“Los mitos sobre el envejecimiento caen ante las evidencias científicas” (Generalitat Valenciana, Consellería de Sanitat, 1998d)

“El envejecimiento de la población cuadruplicará la asistencia sanitaria” (Generalitat Valenciana, Consellería de Sanitat, 1998a)

Otras creencias negativas sobre la vejez son reforzadas por experiencias del mismo personal sanitario.

Comentarios del personal sanitario sobre los ancianos:

Administrativos: “Algunos viejos vienen en invierno a la consulta porque aquí tienen con quién hablar y están calentitos; te lo digo porque me lo han dicho varios de ellos, y además lo ves.”

Enfermeras: “Algunos viejos, bastantes, van muy sucios, se abandonan. El otro día me mareaba curando una herida por el olor a suciedad mezclado con el de la herida.”

En diferentes culturas pueden identificarse *un conjunto de valores* que dominan su organización social. Para la cultura en la que se realiza la investigación, comparto con Victor (1994) los 4 siguientes¹¹⁹.

1. *Independencia*

“Mientras pueda, quiero estar en mi casa.”

“Para depender de unos y de otros más vale morirse.”

Estas frases, que aparecen en el trabajo de campo con frecuencia, identifican un aspecto social importante de la vejez. En una sociedad que ensalza la independencia, estados de dependencia o el miedo a tener que depender algún día de otros, suscita diferentes reacciones.

¹¹⁹ No creo que sean aplicables a nuestra cultura con todas las especificaciones que describe el autor (p.16-18); expongo los contenidos que creo que se dan aquí.

La independencia como valor dominante se da en el contexto del trabajo de campo en cuanto al funcionamiento físico, pero no en el área emocional.

2. *La ética del trabajo*

Unida a la noción de independencia económica (como parte de la funcional). Se da una gran importancia a tener un trabajo. Se sostiene que el estar ocupado es bueno y debe ser reforzado. A los que rechazan la ética del trabajo se les llama vagos o aprovechados y se les rechaza socialmente. En cuanto a los jubilados, aunque hay un reconocimiento del derecho a la pensión, (sobre todo si es pequeña) se refleja una desaprobación a la cantidad del tiempo libre del jubilado:

“Llevo a los niños a casa de mis padres porque yo trabajo y ellos no hacen nada.”

y una aceptación impuesta por parte de los abuelos:

“A mi ocuparme de los nietos no me molesta, pero los abuelos ya no tenemos edad para tanto.”

La carga se reparte de forma desigual entre la abuela y el abuelo. Los comentarios son diferentes. Se refleja un intercambio subyacente entre el miedo a quedarse solos (los viejos) y el exceso de tareas (los adultos).

3. *Culto a la juventud*

Un comentario estereotipado es

“la mejor época de la vida es la juventud”, “¡que fea es la vejez!”

El comentario “*Esto te hace más joven*” se recibe siempre como un halago. El mundo de la cosmética (incluida la cirugía) tiene una gran parcela dedicada al ocultamiento de los signos de vejez. Esta es una sociedad en la que la juventud se valora y la vejez se rechaza.

4. *Progreso*

La carrera hacia *lo nuevo* es cada vez más rápida. Se invierte en tecnología avanzada. En una sociedad que cambia tan rápidamente se produce un abismo generacional (Harris, 1990) que deja a los viejos fuera del papel de *guardianes del conocimiento del grupo* (Victor, 1994). También hay una creencia popular, muy asumida por los viejos, de que las nuevas habilidades ya no pueden ser aprendidas o no hay motivación para hacerlo cuando se llega a cierta edad, a pesar de que la socialización es un proceso que no se acaba; mientras se vive se aprenden

nuevos roles (trabajador, padre, viuda, abuelo).

Como consecuencia de estos valores dominantes, la vejez es vista como la etapa de pérdidas: de roles sociales, de amigos que van muriendo, de salud, de dinero de juventud.

Pero todos estos valores se contradicen a menudo. Por ejemplo se dice que no hay una función clara para este grupo de edad en la sociedad, sin embargo desempeñan el rol de canguros con sus nietos en muchos casos. Entre los comentarios más representativos está el siguiente:

“Llevo a mis nietos todos los días a la escuela y los recojo. Como mi hija trabaja... No es que me queje porque quiero mucho a mis nietos, pero a estas edades ya pesa tanta obligación; no todos los días te encuentras bien.”

Lo mismo ocurre con los tópicos sobre el aprendizaje e incluso la ética del trabajo.

Rituales de transición

En cuanto a los rituales descritos por Turner y Van Gennep (Victor, 1994, p.20), el equivalente más cercano a la fase de *transición* es la jubilación.

Pero *la separación* del mercado laboral, de los compañeros de trabajo, del estatus de activo, aparece en la muestra del trabajo como *un bien deseado*.

Incluso en cuanto a la incorporación a la vejez, mientras haya salud, o más aún, mientras puedan funcionar con independencia, no se observó ningún rechazo, al contrario, muchos de ellos aseguraron que era la mejor etapa de su vida porque no tenían preocupaciones.

En el caso de la mujer, la transición se da de forma diferente, sobre todo si han sido amas de casa. Incluso para las mujeres que han trabajado fuera de casa, la salida de sus hijos del hogar constituye un periodo de *transición* más importante que para los hombres, al menos en la cohorte estudiada, en muchos casos más significativo que la jubilación.

6 Análisis de los hallazgos

Desafortunadamente descubrí tarde los programas de ordenador que ayudan a organizar los datos e interpretaciones en los estudios cualitativos.

Estos programas ofrecen una serie de archivos preparados¹²⁰ para almacenar y ordenar la información cuando se comienza un proyecto de investigación. Cada variable, o incluso aspectos de cada variable que se investiga, se introducen como *unidades de texto* codificadas, que en cualquier momento puedes recuperar y comparar con otras unidades de texto. Esto es también aplicable para las ideas que te sugiere la información.

La matriz para el análisis de los datos que presento a continuación ha sido diseñada después de introducir la información en el ordenador y tiene como objetivo agrupar y ordenar todos los datos recogidos durante el trabajo de campo siguiendo la base conceptual expresada en el marco teórico y respetando los siguientes criterios:

- Reflejar los rasgos distintivos de dos informaciones aparentemente similares.
- Seguir un orden que permita la comparación, sin perder significado.
- Presentar las omisiones de los individuos de la muestra o los rechazos a dar información y una interpretación de estas omisiones.
- Evitar el reduccionismo al escoger los datos.

¹²⁰ QSR NUD*IST tiene 4 archivos: *Commands, Database, Rawfiles* y *Reports*.

6.1 Matriz para el análisis de los datos

Tanto las variables que aparecen relacionadas en las hipótesis como las que creo que pueden influir en esta relación las he agrupado en *cuatro áreas del ser humano* (Ver Anexo 2).

1. Posición social
2. Vinculación social
3. Salud
4. Creencias y valores

Las 4 áreas se han ido definiendo en el transcurso del trabajo, a medida que las variables enunciadas iban perdiendo el significado orientativo que les di en la definición operacional durante la etapa de diseño y a medida que la información recolectada presentaba nuevos aspectos.

Algunas variables del proyecto han sido descartadas, simplemente no han aparecido (ej. número de sesiones de rehabilitación), otras se han eliminado por limitaciones de tiempo... (ej. número de visitas domiciliarias, creencias sobre el funcionamiento de su propio cuerpo).

La **base conceptual** de esta agrupación de variables es la siguiente:

1. *Ubicación del protagonista del trabajo: El/la jubilado/a.* Las historias de los individuos de la muestra se iban pareciendo y divergiendo (heterogeneidad intracohorte) según estuvieran presentes o no ciertos factores, por ejemplo, algunos fueron a la escuela y otros no; los que no fueron tuvieron un nivel de vida laboral y económico similar, y muy diferente a los que más fueron a la escuela. El género, la inmigración y la edad (recién jubilado ó 74 años) también han resultado ser como marcas de la posición social que ocupan los individuos de la muestra, al menos *hay un reconocimiento social de posiciones diferentes para estas características*, lo que convierte la agrupación de variables que denomino *Posición Social* en un instrumento útil, por significativo, para comenzar el análisis.
2. Una vez descrita la ubicación del individuo, paso a desplegar sus *vínculos sociales significativos*, variable independiente del trabajo.
3. La otra área es la *salud*. Aunque en principio sólo tomo como variable dependiente *una* conducta de salud del individuo, *las visitas al médico del Centro de Salud*, ésta

sólo tiene significado si la analizo en interrelación con otras conductas que presenta el individuo en esta área, por lo que también las incluyo.

4. El último grupo de variables son las *creencias y valores* de cada individuo, sobre las áreas anteriores y sobre cualquier área que los individuos de la muestra creyeron relacionadas y expresaron en el transcurso de los relatos de vida.

Las cuatro áreas se exponen en todo su alcance temporal para entender como se ha llegado al estado actual (*perspectiva del curso de la vida*). También describo las interrelaciones entre las 4 áreas, tanto las expresadas por los individuos como las observadas por otros (médico, informantes clave, investigadora ...)

En resumen, presento al grupo investigado como un producto de los acontecimientos vividos y las partes analizadas como elementos que tienen significado sólo por su conexión con el resto de las experiencias de cada individuo y de la cultura donde están inmersos.

Puesto que la matriz se fue construyendo con los relatos poco estructurados de las personas de la muestra, la información de cada apartado no es completamente homogénea para todos los individuos. Las fechas también son aproximadas.

Esquema de la matriz

Posición social

- Género
- Edad
- Clase social (evolución)
 - Educación
 - Profesiones/actividades
 - Propiedades
 - Nivel socioeconómico
- Lugar de residencia/Inmigración

Vinculación social

- Evolución de las relaciones sociales
 - Sistemas de apoyo
- Red social actual
 - Personas significativas y tipo de conexión
 - Grado de vinculación
 - Marco de la relación
 - Duración de la relación
 - Intercambio
 - Intensidad (1-5)
 - Lugar de residencia de cada miembro
 - Profesión y nivel socioeconómico de los miembros
 - Relación de cada miembro con las otras personas de la red.

Salud

- Evolución
- Problemas de salud desde la jubilación
- Hospitalizaciones/Medicación/Operaciones
- Funcionalidad actual y días en cama por encontrarse mal en 15 meses.
- Utilización de los servicios sanitarios en 15 meses.

Creencias y valores

- Observaciones sobre ego
 - Descripción de ego
 - Contexto de la entrevista
- Rutina diaria y distracciones
 - Recuerdos
- Creencias sobre salud/enfermedad
- Mecanismos de autocuidados
- Creencias sobre la vejez
- Escala de valores
- Creencias sobre las relaciones sociales
- Etapa de su vida con mayor calidad de vida
- Control percibido en las decisiones que afectan su vida
- Proceso de decisiones cuando aparece un problema de salud
- Miedos

6.1.1 Posición social

Puesto que la sociedad no es un conjunto de individuos con igualdad respecto a su posición en cuanto a poder y adquisición de bienes, si abordamos el estudio de los viejos es necesario identificar el lugar que ocupan dentro del sistema de estratificación social.

Entre las diferentes características que sirven para ubicar a los individuos (edad, etnicidad, género, ...), las que más repercusiones tienen en nuestra cultura son *la riqueza, el prestigio y el poder*.

El poder y el prestigio van unidos a la riqueza, aunque también van unidos a *la clase de trabajo* que se tenga, pero esta variable, a pesar de marcar el lugar del individuo con respecto a otros miembros de la misma cohorte, puede perder fuerza cuando se entra en la jubilación.

Cada cultura atribuye a ciertas características de los individuos un significado y unos roles determinados, se les asigna una posición. No siempre el individuo se ciñe a ella, pero en cualquier caso, la reacción social juega un papel determinante, como *apoyo* o como *obstáculo*, en la vida de cada individuo.

Las variables presentadas como indicadores de Posición Social han sido elegidas siguiendo dos criterios principales:

- Reunir los datos básicos de un individuo (los que aparecen en estudios censales) que tienen como objetivo ubicar socialmente a los individuos.
- Reflejar la opinión que los individuos de la muestra tenían sobre sí mismos respecto a su posición social. Se parte de la afirmación de que el concepto de sí mismo se construye sobre la opinión de los demás.

Así pues, *posición social no es sinónimo de clase social*. El concepto aquí utilizado equivale al *lugar donde la sociedad en general (e incluso el mismo individuo) sitúa a una persona respecto a otras que representan valores diferentes de un mismo concepto*.

Los indicadores de posición social en este estudio son los siguientes:

Género

Comparación entre ambos. Las grandes diferencias en los roles que han desempeñado en

su vida las mujeres y hombres de la cohorte elegida¹²¹, me ha llevado a dividir la muestra en mujeres y hombres (en igual número) para poder mostrar cómo las consecuencias de este hecho actúan sobre la relación entre las 2 variables fundamentales del estudio.

Edad

Comparación entre los extremos de la cohorte presentada (65 - 74 años). Todos ellos vivieron la guerra civil española en su niñez o adolescencia. Esta comparación se realiza sólo entre algunos individuos, ya que los hay de edades intermedias.

Los individuos recién jubilados se diferencian de los que llevan varios años en esta categoría. Los mismos jubilados se sitúan en posiciones diferentes.

Clase social

En todas las etapas de ego: *en casa de los padres, de casada/o, de jubilada/o.*

En cada etapa expongo las circunstancias especiales, si las hay (ej.: *la madre de ego fallece cuando ego tiene 3 años...*) y la edad de ego al comienzo de cada etapa.

Les preguntaba abiertamente sobre cuatro indicadores en cada etapa (sólo si no hablaban del tema espontáneamente):

Educación (de ego, hermanos e hijos)

Nivel de educación. Los individuos de la muestra, en general, no le daban importancia a los certificados (ni siquiera la mayoría sabía bien el significado de Primaria, Secundaria, ...). Ellos hablaban principalmente de si fueron o no a la escuela, por qué, cuánto tiempo y qué aprendieron.

Profesiones o/y actividades (del padre, madre, ego, cónyuge, hermanos, u otro miembro del hogar)

Equivale al concepto de *trabajo versus aficciones* (los individuos de la muestra dejaron claro que para ellos trabajo era actividad remunerada).

- Condiciones: tiempo, empresas, salario, desplazamientos, dureza.

¹²¹ En la jubilación el lugar que ha ocupado cada género durante su vida pasada (su rol) se traduce en actividades diferentes para ambos, como juegos de mesa en cafetería o en casa, juegos de calle, continuación del trabajo de casa para la mujer después de la 'jubilación'...

Propiedades

- Condiciones: tierra, cosechas, animales, casa, número de personas en la casa, empleados.
- Evolución: ventas, compras, pérdidas, herencias.
- Pensión.

Nivel socioeconómico

Bajo, Bajo/Medio, Medio, Medio/Alto, Alto.

Se presentaba esta clasificación a cada individuo y ellos elegían. Se utiliza en el análisis sólo como *posición percibida*, puesto que no encontré una forma factible y rigurosa de comprobación.

- Auto percepción de ego en cuanto a pobre/rico: evolución.
- Escasez de alimentos, ropa, otros.

Lugar de residencia/Inmigración

Lugar de nacimiento y lugares de residencia; tiempo y motivo de los cambios (si los hay); residencia actual.

Se comparan los residentes de los 2 barrios elegidos. Los dos barrios han sido seleccionados como representantes de características opuestas en cuanto a *porcentaje de inmigrantes y marginalidad* (y otras variables que suelen venir unidas a estos factores en el contexto del estudio) para poder observar las posibles consecuencias que este contraste pueda tener en la relación entre las variables de las hipótesis.

6.1.2 Vinculación social

Las experiencias pasadas en las relaciones sociales de un individuo van dando significados diferentes a las nuevas, por eso las redes actuales de los individuos de la muestra no significan lo mismo para cada individuo aunque presenten características similares (número de miembros, tiempo con cada uno, clase de vínculo, ...).

Para entender el peso que la red social de cada individuo tiene en su vida investigo cómo ha llegado a tejérla.

Sólo les pregunté por las personas significativas: las personas que si desaparecieran de su vida dejarían un vacío de diferente intensidad (del 1-5; siendo 1 el vacío más pequeño y 5 el vacío más grande).

Evolución de las relaciones sociales

- Cambios importantes y fechas.
- Sistemas de apoyo, en las 3 etapas.

Red social actual

Personas significativas y tipo de conexión

Número de relaciones significativas. ¿Mayor o menor que antes? ¿por qué? Familiar, amigo, vecino, miembro de un grupo de interés.

Grado de vinculación

Tiempo utilizado por ego en los contactos sociales (las horas de sueño no cuentan).

Frecuencia de cada relación. ¿Mayor o menor que antes? ¿por qué?

Marco de la relación: Casa, carta, teléfono.

Duración de la relación: Desde el año de inicio hasta la fecha de la entrevista.

Intercambio: Apoyo mutuo, apoyo positivo (lo presta ego), apoyo negativo (se lo prestan a ego) y tipo de apoyo (instrumental).

Intensidad (1-5): Basada en el valor que ego le da a cada relación.

Lugar de residencia de cada miembro: Accesibilidad.

Profesión y nivel socioeconómico de los miembros: Bajo, Bajo/Medio, Medio, Medio/Alto, Alto. Opinión de ego.

Relación de cada miembro con las otras personas de la red: Si se conocen entre ellos.

6.1.3 Salud

En este área presento los datos identificados por ego como *problemas de salud* y las *conductas* que ego realiza al respecto.

La salud se ha presentado en las entrevistas como bienestar físico y mental más funcionalidad. He tratado de evitar los términos *psicológico* y *social* porque los individuos no siempre identificaban un malestar psicológico y social (como ansiedad o agresividad) con enfermedad. Sí que identificaban depresión, o algunas conductas sociales no aceptadas como *enfermedades mentales*, e incluso algunas conductas psicosociales (*'nervios'*) como *causa de enfermedad*. El límite difuso parece responder a las contradicciones que en este campo presentan la Medicina Oficial y los medios de información.¹²²

Evolución respecto a la salud

Evolución de su salud desde pequeña hasta la jubilación. Fechas de cada problema, terapias y acontecimientos que rodean cada evento.

Funcionalidad en las actividades de la vida diaria de ego: las que suele desempeñar cualquier persona de su *posición social* que esté sana (ver indicadores de posición social).

Problemas de salud desde la jubilación

Explicación de las enfermedades y de los síntomas anormales no etiquetados como enfermedad. Fechas y *Modelo Explicativo*¹²³ de ego.

Contrastación con los datos de la historia clínica de cada individuo de la muestra (ver anexo 3) y con la opinión del médico.

Hospitalización

Días ingresado desde pequeño y desde la jubilación; motivos. Nombre del centro.

Medicación

¹²² Las creencias y actitudes preventivas en cuanto a la salud se relatan en el apartado de creencias y valores del individuo.

¹²³ Término que el antropólogo Kleinman (Universidad de Harvard) ha sugerido para designar el proceso por el que el individuo interpreta su enfermedad (ver p.49-50).

Medicación que el paciente recuerda. Desde la jubilación.

Operaciones

Desde pequeño. Después de la jubilación. Fechas.

Funcionalidad actual y días en cama por encontrarse mal en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)

Deterioro de la funcionalidad deseada y/o desarrollada antes de la jubilación.

Utilización de los servicios sanitarios en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)

Número de visitas al médico del Centro de Salud; también a consultas privadas, de la Medicina Oficial y del sector folk. Visitas programadas o por decisión de ego, familia o amigos, durante 15 meses.

Se compara la apreciación que ego tiene de las veces que ha ido al médico y las visitas que constan en los registros de cita previa.

6.1.4 Creencias y valores

“ ... hay veces en que estas reglas, proyectos y valores no están formalizados o no son plenamente conscientes.” (Harris, 1990, p.32)

Observaciones sobre ego

Descripción de ego: Por la investigadora. Por el médico. Se presenta la opinión del médico sobre ego en general intentando obtener su apreciación en cuanto a la justificación de las visitas.

Contexto de la entrevista: Forma de introducción a la relación con ego; lugar, fecha, hora y gente presente en la entrevista; comentarios.

Rutina diaria y distracciones: Evolución. Recuerdos.

Creencias sobre salud/enfermedad

- Causas: mundo interior (genes, conductas), mundo exterior (natural, social, sobrenatural).
- Modelo Explicativo de ego para enfermedades propias, o de otros, extraído de los relatos.
- Creencias sobre otras desgracias.
- Opinión sobre los servicios de salud.

Mecanismos de autocuidado

- Preventivos, curativos y de adaptabilidad al problema de salud. Estilo de vida (ejercicio, nutrición, tabaco/alcohol). Cambios después de la jubilación.

Creencias sobre la vejez: Definición (¿se incluye ego?). Roles. Descripción de vejez con/sin calidad de vida. Comentarios de ego sobre dependencia/independencia en la vejez.

Escala de valores: Se preguntó a ego al final de cada relato qué cosas son las más importantes de su vida, por orden de mayor a menor. La intención era comprobar la fiabilidad de la percepción de la investigadora sobre las creencias y valores del individuo respecto a los

indicadores utilizados (ej. educación, clase social, número de relaciones, ...) ¹²⁴

Relaciones: Importancia. Percepción de su vida social (soledad, desengaños, cómo le gustaría que fuese.)

Etapa de su vida con mayor calidad de vida: Razones.

Control percibido en las decisiones que afectan su vida: Si dependiente, buscar las razones. Cambios al respecto durante su vida; motivos.

Proceso de decisiones cuando aparece un problema de salud: Los 3 sectores de la salud (popular, folk y oficial). Actitud frente a ellos. Utilización de cada uno.

Miedos

¹²⁴ En realidad sólo sirvió para confirmar la importancia que ego da a los grandes estereotipos: 'salud, dinero y amor.' También sirvió para reafirmar la desconfianza sobre la validez de las respuestas de las *encuestas estructuradas* para averiguar creencias y valores de los individuos.

6.2 Significado de los datos

La utilización del método comparativo ha facilitado el análisis de los datos desde la etapa de trabajo de campo, lo cual ha supuesto una ventaja en la elaboración de la matriz que los engloba y en la configuración de la siguiente secuencia de análisis:

- 6.2.1 Definición operacional, de nuevo, de las 2 variables principales, en base a la revisión de los datos.
- 6.2.2 Análisis de cada caso para determinar si las hipótesis se adecuan a los casos particulares. Búsqueda de hechos que se opongan a las afirmaciones de las hipótesis.
- 6.2.3 Descripción del grupo estudiado y su contexto.
- 6.2.4 Identificación de relaciones entre las cuatro áreas en el siguiente orden:



De esta forma pretendo que salgan a la luz todos los tópicos posibles.

Los primeros pasos llevan a análisis descriptivos, sin intentar establecer relaciones. El punto 6.2.4 revelará los factores que influyen en la relación entre las variables principales y cómo influyen. También se analizan las relaciones entre las cuatro áreas.

En el anexo 9-2 están los datos del estudio organizados. He seleccionado los que aportaban significado al análisis de la relación entre las variables principales del estudio.

Estos datos del anexo 9-2 son los que constituyen la base del análisis y se incluyen para que el lector pueda comprobar el proceso seguido.

6.2.1 Definición operacional, de nuevo, de las 2 variables principales, en base a la revisión de los datos.

En el apartado de Diseño (4.2) expuse cómo iba a medir las variables relacionadas en las hipótesis.

Después de una evaluación minuciosa de la información obtenida expongo las variaciones de las definiciones operacionales realizadas en la etapa de diseño, con el fin de aportar claridad al análisis de los datos y a las conclusiones.

También me servirá como guía para evaluar el trabajo.

Variables de la 1ª hipótesis

Si se produce una disminución del grado de vinculación social de las personas jubiladas hasta los 75 años del área urbana de Castellón, aumentará su grado de utilización de los servicios sanitarios ambulatorios y viceversa.

- grado de vinculación social (disminución).
- personas jubiladas hasta los 74 años.
- área urbana de Castellón.
- grado de utilización de los servicios sanitarios ambulatorios (aumento).

grado de vinculación social

No cambia, en esencia, la definición original

Número de horas durante las que se mantienen contactos sociales con personas significativas (medido en términos de intensidad) para ego.

Como no pude obtener una red fiable de la etapa anterior a la jubilación, me baso en la evolución relatada por ego de sus relaciones desde pequeña, los cambios de residencia y la rutina diaria en las 3 etapas.

personas jubiladas hasta los 74 años

A la definición original:

personas que no realizan ninguna actividad remunerada en metálico como salario, nacidas entre el 1 de Enero de 1922 al 31 de Diciembre de 1931 (tendrán de 65 a 74 años en 1996)

añado:

- Hombres, desde que empiezan a cobrar pensión (de jubilación o viudedad) hasta los 74 años.
- Mujeres, igual, o en su defecto, desde que el cónyuge se jubila.

Hago esta rectificación porque en la muestra aparecen estos casos.

área urbana de Castellón (ver 5.1.1)

grado de utilización de servicios sanitarios ambulatorios.

La definición original era:

Número de visitas a un centro sanitario ambulatorio , público/privado, incluyendo el número de sesiones de rehabilitación, de llamadas telefónicas de consulta y de visitas domiciliarias.

pero se han investigado sólo *las visitas a su médico de cabecera en todo el año 1995 más los 3 primeros meses de 1996.*

No hay registro de las llamadas telefónicas de consulta (no creo que se haya producido ninguna).

No hay casos de rehabilitación (o no los expusieron).

Se excluyeron de la muestra los pacientes que requerían visita domiciliaria (muy pocos).

Sólo he podido tener acceso a los registros de las visitas realizadas en 1993 y 1994 (dos años anteriores) pero como algunos individuos de la muestra se jubilaron antes de estos años, el aumento de visitas se ha medido también por los comentarios del médico (de cada caso), por las preguntas al paciente sobre si iba más o menos al médico cuando estaba en activo (trabajando) y por la evolución de enfermedades.

En la hipótesis n° 2

La utilización de los servicios sanitarios ambulatorios por parte de los jubilados hasta los 75 años del área urbana de Castellón será mayor si la estructura de su red social ha cambiado hacia un menor número de miembros y viceversa.

El único concepto nuevo es el *número de miembros* de la red.

No cambia la 1ª definición.

En la hipótesis n° 3

La utilización de los servicios sanitarios ambulatorios será mayor en los jubilados hasta los 75 años del área urbana de Castellón que reflejen en su red social un cambio en la jubilación hacia más número de contactos de apoyo social negativo y utilizarán menos estos servicios sanitarios si estos contactos son positivos.

El concepto nuevo es el *apoyo social negativo* –más número de miembros con esta clase de apoyo.

Conservo la definición primera

Si el apoyo se le presta a ego

pero añadido:

- sólo se valora el apoyo instrumental: cuidados, dinero, trabajos (de casa, o que reviertan en aportes al hogar).
- se valorará el por qué del apoyo (por obligación, ...)

En la 4ª hipótesis

Las mujeres de 65 a 75 años, que de casadas han tenido como único trabajo el de ama de casa hasta la jubilación y no muestren disminución en la red social, no presentarán un aumento en la frecuencia de utilización de los servicios sanitarios ambulatorios y viceversa.

El concepto a definir es *disminución en la red social*:

disminución del grado de vinculación o/y del número de miembros.

En la 5ª hipótesis (se añadió después del trabajo de campo)

Los jubilados, hombres y mujeres hasta los 75 años de edad, que refieran un aumento en su situación socioeconómica después de la jubilación, utilizarán los servicios sanitarios ambulatorios menos veces que los que afirman que su situación socioeconómica ha bajado y viceversa.

El concepto nuevo es el *aumento o disminución en la situación socioeconómica* de los individuos, *según su opinión*.

No difiere de la primera definición, cuenta la opinión del individuo, pero también se valora la observación de expresiones dudosas como “*usted no será de hacienda ¿verdad?*”

6.2.2 Confirmación/refutación de las hipótesis

El significado del código designado a cada individuo de la muestra (ej. 1MC+74) es el siguiente:

número de orden (1-32)
H/M: hombre/mujer
C/P: barrio céntrico/barrio periférico
+/-: van 'mucho' al médico/van 'poco' al médico
edad del individuo en 1995

Hipótesis número 1 y 2

Si se produce una disminución del grado de vinculación social de las personas jubiladas hasta los 75 años del área urbana de Castellón, aumentará su grado de utilización de los servicios sanitarios ambulatorios y viceversa.

La utilización de los servicios sanitarios ambulatorios por parte de los jubilados hasta los 75 años del área urbana de Castellón será mayor si la estructura de su red social ha cambiado hacia un menor número de miembros y viceversa.

De los 32 individuos de la muestra confirman las dos primeras hipótesis:

1MC+74
25MP+70 (parece)
30HP+73

Los tres *disminuyen el tiempo* que pasan con personas significativas y *el número* de éstas después de la jubilación.

Dos son inmigrantes añorados (**30** y **25**), les resultó difícil hacer amigos en Castellón. Dos han evolucionado a redes sociales más pobres (**1** y **30**) desde jóvenes.

Todos tienen una red que sólo incluye familiares, no amigos. Todos muestran *baja satisfacción con su red social*, excepto la **25**, que sólo incluye a sus dos hijos solteros en la red y no se llevaba bien con el marido (murió); también es la única que no aumentó las visitas al Centro de Salud después de la jubilación, parece que fue antes, a raíz de una operación de colostomía.

Todos pertenecen al grupo que más visitas médicas han realizado.

El médico dice que la **25** presenta un 10% de las visitas por “teclas” y dependencia de su hija; tuvo una infancia sana y dice encontrarse bien ahora. El **30** se visita lo justo para su

condición. La 1 tiene un 10% de visitas no justificadas, por miedo a morir, desde que falleció su hermano.

También confirman las dos primeras hipótesis:

4HC-66
21MP-72
29MP-71
32MP-69

Aumentan el tiempo con personas significativas y el número de éstas después de la jubilación.

Todo ellos tienen una red social variada, incluyen amigos además de familiares. También todos han ido mejorando y aumentando la satisfacción con sus relaciones sociales en la jubilación o incluso antes.

Los cuatro son inmigrantes pero ninguno expresa añoranza de su lugar de origen; tuvieron facilidad para hacer amigos en Castellón (tres son mujeres del barrio periférico, una viuda y otra separada).

Todos son del grupo que va poco al médico. El médico no conoce al **4** y éste dice que no va a visitarse porque está sano, desde pequeño. Las tres mujeres del barrio periférico acuden, según el médico, lo justo incluso son captadas (**32**). De pequeñas tienen problemas leves (sensación de ahogo con la madrastra, hernia, apendicitis). Las tres comienzan con dolores diversos o hipertensión antes de la jubilación y han mejorado en la jubilación.

Confirma sólo la 1ª hipótesis:

31MP+69

Disminuye el tiempo que pasa con personas significativas en la jubilación (no el número de miembros de su red social).

No está satisfecha con su red social (no quiere al marido y está enfadada con algunos nietos). Es inmigrante y le resultó difícil hacer amigos en Castellón. Su red social ha evolucionado a peor.

Pertenece al grupo que más utiliza el Centro de Salud.

El médico dice que sus visitas son justificadas. Estuvo enferma de la pleura cuando murió su novio. Tuvo un cáncer de lengua a los 45 años. Ahora es muy obesa y tiene artrosis e hipertensión.

También confirman sólo la primera hipótesis:

2MC-66	20MP-65
6MC-70	19HP-73
9HC-71	23HP-70
10HC-66	24HP-65
	27HP-67

Aumentan el grado de vinculación social después de la jubilación (*más tiempo con personas significativas*), pero *no el número de miembros*.

Las dos mujeres del barrio céntrico empeoran su red social (una porque a su marido no le gusta la gente y otra porque su hija se va de Castellón) pero la vuelven a mejorar. Ambas incluyen amigos en la red (variada) y *muestran satisfacción* con sus relaciones sociales. Una es inmigrante (viene para estar cerca de los hijos) y la otra no.

La mujer del barrio periférico que va poco al médico (**20**) ha mejorado su red social en la jubilación y ha comenzado a salir con otros jubilados (centro de la tercera edad). *Está satisfecha con su red*. Es inmigrante, pero no muestra añoranza.

Los cuatro hombres del barrio periférico son inmigrantes, vinieron porque los hijos viven aquí (el **19** en busca de un trabajo mejor). Los cuatro evolucionan hacia la sociabilidad. Sólo el **27** afirma que no tiene amigos en Castellón y sí en su lugar de origen. Los cuatro se ven con “*amigos*” a diario (en el centro de la tercera edad o fuera) y el **27** con compañeros del antiguo trabajo (¡baja al centro de Castellón prácticamente a diario para reunirse con ellos!). El grado de vinculación de los cuatro es *variado*, ninguno concentra su tiempo de sociabilidad con su esposa (creo que es un dato importante). *Los cuatro están satisfechos con su red social*.

Los nueve van poco al médico.

El médico comenta que, de los cuatro hombres del barrio periférico, el **23** y el **24** debían visitarse más, el **27** se visita lo justo y no recuerda al **19**; los cuatro fueron sanos de pequeños y antes de la jubilación sólo tuvieron hernia (**19**), úlcera de estómago y “*enganchones*” de espalda (**24**) y cólicos de riñón y “*enganchones*” de espalda (**27**).

La **20** tuvo el estómago bajo y neumonía de pequeña, hipertensión antes de la jubilación y se siente muy bien después de jubilada.

De las dos mujeres del barrio céntrico, a la **6** el médico ni la conoce y dice que la **2** debería ir más a visitarse. La **6** tuvo problemas de salud en la niñez y juventud, flemones con dolor de cabeza y vómitos “*per la mala sang en la guerra*”. Tuvo artrosis (rehabilitación) de

casada, operada de vesícula y adelgazó de tristeza cuando se fue la hija. Ha mejorado de todo en la jubilación. La **2**, sana de pequeña, empeora en la jubilación (colesterol alto, bronquitis fuerte y artrosis). El médico comenta que los dos hombres del barrio céntrico (**9** y **10**) van demasiado poco a visitarse. Los dos han tenido problemas de salud de pequeños, de casados y de jubilados.

Contradice las dos primeras hipótesis:

3HC+68	5MC-65
26MP+70	

El **3** *ha aumentado el tiempo* que pasa con personas significativas (concentrándolo con la esposa) y *el número* de ellas. Nunca le gustó la gente (desengaños). Incluye a gente en su red que no ve casi nunca y con la que apenas habla (son amigas de su esposa). No le gusta que su esposa lo deje solo para ir con los nietos. *No está satisfecho porque pasa mucho tiempo solo.*

La **26** *aumentó el número de miembros* por los nietos, pero casi no los ve y *aumentó el grado de vinculación* al pasar todo el día con el marido; antes hablaba con las vecinas a menudo, ahora no. Ahora va a viajes de la tercera edad, que a ella no le gustan pero al marido sí (la noté *agobiada* por el marido, pero ella no dijo eso; el marido estuvo presente toda la entrevista).

La **5** *ha disminuido el tiempo* que pasa acompañada de personas significativas y *el número de miembros* de su red al fallecer el marido, pero pasa la mayor parte del día acompañada de personas a las que enseña actividades artísticas. Su vida ha cambiado radicalmente, es mucho más independiente y *está satisfecha con su red social*; aunque comenta que añora a su esposo, la razón que da es que a la mujer se le respeta más si tiene un hombre al lado.

El médico dice que el **3** acude justificadamente; sano de pequeño y con úlcera sangrante de casado, artrosis fuerte (se queda “*enganchado*”) y bronquitis. La **26** también acude justificadamente; tuvo muchos nervios y jaquecas después del prolapso y desgarró de útero. La **5** va lo justo a visitarse según el médico; tuvo el “*ball de sant Vito*” de pequeña, descalcificación de casada y en la jubilación cólicos de vesícula, hernia, obesidad y lumbago.

Contradicen sólo la primera hipótesis:

13HC+73 (parece)	12MC+68	22HP+67
8HC+69	14MC+69	28MP+72
7HC+70	15MC+74	

Aumentan el grado de vinculación social y van 'mucho' al médico.

El **13**, todo el día con la esposa (enferma de cáncer); *no parece satisfecho* con la red (agobiado)¹²⁵. El **8** pasa más horas con su esposa e hija, pero *no se lleva bien con ellas*, peor que antes de la jubilación. Su red no incluye amigos y no tiene nietos. El **7** es solitario desde siempre (madre restrictiva). También es inmigrante. Ahora concentra el tiempo libre con su esposa (ésta se quejaba de que no podía salir con amigos porque el marido es muy “melindre”). *No sabe si está satisfecho con su red, dice que no necesita a nadie más que a su esposa* (se ha observado poca satisfacción).

Las tres mujeres del barrio céntrico aumentan el grado de vinculación social, pero concentrándolo con marido y cuidado de nietas. Excepto la **14**, todas parecen estar *poco satisfechas con su red* (tanto el cuidado de los nietos como la concentración de tiempo con el marido no se comenta como elegido voluntariamente). Han evolucionado, desde pequeñas, a redes sociales más pobres.

El **22** concentra su tiempo libre con la familia nuclear. *No está satisfecho con su red*, añora la familia que dejó al emigrar. Aquí no ha hecho amigos de verdad. La **28** también aumenta el grado de vinculación social concentrando el tiempo que pasa acompañada con el marido. *No está satisfecha con su red*, era mayor (en número de miembros) antes de emigrar. No nombra a los cuatro nietos y a un hermano le pone un 3 de intensidad.

En cuanto a la opinión del médico, el **22** sólo presenta un 25% de visitas justificadas (bronquitis crónica simple), dice que “*desde que se hizo pensionista comenzó a venir mucho*”. La **28** presenta un 20% de visitas por causa psicológica. El aumento de sus visitas coinciden con el periodo postoperatorio de apendicitis, con los cólicos de riñón y con la jubilación. El **13** y el **8** acuden justificadamente al médico. El **8** tiene úlcera desde los 20 años y el **13** también estuvo delicado de la garganta desde joven. Los dos siguieron enfermos de casados y ahora tienen hipertensión, diabetes y el **13**, además, insuficiencia renal. El **8** está peor desde que se jubiló y el **13** se visitó el doble en el año 95/96 que anteriormente (coincide con la enfermedad de la esposa). El **7** va siempre al médico justificadamente; tuvo una infancia sana y comenzó a incrementar las visitas por cólicos, hipertensión, diabetes y angina de pecho.

¹²⁵ En 1998 ya había fallecido la esposa. Parecía más saludable y alegre y dijo que se encontraba mucho mejor de salud. Veía más a los hijos y nietos y a gente conocida.

La **12** y **15** presentan un 20% y un 10% respectivamente de visitas no justificadas según el médico y la **14** es “*mala paciente*”. Todas han tenido problemas menores de pequeñas (ver enfermedades en Anexo 9.3).

Contradice sólo la 2ª hipótesis:

16HC-73

Disminuye su red social en número de miembros (muere la esposa) pero no el grado de vinculación: desayuna con gente y casi todo el día está con amigos. Incluye tres amigos en la red. Muestra claramente satisfacción con su red social.

El médico dice que sólo se visita cuando es necesario; tuvo paludismo de pequeño, pero desde entonces buena salud.

No confirman ni contradicen las 2 primeras hipótesis:¹²⁶

11MC-66

17HP+71

18HP+69

No cambian su red social después de la jubilación, ni en número de miembros ni en tiempo acompañadas de personas significativas.

Los dos hombres que van más al médico, del barrio periférico, son los dos inmigrantes. Ambos expresan *poca satisfacción con su red social*, el **17** por añoranza de su lugar de origen, el **18** por escepticismo (cuando le pregunto que opina de las relaciones sociales dice que la amistad con sinceridad no existe, que siempre se critica, pero es necesaria).

La **11** ha tenido pocas y malas relaciones de pequeña (la asustaron), también de casada (su marido la engañó) y mejoran al jubilarse (hijos y nietos que la apoyan), aunque el marido sigue viviendo en casa y sigue teniendo mala relación con él. Está sorda y, a veces, deprimida. No incluye al marido en la red.

El médico dice que el **17** y **18** presentan un 20% y un 30% respectivamente de visitas no justificadas, por miedos, falta de información o desconfianza. El **17** atribuye su empeoramiento a la enfermedad de su esposa. El **18** también ha ido aumentando las visitas al médico desde la jubilación. De la **11** comenta que va poco, pero a veces por tonterías; estuvo enferma del estómago de pequeña, tuvo muchos problemas de salud de casada (infección

¹²⁶ Es importante señalar que ni el **18** ni la **11** han cambiado el estilo de vida, en cuanto a trabajo, desde la jubilación.

uterina, piedras en vesícula, hipertensión, insuficiencia renal y depresión). En la jubilación sigue con depresión.

Hipótesis número 3

La utilización de los servicios sanitarios ambulatorios será mayor en los jubilados hasta los 75 años del área urbana de Castellón que reflejen en su red social un cambio en la jubilación hacia más número de contactos de apoyo social negativo y utilizarán menos estos servicios sanitarios si estos contactos son positivos.

Casi la mitad de la muestra confirma la hipótesis, y la otra mitad (aproximadamente) la contradicen. El cambio de la dirección del apoyo en las relaciones (mutuo, negativo o positivo) no parece estar relacionado con la utilización de los servicios sanitarios o con sentirse mejor o peor de salud, al menos de la forma que se expresa en la hipótesis.

Casi ningún miembro de la muestra ha cambiado después de la jubilación a tener relaciones de apoyo social negativo, *casi nadie ha necesitado cuidados o ayuda, sólo la 32MP-69*, que recibe apoyo de su hermana (poco, la deja vivir en su casa pero ego es casi totalmente independiente).

Los hombres dicen no haber cambiado la clase de apoyo con su esposa, que sigue siendo mutuo después de la jubilación y esta opinión es compartida, en muchos casos, por la esposa; sin embargo, el apoyo es claramente desigual, ya que en casi todos los casos, la esposa sigue trabajando en las faenas de casa y el marido (sólo algunos) se limitan a arreglar desperfectos pequeños de la casa (fontanería, electricidad) y a realizar alguna compra. Los individuos que han aumentado el apoyo en la jubilación (cuidado de nietos o del cónyuge) no parecen estar satisfechos con ello en general y hay más casos en el grupo que va más al médico:

1MC+74 (cuida a nieta y cuñada)
12MC+68 (cuida a nieta y marido)
26MP+70 (cuida a sus nietos)
31MP+69 (cuida nietos, hijo... “¡demasiado!”)
17HP+71 (cuida a su esposa enferma)
30HP+73 (hace el trabajo de casa, es viudo y vive con la hija)

Los que han cambiado la dirección del apoyo a positivo en la jubilación pero que pertenecen al grupo que va poco al médico son:

2MC-66 (cuida a sus nietos, a veces le gusta cuidarlos)
6MC-70 (cuida nietos. También le gusta mucho cuidarlos, son pocas veces).
4HC-66 (cuida nietos. No comenta si le gusta o no).

Resumiendo, más bien parece que el pasar a dar más apoyo en la jubilación, sí es una obligación continua, no se recibe con mucho agrado y suele recaer en personas del grupo que va más al médico.

Hipótesis número 4

Las mujeres de 65 a 75 años que de casadas han tenido como único trabajo el de ama de casa hasta la jubilación y no muestren disminución en la red social, no presentarán un aumento en la frecuencia de utilización de los servicios sanitarios ambulatorios y viceversa.

Esta hipótesis sólo afecta a:

11MC-72 (su marido vive en casa, pero no habla con él)

Es la única mujer de la muestra que no ha variado su red social después de la jubilación ni en número de miembros ni en tiempo que pasa acompañada por personas significativas y, además, ha sido ama de casa.

Esta hipótesis sólo ha servido para evidenciar que casi todas las mujeres de la muestra han aumentado el tiempo que pasan con personas significativas porque, al jubilarse el marido, están más tiempo en su compañía (no siempre voluntariamente o con satisfacción).

Hipótesis número 5

Los jubilados, hombres y mujeres hasta los 75 años de edad que refieran un aumento en su situación socioeconómica después de la jubilación, utilizarán los servicios sanitarios ambulatorios menos veces que los que afirman que su situación socioeconómica ha bajado y viceversa.

Entre los individuos de la muestra que refieren un cambio en su nivel socioeconómico después de la jubilación (o que se infiere por sus relatos) están los siguientes:

4HC-66 (mejora con las pensiones: invalidez de su esposa y jubilación)
5MC-65 (tiene una buena pensión de la banca cuando muere el marido)
6MC-70 (pensión de autónoma, además de las tierras que ya tenía antes)
15MC+74 (2 pensiones – marido y ella – y aún conservan el negocio)
23HP-70 (2 pensiones, más rico al jubilarse)
19HP-73 (2 pensiones, esposa y él)
20MP-65 (ahora tiene pensión)
21MP-72 (cobran 2 pensiones. Parece mejor que antes, aunque no lo dicen así)
29MP-71 (buena pensión, piso propio, viuda)

De todos ellos sólo uno (9) está en el grupo de los que van más al médico.

Esta es la hipótesis que se ha confirmado de forma más clara, sobre todo teniendo en cuenta lo difícil que les resultaba a muchos individuos asegurar que ahora tenían mejor nivel socioeconómico por miedo, expresado en muchas ocasiones, de que se les bajara la pensión o se les investigara su situación económica.

Un dato interesante para este apartado es el obtenido con la pregunta *¿cuál diría usted que ha sido la etapa de su vida con mayor calidad de vida?*

Mientras que en el barrio céntrico sólo tres personas han dicho que ahora, después de la jubilación (**3, 4 y 9**, los tres hombres) en el barrio periférico han sido siete (**17, 18, 19, 20, 23, 27 y 29**, cinco hombres y dos mujeres). El nivel socioeconómico de los individuos del barrio periférico que dicen tener mejor calidad de vida en la jubilación es más bajo que el de muchos del barrio céntrico que no les gusta su etapa actual. Tal vez sea porque los individuos del barrio periférico han tenido trabajos más duros en su época activa y, aunque no sea alta la pensión actual, su vida es mucho más agradable ahora, a pesar de las enfermedades que, por ahora, no les impiden ser independientes.

Hay 3 personas más que dicen tener ahora su mejor etapa, pero no comenzó en la jubilación, sino antes. Los 3 son mayores de 72 años, y sólo 1 mujer está en el grupo de los que van más al médico.

6.2.3 Descripción del grupo estudiado y su contexto

Posición social

Casi la totalidad de los individuos de ambos géneros que viven en el barrio periférico *han vivido de pequeños* y en su juventud en masías, aldeas, de viaje (quinquillero) o en pueblos pequeños, mientras que los del barrio céntrico, también ambos géneros, se criaron en pueblos grandes o capitales.

Todos los individuos de la muestra del barrio periférico (16) son *inmigrantes* de masías o aldeas de Cuenca, Jaén, ... algunos de la provincia de Castellón. Sólo la mitad de los que viven en el barrio céntrico vinieron de fuera, pero el lugar de procedencia es la Comunidad Valenciana, Cataluña o Teruel.

También existe una diferencia clara entre los dos barrios en cuanto a la *asistencia/no asistencia a la escuela*, la gran mayoría de los individuos del barrio periférico no asistieron o fueron poco; en el barrio céntrico sucede al revés, fueron todos (excepto uno) y la mayoría hasta los 11, 12 ó 14 años, hombres y mujeres.

Casi la totalidad de *los padres* de los hombres y mujeres del barrio periférico fueron agricultores, trabajaban ambos y tenían poca tierra o era alquilada, mientras que en el barrio céntrico se refieren diferentes oficios del padre y es frecuente que la madre fuera ama de casa.

No se encuentran diferencias relevantes en cuanto a la autopercepción que los individuos de ambos barrios y de ambos géneros tienen del *nivel socioeconómico de sus padres*, casi todos dicen medio o bajo; tampoco en cuanto si pasaron hambre en la guerra o posguerra, los que pasaron hambre son, en general, los que no tenían tierras.

Los trabajos que han tenido los hombres y mujeres del barrio periférico han sido la agricultura o “*lo que salía*”, todos han comenzado a trabajar desde pequeños, también sus cónyuges han trabajado en lo que podían. En el barrio céntrico un grupo de hombres y mujeres han tenido trabajos especializados o negocio propio, y los otros han tenido trabajo asalariado y en “*lo que salía*”.

Todos *los hijos* de los individuos de la muestra han ido a la *escuela* hasta los 14 años, pero si bien los del barrio periférico tienen hijos que *trabajan* en fábricas, limpiando o similares (sólo tres tienen Formación Profesional y tres hermanos tienen un negocio, herencia de sus padres), los hijos de los individuos del barrio céntrico han estudiado después de la

escuela obligatoria (casi todos, algunos incluso tienen carrera universitaria) y tienen trabajos cualificados.

Casi todos los individuos tienen su casa o piso propio y una masía, alquería o chalet, pero los del barrio periférico han construido ellos mismos su vivienda y los del barrio céntrico la han comprado.

También se refleja con claridad que los individuos del barrio céntrico que van más al médico son los más ricos (con diferencia), tanto hombres como mujeres.

Casi todos los del barrio periférico han conservado o mejorado ligeramente el *nivel socioeconómico* de sus padres. Los del barrio céntrico también, pero hay más de ellos que lo han mejorado en mayor grado que los del barrio periférico.

Creencias y valores

Sólo encontré individuos *desconfiados* entre los hombres y mujeres del barrio céntrico.

Las conversaciones más interesantes coinciden con la variedad de vivencias (el 18, padres quinquilleros y él estuvo 15 años en la cárcel, en diferentes periodos; el contable/músico, que viajaba con la orquesta; la mujer feriante...) todos ellos tenían conversación fluida e inteligente, sin relación con la educación formal recibida, ni con el género, ni con el nivel socioeconómico.

En el barrio periférico se observa más *vida social aparte de la familia* (sobre todo entre los hombres) que en el barrio céntrico.

La gran mayoría identifica *el concepto vejez* con dependencia y creen que es fea y triste, “*más vale morirse*”. Los que distinguen vejez con o sin dependencia, creen que la independiente está bien, incluso con enfermedades y es bonita si no se pierde la salud. Algunos dicen que, incluso si es dependiente, la vejez puede ser bonita si es aceptada por la familia (pocos). Sólo una mujer dice que le gusta la vejez (va poco al médico). En general nombran las residencias de ancianos despectivamente.

El *control percibido sobre sus decisiones* es igual que antes de jubilarse en la mayoría, pero en el resto de los casos aumenta en las mujeres y disminuye en los hombres.

Una mujer dice que siempre han decidido por ella, antes su esposo, ahora su hija.

Comentarios entre los que creen que han perdido el control:

- “*ahora manda mi esposa, no sé por qué*” (¿pensión?)

- menos dinero (mujer, del barrio céntrico)
- ahora se dejan aconsejar más (2 hombres, barrio céntrico)
- más inseguros que antes (2 hombres)

Comentarios entre los que han ganado control:

- más tiempo para reflexionar (mujer del barrio céntrico)
- tiene pensión propia (mujer del barrio periférico)

Los 32 individuos de la muestra conservan la capacidad para ser independientes en las actividades de la vida diaria.

6.2.4 Identificación de relaciones entre las cuatro áreas analizadas

Posición social

Existe una relación clara entre la formación escolar que recibieron los individuos de la muestra y los estudios y oficios de sus hijos: más cualificados los que tuvieron padres que fueron a la escuela (barrio céntrico). Entre las mujeres se refiere más fracaso, en estudios y/o trabajo, en ambos barrios.

A su vez, los individuos de la muestra siguen la trayectoria de sus padres:

- Los del *barrio periférico* comienzan a trabajar desde muy pequeños (6, 9, 11 años) de pastores, en el campo, de sirvientas y luego, tanto mujeres como hombres, siguen trabajando en agricultura o, al emigrar, “*en lo que sale*”: construcción, cargadores... Las propiedades que tienen en la jubilación son la casa que se construyeron en el barrio y, algunos una masía y un poco de tierra en el pueblo (herencia). Sólo una tuvo negocio (bar) y ahora es de los hijos.
- Los del *barrio céntrico* se dividen en 2 bloques:
 - Los cuatro *hombres* que *van más al médico* todos tienen negocio propio: broncista/fontanero, alambriista (feria), administrativo y contable y sus esposas son todas amas de casa. Y las cuatro *mujeres* que *van más al médico* todas tienen negocio propio: 2 panadería, 1 feria y 1 carnicería/droguería. Propiedades: 2 ó 3 viviendas y los negocios.
 - Los cuatro *hombres* que *van menos al médico* son agricultores (dos) pero uno muy pobre, emigrante de Teruel, y otro con muchas tierras, de Castellón, (es el de más alto nivel socioeconómico de la muestra). Los otros 2 trabajaron desde pequeños en construcción e hidroeléctrica (no cualificados pero uno sube a encargado y el otro se especializa). Sus esposas son todas amas de casa, excepto la del emigrante que trabaja en el campo. En cuanto a las propiedades, excepto el de más alto nivel de la muestra, que tiene fincas, chalet, y dos viviendas más, los otros tres: nada (uno), o su piso (los otros dos). Las *mujeres* que *van menos al médico*, de jóvenes trabajan, se casan (con empleado de banca, chófer...) y son amas de

casa. Todas son propietarias del piso y la alquería excepto una, que sólo tiene su piso.

Los hombres y mujeres del barrio periférico conservan o suben ligeramente el nivel socioeconómico de sus padres, mientras que los del barrio céntrico:

- Los ocho (mujeres y hombres) que *van más al médico* mejoran notablemente el nivel socioeconómico de sus padres (excepto uno).
- Los ocho que *van menos al médico*: los hombres siguen un patrón al respecto parecido al barrio periférico, algunos lo conservan otros lo mejoran. Las mujeres todas mejoran el nivel socioeconómico de sus padres.

Vinculación social

Todos los del barrio céntrico (hombres y mujeres) que van menos al médico tienen buenos *recuerdos* de su niñez, mientras que entre los que van más al médico 5 de 8 tienen malos recuerdos. En el barrio periférico no se observa un patrón similar.

Ningún individuo de la muestra del barrio céntrico salió de pequeño de su casa para ir a trabajar con otra familia. Sin embargo en el barrio periférico se dan siete casos (**17, 30, 31, 19, 20, 21, 32**), todos menores de 14 años (desde los 6 años) que son llevados fuera del pueblo con otras familias para que trabajen y sean mantenidos: pastores, niñeras, en el campo o sirvientas. Estos individuos tienen *recuerdos* tristes y amargos, excepto uno que los tiene buenos y otro normales. En total diez personas del barrio periférico refieren recuerdos tristes. No se observa relación con ir o no al médico. En el barrio céntrico cinco personas tienen recuerdos tristes de su niñez, las cinco son del grupo que va más al médico.

El ambiente social del barrio periférico es más uniforme (en cuanto a emigración, profesiones, condiciones de la vivienda y educación y empleos de los hijos) que el ambiente del barrio céntrico, pero presenta más variedad en cuanto a lugares de encuentro para jubilados/as (juegos de bolos en las calles, bares ocupados prácticamente por jubilados, calles sin tráfico, viviendas unifamiliares) y se conocen todos, mientras que en el barrio céntrico sólo se observa el centro de la 3ª edad, no muy frecuentado por los individuos de la muestra.

Esto hace que sea más fácil establecer conexión social en el barrio periférico que en el céntrico, más impersonal.

De hecho, *de los ocho hombres que más van al médico*, los cuatro del barrio periférico tienen *vida social independiente de la familia* (y parte con la familia) mientras que los cuatro hombres del barrio céntrico no la tienen. No sucede igual con *los ocho que van menos al médico*, tanto los del barrio periférico como los del céntrico tienen vida social independiente de la familia.

Con las mujeres es diferente. Sólo *una de las ocho mujeres que más utilizan el centro de salud* tiene vida social además de la familia, es del barrio periférico y tuvo una infancia con mayor nivel socioeconómico que las otras tres mujeres de su grupo. Del grupo de *ocho mujeres que van menos al médico*, las cuatro del barrio periférico son más independientes, excepto una, que dice relacionarse sólo con la familia (pasa muchas horas sola), mientras que de las cuatro del barrio céntrico sólo una tiene vida social independiente de la familia. *Aclaración*: dos de las independientes del barrio periférico y la independiente del céntrico son viudas.

Para valorar el concepto de *vida social independiente de la familia* me he basado en la *evolución de las relaciones, la red social y, sobre todo, la rutina diaria en la jubilación*.

En el *barrio periférico*, los ocho que *van más al médico*, hombres y mujeres, afirman que perdieron relación social al *emigrar*, excepto uno, que siguió haciendo amigos (el hijo de quinquilleros/viajantes). Los hombres expresan añoranza, las mujeres no. Todos han pasado de mejor a peor relaciones sociales en su vida.

Los ocho que *van menos al médico*, aunque también son inmigrantes, han evolucionado de peor a mejor relaciones sociales desde la niñez; sólo un hombre dice añorar las relaciones de su pueblo, aunque se reúne a diario con antiguos compañeros de trabajo.

El motivo de la emigración no es en todos el trabajo, algunos vinieron para reunirse con sus familiares, en o cerca de la jubilación. De los que vinieron por estar cerca de la familia, tres son del grupo de los que no van casi al médico.

En el *barrio céntrico*, de los ocho que *van más al médico*, ninguno señala problemas de sociabilidad por emigración, pero siete de ellos (tres mujeres y cuatro hombres) llevan una vida aislada en cuanto a relaciones sociales, por diferentes razones:

- Tres hombres han sido muy poco sociables de pequeños (desengaños, madres restrictivas...) y el otro hombre ha sido amigable, pero se ha aislado desde la jubilación, "*por voluntad propia*".

- Las cuatro mujeres eran muy amigables de pequeñas, bajan el nivel de relaciones de casadas por el negocio (una por la sordera del marido), sólo una dice que sigue con muchas relaciones sociales después de la jubilación, siempre con el marido. Las otras tres no han establecido más relaciones en la jubilación.

De los ocho que *van menos al médico* tres son inmigrantes, pero sólo uno viene por trabajo, los otros dos por estar cerca de los hijos. Ninguno señala añoranza. Todos fueron muy sociables de pequeños, pero las cuatro mujeres bajaron su vida social durante la 2ª etapa –desde que se casaron a la jubilación– y la volvieron a mejorar en la jubilación (una cuando vino a Castellón).

Respecto a las *redes sociales* (contienen sólo a las personas significativas):

En el barrio periférico, de los ocho que *van más al médico*, sólo un hombre incluye amigos en su red social, el resto sólo a la familia.

Se observa *poca satisfacción con su red* en los cuatro *hombres*, por agobio, escepticismo, añoranza y soledad respectivamente. En cuanto a la relación entre la red social y las visitas al médico:

- El **17** dice que empeoró cuando enfermó su esposa.
- El **22** aumenta las visitas considerablemente al jubilarse.
- El **30** disminuye su red en la jubilación: muere la esposa.
- El **18** aumenta las visitas también en la jubilación, sin un empeoramiento aparente de sus problemas de salud.

Respecto a las redes sociales de las cuatro *mujeres* se observa *ausencia de satisfacción en tres* de las cuatro mujeres, por dependencia, agobio o enfados. La que parece satisfecha sólo incluye a sus dos hijos solteros (es la red más pequeña de la muestra).

En cuanto a la relación con las visitas al médico:

- La **25** no parece haber aumentado las visitas después de la jubilación (cáncer) pero disminuye el número de miembros, fallece el esposo.
- La **26** ha aumentado en los tres últimos años. Sólo nombra el aumento de concentración de tiempo con el esposo, ya no puede ver a vecinas y cuñada.

- La **28** presenta un gran aumento de visitas médicas en los tres últimos años. No nombra a los nietos en la red, a un hermano le pone un 3. Siempre va con el esposo.
- La **31** aumenta las visitas, ha bajado el grado de vinculación con tres nietos (divorcio del hijo). No incluye al marido en la red (vive en casa).

En el barrio céntrico, de los ocho que *van más al médico*, sólo un *hombre* tiene un amigo en la red al que casi no ve, el resto sólo familiares¹²⁷. Todos tienen relaciones concentradas con el cónyuge o son solitarios.

Se observa *poca satisfacción con la red* en los cuatro *hombres* excepto en uno, pero que sufre porque su esposa está muy enferma. En cuanto a las posibles relaciones con las visitas al médico:

- El **3** no parece haber aumentado las enfermedades en la jubilación, pero sí las visitas. Se queja de que su esposa lo deja muy solo. No le gusta la gente. Aislado en casa.
- El **7** sí que aumenta las visitas coincidiendo con una angina de pecho. Solitario. Sin nietos.
- El **8** sube las visitas en la jubilación, sin aparente incremento de enfermedades. Solitario, enfadado con su red.
- El **13** parece que empeora en los 2 últimos años. También tiene un cáncer su esposa por esta época.

En cuanto a las redes de las cuatro *mujeres*, sólo incluye amigos la **14**¹²⁸, la única que parece satisfecha con su red; la **1** expresa su desagrado con una red que va disminuyendo por fallecimientos; la **12** cuida de su nieta y a veces del nieto también, vive en su casa (comentarios sobre el cuidado *impuesto* de la nieta); la **15** comenta la concentración del grado de vinculación con el esposo (es sordo y por eso no han salido ni salen con amigos, ella es muy sociable). En cuanto a la relación con las visitas médicas:

¹²⁷ Otro incluye amigos, pero esta información se contradice repetidamente con el resto de los relatos de él y su esposa. A ego no le gusta la gente, sólo quiere estar con la esposa y prácticamente así lo hace.

¹²⁸ También la 15 incluye una amiga, pero prácticamente nunca la ve.

- La **1** une el aumento de visitas con la muerte del hermano y el miedo a morir desde entonces.
- La **12** en la jubilación parece haber incrementado las visitas, tiene artrosis y lumbago (¿cuidado de nietos?).
- En la **14** el aumento de visitas sólo se ve relacionado con el diagnóstico de hipertensión (ha ido 10 veces en los últimos 15 meses al médico, los años anteriores ninguna; tiene 69 años).
- La **15** a los 64 años embolia, le detectan también diabetes y aumento del colesterol. De jubilada también presenta hipertensión.

Los ocho individuos del barrio periférico que *van menos al médico* parecen satisfechos con su red, tanto hombres como mujeres, sólo la **32** comenta que era mejor la red de la etapa anterior. Algunos incluyen amigos, otros sólo familia (variado). Todos presentan grado de vinculación disperso, nadie lo concentra con el cónyuge. Sólo una mujer es solitaria, se relaciona con hijos, nietos y un poco con el marido.

Los ocho del barrio céntrico que *menos van al médico* incluyen sólo familiares, excepto el caso de dos viudos, que incluyen amigos, y una mujer que también incluye dos amigas que apenas ve. El grado de vinculación es disperso para los cuatro hombres y también en las mujeres (aunque una de ellas ha de luchar para conseguir esa dispersión). Una mujer es solitaria y está disgustada porque su marido vive en casa sin estar en su red, pero tiene muchos hijos y nietos.

Uno de los casos analizados, el 8HC+69, parece presentar la salud como variable independiente respecto a las relaciones sociales: diabético desde los seis años (el médico se lo insinúa a su madre a esta edad pero no le diagnostican hasta los 20 años). Tiene relaciones precarias desde pequeño.

En cuanto al *apoyo social*, los casos que han aumentado de mutuo a positivo en la jubilación están dentro del grupo que más va al médico. Nadie expresa satisfacción con este cambio, al contrario, a veces claramente, a veces con timidez. No se observan diferencias notables, ni entre barrios ni en género, en este aspecto.

En ningún caso de hombres (ambos barrios) se observa imposición por parte de sus cónyuges en cuanto a concentrar el grado de vinculación con ellos, pero sí al contrario, en varios casos.

Creencias y valores

Las tres personas que han expresado durante la entrevista una clara *desconfianza* son del barrio céntrico y del grupo que *va más al médico*.

Su *aspecto* era más adornado en la mujeres con nivel socioeconómico más alto, tanto en el barrio céntrico (cuatro) como en el periférico (sólo una); todas son del grupo que *va más al médico*.

En el grupo de las que *van menos al médico* destaca el aspecto activo, saludable y la actitud sociable/amable.

Entre los que *van más al médico* la gran mayoría atribuyen *la causa de la enfermedad* a factores de los que no son responsables, tanto hombres como mujeres y en ambos barrios (al Destino, a Dios, a la herencia, no saben, a la sociedad). También en este grupo hay más insatisfechos con la sanidad pública. Los que *van menos al médico* relacionan la salud con la conducta del individuo (cuidarse, alegría, actividad) sólo alguno dice que hay parte de herencia y dos la atribuyen a causas sociales (sustos, brujería, disgustos).

En *la escala de valores* de la gente del barrio periférico la familia tiene el primer lugar en todos los que *van más al médico* (hombres y mujeres). En el resto es variado, aunque todos los hombres que van más al médico del barrio céntrico ponen la salud en primer lugar mientras que las mujeres en la misma situación suelen poner la familia primero. Todos suelen resaltar “*salud, dinero y amor,*” aunque los del barrio periférico (más pobres en general) suelen decir que dinero sólo el necesario.

En cuanto a la *calidad de vida*, del grupo que *va más al médico* sólo dos hombres del barrio periférico dicen que ahora es la mejor época de su vida, en la jubilación (coincide con un nivel socioeconómico bajo) y otro hombre del barrio céntrico, el resto antes de la jubilación. Las cuatro mujeres que *van más al médico* del barrio periférico añoran la vida de jóvenes, antes de casarse. Entre los que *van menos al médico* tres hombres del barrio periférico y dos del céntrico dicen que ahora tienen mejor calidad de vida que nunca, coincide con los niveles socioeconómicos bajos en ambos barrios. De las mujeres sólo dos dicen que ahora tienen mejor calidad de vida, las dos son del barrio periférico.

La posición social parece relacionada con la percepción de calidad de vida, de manera que:

A trabajos menos remunerados y con más exigencia física mayor tendencia a ver la jubilación como la mejor etapa de la vida, a pesar de un incremento en enfermedades.

Son un ejemplo el **17** y **18** (barrio periférico, inmigrantes y vida dura). Incluso la **31**, que tuvo la mejor calidad de vida antes de casarse, en la juventud; es una mujer que pasó una infancia triste, trabajando fuera de su casa y que sigue teniendo cargas en la jubilación. La época con menos cargas fue la de antes de casarse. Estos tres ejemplos son del grupo que más utiliza el centro de salud.

7 Conclusiones y diseminación

“El conocimiento no se acumula gracias a que un investigador efectúa un estudio aislado, sino a través de la realización y evaluación de varios estudios que abordan problemas iguales o semejantes” (Polit y Hungler, 1997, p.581).

Este apartado tiene como objetivo principal evaluar las respuestas al problema de inicio que se han ido encontrando en este estudio.

De esta evaluación se extraen unas sugerencias metodológicas surgidas de los obstáculos encontrados en el proceso de investigación y algunas intervenciones que podrían elevar la calidad de vida de los jubilados en el contexto del estudio.

7.1 Respuesta al problema de investigación

La pregunta de inicio de este trabajo era:

¿Influye la red social del anciano en la autopercepción de su salud?

Para poder abordar una respuesta basada en los hallazgos he de exponer, primero, las aportaciones de esta investigación a cada uno de los 3 conceptos de la pregunta: *anciano, red social y autopercepción de salud*.

Anciano

Al presentar el marco teórico del estudio, por razones de eficacia en cuanto a la comparación con resultados de otros estudios se conceptualizó ancianidad o vejez como un *periodo de tiempo que comienza en la jubilación*. También se expuso la adhesión a la propuesta de dividir este colectivo (tratado en buena parte de la literatura sobre el tema como mayores de 65 años) en pequeños grupos de edad, concretamente en cohortes. De no haber sido por esta decisión, la única conclusión a la que podía haber llegado hubiera sido que existe una gran heterogeneidad en la vejez.

Pues bien, la cohorte escogida, los jubilados de 65 a 74 años de edad (en 1996) residentes en 2 barrios opuestos de la ciudad de Castellón, *no presentan las características descritas en gran parte de la literatura sobre el tema*, incluso ellos mismos o no se incluyen en el grupo de viejos, o, si lo hacen distinguen dos clases de vejez. Los individuos de la muestra se incluyen en el grupo de la *3ª edad*, una etapa que para muchos de ellos¹²⁹ es la de mejor calidad de vida que han tenido, incluso con las molestias físicas; pero no se incluyen en el grupo de viejos, esta etapa es posterior y equivale a:

- dependencia física
- fealdad, tristeza y degeneración
- no deseable, “*es mejor morirse*”

¹²⁹ Para la mayoría de los individuos de bajo nivel económico (que han realizado trabajos no cualificados: “*lo que salía*”) la jubilación con pensión y sin dependencia física es una liberación, incluso con pensiones bajas y enfermedades.

Se confirman los hallazgos de Ors y Laguna (1997, p.62).

“La calidad de vida en la vejez es tener salud y la salud es independencia, funcionalidad y además redes de apoyo familiar y social.”

Este hallazgo lleva a considerar como imprescindible no sólo la división por cohortes en cualquier tipo de estudio sobre el tema, sino además, proponer el planteamiento expuesto por Laslett en cuanto a las etapas de desarrollo del ser humano.

“...Any tendency to run the Third Age and the Fourth together will mask that crucial reality” (Laslett, 1996, p.201).

Esta imagen de la vejez, ofrecida en los relatos de la muestra, de dependencia física, explicaría otro hallazgo que comentaré más tarde:

La baja utilización de los centros de salud por parte de la cohorte estudiada, al menos en cuanto a visitas no programadas, es decir, por iniciativa propia, en contra de la opinión popular.

Red social

Si desde el principio del trabajo dejaba claro que la utilización de los servicios sanitarios era sólo uno de los indicadores de la percepción de la salud, no hice lo mismo con el concepto de *red social*; al estar compuesta por las personas significativas del individuo, creí que era *el indicador* por excelencia de vinculación social, y no ha resultado ser así: sólo investigando las redes de cada individuo no se llega a entender la vinculación social, los individuos no suelen incluir en sus redes a personas con las que pasan muchas horas frecuentemente, y suelen incluir a otras que apenas ven, o que incluso ni intentan contactar. Parece que había como una *obligación* a incluir a familiares. Todas las redes se parecen: sólo familiares, o, a veces, algún amigo.

Por suerte investigué la *evolución de las relaciones sociales* y la *rutina diaria* en las diferentes etapas del individuo, en un intento de observar la vida social del individuo desde diferentes perspectivas. En estos apartados se reflejaban características que no estaban en la red.

Justamente el hecho de haber basado las hipótesis en la red social descrita por los jubilados ha sido, en gran parte, el error metodológico responsable de la gran dispersión obtenida en la confirmación o refutación de las hipótesis: esos vecinos y *amigos*, que no incluyen en la red y ven a diario, constituyen el aumento de contactos sociales *que sí se*

produce en la jubilación y que no se suele detectar en los estudios de redes sociales.

El grupo estudiado no confirma las teorías que consideran las pérdidas en la estructura social del jubilado (o anciano) como apoyo para alguna de sus afirmaciones: Desvinculación y Marginación y, en menor grado, Modernización, Actividad, Etiquetaje e Intercambio. Ya hemos visto cómo, a pesar de los fallecimientos de personas significativas (no son la norma en este grupo de edad, ocho de treinta y dos), nuevos miembros van entrando en la red (nietos) en la mayoría de los casos. En cuanto al grado de vinculación, la frecuencia de contactos con sus hijos se va perdiendo antes de la jubilación, sobre todo cuando se van de casa, pero aumenta con la jubilación del cónyuge en muchos casos.

Resumiendo, 25 de los 32 individuos aumentan el tiempo que pasan con personas significativas en la jubilación y 3 de los restantes lo mantienen; sólo 4 de ellos disminuyen el grado de vinculación social en la jubilación y los 4 son del grupo que va más al médico.

Tampoco las relaciones con personas *no significativas* (las que no incluyen en la red) confirma esa tendencia a la disminución a raíz de la jubilación:

- 1° En los casos que muestran bajo grado de satisfacción con su estructura social se observan dos factores importantes ajenos a la jubilación:
 - la emigración
 - un patrón de tendencia al aislamiento social desde pequeño (más en hombres) o una imposición (inherente al rol de esposa en esta cultura y en la cohorte estudiada) a concentrar el tiempo de compañía con el esposo (en mujeres).
- 2° Las personas que no presentan estas dos características suelen ampliar sus contactos sociales en la jubilación, aunque no los incluyan en la red, incluso los que pierden a personas significativas.

También están los casos en los que la pérdida de un miembro de la red (cónyuge o hermano con alto grado de vinculación social) no ha sido sustituida; y están en el grupo que más utiliza los servicios sanitarios, tanto mujeres como en hombres, y en ambos barrios. Son los menos (dos de ocho) y ¡tienen 73 y 74 años respectivamente!

Las amas de casa tienen una evolución peculiar: les baja el grado de vinculación social fuertemente cuando se van los hijos (comentarios de depresión y de emigración por esta razón), pero paulatinamente han ido llenando el vacío (acercamiento a los hijos - cuidado de nietos - aumento de otros contactos sociales). Cuando a estas mujeres realmente les cambia la

estructura social es cuando el marido se jubila si éste no tiene vida social independiente de la familia. En aquellos casos en los que la mujer accede a las demandas de compañía del esposo cuando se jubila se ha observado:

- un aumento de los síntomas de una enfermedad crónica
- un porcentaje de visitas no justificadas según el médico
- a veces, afirmaciones de estar muy nerviosa (2 casos)

Como hay pocas amas de casa en la muestra estudiada no se puede concluir nada definitivo al respecto, pero sí proponerlo como parte de futuras investigaciones, ampliándolo también a mujeres que han trabajado fuera de casa. La relación a investigar sería la existente entre el grado de vinculación (disperso/concentrado) con la salud percibida.

Pero el hallazgo más rotundo es que, a pesar de que todos los individuos tienen redes sociales similares (en ambos barrios y los dos géneros), casi la totalidad de los 16 más utilizadores del Centro de Salud tienen una característica común: la insatisfacción con su estructura social, versus los que menos visitan al médico, que expresan satisfacción con su vida social.

También se observan diferentes *motivos para la insatisfacción* entre los dos barrios:

- En el barrio periférico la emigración es el motivo más común al que los individuos de la muestra atribuyen la disminución del grado de vinculación social en sus redes¹³⁰. Estos hombres y mujeres expresan que han ido evolucionando de mejor a peor grado de satisfacción con sus relaciones sociales desde su niñez a la jubilación.
- En el barrio céntrico las malas relaciones sociales de pequeños (por desengaños o maltratos) ha marcado un comportamiento de aislamiento social, concentrándose en la familia (a menudo sólo con el cónyuge), en la mayoría de los hombres y una falta de libertad en la elección de los contactos sociales en la mayoría de las mujeres.

En cuanto a *los más satisfechos con su estructura social*:

¹³⁰ Quizás existe una sobrevaloración, ya que los individuos que no emigran (del barrio céntrico) también muestran una concentración en la familia nuclear.

- Los hombres que van menos al centro de salud coinciden, en los dos barrios, en verse a diario con amigos y/o llevar vida activa, versus los que van más al médico.
- Las mujeres que van menos al médico de los dos barrios y que parecen satisfechas con su estructura social (la mayoría) presentan una característica común: la dispersión de su grado de vinculación (a veces a pesar de las presiones) y el hecho de haber mejorado o mantenido en la jubilación el grado de satisfacción con sus relaciones sociales.

Autopercepción de salud

La utilización de los servicios sanitarios ambulatorios fue el indicador elegido en las hipótesis para evaluar la autopercepción de salud. También se investigaron:

- Los días que pasan en cama (dejan de realizar las actividades habituales) por sentirse mal.
- Cómo describen, en general, su estado de salud.
- Operaciones, medicaciones, hospitalizaciones. Remedios caseros.
- Evolución de la salud, desde pequeños.
- Tipo e inicio de las enfermedades.
- Proceso de decisiones cuando aparece un problema de salud.
- Opinión de los servicios sanitarios.

Después de realizar el estudio piloto (siete casos) se siguió dando una importancia decisiva a las visitas al médico de cabecera, por las siguientes razones:

- Casi nadie utiliza la sanidad privada (dos casos la nombraron).
- Nadie utiliza el sector folk.¹³¹
- Todos utilizan, de forma similar, el sector popular.¹³²
- La opinión de los individuos sobre los servicios sanitarios no era fiable (sabían que yo era enfermera y que estaba en contacto con los centros de salud).

¹³¹ Ver Kleinman, en Apartado 2.

¹³² Ver Kleinman, en Apartado 2.

- Describían su estado de salud de forma indefinida, y como resultado de una evaluación momentánea.

El resto de indicadores se incluyeron en las 32 entrevistas, también en el análisis, y se interpretan como factores que otorgan significado a la utilización de los servicios sanitarios.

La muestra la constituyen los 16 individuos entre 65 y 74 años que realizaron más visitas a los médicos seleccionados en los 15 últimos meses, y otros 16 individuos situados en el extremo opuesto.

Pero entre los más frequentadores, sólo tres se visitaron una media superior a una vez/mes.

Casi la totalidad de los 16 individuos más frequentadores tienen una condición crónica: artrosis, hipertensión, colesterol alto (muchos de los no frequentadores también), o han tenido un infarto, ... , situaciones para las que se les prescribe medicación constante.

A los pacientes que llevan medicación constante, en la seguridad social aquí en Castellón, normalmente se les receta una o dos cajas cada vez, por lo que al menos una vez al mes han de ir al centro de salud para *repetir* (renovar medicación).

Por otra parte la población de la muestra experimentó grandes privaciones durante su infancia y juventud y pocos de ellos tuvieron acceso a los servicios sanitarios como aparecen en la actualidad.

La accesibilidad actual a los servicios sanitarios (grandes cambios recientes), marca un patrón de comportamiento inédito en cuanto al número de visitas preventivas.

Las campañas actuales para prevenir y curar algunas condiciones típicas en algunos viejos de esta cultura (diabetes, hipertensión, colesterol alto, ...) influyen directamente en el número de visitas ambulatorias. Muchas de las visitas al Centro de Salud son programadas (a petición del personal sanitario) y no voluntarias.

Para interpretar la utilización de servicios sanitarios de los individuos de la muestra considero adecuados los siguientes datos (ver anexo 3):

- Número de visitas al médico
- Número y clase de enfermedades
- Si las visitas son programadas (citados por el médico) o por iniciativa de los pacientes

En vista de estos datos concluyo que *el grupo de edad elegido utiliza mínimamente los*

servicios sanitarios ambulatorios.

No se ha observado ni en las verbalizaciones de los individuos investigados ni en sus conductas en el uso de servicios sanitarios *ningún indicio de tendencia a demandar servicios sanitarios no necesarios*, más bien al contrario, los evaden incluso en los casos que los profesionales considerarían adecuada su utilización.

También se observa que en condiciones aparentemente similares, unos individuos van más que otros al médico; son estos casos los que voy a interpretar basándose en las relaciones observadas con sus vínculos sociales y con otras variables.

Los únicos tres individuos de la muestra que han ido al médico más de 20 veces en 15 meses, tienen relaciones sociales precarias, aunque la red social (familiares) parece similar al resto.

- *El 21, se aisló, voluntariamente, de una intensa vida social a no salir prácticamente de casa en la jubilación. Sólo familia. Visitas al médico justificadas en un 100%. Su esposa está enferma de cáncer.*
- *El 22 no hizo amigos al emigrar, añora a los de su pueblo. Sólo familia. Visitas: un 25% justificadas, va mucho más desde que se hizo pensionista.*
- *La 28 cambió sus relaciones sociales al emigrar, siempre está con el marido. Visitas: el 80% justificadas. Su red y sus comentarios muestran problemas con la familia de los hijos y con un hermano.*

¡Los 4 hombres y 4 mujeres que más van al médico en el barrio céntrico se destacan del resto de la muestra por su alto poder adquisitivo!

La relación que parece concluyente es el grado de satisfacción con la estructura social del individuo, con las variaciones ya expresadas en la interpretación del concepto anterior (vinculación social).

En cuanto a la relación entre enfermedades y utilización de servicios sanitarios:

La clase de enfermedad, la cantidad de ellas y el momento de inicio en cada individuo de la muestra no siempre es diferente entre los que utilizan más o menos los servicios sanitarios. Con diagnósticos crónicos de hipertensión, colesterol alto y ácido úrico también elevado encontramos individuos que van 25 veces al médico y otros que van dos veces en el mismo periodo con diagnósticos de bronquitis crónica fuerte, colesterol alto y artrosis (Ver anexo 3).

También hay individuos que apenas van al médico que no creen tener o no tienen ninguna condición crónica, y asiduos al Centro de Salud (sólo uno) de los que el médico considera que no tiene ninguna cronicidad; pero no hay datos en este estudio para ni siquiera intentar evaluar

si la clase de vinculación social *produce* más enfermedades o las *evita*. Es un tema difícil de investigar, aunque muy atractivo.

La respuesta, pues, al problema planteado al inicio de la investigación es:

Sí, la estructura social (incluyendo personas consideradas significativas más personas con las que se mantienen contactos habituales) influye en la autopercepción de salud del jubilado entre 65 y 74 años del área urbana de Castellón¹³³, de tal forma que

a mayor grado de satisfacción con su estructura social, mejor autopercepción de salud.

De todas formas, dados los fallos metodológicos de este estudio, por falta de tiempo y de experiencia, esto es sólo una nueva hipótesis a investigar.

En cuanto a los *supuestos* que incluye el planteamiento de este estudio (apartado 3.4), la interpretación que realizo de los hallazgos sólo cuestiona el primero.

Después de la jubilación se produce un cambio paulatino en la estructura social del individuo producido por un menosprecio social de los individuos en activo y por la pérdida de contactos sociales y laborales.

No se ha observado menosprecio de las personas en activo y si bien es cierto que el grupo estudiado se relaciona más con personas de su edad, (excepto hijos, nietos y sobrinos) no parece que esto suceda a raíz de la jubilación.

¹³³ No dependientes físicos.

7.2 Evaluación del trabajo y sugerencias metodológicas

Considerando la siguiente afirmación de Esteva-Fabregat

“Todos sabemos, más o menos, que las ortodoxias son grandes errores históricos acumulados que mueven ciegamente ilusiones de verdad, algo así como ilusiones ópticas que mientras permanecen proporcionan confianza a las personas que las siguen.”

intenté realizar una etnografía basada en las historias de vida que me contaban los individuos, con la máxima objetividad posible.

“Igual que los médicos pasan previamente por la anatomía para poder ser luego generalistas o especialistas, los antropólogos deben ser primero etnógrafos para luego ser etnólogos o antropólogos sociales” (Esteva-Fabregat, 1996, p. 24).

Sin embargo, al preparar los datos para análisis y después de desechar varios intentos, la matriz que resultó más útil para el análisis y muchas de las conclusiones resultaron tener un cariz *materialista cultural*, al menos así interpreto la definición que ofrece Marvin Harris (1990, p. 37). Los datos recogidos en el área de Posición social, en su mayoría infraestructurales, resultan ser imprescindibles para comprender la estructura y superestructura.

Las hipótesis han resultado cumplir, únicamente, el papel de guía que se les asignó: la evaluación realizada sobre si se confirman o se refutan (apartado 6.3.2) no aporta ninguna solución al problema planteado al principio del trabajo, más bien ofrecen confusión. Quizás la razón esté relacionada con la oposición epistemológica entre los métodos cuantitativos/cualitativos; pero también hay un error metodológico responsable de la dispersión obtenida en la contrastación de las hipótesis, como ya he explicado en el apartado 7.1, consiste en haber basado las hipótesis en un concepto reduccionista de la estructura social del individuo, el concepto de red social.

En la *revisión bibliográfica*¹³⁴ me faltó un criterio concreto de selección, lo que se tradujo en un volumen excesivo de referencias. Sin embargo, esta extensa reflexión ha sido muy útil para profundizar en áreas que de otro modo hubieran pasado inadvertidas.

En cuanto a la *fiabilidad de la información*, algunos individuos de la muestra me expresaron que al principio tenían miedo de que yo estuviera en relación con *Hacienda* para quitarles la pensión. También le comunicaron esta inquietud al médico de cabecera cuando llamaron para pedir referencias más. Esta desconfianza se reflejaba a veces, sobre todo cuando se les preguntaba por el nivel socioeconómico. Es por esto que no me baso en la autoevaluación que hicieron los individuos ni en el análisis ni en las conclusiones. Cuando me refiero a los de mayor poder adquisitivo o a los de nivel económico bajo me baso en otros indicadores ya descritos.

También se ha de tener siempre en cuenta en las entrevistas con *mujeres* que el rol que tienen adscrito no apoya su posible satisfacción con una vida social independiente del marido, incluso después de muerto. Si no se tiene presente, los datos relacionados con este área saldrán enmascarados. Hay que desarrollar instrumentos para detectar información no fiable al respecto y para averiguar el dato real.

El resto de informaciones dudosas las presento como tal y explico el por qué.

Para comprobar la fiabilidad de algunas partes de los relatos me he servido de la investigación de otras variables relacionadas con las principales del estudio, como los indicadores de *Posición social* y de *Creencias y valores*. El apartado de *Rutina diaria* en las diferentes etapas del individuo ha resultado ser uno de los más útiles, tanto para confirmar otros datos como para aclarar partes que parecían contradictorias o difíciles de comprender.

Pero falta información importante, ya que después de organizar las notas ampliadas surgieron varias preguntas en cada caso, no eran muchas, pero se requería mucho tiempo para volver a contactar y pedir cita. Decidí trabajar con los datos que había recogido.

Presento una lista de algunos de los datos que hubiera sido conveniente para este estudio

¹³⁴ Las principal palabras clave utilizadas en la búsqueda bibliográfica son:

- *Social structure* - *Social network* - *Structure*
- *Aged* - *Elderly*, *Aging*, *Retirement*
- *Health* - *Sick role* - *medical use*, *health seeking behavior*
- *Life course* - *Life events*

como sugerencia metodológica para estudios similares o relacionados.

- La edad de ego cuando los hijos salen de casa.
- Cuándo se produce el cambio de ver a los hijos a diario a verlos esporádicamente y por qué.
- La evolución del grado de vinculación debe definirse mejor: con la jubilación suele incrementarse el tiempo en compañía, pero también suele cambiar la proporción del tiempo que se pasa con cada miembro de la red (o fuera de la red).
- Mayor exactitud en el inicio de los problemas de salud y en los acontecimientos que ocurrieron durante estas fechas (sólo tengo algunos relatos muy completos respecto a este parte).

En cambio, se ha revelado como muy productivo y acertado el hecho de separar mujeres y hombres; para los estudios cualitativos de jubilación es imprescindible.

La medición de la utilización de servicios sanitarios (aumento o disminución) es la más floja:

- Uno de los Centros de Salud sólo llevaba tres años de funcionamiento. Intenté llegar a los registros del ambulatorio donde los individuos de la muestra iban anteriormente, pero en los ambulatorios antiguos los pacientes no tenían historia clínica donde se registraran las visitas.
- Como medida de control de la información de cada individuo les preguntaba cuantas veces creían que habían ido al Centro de Salud en los últimos 15 meses; muchos acertaban casi exactamente, pero algunos no.

La valorización del *apoyo social* también es débil, esta vez no es fallo de diseño, sino de tiempo. Se necesitaban más contactos con los individuos de la muestra, más entrevistas de control y más observación participante para averiguar si el apoyo era emocional, además de instrumental y si se realizaba por obligación, compasión u otro motivo. Es un concepto para investigar más y va unido al de *intercambio en la relación*.

En la etapa de *codificación* me faltó diseñar un orden de lista estratégico para facilitar el análisis comparativo (Ver anexo 3), por ejemplo: los cuatro primeros van más al médico y son hombres, del barrio periférico... Seguí un criterio arbitrario para ordenar a los individuos del 1 al 32.

Algunos apartados de la información recogida no se presentan en el análisis porque las respuestas no son uniformes o de dudosas fiabilidad, ya que no coincide con lo observado o con el resto del contenido de los relatos; por ejemplo:

- *Mecanismos de autocuidados*: Todas hablan de moderación en la comida, sean obesos o no ... ; se repite el contenido de las recomendaciones sanitarias.
- *Opinión sobre las relaciones sociales*: También en general se valoran como buenas o necesarias, independientemente de la vida social que han relatado.
- *Proceso de decisiones cuando aparece un problema de salud*: Todos responden que van al médico, después de consultar con el sector popular. No se usa el sector folk (o no lo dicen). Influye que la muestra se escogió en los archivos de los Centros de Salud.
- *Opinión sobre los servicios sanitarios*: A pesar de que algunos individuos han hecho una crítica negativa de la sanidad pública, la mayoría decían que bien. La opinión es dudosa ya que todos sabían que soy enfermera y en contacto con su Centro de Salud.
- *Otra información recogida en las historias de vida y que no presento en los datos preparados para análisis*, es la evolución de la estructura del hogar en cuanto a sus miembros. La gran mayoría de los entrevistados han vivido los primeros años de casados con los padres/suegros. Aunque no parece influir directamente sobre la relación entre las variables estudiadas, sí que ayuda a comprender la alta valoración que hacen los inmigrantes (estos son los que más vivieron con sus padres/suegros al principio de casados) de su vida aquí, a pesar de su añoranza social.
- El apartado de *intercambio*, dentro de la red social, ha sido poco investigado y promete información valiosa para entender conductas de los individuos que al contrastar las hipótesis aparecen confusas.

En cuanto a la dimensión *ética*, hay dos entrevistas a las que debía haber renunciado: una porque no querían realizarla (enfermedad de la esposa) pero accedieron al enterarse de que teníamos un conocido común (esta entrevista resultó ser una de las más agradables); la otra porque me llamó la noche siguiente a la entrevista para decirme que estaba asustada porque creía que podía pasarles algo a sus familiares por haberlos nombrado (brujería), quería que borrara todo; le aseguré que todo era anónimo pero no quedó tranquila. Para evitar estas situaciones forzadas habría que diseñar una muestra amplia y dedicar tiempo suficiente para

poder anular individuos y escoger otros.

En cuanto a *proponer otros estudios* en base a los hallazgos de este trabajo, la idea más coherente es la continuación del mismo, con la misma muestra, pero 5 años más tarde (año 2001).

Los estudios serán más útiles con cohortes de 5 años (de 75 a 79 años, de 80 a 84, de 85 a 89, ...). La relación *vinculación social/salud* en cada cohorte de jubilados y en diferentes contextos promete resultados esclarecedores. Por supuesto, sólo dentro de *la perspectiva del curso de la vida* podrá ofrecer significado. En estos estudios adaptados a cohortes más avanzadas recomiendo investigar el 3^{er} supuesto de los que parten Amoss y Harrell (1981). Los objetivos de todos los viejos son:

- Seguridad física y emocional.
- Respeto de los otros miembros de la comunidad.
- Convencimiento de que juegan un papel en la familia y en la comunidad.
- Conservar el control que siempre han tenido sobre sus decisiones.

También recomiendo investigar la afirmación de Fry: *El mundo social se contrae porque las pérdidas físicas y sociales hacen difícil mantener las redes sociales.*

En estudios de cohortes de ancianos dependientes recomiendo seguir la línea de Uhlenberg y Miner (1996): *¿Cómo aumenta la posibilidad de que te cuiden tus hijos?* Adaptarlo a los cambios previsibles para las nuevas generaciones.

Otra propuesta encaminada a obtener un conocimiento más profundo de la 3^a edad que me parece atractiva es abordar el tema del cuidado de los nietos por las/los abuelos utilizando una metodología que considere los costes y beneficios (Fry, 1995b) (Ver planteamientos teóricos de Comas D'Argemir, 1993 y Narotzsky, 1991).

Aunque no esté relacionado con este estudio de forma directa, el estudio del número y clase de enfermedades yatrogénicas en el colectivo de la vejez, separada por cohortes promete resultados sorprendentes, aunque creo que debe realizarse desde la rama crítica de la Medicina.

Finalmente, creo que serán enriquecedores los estudios sobre *la calidad de las relaciones* (Estes y Rundall, 1992), relacionando los resultados con la evaluación de la salud.

En el punto 2.5 *Perspectivas de Futuro* también incluyo temas que consideré de interés para ser investigados después de realizar la revisión bibliográfica, pero antes de analizar los

resultados de este trabajo.

7.3 Comparación de los hallazgos del estudio con afirmaciones de algunas teorías e investigaciones

Teoría

Se confirman las posiciones que señalan *la fuerza de las estructuras sociales*. Parece ser que no se puede huir fácilmente de los roles que se adquieren según la posición social que se ocupa, al menos en esta cohorte del estudio. Cada posición tiene unas alternativas limitadas *de hecho*.

En cuanto a *homogeneidad/heterogeneidad de la vejez*: la homogeneidad de la vejez está basada en la dependencia física del individuo, y no en la vejez.

Sin embargo los hallazgos en este trabajo parecen indicar que dentro de la heterogeneidad se aprecian subcohortes con rasgos similares entre ellos, o sea, que frente a ciertas circunstancias similares en cuanto a posición y vinculación social, se pueden identificar homogeneidades.

Las afirmaciones fundamentales de la *Teoría del Intercambio* no se han investigado sistemáticamente, pero en los casos donde se ha tenido acceso a la información (cuidado de nietos) surge la conveniencia de estudiar el tema con el marco teórico que contiene la noción de *Social Support Bank* (Antonucci y Jackson, 1989).

Los hallazgos de este trabajo confirman las críticas a la *Teoría de la Desvinculación* desde la psicología (ver apartado 2.2): el grado de participación social es determinado por múltiples factores biográficos y por el género. También se observa su fuerte cariz funcionalista, y sobresale la capacidad del jubilado para identificar y adoptar las estrategias de sustitución y compensación de algunas medidas (¿marginadoras?) impuestas por la sociedad y/o la naturaleza (jubilación, viudedad,...). Del apartado 3.1 (Teoría de la desvinculación social) se destacan los trabajos de Busse y Maddox (1985) y Lopata (1993) como los más coincidentes con los hallazgos de este trabajo.

En cuanto a la *Teoría de la Actividad*, los individuos de la muestra son, en general, todos activos, aunque la clase de actividad varía (ocio, productiva), incluso dentro del grupo que considera la jubilación como la mejor etapa de su vida, por lo tanto no se confirma que sólo es feliz y se siente satisfecha la persona que es activa, que produce algún rendimiento y que es útil a otras personas. Hay varios casos en la muestra que apoyan lo contrario, activos bien,

pero en lo que les apetece, sobre todo en niveles socioeconómicos bajos.

Siguiendo con la teoría de la actividad, sí que parece confirmarse la primera premisa de las dos que se presenta como principales (ver 2.2, aportaciones desde la Psicología, p.30): *la satisfacción en la calidad de vida está directamente relacionada con la integración social y la implicación en las redes sociales*. Aunque añadiría que depende del grado de satisfacción con la red.

Pero no se confirma la segunda premisa: *la pérdida de rol, como el enviudar o la jubilación, está inversamente relacionada con la satisfacción en la calidad de vida*. De las siete personas viudas de la muestra sólo uno parece no adaptarse a su contexto social y añora el tiempo con su esposa (otra persona también dice que lo añora, pero no coincide con la información de otras partes del relato y añade que *te respetan más cuando tienes a un hombre al lado*).

Los datos obtenidos no se corresponden con las investigaciones del CIRES¹³⁵ señaladas por Tamames (1994, p.78) que limitan las actividades de ocio de la Tercera Edad a encuentros con familiares, amigos o ver TV. Los individuos de la muestra: juegan a bolos, cultivan su huerto (pequeño), hacen manualidades (varios), juegan a cartas, van a bailes, van a las excursiones de la Tercera Edad, van de paseo en grupo, ...

Sería interesante investigar la afirmación de que *el individuo tiende a mantener la estabilidad en su modo de vida y durante los diferentes ciclos*, de la *Teoría de la Continuidad*, con un diseño comparativo entre géneros, ya que en este estudio una mujer parece haber cambiado su modo de vida después de enviudar, con un alto grado de satisfacción, y aunque sólo sea un caso, cualitativamente es significativo, sobre todo teniendo en cuenta el rol de subordinación con el marido que en esta cohorte es tan generalizado. Los hombres de la muestra que han enviudado, presentan una rutina diaria más relacionada con los ratos libres de la etapa anterior a la jubilación (al bar con amigos, de caza, ...). Parece ser que la tendencia a la continuidad es mayor en las personas satisfechas con su modo de vida anterior.

Tampoco la hipótesis general propuesta por San Román (*Teoría de la Marginación*) parece que se adecue a la situación de los individuos investigados. La jubilación no ha sido elegida, pero la dureza de los trabajos realizados y la pobreza de la mayoría de los individuos

¹³⁵ Centro de Investigaciones sobre la Realidad Social

de la muestra en su vida pasada, hace que ésta llegue como una liberación. Y si bien las bajas pensiones les quitan poder adquisitivo, existen otras compensaciones (dejar de trabajar) que los individuos llegan a valorar más.

No obstante, hay casos en la muestra que podían confirmar esta hipótesis general. Analizando estos casos parece ser que la marginación podía ser disminuida (aunque no siempre) con una planificación adecuada de la jubilación, la cual debía comenzar con suficiente antelación (creo que en la infancia, cuando comienzan a construirse los hábitos).

Autores

Se confirman las afirmaciones de los autores que señalaban las ventajas de la vejez:

- Disminución de las responsabilidades y preocupaciones
- Más tiempo para satisfacer necesidades
- El miedo a la muerte ha sido más asimilado (¡!)

La variedad presentada por los individuos entrevistados en cuanto a incluirse o no en el grupo de viejos, sugiere un acercamiento a las afirmaciones de Laslett (1996, p.192)

“...Let it be repeated that the coming of the Third Age from the individual point of view is a personal, not a public occurrence: of itself it has little to do with calendar age, social age or even biological age, and above all it is a matter of choice.”

Los datos del estudio parecen confirmar los resultados de Fernández-Ballesteros (1992) en cuanto que la salud no cambia bruscamente por la jubilación, al menos las enfermedades objetivables. Sin embargo, el diseño utilizado en este trabajo no es el adecuado para evaluar este enunciado, ya que *se escogieron* dos mitades de la muestra opuestas precisamente por su utilización/no utilización de los servicios sanitarios en la jubilación. Lo que sí que parece dejar claro es que este enunciado de Fernández-Ballesteros sólo puede ser puesto a prueba bajo la perspectiva del curso de la vida.

Al seleccionar la muestra de individuos que acudían con frecuencia al Centro de Salud y los que acudían pocas veces, revisé todas las historias del grupo de edad seleccionado y, si fue fácil encontrar a los poco frequentadores, tuve dificultad en extraer el mismo número de muy frequentadores, hasta el punto que tuve que recurrir a definir como muy frequentadores a los

que habían acudido más de 10 veces en 15 meses. Este hecho apoya a la OECD¹³⁶ cuando afirma que las características de salud de la mayoría de la gente de 60 y 70 años son, en general, similares al resto de la población adulta; el estereotipo que un envejecimiento con enfermedad es infundado. Hay una gran variación entre los diferentes grupos de viejos, desde personas con casi ningún problema de salud hasta personas con problemas severos (OECD, 1997, p.51-52).

El apoyo a esta afirmación viene reforzado por el hecho de que en la mayoría de los casos, las enfermedades que presentan los jubilados ya se tenían antes de la jubilación.

A pesar de las diferencias entre contextos y grupos de edad de este estudio y el de Roos y Mustard (1997), este trabajo apoya las afirmaciones de los autores: frente a datos que indican sobre utilización de servicios sanitarios por parte de ciertos grupos de población, se sugieren que allí donde coexistan altas tasas de utilización y una población de bajo nivel socioeconómico, estas tasas se deben probablemente a una mala salud y no a una sobre-utilización.

Los hallazgos parecen coincidir con la evaluación positiva que Finch (1989) realiza de los estudios que señalan como prevalente el miedo a la pérdida de independencia y autonomía, más que los efectos de la *illness*,¹³⁷ en cuanto a las decisiones de los viejos respecto a la salud subjetiva.

La red social como *sistema de apoyo* sí parece que ejerce el efecto de atrasar la dependencia física en los individuos de la muestra: si no se tuvieran unas redes tan cohesionadas (Berkman, 1984) como las encontradas en el estudio las enfermedades típicas de la muestra: hipertensión, diabetes, colesterol alto, artrosis, ... podrían evolucionar hasta llegar a una pérdida de la funcionalidad. Muchos individuos no quieren ir al médico cuando se sienten mal, pero sus hijos, esposa, o marido, insisten y van ... o les riñen si no comen según la dieta ... o les acompañan al médico ...

Esto apoya también las afirmaciones de Keith en el sentido de que los efectos del mundo real en la capacidad funcional son complejos, envuelven muchos factores como el sistema de soporte social, la naturaleza y accesibilidad de los cuidados de salud, la posibilidad de

¹³⁶ Organisation for Economic Co-operation and Development

¹³⁷ Percepción de la enfermedad desde la perspectiva del enfermo.

adquirir prótesis y factores de personalidad. Además, a medida que las personas envejecen, los problemas de salud aumentan y se cambia la relación entre el individuo y estos factores (Keith et al., 1994, p.314).

Parece que se confirman los resultados de Bazo (1991) en cuanto a que el nivel de ingresos (siempre que se cuente con una base suficiente) resulta indiferente a las personas que experimentan sentimientos afectivos positivos.

De acuerdo con Groombridge (1989) y Laslett (1996) en que es un estereotipo afirmar que *los mayores* no están interesados en aprender y menos en tener títulos. De hecho comencé a contactar con el organismo encargado de educación para adultos en base a los comentarios de interés por aprender que se hicieron en el barrio periférico. También varios individuos del barrio céntrico (mujeres y hombres) han desarrollado nuevas habilidades relacionadas con inclinaciones o aficiones anteriores.

7.4 Posibles aplicaciones

Teniendo en cuenta las limitaciones de este estudio, únicamente confirmo algunas acciones encaminadas al colectivo de jubilados ya elaboradas por otros autores u organismos que son coherentes con los resultados que he obtenido.

Al final sugiero algunas intervenciones concretas basadas directamente en los hallazgos.

Algunos estudios teóricos fomentan las políticas encaminadas a anular las barreras al trabajo y al aprendizaje que actualmente apoyan las políticas dirigidas a los mayores de 65 años (OECD, 1996, p.52).

La puesta en práctica de políticas basadas en resultados de investigación sobre la vejez sirve también como contrastación de hipótesis. *Desde la OECD se presenta evidencia en aumento que confirma:*

... que los resultados en educación se construyen con las experiencias en la niñez y en casa, que hay fuertes vínculos entre el aprendizaje inicial y el aprendizaje (y productividad) en la vejez, que el estrés en el trabajo se relaciona negativamente con la salud y la longevidad, que la vida laboral no encaja con los requerimientos para el cuidado de niños y de ancianos dependientes, que la actividad física y mental a lo largo de la vida puede retrasar y disminuir la pérdida de funciones que tradicionalmente se asocia al envejecimiento y que las desigualdades en riqueza económica y salud entre adultos se pasan a sus hijos (OECD, 1996, p.12)

Es importante tener en cuenta que los *viejos* del futuro tendrán características diferentes a las que poseen los actuales. Políticas que funcionan bien para los ancianos actuales pueden no ser efectivas para los futuros, no sólo por el porcentaje (más elevado) que representan en el total de la población, sino porque sus demandas en materia de consumo, salud y decisiones en general serán diferentes.

Continuando con las previsiones de la OECD, los trabajadores del año 2010 tendrán mejor formación que los actuales. Los octogenarios del año 2030 serán más sanos que sus padres y abuelos. Todo esto aporta una base para el optimismo acerca del éxito eventual de reformas a largo plazo (OECD, 1996, p.13).

Los análisis que tenemos sobre el uso de los servicios sanitarios están basados en patrones históricos. Esto tiende a infraestimar la extensión de los cambios que pueden afectar la salud de la población vieja del futuro. Estos viejos estarán mejor preparados para vivir con

más independencia y salud que los actuales (OECD, 1996, p.56).

Desde la aproximación de *costes/beneficios* (Amoss y Harrell, 1981) y desde el enfoque del *ciclo de la vida* en los estudios de la vejez, la Antropología puede contribuir a la elaboración de decisiones políticas inteligentes en cuanto a la mejora de la calidad de vida de los viejos, y en consecuencia, del resto de la sociedad.

También se puede mostrar el efecto estabilizador de varias generaciones viviendo cerca, mediante los resultados de estudios desde la perspectiva del ciclo de la vida y de sociedades donde los ancianos presentan alta calidad de vida: los ¡Kung Hunter-Gatherers (Biesele y Howell, 1981), los Chinos constructores de cerillas (Harrell, 1981, p.207), los actuales Coast Salish líderes en rituales (Amoss, 1981), los Kirghiz herd managers (Shahrani, 1981) y los matriarcales macaques (Hrdy, 1981).

El apoyo a la vejez debe ser reconocido como saludable para la economía, con medidas que vehiculan a este grupo como consumidores. Desafortunadamente, como dice Eisdorfer (1981, p.xvii), esto es interpretado como caridad, mientras los subsidios a la industria se define como inversión valiosa para la economía.

Para conseguir un envejecimiento con éxito algunos autores proponen también ampliar la investigación en áreas como la prevención de la enfermedad, el mantenimiento de la funcionalidad, la mejora de la distribución de los recursos a lo largo de toda la vida del individuo (Eisdorfer, 1981, p.xxi).

En cuanto a las *acciones a nivel de la práctica*, las recomendaciones basadas en los hallazgos de este estudio son:

En general, basar las políticas gubernamentales y las acciones de los familiares en los *deseos* de los viejos, y *planificarlas a corto plazo*, para que, de este modo, se permitan evaluaciones tempranas.

En concreto, desarrollar, en cada barriada de las ciudades y en cada municipio, centros de educación para adultos (unidos a los recreativos), adaptados a las inclinaciones de los jubilados (estudio preliminar *reciente*). En el estudio se detectan demandas implícitas y explícitas.

También adaptar los servicios sanitarios para una mayor satisfacción de las necesidades de este grupo de población (Ouslander y Beck, 1982).

Además, para la cohorte estudiada, crear departamentos de medicina preventiva

destinados a retrasar la dependencia física;¹³⁸ crear equipos de profesionales diversos (por ejemplo, médico-psiquiátricos) para este colectivo, dado el porcentaje de visitas *no justificadas* detectado en la muestra del estudio (Frazer, Leicht y Baker, 1996, p.235). Estos equipos multidisciplinarios son también convenientes en el cuidado de los muy ancianos por la complejidad que presentan los problemas crónicos (Zeiss y Steffen, 1996, p.449).

Y en colectivos con dependencia física incipiente sería conveniente elaborar programas de educación sanitaria para conservar al máximo las áreas de independencia, en muchos casos incluso recuperarla.

También para el colectivo dependiente, evitar la institucionalización, con medidas que no incluyan el estrés de los cuidadores. Esta recomendación es el reflejo de un deseo generalizado en el grupo de individuos investigados. Como dice Keith (1994, p.336), si la gente no tuviera el miedo de que las pérdidas físicas le lleven a dejar su comunidad, posiblemente estarían más abierta a identificar los déficits y buscar ayuda.

Finalmente, y como consecuencia de haber utilizado la perspectiva del curso de la vida, recomiendo que los programas de educación para la jubilación comiencen en la juventud, en las escuelas (Ver Busse y Maddox, 1985, p.132).

¹³⁸ Ver trabajos de Horgas, Hans-Wahl y Baltes(1996, p.54-75). También ver Fry (1996, p.117-136).

8 Bibliografía

ABADES, M. (1989). "Reintegrar al anciano en sociedad". En *Revista ROL de Enfermería*, 131-132:68-70.

ABELLÁN, A.; et al. (1992). "La valoración del estado del salud: morbilidad y autopercepción". En *Revista de Gerontología*, 4:231-236.

ACHENBAUM, W.A. (1996). "Historical perspectives on aging". En BINSTOCK, R.H.; GEORGE, L.K. (eds.) *Handbook of aging and the social sciences*, 4th edition. London: Academic Press Limited. Pág.137-152.

ADAMS, R.G. (1993). "Activity as Structure and Process: Friendships of Older Adults". En KELLY, J.R. (ed.) *Activity and Aging: Staying Involved in Later Life*. Newbury Park, California: Sage Publications. Pág. 73-85.

ÅKERLIND, I.; HÖRNQUIST J.O. (1992). "Loneliness and alcohol abuse: A review of evidence of an interplay" En *Social Science and Medicine*, 34(4):405-414.

AMOSS, P.T. (1981). "Coast Salish elders" En AMOSS, P.T.; HARRELL, S. (eds.) *Other Ways of Growing Old: Anthropological Perspectives*. Stanford, California: Stanford University Press.

AMOSS, P.T.; HARRELL, S. (eds.) (1981). *Other Ways of Growing Old: Anthropological Perspectives*. Stanford, California: Stanford University Press.

ANDERSSON, L.; STEVENS, N. (1993). "Associations between early experiences with parents and well-being in old age" En *Journal of Gerontology*, 48(3):109-16.

ANTONUCCI, T.; JACKSON, J. (1989). "Successful Ageing and Life Course Reciprocity" En WARNES, A.M. *Human Ageing and Later Life: Multidisciplinary Perspectives*. London: Edward Arnold. Pág.83-95.

ATCHLEY, R.C. (1993). "Continuity Theory and the Evolution of Activity in Later Adulthood" En KELLY, J.R. *Activity and Aging: Staying Involved in Later Life*. Newbury Park, California: Sage Publications. Pág.5-16.

BÄCKMAN, L.; MÄNTYLÄ, T; HERLITZ, A. (1990). "The optimization of episodic remembering in old age". En BALTES, P.B.; BALTES, M.S. (eds.) *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press. Pág.118-163.

BALTES, P.B.; BALTES, M.S. (eds.) (1990). *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.

BARER, M.; et al. (1987). "Aging and health care utilization: new evidence on old fallacies". En *Soc. Sci. Med.* (Great Britain) 24(10):851-862.

- BARNES, J.A. (1954). "Class and committees in a Norwegian island parish". En LEINHARDT, S. (1977). *Social networks*. New York: Academic Press. Pág. 233-252.
- BAZO, M.T. (1991). "Ancianidad y enfermedad". En *Jano*, XL(949):81-87.
- BAZO, M.T. (1992). "La vejez como construcción cultural". En *Revista de Gerontología*, 4:237-242.
- BELL, C.E.; FEMEA, P.L. (1993). "A comparative analysis of the health beliefs of older black males and females". En *ABNF-J.*, 4(3):66-69.
- BENGTSON, V.L.; SCHAIE, K.W.; BURTON, L. (eds.) (1995). *Adult Intergenerational Relations: Effects of Societal Change*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- BENGTSON, V.L.; ROSENTHAL, C.; BURTON, L. (1996). "Paradoxes of Families and Aging". En BINSTOCK, R.H.; GEORGE, L.K. (eds.) *Handbook of aging and the social sciences*, 4th edition. London: Academic Press Limited. Pág.253-282
- BENÍTEZ, M.A.; VÁZQUEZ, J.R. (1992). "Valoración del grado de autonomía de los ancianos". En *Atención Primaria*, 7(10):888-891.
- BERKMAN, L.F. (1984). "Assessing the physical health effects of social networks and social support". En *Annual Review of Public Health*, 5:413-432.
- BIESELE, M.; HOWELL, N. (1981). "The Old People Give You Life: Aging Among !Kung Hunter-gatherers". En AMOSS, P.T.; HARREL, S. (eds.) *Other Ways of Growing Old: Anthropological Perspectives*. Stanford, California: Stanford University Press. Pág.77-98.
- BINSTOCK, R.H.; GEORGE, L.K. (eds.) (1996). *Handbook of aging and the social sciences*, 4th edition. London: Academic Press Limited.
- BOAZ, R.F.; MULLER, C.F. (1989). "Does having more time after retirement change the demand for physician services?". *Medical Care*, 27(1):1-15.
- BONNET, M.M. (1993). "Europe and the retirements". En *Jornadas Europeas sobre las personas mayores. Año internacional de la vejez*, Alicante. Pág. 7-8.
- BORTZ II, W.M.; BORTZ, S.S. (1996). "Prevention, Nutrition, and Exercise in the Aged". En CARSTENSEN, L.L.; EDELSTEIN, B.A.; DORNBRAND, L. (eds.) *Practical Handbook of Clinical Gerontology*. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc. Pág.36-53.
- BOTT, E. (1955). "Urban families: conjugal roles and social networks". En LEINHARDT, S. (1977). *Social Networks*. New York: Academic Press. Pág. 253-292.
- BRADSHER, J.E. (1991). "La utilización de la asistencia sanitaria en los ancianos que viven en la comunidad: análisis longitudinal". En *Revista de Gerontología*, 1:43-52.

BRANDTSTÄDTER, J.; BALTES-GÖTZ, B. (1990). "Personal control over development and quality of life perspectives in adulthood". En BALTES, P.B.; BALTES, M.S. (eds.) *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press. Pág.197-224.

BUSSE, E.W.; MADDOX, G.L. (1985). *The Duke longitudinal studies of Normal Aging 1955-1980*. New York: Springer Publishing Company, Inc.

BUTLER, R.N. (1989). "Dispelling Ageism: The Cross-Cutting Intervention". En QUADAGNO, J.S.; STREET, D. (eds.) (1996). *Aging for the Twenty-First Century: Readings in Social Gerontology*. New York: St. Martin's Press, Inc. Pág.131-140.

CARSTENSEN, L.L.; EDELSTEIN, B.A.; DORNBRAND, L. (1996). *The Practical Handbook of Clinical Gerontology*. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.

CASSEL, C.K.; RUDBERG, M.A.; OLSHANSKY, S.J. (1992). "The price of success: Health care in an aging society". En *Health Affairs*, Summer:87-99.

CASTILLO J.J. (1989). *Estudio de Población de Castelló de la Plana*. Castellón: Ilmo. Ayuntamiento de Castellón, Servicios Sociales.

CATES, N. (1993). "Trends in care and service for elderly individuals in Denmark and Sweden". En *International Journal of Aging and Human Development*, 37(4):271-6.

CHIRIBOGA, D.A.; PIERCE, R.C. (1993). "Changing Contexts of Activity". En KELLY, J.R. (ed.) *Activity and Aging: Staying Involved in Later Life*. Newbury Park, California: Sage Publications. Pág.42-59.

CHRISMAN, N.J.; MARETZKI, T.W. (eds.) (1982). *Clinically Applied Anthropology: Anthropologists in Health Science Settings*. Dordrecht, Holland: D. Reidel Publishing Company.

CHRISTIAN, JR. W. (1989). "Secular and Religious Responses to a Child's Potentially Fatal Illness in the Canary Islands". En *Dossier: Antropología de la Salud*. Tarragona: Arxiu d'Etnografía de Catalunya. *Revista d'Antropología Social*, N° 7.

COHEN, R. (1984). "Age and Culture as Theory". En KERTZER, D.I.; KEITH, J. (eds.) *Age and Anthropological Theory*. Ithaca, New York: Cornell University Press. Pág.234-249.

COHEN, S.; SYME, S.L. (1985). *Social support and health*. London: Academic Press, Inc.

COLLADO, A. (1991). "El proceso de envejecimiento español". En *Jano*, XL(949):67-71.

COMAS D'ARGEMIR, D. (1993). "Sobre el apoyo y el cuidado. División del trabajo, género y parentesco". En VI Congreso de Antropología Tenerife: *Perspectivas en el estudio del parentesco y la familia* Roigé i Ventura, X (coord.).

COMELLES, J.M. (1991). "Construcción social de la Cronicidad". En *Jano*, XL(949):73-79.

COMELLES, J.M.; MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, A. (1993). *Enfermedad, Cultura y Sociedad*. Madrid: EUEDEMA.

COMPANÑ, L.; PORTELLA, E. (1994). "Impacto del envejecimiento de la población española en la utilización de servicios hospitalarios". En *Todo Hospital*, 106: 13-17.

CONSELLERIA DE SANITAT I CONSUM (1994). "Any europeu de les persones d'edat avançada i de la solidaritat entre les generacions". *Viure en Salut*, N°20, Valencia: Generalitat Valenciana.

CONSELLERÍA DE TREBALL I AFERS SOCIALS. (1991). *Plan Integral de Atención Socio-sanitaria a la Tercera Edad*. Valencia: Generalitat Valenciana.

CORTES, J.A.; et al. (1993). "La prevalencia de malestar psíquico en atención primaria y su relación con el grado de frecuentación de las consultas". En *Atención Primaria*, 11(9):459-463.

CREWS, D.E. (1993). "Biological anthropology and human aging: Some current directions in aging research". En *Annual Review of Anthropology*, 22:395-423.

CUTLER, S.J.; DANIGELIS, N.L. (1993). "Organized Contexts of Activity". En KELLY, J.R. (ed.) *Activity and Aging: Staying Involved in Later Life*. Newbury Park, California: Sage Publications. Pág.146-163.

DEFRIESE, G.H.; WOOMERT, A. (1992). "Informal and formal health care systems serving older persons". En ORY, M.G.; ABELES, R.P.; LIPMAN, P.D. (eds.) *Aging, Health, and Behavior*. Newbury Park, California: Sage Publications, Inc. Pág.57-82.

DE MIGUEL, J.M. (1991). "Hacia una sociedad anciana". En *Jano*, XL(949):55-56.

DE RIDDER, D. et al. (1997). "Beliefs on coping with illness: a consumer's perspective". En *Social Science & Medicine*, 44(5):553-559.

DÍAZ, A.; ROMANÍ, O. (1989). "Desviació i marginació social". *Treball Social. Conceptes i eines bàsiques*. Barcelona: EUTS – ICESB. Pág.59-68.

DÍAZ, M^a.E.; DOMÍNGUEZ, O.; TOYOS, G. (1994). "Resultados de la aplicación de una escala de valoración sociofamiliar en Atención Primaria". En *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 29(4): 239-245.

DOMÍNGUEZ, C. (1991). "Consecuencias sociales del envejecimiento". En *Jano*, XL(949):89-91.

DUALDE, V. (1984). "La Urbanización Marginal en el área urbana de Castellón". (tesina). Curso de Urbanismo para postgraduados. Consellería de Obres Públiques i Urbanisme. Colegio Oficial de Arquitectos de Valencia: Valencia.

DURAN, A. (1988). “Todo un reto para las décadas venideras. (Implicaciones del envejecimiento de la población para la planificación estratégica de servicios sanitarios en España)”. En *Gaceta Sanitaria*, 2(7):181-184.

EASTERLIN, R.A. (1996). “Economic and Social Implications of Demographic Patterns”. En BINSTOCK, R.H.; GEORGE, L.K. (eds.) *Handbook of aging and the social sciences*, 4th edition. London: Academic Press Limited. Pág.73-93.

EBRAHIM, S.; WILLIAMS, J. (1992). “Assessing the effects of a health promotion programme for elderly people”. En *Journal of Public Health Medicine*, 14(2):199-205.

EISDORFER, C. (1981). “Foreword”. En AMOSS, P.T.; HARREL, S. (eds.) *Other Ways of Growing Old: Anthropological Perspectives*. Stanford, California: Stanford University Press. Pág.xiii-xxi.

EISENBERG, J.M. (1994). “Nuevos horizontes para la investigación clínica (editorial)”. En *Hospital Practice*, 9(2):5-6.

ESTEBAN DE LA ROSA, M.A.; et al. (1994). “Satisfacción de los usuarios. Factores condicionantes”. En *Rol*, 188:33-39.

ESTES, C.L.; LINKINS, K.W.; BINNEY, E.A. (1996). “The Political Economy of Aging”. En BINSTOCK, R.H.; GEORGE, L.K. (eds.) *Handbook of aging and the social sciences*, 4th edition. London: Academic Press Limited. Pág.346-361.

ESTES, C.L.; RUNDALL, T.G. (1992). *Social Characteristics, Social Structure, and Health in the Aging Population*. En ORY, M.G.; ABELES, R.P.; LIPMAN, P.D. (eds.) *Aging, Health, and Behavior*. Newbury Park, California: Sage Publications, Inc. Pág.299-326.

ESTEVA-FABREGAT, C. (1996). “Entrevista con Claudio Esteva-Fabregat' por Martínez, Colobrans y Prat”. En PRAT, J.; MARTÍNEZ, A. (eds.). *Ensayos de antropología cultural. Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat*. Barna: Ariel Antropología. Pág. 15-27.

FARKAS, J.J.; HOGAN, D.P. (1995). “The Demography of Changing Intergenerational Relationships”. En BENGTON, V.L.; SCHAIE, K.W.; BURTON, L. (eds.). *Adult Intergenerational Relations: Effects of Societal Change*. New York: Springer Publishing Company, Inc. Pág. 1-18.

FEATHERMAN, D.L.; SMITH, J.; PETERSON, J.G. (1990). “Successful aging in a post-retired society”. En BALTES, P.B.; BALTES, M.S. (eds.) *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press. Pág.50-93.

FEIXA, C. (1996). “Antropología de las edades”. En PRAT, J.; MARTÍNEZ, A. (eds.). *Ensayos de antropología cultural. Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat*. Barna: Ariel Antropología. Pág. 319-334.

FEIXA, I.; PAMPOLS, C. (1992). “La Ciutat Llunyana”. En *Una historia oral de la joventud de Lleida (1931-1945)*. Lleida: Diario la mañana, S.A. i Picsa.

FERNÁNDEZ BALLESTEROS, R. (1992). *Mitos y realidades sobre la vejez y la salud*. Barcelona, Madrid: SG Editores Fundación Caja de Madrid.

FERNÁNDEZ DE SANMAMED SANTOS, M.J. (1995). "Introducción a la investigación cualitativa". En *Formación Médica continuada en Atención Primaria*, 2(1):23-28.

FINCH, J. (1989). *Family Obligations and Social Change* Cambridge (UK): Ed. Polity Press.

FISHER, J.E.; NOLL, J.P. (1996). "Anxiety Disorders". En CARSTENSEN, L.L.; EDELSTEIN, B.A.; DORNBRAND, L. (eds.) *Practical Handbook of Clinical Gerontology*. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc. Pág.304-323.

FONER, N. (1984). "Age and social change". En KERTZER D.I.; KEITH J. (eds.) *Age and Anthropological Theory*. Ithaca, New York: Cornell University Press. Pág.195-216.

FONS, V. (1995). "Aspectos de marginación social en la ancianidad. El caso de los Ndowe de Guinea Ecuatorial". En *Revista de Gerontología*, 2:102-109.

FOSTER, G.M. (1980). "Relaciones entre la medicina popular española y latinoamericana." En KENNY; DE MIGUEL J.M. (comp.). *La Antropología Médica en España*. Barna: Anagrama, 123-148.

FOXALL, M.J.; et al. (1993). "Living arrangements, loneliness, and social support of low-vision older clients". En *Journal of Ophthalmic Nursing Technology*, 12(2):67-74.

FRAZER, D.W.; LEICHT, M.L.; BAKER, M.D. (1996). "Psychological Manifestations of Physical Disease in the Elderly". En CARSTENSEN, L.L.; EDELSTEIN, B.A.; DORNBRAND, L. (eds.) *Practical Handbook of Clinical Gerontology*. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc. Pág.217-235.

FREYSINGER, V.J. (1993). "The Community, Programs and Opportunities: Population Diversity". En KELLY, J.R. (ed.) *Activity and Aging: Staying Involved in Later Life*. Newbury Park, California: Sage Publications. Pág.211-230.

FRIED, L.P.; BUSH, T.L. (1988). "Morbidity as a focus of preventive health care in the elderly". En *Epidemiologic Reviews*, 10:48-64.

FRIEDAN, B. (1993). "A Woman for All Seasons: An Interview with Betty Friedan". En *Hemispheres*, August, Pág.19-23.

FRIES, J.F. (1990). "Medical perspectives upon successful aging". En BALTES, P.B.; BALTES, M.S. (eds.) *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press. Pág.35-49.

FRY, C.L. (1995a). "Commentary: Kindred and Kin: The First and Last Source of Support". En BENGTONSON, V.L.; SCHAIE, K.W.; BURTON, L. (eds.). *Adult Intergenerational Relations: Effects of Societal Change*. New York: Springer Publishing Company, Inc. Pág.119-125.

FRY, C.L. (1995b). "Kinship and Individuation. Cross-Cultural Perspectives on Intergenerational Relations". En BENGTON, V.L.; SCHAIE, K.W.; BURTON, L. (eds.). *Adult Intergenerational Relations: Effects of Societal Change*. New York: Springer Publishing Company, Inc. Pág.126-156.

FRY, C.L. (ed.) (1996). "Age, Aging, and Culture". En BINSTOCK, R.H.; GEORGE, L.K. (eds.) *Handbook of aging and the social sciences, 4th edition*. London: Academic Press Limited. Pág.117-136.

FUSTER, J. (1992). *Nosaltres els Valencians*. Barna: Ed. 62 s/a.

FYLKESNES, K.; FØRDE, O.H. (1992). "Determinants and dimensions involved in self-evaluation of health". En *Social Science Medicine*, 35(3):271-279.

GARCÍA, M. (1995). *Les imatges culturals de la vellesa. Construcció i deconstrucció d'una categoria social*. Tesis doctoral inédita. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.

GARCÍA BENAVIDES, F.(ed.). (1992). "La Salud en la Comunidad Valenciana". En Serie Plan de Salud de la Comunidad Valenciana, núm.1. Valencia: Consellería de Sanitat i Consum.

GENERALITAT VALENCIANA, CONSELLERÍA DE SANITAT. (1998a). "El envejecimiento de la población cuadruplicará la asistencia sanitaria". En (ABC, 23 Septiembre 1997). *Viure en Salut*, N°37. Valencia: Generalitat Valenciana.

GENERALITAT VALENCIANA, CONSELLERÍA DE SANITAT. (1998b). "La Atención Primaria y la Promoción de la salud en personas de edad avanzada". En *Viure en Salut*, N°37. Valencia: Generalitat Valenciana.

GENERALITAT VALENCIANA, CONSELLERÍA DE SANITAT. (1998c). "La promoción de la salud de las personas mayores" En *Viure en Salut*, N°37. Valencia: Generalitat Valenciana.

GENERALITAT VALENCIANA, CONSELLERÍA DE SANITAT. (1998d). "Los mitos sobre el envejecimiento caen ante las evidencias científicas". En (El País, 3 Marzo 1997). *Viure en Salut*, N°37. Valencia: Generalitat Valenciana.

GENERALITAT VALENCIANA, CONSELLERÍA DE SANITAT I CONSUM. (1993). "Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana 1990-1991". En Serie Plan de Salud de la Comunidad Valenciana, núm.2. Valencia: Generalitat Valenciana.

GENERALITAT VALENCIANA, CONSELLERÍA DE SANITAT I CONSUM. (1995a). "Plan de Salud en la Comunidad Valenciana. Documento Base.". En Serie Plan de Salud de la Comunidad Valenciana, núm.9. Valencia: Generalitat Valenciana.

GENERALITAT VALENCIANA, CONSELLERÍA DE SANITAT I CONSUM. (1995b). "Boletín de Vigilancia en Salud Pública.". núm.158, 162. Valencia: Direcció General de Salut Pública.

GENERALITAT VALENCIANA, CONSELLERÍA DE SANITAT I CONSUM. (1998). “Análisis de mortalidad por áreas de salud de la Comunidad Valenciana 1995”. En *Estadísticas de mortalidad de la comunidad valenciana 1995. Serie F (Estadístiques)*, núm.17 Valencia: Generalitat Valenciana.

GEORGE, L.K. (1996). “Social factors and illness”. En BINSTOCK, R.H.; GEORGE, L.K. (eds.) *Handbook of aging and the social sciences, 4th edition*. London: Academic Press Limited. Pág.229-252.

GERIKE, A.E. (1990). “On Gray Hair and Oppressed Brains”. En QUADAGNO, J.S.; STREET, D. (eds.) (1996). *Aging for the Twenty-First Century: Readings in Social Gerontology*. New York: St. Martin’s Press, Inc. Pág.155-163.

GIBSON, R.C. (1993). “The Black American Retirement Experience”. En QUADAGNO, J.S.; STREET, D. (eds.) (1996). *Aging for the Twenty-First Century: Readings in Social Gerontology*. New York: St. Martin’s Press, Inc. Pág.309-326.

GÓMEZ PURÓN, C. (1993). “Jornadas Europeas sobre las personas mayores”. En *Jornadas Europeas sobre personas mayores* (Representante de la Comisión de las Comunidades Europeas) Alicante: 27, 28 y 29 Septiembre.

GONZÁLEZ, J.I.; et al. (1991). “Geriatría y asistencia geriátrica para quien y cómo(I y II)”. En *Barcelona: Medicina Clínica*, 96(6):183-188 y 222-226.

GORROÑO GOITIA, A.; IBAÑEZ, F.; OLASKOAGA, A. (1992). “Autopercepción de salud en el anciano: relación con algunas variables socioeconómicas y de salud”. En *Atención Primaria*, 10(5):771-776.

GRAMINDE, I. (1994). “De la fascinación del número. Acerca de la necesaria flexibilidad metodológica en la investigación en salud”. En *Atención Primaria*, 14(2):67-71.

GROOMBRIDGE, B. (1989). “Education and Later Life”. En WARNES, A.M. *Human Ageing and Later Life: Multidisciplinary Perspectives*. London: Edward Arnold. Pág.178-191.

HABER, C.; GRATTON, B. (1994). “The Families of the Old”. En QUADAGNO, J.S.; STREET, D. (eds.) (1996). *Aging for the Twenty-First Century: Readings in Social Gerontology*. New York: St. Martin’s Press, Inc. Pág.64-93.

HANSON, B.S. et al. (1989). “Social network and social support influence mortality in elderly men”. En *American Journal of Epidemiology*, 130:100-111.

HARRELL, S. (1981). “Growing old in rural Taiwan” En AMOSS, P.T.; HARRELL, S. (eds.) *Other Ways of Growing Old: Anthropological Perspectives*. Stanford, California: Stanford University Press.

HARRIS, M. (1990). *Antropología Cultural*. Madrid: Alianza Editorial,S.A.

HELMAN, C.G. (1990). *Culture, Health and Illness: An Introduction for Health Professionals*, 2ª ed. Oxford (UK): Butterworth-Heinemann, Ltd.

HELMAN, C.G. (1994). *Culture, Health and Illness: An Introduction for Health Professionals*, 3ª ed. Oxford (UK): Butterworth-Heinemann, Ltd.

HIPKISS, A. (1989). "The Production and Removal of Abnormal Proteins: A Key Question in the Biology of Aging". En WARNES, A.M. *Human Ageing and Later Life: Multidisciplinary Perspectives*. London: Edward Arnold. Pág.15-28.

HIPKISS, A.; BITTLES, A. (1989). "Basic Biological Aspects of Ageing". En WARNES, A.M. *Human Ageing and Later Life: Multidisciplinary Perspectives*. London: Edward Arnold. Pág.3-14.

HOPPER, S.V. (1993). "The influence of ethnicity on the health of older women". En *Clinical Geriatric Medicine*, 91(1):231-259.

HORGAS, A.L.; WAHL, H.W.; BALTES, M.M. (1996). "Dependency in Late Life". En CARSTENSEN, L.L.; EDELSTEIN, B.A.; DORNBRAND, L. (eds.) *Practical Handbook of Clinical Gerontology*. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc. Pág.54-75.

HRDY, S.B. (1981). "Nepotists' and 'Altruists': The Behavior of Old Females Among Macaques and Langur Monkeys". En AMOSS, P.T.; HARREL, S. (eds.) *Other Ways of Growing Old: Anthropological Perspectives*. Stanford, California: Stanford University Press. Pág.59-76.

ILIFFE, S.; et al. (1992). "Are elderly people living alone an at risk group?". En *British Medical Journal*, 305:1001-1004.

INE (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA). (1991). *Censo de Población de 1991. Tomo III – Resultados Municipales. Características Generales de la Población*. Madrid: INE.

INSALUD. (1994). (subdirectora Atención Especializada). "El aumento del gasto se debe más a la tecnología que a los ancianos". En *Diario Médico*, Junio.

INSERSO. (1992). *Guía para la Tercera Edad*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

IVE (INSTITUT VALENCIÀ D'ESTADÍSTICA). (1996). *Anuari Estadístic Municipal i Comarcal Comunitat Valenciana 1994*. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria d'economia i Hisenda. Direcció General d'economia.

IVE (INSTITUT VALENCIÀ D'ESTADÍSTICA). (1997). *Anuari Estadístic*. Valencia: Generalitat Valenciana, 1997.

JENDREK, M.P. (1993). "Grandparents Who Parent Their Grandchildren: Effects on Lifestyle". En QUADAGNO, J.S.; STREET, D. (eds.) (1996). *Ageing for the Twenty-First Century: Readings in Social Gerontology*. New York: St. Martin's Press, Inc. Pág.286-305.

JETTE, A.M. (1996). "Disability Trends and Transitions". En BINSTOCK, R.H.; GEORGE, L.K. (eds.) *Handbook of aging and the social sciences*, 4th edition. London: Academic Press Limited. Pág.94-116.

JIMÉNEZ HERRERO, F. (1994). "Indicadores de salud en la población anciana. Situación sanitaria y funcional. Enfermedades más prevalentes en la Tercera Edad. Enfermedades origen de incapacidad". En *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol*, 29(Supl.2):3-9.

JOHNSON, R.J.; WOLINSKY, F.D. (1994). "Gender, race and health: the structure of health status among older adults". En *Gerontologist*, 34(1):24-35.

JULIANO, D. (1995). "Marginados y Marginadores ¿Quién es Quién?". En XVI Sesiones de Trabajo de la A.E.E.D. *Ante los problemas de la marginación: las enfermeras responden*. Palma de Mallorca.

JYLHÄ, M. (1994). "Ten-year change in the use of medical drugs among the elderly:--a longitudinal study and cohort comparison". En *Journal of Clinical Epidemiology*, 47(1):69-79.

KEITH, J.; et al. (1994). *The Aging Experience: Diversity and Commonality Across Cultures* Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.

KELLY, J.R. (ed.) (1993). *Activity and Aging: Staying Involved in Later Life*. Newbury Park, California: Sage Publications.

KERTZER, D.I.; KEITH, J. (eds.) (1984). *Age and Anthropological Theory*. Ithaca, New York: Cornell University Press.

KLEIBER, D.A.; RAY, R.O. (1993). "Leisure and Generativity". En KELLY, J.R. (ed.) *Activity and Aging: Staying Involved in Later Life*. Newbury Park, California: Sage Publications. Pág.106-117.

KLEINMAN, A. (1980). *Patients and healers in the Context of Culture* Berkeley: University of California Press.

KOZIER; ERB; OLIVIERI. (1993). *Enfermería Fundamental*, 4^a Edición. Madrid:Interamericana, McGraw-Hill.

LASLETT, P. (1996). *A Fresh Map of Life: The Emergence of the Third Age*. London: MacMillan Press Limited.

LAWTON, M.P. (1993). "Meanings of Activity". En KELLY, J.R. (ed.) *Activity and Aging: Staying Involved in Later Life*. Newbury Park, California: Sage Publications. Pág.25-41.

LENA, H.F.; LONDON, B. (1993). "The political and economic determinants of health outcomes: a cross-cultural analysis". En *Int. J. Health Serv.*, 23(3): 585-602.

LEVENTHAL, H.; LEVENTHAL, E.A.; SCHAEFER, P.M. (1992). "Vigilant Coping and Health Behavior". En ORY, M.G.; ABELES, R.P.; LIPMAN, P.D. (eds.) *Aging, Health, and Behavior*. Newbury Park, California: Sage Publications, Inc. Pág.109-140.

LEVI, L. (1992). "Intervening in Social Systems to Promote Health". En ORY, M.G.; ABELES, R.P.; LIPMAN, P.D. (eds.) *Aging, Health, and Behavior*. Newbury Park, California: Sage Publications, Inc. Pág.276-295.

LIBERTO, J.G.; OSLIN, D.W.; RUSKIN, P.E. (1996). "Alcoholism in the Older Population". En CARSTENSEN, L.L.; EDELSTEIN, B.A.; DORNBRAND, L. (eds.) *Practical Handbook of Clinical Gerontology*. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc. Pág.324-348.

LOOMIS, R.A.; THOMAS, C.D. (1992). "Mujeres ancianas en la residencia y en el domicilio: estado de salud, actividades corporales, autoestima y grado de satisfacción con la vida". En *Revista de Gerontología*, 2:44-48.

LOPATA, H.Z. (1993). "Widows: Social Integration and Activity". En KELLY, J.R. (ed.) *Activity and Aging: Staying Involved in Later Life*. Newbury Park, California: Sage Publications. Pág.99-105.

LOPEZ NAVARRETE, et al. (1997). "Influencia de la patología crónica sobre la utilización de atención primaria en la tercera edad". En *Atención Primaria*, 19(2):15.

LOSLIER, L. (1993). "Ambiocontrol as a primary factor of health". En *Soc. Sci. Med.*, 37(6):735-43.

LUBORSKY, M.R.; SANKAR, A. (1993). "Extending the Critical Gerontology Perspective: Cultural Dimensions". En QUADAGNO, J.S.; STREET, D. (eds.) (1996). *Aging for the Twenty-First Century: Readings in Social Gerontology*. New York: St. Martin's Press, Inc. Pág.96-103.

MAGNUSSON, D.L. (1990). "Foreword". En BALTES, P.B.; BALTES, M.S. (eds.) *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press. Pág.xi.

MANNELL, R.C. (1993). "High-Investment Activity and Life Satisfaction Among Older Adults: Committed, Serious Leisure and Flow Activities". En KELLY, J.R. (ed.) *Activity and Aging: Staying Involved in Later Life*. Newbury Park, California: Sage Publications. Pág.125-145.

MANTON, K.G.; SUZMAN, R. (1992). "Forecasting Health and Functioning in Aging Societies: Implications for Health Care and Staffing Needs". En ORY M.G.; ABELES R.P.; LIPMAN P.D. (eds.) *Aging, Health, and Behavior*. Newbury Park, California: Sage Publications, Inc. Pág.327-357.

MARKIDES, K.S.; BLACK, S.A. (1996). "Race, Ethnicity and Aging: The Impact of Inequality". En BINSTOCK, R.H.; GEORGE, L.K. (eds.) *Handbook of aging and the social sciences*, 4th edition. London: Academic Press Limited. Pág.153-170.

MARKIDES, K.S. et al. (1993). "Physicians' ratings of health in middle and old age: a cautionary note". En *Journal of Gerontology*, 48(1):s24-7.

MARRINER, A. (1989). "Modelos y teorías de enfermería". En *Revista ROL de Enfermería*.

MARSHALL, V.W. (1996). "The State of Theory in Aging and the Social Sciences". En BINSTOCK, R.H.; GEORGE, L.K. (eds.) *Handbook of aging and the social sciences*, 4th edition. London: Academic Press Limited. Pág.12-30.

MARTÍNEZ, V. (1998). "La promoción de la salud de las personas mayores". En *Viure en Salut*, N°37. Valencia: Generalitat Valenciana, Consellería de Sanitat i Consum.

MAYER, A.C. (1980). "La importancia de los cuasi-grupos en el estudio de las sociedades complejas". En WOLF, E.R. *Antropología social de las sociedades complejas*. Madrid: Alianza.

MCGUIRE, F.A.; BOYD, R.R. (1993). "The Role of Humor in Enhancing the Quality of Later Life". En KELLY, J.R. (ed.) *Activity and Aging: Staying Involved in Later Life*. Newbury Park, California: Sage Publications. Pág.164-173.

MINOIS, G. (1989). *History of Old Age*. Chicago: The University of Chicago Press, (original en francés, 1987).

MOEN, P. (1996). "Gender, Age, and the Life Course". En BINSTOCK, R.H.; GEORGE, L.K. (eds.) *Handbook of aging and the social sciences*, 4th edition. London: Academic Press Limited. Pág.171-187.

MORAGAS, R. (1991). *Gerontología Social. Envejecimiento y calidad de vida*. Barcelona: Herder.

MORLEY, J.E. (1993). "Aspects of the medical history unique to older persons". En *JAMA*, 269(5):675-678.

MULLINS, L.C.; BEREZOVSKY, M. (1992). "Estudio de los factores relacionados con la soledad entre los ancianos de cuatro comunidades de Argentina". En *Revista de Gerontología*, 4:212-220.

MYERHOFF, B. (1984). "Rites and signs of ripening: the intertwining of ritual, time and growing older". En KERTZER, D.I.; KEITH, J. (eds.) *Age and Anthropological Theory*. Ithaca, New York: Cornell University Press. Pág.305-330.

MYERS, G.C. (1996). "Aging and the social sciences: research directions and unresolved issues". En BINSTOCK, R.H.; GEORGE, L.K. (eds.) *Handbook of aging and the social sciences*, 4th edition. London: Academic Press Limited. Pág.1-11.

NAROTZSKY, S. (1991). "La renta del afecto: ideología y reproducción social en el cuidado de los viejos". En Prat, J.; Martínez, U.; Contreras, J. y Moreno, I. (eds.). *Antropología de los pueblos de España*. Madrid: Taurus Universitaria (Ciencias Sociales). Pág.464-474.

NELSON, M.A. (1993). "Race, gender, and the effect of social supports on the use of health services by elderly individuals". En *International Journal of Aging and Human Development*, 37(3):227-46.

NUSBERG, C. (1993). "Diez años después de la asamblea mundial de la vejez ". En *Revista de Gerontología*, 3, 56-58.

OECD (ORGANIZATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT). (1996). *Ageing in OECD countries: a critical policy challenge*. Paris: OECD.

OLSHANSKY, J.; CARNES, B.; CASSEL, C. (1993). "Envejecimiento de la especie humana". En *Investigación y Ciencia, Edición española de Scientific American*, Junio. Pág.8-15.

OMS (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD). (1990). *Healthy Aging*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

O'RAND, A.M. (1996). "The cumulative stratification of the life course". En BINSTOCK, R.H.; GEORGE, L.K. (eds.) *Handbook of aging and the social sciences, 4th edition*. London: Academic Press Limited. Pág.188-207.

ORS, A.; LAGUNA, A. (1997). "Reflexiones sobre el envejecimiento y la calidad de vida ". En *Cultura de los cuidados 2º Semestre 1997, Año 1, Nº 2*. Alicante. Pág.60-63.

ORY, M.G.; ABELES, R.P.; LIPMAN, P.D. (eds.) (1992). *Aging, Health, and Behavior*. Newbury Park, California: Sage Publications, Inc.

OUSLANDER, J.G.; BECK, J.C. (1982). "Defining the health problems of the elderly". En *Annual Review of Public Health*, 3:55-83.

PALMORE, E.; MAEDA, D. (1985). *The honorable elders revisited: a cross-cultural analysis of aging in Japan*. Durham, North Carolina: Duke University Press.

PARLAMENTO EUROPEO. (1994). "Acuerdos del Parlamento Europeo sobre hábitat para ancianos". En *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*, 29(S3):67-68.

PASSUTH, P.M.; BENGTON, V.L. (1988). "Sociological theories of aging: current perspectives and future directions". En QUADAGNO, J.S.; STREET, D. (eds.) (1996). *Aging for the Twenty-First Century: Readings in Social Gerontology*. New York: St. Martin's Press, Inc. Pág.12-30.

PEARLIN, L.I. et al. (1996). "Caregiving and its social support". En BINSTOCK, R.H.; GEORGE, L.K. (eds.) *Handbook of aging and the social sciences, 4th edition*. London: Academic Press Limited. Pág.283-302.

PEDERSEN, N.L.; HARRIS, J.R. (1990). "Developmental behavioral genetics and successful aging". En BALTES, P.B.; BALTES, M.S. (eds.) *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press. Pág.359-380.

PEDRAZA, M. et al. (1992). "Autonomía funcional en ancianos: evaluación de un instrumento de medida". En *Revista ROL de Enfermería*, 172:15-19.

PELTO, P.; PELTO, G.H. (1990). "Field methods in medical anthropology". En Johnson, T.M.; Sargent, C.F. (eds.). *Medical Anthropology: A Handbook of Theory and Method*. Westport, Connecticut:Green Wood Press, Pág.269-297.

PLANA I ARRASA, J. (1991). *La gent gran de Cerdanyola del Valles. Relats de la gent gran*. Barna: CIFA(Centre d'investigació, Formació i assessorament), Diputació de Barna (patronat Flor de Maig).

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. (1997). *Investigación Científico en Ciencias de la Salud*. México DF: McGraw-Hill Interamericana Ed. S.A. de CU.

PUIG, J. (1991). *Proposta de Sectorització Ciutat de Castelló*. Castelló: Servei Valenciana de Salut.

PUJADAS, J.J. (1992). *El método biográfico: el uso de las historias de vida en ciencias sociales*. Madrid: CIS.

PUJADAS, J.J. (1996). "Antropología Urbana". En PRAT, J.; MARTÍNEZ, A. (eds.). *Ensayos de antropología cultural. Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat*. Barna: Ariel Antropología. Pág.241-255.

QUADAGNO, J.S.; STREET, D. (eds.) (1996). *Aging for the Twenty-First Century: Readings in Social Gerontology*. New York: St. Martin's Press, Inc.

QUEREDA, J.; ORTELLS, V. (1993). *La Plana de Castelló: Estudio geográfico*. Castelló: Diputació. Col·lecció Universitària.

RADCLIFFE-BROWN, A.R. (1940). "On social structure". En LEINHARDT, S. (1977). *Social Networks*. New York: Academic Press. Pág.221-232.

REN, X.S. (1997). "Marital status and quality of relationships: the impact on health perception". En *Social Science & Medicine*, 44(2):241-249.

RIBERA, J.M^a. (1994). "Ventajas de la evolución integral del anciano como herramienta de trabajo". En *Diario Médico*, Mayo.

RIDDICK, C.C. (1993). "Older Women's Leisure Activity and Quality of Life". En KELLY, J.R. (ed.) *Activity and Aging: Staying Involved in Later Life*. Newbury Park, California: Sage Publications. Pág.86-98.

RILEY, M.W. (1984). "Foreword". En KERTZER, D.I.; KEITH, J. (eds.) *Age and Anthropological Theory*. Ithaca, New York: Cornell University Press. Pág.7-10.

RILEY, M.W. (1992). "Foreword". En ORY, M.G.; ABELES, R.P.; LIPMAN, P.D. (eds.) *Aging, Health, and Behavior*. Newbury Park, California: Sage Publications, Inc. Pág.vii-xiii.

RODIN, J.; TIMKO, C. (1992). "Sense of Control, Aging and Health". En ORY, M.G.; ABELES, R.P.; LIPMAN, P.D. (eds.) *Aging, Health, and Behavior*. Newbury Park, California: Sage Publications, Inc. Pág.174-206.

RODRÍGUEZ, J.A. (1991). "La sociedad del futuro". En *Jano*, XI(949):59-65.

RODRÍGUEZ ORTÍZ, B. et al. (1997). "Validez del indicador presión asistencia en un área de Atención Primaria". En *Atención Primaria*, 19(2):84-87.

ROGERS, J.; HART, L.A.; BOLTZ, R.P. (1993). "The role of pet dogs in casual conversations of elderly adults". En *J. Soc. Psychology*, 133(3):265-77.

ROMANÍ, O. (1996). "Antropología de la marginación". En PRAT, J.; MARTÍNEZ, A. (eds.). *Ensayos de antropología cultural. Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat*. Barna: Ariel Antropología. Pág.303-318.

ROOS, N.P.; MUSTARD, C.A. (1997). "Variation in health and health care use by socioeconomic status in Winnipeg, Canada: Does the system work well? Yes and no.". En *Variaciones en la Práctica Médica (VPM)*, IVESP, N°13:20.

RUCHLIN, H.S.; MORRIS, J.N. (1991). "Impact of work on the quality of life of community-residing young elderly". En *American Journal of Public Health*, 81:498-500.

RUIGÓMEZ, A.; ALONSO, J.; ANTÓ, J.M. (1991). "Salud percibida y capacidad funcional de la población anciana no institucionalizada de Barcelona". En *Gaceta Sanitaria*, 24(5):117-124.

SALGADO, A. (1994). "Políticas asistenciales en materia de salud". En *Rev. Esp. Geriatr. Gerontolog.*, 29(Supl.2):10-12.

SAN ROMAN, T. (1990). *Vejez y cultura: hacia los limites del sistema*. Barcelona: Fundació Caixa de Pensions.

SAN ROMAN, T. (1991). "La marginación como dominio conceptual. Comentarios sobre un proyecto en curso". En PRAT, J. et al. (eds.) *Antropología de los pueblos de España..* Madrid, Taurus universitaria. Pág.151-158.

SANKAR, A. (1984). "'It's Just Old Age': Old Age as a Diagnosis in American and Chinese Medicine". En KERTZER, D.I.; KEITH, J. (eds.) *Age and Anthropological Theory*. Ithaca, New York: Cornell University Press. Pág.250-280.

SCHAIE, K.W. (1990). "The optimization of cognitive functioning in old age: predictions based on cohort-sequential and longitudinal data". En BALTES, P.B.; BALTES, M.S. (eds.) *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press. Pág.94-117.

SCHAIE, K.W. (1995). "Preface". En BENGTSON, V.L.; SCHAIE, K.W.; BURTON, L. (eds.). *Adult Intergenerational Relations: Effects of Societal Change*. New York: Springer Publishing Company, Inc. Pág. ix-xi.

SCHUMACHER, J.F. et al. (1993). "Loneliness and life satisfaction in Japan and Australia". En *J. Psychology*, 127(1):65-71.

SCOTT, J. (1991). *Social Network Analysis*. London: Sage Publications, Inc.

SEGAL, E.S. (1996). "Common Medical Problems in Geriatric Patients". En CARSTENSEN, L.L.; EDELSTEIN, B.A.; DORNBRAND, L. (eds.) *Practical Handbook of Clinical Gerontology*. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc. Pág.451-467.

SHAHRIANI, M.N. (1981). "Growing in Respect: Aging Among the Kirghiz of Afghanistan". En AMOSS, P.T.; HARREL, S. (eds.) *Other Ways of Growing Old: Anthropological Perspectives*. Stanford, California: Stanford University Press. Pág.175-191.

SHAPIRO, E.; TATE, R.B. (1989). "Is health care use changing? A comparison between Physician, Hospital, Nursing-Home, and Home-Care use of two elderly cohorts". En *Medical Care*, 27(11):1002-1014.

SHEPHARD, R.J. (1993). "Exercise and aging: extending independence in older adults". En *Geriatrics*, 48(5):61-64.

SOKALSKI, H.J. (1993). "Objetivos mundiales, implicaciones locales". En *Revista de Gerontología*, 3:51-55.

SUGISAWA, H.; LIANG, J.; LIU, X. (1994). "Social networks, social support, and mortality among older people in Japan". En *Journal of Gerontology*, 49(1):s3-13.

TAMAMES, R. (1994). "La senda del envejecimiento en un mundo superpoblado". En *Jano*, XLVI(1067):59-78.

THOMPSON, L.W.; GALLAGHER-THOMPSON, D. (1996). "Practical Issues Related to Maintenance of Mental Health and Positive Well-Being in Family Caregivers". En CARSTENSEN, L.L.; EDELSTEIN, B.A.; DORNBRAND, L. (eds.) *Practical Handbook of Clinical Gerontology*. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc. Pág.129-150.

TORTOSA CHULIA, M^a.A. (1994). *El crecimiento y la contención de los gastos sanitarios en la 3^o edad: la soledad*. Valencia: Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales (Tesis).

TURK-CHARLES, S.; ROSE, T.; GATZ, M. (1996). "The Significance of Gender in the Treatment of Older Adults". En CARSTENSEN, L.L.; EDELSTEIN, B.A.; DORNBRAND, L. (eds.) *Practical Handbook of Clinical Gerontology*. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc. Pág.107-128.

UHLBERG, P.; MINER, S. (1996). "Life Course & Aging: A Cohort Perspective". En BINSTOCK, R.H.; GEORGE, L.K. (eds.) *Handbook of aging and the social sciences*, 4th edition. London: Academic Press Limited. Pág.208-228.

URIBE, J.M^a. (1994). *Atención Primaria y Centros de Salud: la construcción social de la salud*. Tarragona: Curso doctorado (fotocopia).

VAILLANT, G.E. (1990). Avoiding negative life outcomes: evidence from a forty-five year study. En BALTES, P.B.; BALTES, M.S. (eds.) *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press. Pág.332-358.

VALDÉS, M.; VALDÉS, R. (1996). “Ecología y cultura”. En PRAT, J.; MARTÍNEZ, A. (eds.). *Ensayos de antropología cultural. Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat*. Barna: Ariel Antropología. Pág.95-103.

VALLS-LLOBET, C. (1995). “La comunidad ¿puede ser protagonista de la propia salud?”. En *Quadern CAPS*, 22:67-73.

VICTOR, C.R. (1994). *Old Age in Modern Society: A Textbook of Social Gerontology*. London: Chapman & Hall.

VINCENT, J.A. (1995). *Inequality and Old Age*. London: University College London.

VOGT, T.M. (1992). “Aging, Stress, and Illness: Psychobiological Linkages”. En ORY, M.G.; ABELES, R.P.; LIPMAN, P.D. (eds.) *Aging, Health, and Behavior*. Newbury Park, California: Sage Publications, Inc. Pág.207-236.

WAERNESS, R. (1990). “Informal and formal care in old age”. En UNGERSON, C. (ed.). *Gender and Caring: Work and Welfare in Britain and Scandinavia*. New York: Harvester Wheatsheaf. Pág.110-132.

WALKER, A. (1991). “The relationship between the family and the state in the care of older people”. En QUADAGNO, J.S.; STREET, D. (eds.) (1996). *Aging for the Twenty-First Century: Readings in Social Gerontology*. New York: St. Martin’s Press, Inc. Pág.269-285.

WALLACE, S.P.; ESTES, C.C. (1989). “Health Policy for the Elderly”. En QUADAGNO, J.S.; STREET, D. (eds.) (1996). *Aging for the Twenty-First Century: Readings in Social Gerontology*. New York: St. Martin’s Press, Inc. Pág.483-498.

WALSHE, T.M. (ed.) (1986). *Manual de Problemas Clínicos en Medicina Geriátrica*. Madrid: Interamericana.

WARNES, A.M. (ed.) (1989). *Human Ageing and Later Life: Multidisciplinary Perspectives*. London: Edward Arnold.

WARREN, D.I. (1981). *Helping Networks: How People Cope with Problems in the Urban Community*. Notre Dame, Indiana: University of Notre Dame Press.

WEISS, K. (1981). “Evolutionary Perspectives on Human Aging”. En AMOSS, P.T.; HARREL, S. (eds.) *Other Ways of Growing Old: Anthropological Perspectives*. Stanford, California: Stanford University Press. Pág.25-58.

WENGER, G.C. (1994). *Understanding Support Networks and Community Care*. England: Avebury.

WHITBOURNE, S.K. (1996). "Psychological Perspectives on the Normal Aging Process". En CARSTENSEN, L.L.; EDELSTEIN, B.A.; DORNBRAND, L. (eds.) *Practical Handbook of Clinical Gerontology*. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc. Pág.3-35.

WINDRIVER, W. (1993). "Social isolation: unit-based activities for impaired elders". En *Journal of Gerontological Nursing*, 19(3):15-21.

WOLFE, R.; MORROW, J.; FREDRICKSON, B.L. (1996). "Mood Disorders in Older Adults". En CARSTENSEN, L.L.; EDELSTEIN, B.A.; DORNBRAND, L. (eds.) *Practical Handbook of Clinical Gerontology*. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc. Pág.274-303.

WORTMAN, C.B.; SILVER, R.C. (1990). "Successful mastery of bereavement and widowhood: a life-course perspective". En BALTES, P.B.; BALTES, M.S. (eds.) *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press. Pág.225-264.

ZEISS, A.M.; STEFFEN, A.M. (1996). "Interdisciplinary Health Care Teams: The Basic Unit of Geriatric Care". En CARSTENSEN, L.L.; EDELSTEIN, B.A.; DORNBRAND, L. (eds.) *Practical Handbook of Clinical Gerontology*. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc. Pág.423-450.

ZUNZUNEGUI, M^a.V. (1994). "Las redes sociales y la salud en las personas mayores". En *Index de Enfermería*, III(8-9):15-17.

9 Anexos

9.1 Guía para las Historias de Vida

1. Guía para las Historias de Vida

1.1. Datos Iniciales

- 1.1.1. Código :
- 1.1.2. Dirección :
- 1.1.3. Teléfono :
- 1.1.4. Fecha de nacimiento :
- 1.1.5. Lugar de nacimiento :
- 1.1.6. Forma de introducción a la relación con ego :
- 1.1.7. Descripción de ego :
- 1.1.8. Lugar, fecha, hora y gente presente en la entrevista :

1.2. Primera Etapa de Ego (1ªEE) (hasta la independencia de la familia de origen)

- 1.2.1. Años de duración :
- 1.2.2. Padres (nombres, años al morir, lugares de residencia y tiempo en cada lugar) :
- 1.2.3. Nivel socioeconómico :
 - 1.2.2.1. *Profesión padres :*
 - 1.2.2.2. *Propiedades y condiciones de la vivienda :*
 - 1.2.2.3. *Escasez: alimentos, ropa ... :*
- 1.2.4. Número de hermanos/as y características (mayores / pequeños, vivos / no, casados / no, estudios) :
- 1.2.5. Estudios, oficios y trabajos :
- 1.2.6. Recuerdos niñez/juventud (feliz / no ¿por que?) :
- 1.2.7. Patrón de relaciones (familiares, amigos, grupos) :
- 1.2.8. Rutina diaria y distracciones :
- 1.2.9. Salud (fechas) :
 - 1.2.2.1. *Enfermedades (síntomas) :*
 - 1.2.2.2. *Operaciones :*
 - 1.2.2.3. *Hospitalizaciones :*
 - 1.2.2.4. *Medicamentos :*
 - 1.2.2.5. *Funcionalidad en las AVD :*
 - 1.2.2.6. *Opinión de servicios sanitarios (sectores folk y/u oficial) :*
 - 1.2.2.7. *Mecanismos de autocuidados :*

1.3. Segunda Etapa de Ego (2ªEE) (Desde su independencia de la familia de origen a su jubilación) :

- 1.3.1. Convivencias (fechas) :
 - 1.3.2.1. *Nombres "compañeros / as" ¿viven? :*
 - 1.3.2.2. *Lugares de residencia :*
- 1.3.2. Nivel socioeconómico :
 - 1.3.2.1. *Profesiones de ambos :*
 - 1.3.2.2. *Propiedades y condiciones de la vivienda :*
 - 1.3.2.3. *Escasez (alimentos, ropa, diversiones, ...) :*
- 1.3.3. Hijos (año de nacimiento, nombres, estudios / oficios, tiempo en casa, compañeros, nietos) :
- 1.3.4. Patrón de relaciones sociales (familiares, amigos, grupos) :

1.3.5. Salud (fechas) :

1.3.2.1. *Enfermedades (síntomas) :*

1.3.2.2. *Operaciones :*

1.3.2.3. *Hospitalizaciones:*

1.3.2.4. *Medicamentos :*

1.3.2.5. *Funcionalidad en las AVD, sistemas de apoyo en caso de invalidez :*

1.3.2.6. *Opinión de servicios sanitarios (sectores folk y profesional) :*

1.3.2.7. *Mecanismos de autocuidados :*

1.4. Tercera Etapa de Ego (3ªEE) (desde su jubilación) :

1.4.1. Convivencias (fechas) :

1.4.2.1. *Nombres “compañeros / as” ¿viven? :*

1.4.2.2. *Lugar de residencia / s :*

1.4.2.3. *Rutina diaria (hobbis) :*

1.4.2. Nivel socioeconómico :

1.4.2.1. *Propiedades y condiciones de vivienda :*

1.4.2.2. *Escasez (pensión?) :*

1.4.3. Salud (fechas) :

1.4.2.1. *Proceso de toma de decisiones cuando aparece el problema de salud :*

1.4.2.2. *Tiempo que pasó en cama en 1995 y primer trimestre del 1996 por enfermedad :*

1.4.2.3. *Utilización de servicios sanitarios, a petición de ego :*

1.4.3.3.1. Número de visitas al Centro de Salud en la opinión de ego:

1.4.3.3.2. Número de visitas al Centro de Salud en registros de cita previa:

1.4.2.4. *Enfermedades (síntomas) :*

1.4.2.5. *Operaciones :*

1.4.2.6. *Hospitalizaciones (fechas) :*

1.4.2.7. *Medicamentos :*

1.4.2.8. *Funcionalidad en las AVD :*

1.4.2.9. *Opinión de servicios sanitarios (sectores folk y/u oficial) :*

1.4.2.10. *Mecanismos de autocuidados :*

1.4.4. Creencias y conductas sobre :

1.4.2.1. *Salud / enfermedad (trabajo, dieta, ejercicio, tabaco, alcohol) :*

1.4.2.2. *Ancianidad :*

1.4.2.3. *Amistad / relaciones (familia no nuclear, amigos, ...)*

1.4.2.4. *Escala de valores :*

1.4.5. ¿Cuándo tuvo más calidad de vida? :

1.4.6. Animales domésticos :

1.4.7. Grado de control que percibe en las decisiones que afectan su vida (¿ha bajado desde la jubilación?) :

1.4.8. Fecha de la próxima cita o forma de concertación :

1.4.9. Red de Relaciones Sociales de Ego

1.4.2.1. *Personas significativas :*

1.4.2.2. *Grado de vinculación :*

1.4.2.3. *Marco de la relación :*

1.4.2.4. *Tipo de conexión :*

1.4.2.5. *Duración de relaciones*

1.4.2.6. *Intercambio :*

1.4.2.7. *Intensidad :*

1.4.2.8. *Lugar de residencia :*

1.4.2.9. *Relación entre componentes :*

1.4.2.10. *Profesión y nivel socioeconómico de los miembros:*

Ego :

Residencia :

Protocolo de Red Personal

N. Orden	Tipo Conexión	Nombre	Año Inicio	Contexto	Frecuencia	Intensidad (1 - 5)	Marco	Profesión	Nivel Socio económico	Relación Otras Personas de la Red	Horas / día
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											

9.2 Datos preparados para el análisis

A continuación presento los datos extraídos de las 32 historias de vida siguiendo la clasificación elaborada en la matriz para el análisis de los datos.

Mis comentarios van siempre entre paréntesis.

Las comillas indican relatos literales de ego u otro informante (ej. el médico). Hay poco texto entrecomillado porque, al no usar grabadora, no puedo asegurar con rigurosidad que toda la información expuesta fueran palabras textuales, sin embargo he tratado de conservar las expresiones de los individuos entrevistados al máximo.

En cuanto al idioma, la mayoría de las entrevistas fueron en castellano, otras una mezcla de castellano-valenciano y otras en valenciano.

9.2.1 Posición social

9.2.1.1 Género

9.2.1.2 Edad

Código : 1MC+74

9.2.1.3 Clase social

9.2.1.3.1 *En casa de los padres:* –Sale a los 23 años, para casarse. –Son 3 hermanos, una muere de pequeña.

- Educación
–Ego va a la escuela hasta los 13 años.
- Profesiones o/y actividades
–Padre : sastre, trabajaba en casa, pero para otros. –Madre : cosía en casa, para otra fábrica. –Ego : cosía en casa ayudando a sus padres hasta que se casó.
- Propiedades
–Vivían en casa de un tía, la dueña, que vivía con ellos; al morir heredaron la casa. No muy buenas condiciones. No tenían ni tierras ni animales.
- Nivel socioeconómico
–“Medio / Bajo”. En la posguerra pasaron escasez de alimentos.

9.2.1.3.2 *De casada/o:* –Se casa a los 23 años. Tiene 1 hijo.

- Educación
–El hijo estudia; ahora es maestro con oposición.
- Profesiones o/y actividades
–Panaderos, ego y su esposo.
- Propiedades
–El propio negocio : panadería y el piso que compraron después de tener el hijo.
- Nivel socioeconómico
–“Medio”.

9.2.1.3.3 *De jubilada/o:* –A los 65 años.

- Profesiones o/y actividades
–Divertirse. (Vigila su negocio : panadería/pastelería.)
- Propiedades
–Casa. –Pensión. –Negocio.
- Nivel socioeconómico
–“Medio”.

9.2.1.4 Lugar de residencia / Inmigración

–Nace en Castellón. –Siempre viven en Castellón, en 2 pisos. Hace 20 años que viven en el piso actual.

9.2.2 Vinculación social

9.2.2.1 Evolución de las relaciones sociales

9.2.2.1.1 En casa de los padres

–Tenía muchas amigas, la querían todos, nunca riñe con nadie. Jugaba de pequeña al *marro*, a las bolitas, la cuerda; aún conserva alguna amiga de entonces. Muchas reuniones familiares : santos, cumpleaños. Pertenecía al coro de la iglesia. A los 13 años tuvo su primer novio; la guerra los separó. El segundo novio a los 18 ó 19 años, marido actual.

9.2.2.1.2 De casada/o

–Salían con amigos algunas veces. Luego mucho con los consuegros, que ya murieron, con el hermano y su prima hermana, de excursión, no eran mucha pandilla.

9.2.2.1.3 Después de jubilada/o

–Vive con su marido. –Por la tarde cuidan a su cuñada.

9.2.2.1.4 Sistemas de apoyo

–Su familia.

9.2.2.2 Red social actual

9.2.2.2.1 Personas significativas y tipo de conexión

–Marido, hijo, nieta, nuera, cuñada y 2 sobrinos. –Red más reducida que antes, por fallecimientos.

9.2.2.2.2 Grado de vinculación

–Los domingos ego y su esposo van a casa de su hijo. –Esposo : 8 horas / día juntos. –Hijo : 15'/día. –Nieta : 30'/día. –Nuera : 10' solo 2 veces por semana. –Cuñada : 4 veces por semana, 1 hora cada vez. –Sobrinos : 15' una vez a la semana. Reduce el grado de vinculación después de la jubilación.

9.2.2.2.3 Marco de la relación

–Casa o panadería.

9.2.2.2.4 Duración de la relación

–Todos son familia.

9.2.2.2.5 Intercambio

–(Ego da apoyo positivo instrumental a nieta y cuñada.)

9.2.2.2.6 Intensidad (0–5)

–Un 5 a esposo, hijo, nieta y nuera. Un 4 a cuñada y sobrinos. No está satisfecha, añora a los fallecidos.

9.2.2.2.7 Lugar de residencia de cada miembro

–Todos en Castellón.

9.2.2.2.8 Profesión y nivel socioeconómico de los miembros

–Todos Medio. Profesión de hijo y nuera : maestros.

9.2.2.2.9 Relación de cada miembro con las otras personas de la red

–Son todos familia.

9.2.3 Salud

9.2.3.1 Evolución respecto a la salud

9.2.3.1.1 En casa de los padres

–Las normales : sarampión... Varias veces problemas de garganta. –A los 22 años se dio un golpe y le salió un quiste dermoideo en el coxis. –Operada del quiste a los 22 años, en clínica particular. –Jarabes para la garganta y penicilina en inyecciones para la garganta y en la operación. –Sólo alguna cataplasma como autocuidados.

9.2.3.1.2 De casada/o

–Dos abortos, 1 antes del hijo y luego otro, más un legrado. –TA alta, desde que su hijo tenía 15 años. –2 cólicos, piedras en el riñón, los pasó en casa. –Algunos constipados. –Artrosis, hace ya más de 20 años. –Legrado, después de nacer su hijo y del 2º aborto. –1 día en la clínica cuando el legrado. –Tomó Atrodif para la artrosis, lo tomó durante 1 año. Se ha medicado durante tiempo : pinchazos y pastillas. No quiere hablar de enfermedades, insiste en que no le gusta. –Algún día en cama por constipado, pero tenían limpiadora. –Sólo ha usado limón y miel para constipados.

9.2.3.2 Problemas de salud desde la jubilación

–Le han encontrado colesterol últimamente, pero no quiere hablar más de enfermedades, ni cuándo, ni nada. –En 1993: depresión después de la muerte de su hermano. Le duró más de 1 año. Tenía dolor en pecho fuerte, después del fallecimiento de su hermano. –Ha vuelto a tener depresión hace poco. Tiene mucho miedo a morir.

9.2.3.3 Hospitalización

–Ninguna.

9.2.3.4 Medicación

–Cree que tomó Indexis o algo así para la depresión.

9.2.3.5 Operaciones

–Ninguna.

9.2.3.6 Funcionalidad actual y días en cama por encontrarse mal en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)

–Ningún día en cama.

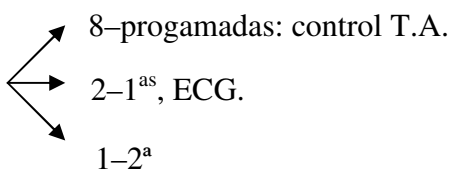
9.2.3.7 Utilización de los servicios sanitarios en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)

- Ego

–10 visitas.

- Registros

–11 visitas



–1993: 5 visitas. –1994: 5 visitas.

9.2.4 Creencias y actitudes

9.2.4.1 Observaciones sobre ego

9.2.4.1.1 Descripción de ego

- Investigadora
–(Arreglada, gruesa, continuamente de mal humor, sincera, muy desconfiada, pesimista.)
- Médico
–“*Parladora i extrovertida. Te molta por a morir, sobre tot después de la mort del germà. Un poc hipocondriaca.*” Suele venir sola o con el marido. El 90% de visitas o más son justificadas.)

9.2.4.1.2 Contexto de la entrevista

–(Me presenté a ella en su panadería, me indicó que podía estar allí un vecino. Me recibió muy bien la primera vez en Mayo, pero cuando intenté concertar cita fue retrasándola, diciendo que estaba deprimida, que estaba ocupada luego, que se iba de veraneo y me vería al volver... En septiembre fallece su cuñado, su cuñada se rompe la cadera y lo retrasa de nuevo hasta ahora, que me da cita en su casa de 45' y otra en la panadería al día siguiente de 40'.)

–Entrevista: (Su casa, su habitación – 2 camas. 30-X-96. 14:40 a 15:30. Solas. En panadería/cafetería. 31-X-96. 17:00 a 17:35. Presente : su sobrina, dependiente, mi hija y la gente que entraba. No fue una entrevista agradable, varias veces me levante y le dije que no la veía convencida y que me iba sin hacer la entrevista pero ella insistía en que sólo era que no estaba acostumbrada, pero que no quería que dijera que por ella no había acabado el estudio. Su sobrina, en la panadería, fue menos agradable, no preguntaba esperando respuestas, solo quería demostrar su enfado y 'protección' a su tía. Repetía “¿com ha conseguït la direcció de ma tía? cuando acababa de explicárselo. Su esposo no intervino en la conversación, pero estaba en casa; entró en el dormitorio donde comenzamos la entrevista sólo para darnos prisa, sin agresividad. Huidizo y mostrando también malhumor. Su hijo vino al final de la entrevista. También le hablaba como enfadado.)

9.2.4.2 Rutina diaria y distracciones

9.2.4.2.1 En casa de los padres

–Tenían señora de la limpieza en casa. Se levantaba a las 9h, iba a comprar, coser y cocinaba; por la tarde y noche iba de paseo, muchas veces al cine, al teatro y, menos, a bailar.

- Recuerdos
–Recuerdos felices.

9.2.4.2.2 De casada/o

–Casa y panadería. Criar al hijo.

9.2.4.2.3 Después de jubilada/o

–Se levanta mucho más tarde, a las 10h o más : su nieta va a comer. (Expresiones de desagrado.) Sale a comprar, limpia la casa. Por la tarde pasea con su marido, van a cuidar a su cuñada que tiene la cadera rota, mucha edad y acaba de enviudar.

9.2.4.3 Creencias sobre salud / enfermedad

–Ego une la salud a las relaciones sociales : Su padre murió de tristeza un mes después de la muerte de su madre. Tuvo dolor fuerte en el pecho y dos depresiones

largas después de morir su hermano. –También cree que la salud viene de Dios “*la salud mos la dona Deu; jmosatros som creients!*” Pero también cree que puede ser hereditaria. Su padre tenía reuma y por el ambiente, el trabajo influye mucho.

9.2.4.4 Mecanismos de autocuidado

–Dice que cumple los tratamientos. –Pasea una hora al día con su marido. –Come verduras, frutas y pocas grasas. –Nunca ha fumado. –Nada de alcohol, antes en las comidas.

9.2.4.5 Creencias sobre la vejez

–Es pesada, se te van las cosas físicas y mentales. (Parece que ego se incluye entre los viejos pero evita el decirlo. Ve la vejez como una etapa en la que se pierde la calidad de vida.)

9.2.4.6 Escala de valores

–1º Salud. –2º *dinés*. –3º *tranquilitat i pau entre tots*. “*Salud, dinés, tranquilitat i pau entre tots.*”

9.2.4.7 Relaciones

–Cree que la amistad es bonita, (lo dice con tristeza y añoranza, aunque no expresa que se siente sola.)

9.2.4.8 Etapa de su vida con mayor calidad de vida

–Después de casada, cuando tuve a mi hijo.

9.2.4.9 Control percibido en las decisiones que afectan su vida

–No ha disminuido con la jubilación.

9.2.4.10 Proceso de decisiones cuando aparece un problema de salud

–Va al médico del Centro de Salud, sólo cuando no se le va la molestia. Opina que los servicios sanitarios son normales, “*No me queixe.*”

9.2.4.11 Miedos

–Tiene mucho miedo a morir. (Lo dice varias veces en la entrevista y lo confirma el médico de cabecera.)

9.2.1 Posición social

9.2.1.1 Género

9.2.1.2 Edad

Código: 2MC-66

9.2.1.3 Clase social

9.2.1.3.1 *En casa de los padres:* –24 años, hasta que se casa. –Son 4 hermanas, pero 2 mueren a los 16 y 14 años.

- Educación
–Ego va a la escuela hasta los 10 años, su hermana también.
- Profesiones o/y actividades
–Padre: Encargado del mantenimiento de las vías del puerto. –Madre: ama de casa. –Ego . A los 14 años limpiaba la casa de un familiar. A los 15 años trabaja en fábrica pintando neveras hasta los 24 años.
- Propiedades
–Casa propia, tierras.
- Nivel socioeconómico
–“Bajo/Medio”. No pasaron hambre. La ropa la hacía su madre.

9.2.1.3.2 *De casada/o:*

- Educación
–Sus hijas van a la escuela hasta los 14 años. El hijo más.
- Profesiones o/y actividades
–Ego: ama de casa. –Marido: Broncista. Fontanero autónomo. Empleado de una fábrica de carpintería de aluminio. Vigilante nocturno. –Hijos: Encargado en empresa y niñera.
- Propiedades
–En el Grao de Valencia tienen piso y casa. Buenas condiciones, pero el piso es un 4º sin ascensor.
- Nivel socioeconómico
–No hambre, pero sí estrecheces. “Medio”.

9.2.1.3.3 *De jubilada/o:*

- Profesiones o/y actividades
–Ama de casa.
- Propiedades
–En el Grao de Valencia: casa y piso (en venta). –Tienen pensión pequeña, les viene justo porque pagan alquiler.
- Nivel socioeconómico
–“Medio”.

9.2.1.4 Lugar de residencia / Inmigración

–Nace en Grao de Valencia (Cañaberal) y allí vive 24 años, hasta que se casa en 1954. El marido compra un piso en el Grao y van a vivir allí, el padre de Ego también (20 años). En 1983, alquilan el piso actual en Castellón y desde entonces viven aquí. Viene a Castellón porque su hijo vive aquí y encuentra un trabajo para su marido.

9.2.2 Vinculación social

9.2.2.1 Evolución de las relaciones sociales

9.2.2.1.1 En casa de los padres

–Muy familiar, muchos amigos también en el trabajo, alegre. A los 17 años sólo sale con el novio (él no quiere amigos).

9.2.2.1.2 De casada/o

–El novio de ego decide no salir con amigos por los desengaños que había sufrido desde antes de casarse, siempre se divierten solos. Ego sólo conserva dos amigas: Sonin y Merche, del Grao; y su hermana, le ayudó durante una enfermedad (el marido acepta estas relaciones). –Al tener novio a los 17 años, su actual marido, ya no va con nadie, sólo con él porque había sufrido desengaños y no quería amigos. Las únicas amigas de ego a partir de entonces fueron las del trabajo, en las horas de trabajo.

9.2.2.1.3 Después de jubilada/o

–Vive sólo con su marido “único”.

9.2.2.1.4 Sistemas de apoyo

–Su hermana la ayudó cuando la septicemia.

9.2.2.2 Red social actual

9.2.2.2.1 Personas significativas y tipo de conexión

–Marido, 1 hijo y 1 hija, 3 nietos, nuera, yerno, hermana, consuegra y 2 amigas. –Igual.

9.2.2.2.2 Grado de vinculación

–Marido: 10 horas/día¹. –Hijos: ½ hora/día. –2 Nietos: ½ hora/día. –1 Nieto: 2 horas/día. –Nuera: ½ hora/día. –Yerno: ½ hora/semana. –Hermana: 1 vez/2 meses. –Consuegra: 1 vez/15 días y 1 hora o más y por teléfono. –Amigas: 3 veces/año y por teléfono. Aumenta el tiempo que pasa con el marido.

9.2.2.2.3 Marco de la relación

–Casa / teléfono.

9.2.2.2.4 Duración de la relación

–A las amigas las conoce desde 1950. –A la consuegra: 1981. –Resto: familia.

9.2.2.2.5 Intercambio

–Ego da apoyo a los nietos a veces.

9.2.2.2.6 Intensidad (0–5)

–Un 5 a todos menos a consuegra y amigas: un 4. Satisfecha (parece agobiada).

9.2.2.2.7 Lugar de residencia de cada miembro

–En Castellón todos menos hermana y amigas.

9.2.2.2.8 Profesión y nivel socioeconómico de los miembros

–Medio o Medio/Bajo.

¹ Información dudosa.

9.2.2.2.9 *Relación de cada miembro con las otras personas de la red*

–Los miembros de la red se conocen pero no todos se relacionan entre si, sólo la familia nuclear de ego y descendencia directa.

9.2.3 Salud

9.2.3.1 *Evolución respecto a la salud*

9.2.3.1.1 *En casa de los padres*

–Sarampión. –Extracción de una muela.

9.2.3.1.2 *De casada/o*

–1958, apendicitis. –1970 ó 1975, infección de la boca, dolor por todo el cuerpo y no puede moverse, septicemia. –Constipados. –Obesidad, 1989, va a una clínica durante 4 meses 1 vez a la semana y adelgaza 15 kilos, cuando se casó su hija. –Apendectomía a los 28 años, 9 días en el hospital de Seguridad Social, antibióticos, para septicemia y apendectomía. Reforzantes para el hígado. 6 meses en la cama (septicemia), totalmente dependiente.

9.2.3.2 *Problemas de salud desde la jubilación*

–Colesterol ↑. –Constipados, 1 vez/año, de nariz. –Artrosis, comenzó hace 5 años, le dolían las rodillas, ahora no le molesta mucho. –Bronquitis, comenzó hace 3 semanas más fuerte, tose mucho, disnea, (su marido y ella duermen en camas separadas desde hace poco porque ella tose por la noche). Hace 3 semanas empeoró la bronquitis, tose mucho (más por la noche) y respira mal. Aparte de esto, se siente bien y puede hacer de todo.

9.2.3.3 *Hospitalización*

–Ninguna hospitalización.

9.2.3.4 *Medicación*

–Diemil (insuficiencia vascular cerebral). Lomisat (tos). Rulide (antibiótico para el tramo respiratorio). Polaramide pect. (antihistaminico + expectorante).

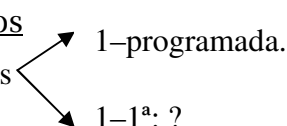
9.2.3.5 *Operaciones*

–Ninguna operación.

9.2.3.6 *Funcionalidad actual y días en cama por encontrarse mal en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)*

–Ninguna problema de funcionalidad.

9.2.3.7 *Utilización de los servicios sanitarios en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)*

- Ego
–3 ó 4 visitas.
- Registros
–2 visitas 

9.2.4 Creencias y actitudes

9.2.4.1 *Observaciones sobre ego*

9.2.4.1.1 *Descripción de ego*

- Investigadora

–(Gruesa, muy amable, sociable y bromista, muy servicial con el marido, aunque cuando él le corrige con tono fuerte le recuerda, con mucho cuidado, que están en una democracia. Dísnea.)

- Médico

–”Normal, no acude si no está mal. Siempre viene con el marido. El 100% de visitas justificadas o más.“

9.2.4.1.2 Contexto de la entrevista

–(Llamé al timbre directamente, me recibió bien y me dió una cita pero cuando fui no estaba; insistí para ver a su esposa que era parte de la muestra y me volvió a dar una cita, después de decirme que su esposa estaba cuidando a su hijo enfermo y que había tenido una vida muy normal. En la entrevista me dijeron que no se fiaban porque hay muy mala gente y quizás quieran quitarles la pensión.)

–Entrevista: (Su casa. 17-VII-96. De 18:00 hasta 20:30. Su marido todo el tiempo presente e interviniendo. Parecía muy posesivo).

9.2.4.2 Rutina diaria y distracciones

9.2.4.2.1 En casa de los padres

–Ayudaba en casa de los 10 a los 14 años y jugaba mucho: a la corda, sambori, comiditas, coser, dormir. De joven: cine, pasear. Salía del trabajo a las 18:00

- Recuerdos

–Recuerdos felices, su padre era recto pero muy bueno y la madre también.

9.2.4.2.2 De casada/o

–Trabajar en casa y crianza de hijos.

9.2.4.2.3 Después de jubilada/o

–Se levanta temprano, le da el desayuno al marido, va a comprar todos los días y habla con todos. La quieren mucho todos los tenderos, hace muchas bromas en cada tienda. Hace la faena, la comida y compañía a su marido. Por la tarde: paseo corto porque el marido se fatiga. Se apuntaron al Centro de la 3ª Edad pero no fueron porque había demasiado humo y un viaje que hicieron fue aburrido (según el marido, ego no comenta). Sus hobbies: ir al campo, charrar, tele, jugar a cartas con el marido, con dinero y el marido hace trampas.

9.2.4.3 Creencias sobre salud / enfermedad

–“Salud es sinónimo de alegría.” (Respiraba con dificultad y tosía, pero permanecía muy alegre, sonriendo y bromeando, sin darle importancia.). –Pasea por la tarde, pero poco, porque el marido se fatiga. –Se apuntaron al Centro de la Tercera Edad, pero “no fuimos porque había demasiado humo y un viaje que hicimos fue aburrido.” (Comenta el marido, ego calla.) –Buena opinión de los servicios sanitarios.

9.2.4.4 Mecanismos de autocuidado

–Dieta variada. No ha fumado nunca, “soy fumadora pasiva.” –No toma alcohol, le afloja, pero a veces su marido y ella se pasan con la cerveza. –Cuando se casó su hija, perdió 15 kilos en una clínica de adelgazamiento.

9.2.4.5 Creencias sobre la vejez

–Evita hablar de una posible vejez dependiente. “La vejez bien, si sigo como ahora.”

9.2.4.6 Escala de valores

–1º Marido, hijos y nietos (el marido le dice que está más con los nietos que con él; el hijo vive a dos minutos de su casa, andando). –2º La salud. –3º Estar bien con todos.

9.2.4.7 Relaciones

–(Ego tiene una tendencia a relacionarse con las personas que puede (tenderos, vecinos), aprecia incluso a las personas que no elige: le da un 5 de intensidad de relación a consuegra, yerno y nuera y mantiene contacto frecuente con ellos. Conserva también la relación de amigas de juventud con estima.) –No ha sufrido engaños y tiene recuerdos muy felices. Su marido es opuesto a ego en este sentido y se lo reprocha.

9.2.4.8 Etapa de su vida con mayor calidad de vida

–“Cuando me casé.” (mira al marido)²

9.2.4.9 Control percibido en las decisiones que afectan su vida

–Igual que antes: ego toma siempre las decisiones junto con su marido.

9.2.4.10 Proceso de decisiones cuando aparece un problema de salud

–Lo ignora hasta que el marido la lleva al médico del Centro de Salud. –Toma los medicamentos.

9.2.4.11 Miedos

–Tiene miedo a la muerte.

² Información dudosa.

9.2.1 Posición social

9.2.1.1 Género

9.2.1.2 Edad

Código : 3HC+68

9.2.1.3 Clase social

9.2.1.3.1 *En casa de los padres:* –Hasta los 26 años, sale para casarse. –Eran 4 hermanos.

- Educación
–Ego sólo va 1 año a la escuela.
- Profesiones o/y actividades
–Padre : carabinero; antes de jubilarse pasa a guardia civil, pero poco tiempo, pide jubilación anticipada, “*no le gustaba el tricornio.*” –Madre : ama de casa. –Ego : A los 14 años trabaja en la metalurgia en Valencia (iba en bici. A los 17 años, también trabaja en metalurgia (broncista) pero en Cabanyal.
- Propiedades
–Casa alquilada, animales : gallinas, conejos, ... No tenían tierras.
- Nivel socioeconómico
–“Bajo / Medio.” Sí pasaron hambre en la postguerra, el sueldo no llegaba a mitad de semana. La guerra le obliga a ir a buscar comida, restos de cultivos (después de la cosecha) en los campos..

9.2.1.3.2 *De casada/o:* –Se casa a los 26 años. Tiene 2 hijos.

- Educación
–Los dos hijos van a la escuela.
- Profesiones o/y actividades
–Ego : Broncista por cuenta ajena. Fontanero autónomo. Trabaja en una fábrica de carpintería de aluminio, cierran la fábrica. Vigilante nocturno en empresa de Castellón hasta la jubilación. –Esposa: ama de casa. –Hijos : encargado en una empresa y niñera.
- Propiedades
–En el Grao de Valencia tiene piso y casa en propiedad, pero el piso es un 4º sin ascensor.
- Nivel socioeconómico
–“Bajo / Medio”. No pasaron hambre, pero sí estrecheces.

9.2.1.3.3 *De jubilada/o:* –A los 64 años, por la artrosis.

- Profesiones o/y actividades
–Propiedades
–En el Grao de Valencia : casa y piso en propiedad, en venta. Pensión pequeña, mucho menos que cuando trabajaba.
- Nivel socioeconómico
–“Medio”. No les sobra. (la pensión es pequeña, menos dinero que antes de jubilarse)

9.2.1.4 Lugar de residencia / Inmigración

–Nace en El Cabanyal (Valencia). –De casado : En Alboraya y luego en el Grao de Valencia. –En 1983 alquilan el piso actual en Castellón y desde entonces viven aquí.

Ego viene a Castellón porque su hijo vive aquí y le ha buscado un trabajo de vigilante nocturno.

9.2.2 Vinculación social

9.2.2.1 Evolución de las relaciones sociales

9.2.2.1.1 En casa de los padres

–Su padre le pegaba a veces y se llevó desengaños con los amigos, se aprovechaban, dejaba cosas y no se las devolvían. Jugaba con amigos a pelota valenciana, se iban al cine y al baile. Los desengaños le hicieron buscar novia a los 16 años, pero la dejó porque le gustaba llamar la atención por la calle : cantaba, ... y buscó otra, su actual esposa. Un año que estuvo sin novia iba con los amigos a veces, pero no le gustaba. Le han timado 2 veces. Con los compañeros de trabajo, dice que se llevaba bien, asistió a alguna celebración con compañeros (bodas, ...) luego, cada una a su casa. Con la novia iba a pasear (monte, ciudad) y al cine, siempre acompañados.

9.2.2.1.2 De casada/o

–Ego decide no salir con amigos, por los desengaños que había sufrido, desde antes de casarse, siempre se divierten solos.

9.2.2.1.3 Después de jubilada/o

–La misma esposa. Sólo su familia y las dos amigas de su esposa (apenas las ve ni habla con ellas).

9.2.2.1.4 Sistemas de apoyo

–Sólo la familia.

9.2.2.2 Red social actual

9.2.2.2.1 Personas significativas y tipo de conexión

–Esposa, 2 hijos, 3 nietos, 2 sobrinas, 1 cuñado, 1 hermana, 1 amiga, 1 hija de amiga, 2 consuegros. –Mayor que de joven.¹

9.2.2.2.2 Grado de vinculación

–Esposa : 11 horas/día (¡!). –Hijos : ½ hora/día. –2 nietos : ½ hora/día.
–1 nieto : 2 horas/día. –Sobrinas : esporádicamente. –Cuñado : 1 vez/2 meses. –Hermana : 1 vez/año. –Amiga e hija : 3 veces/año. –
Consuegros : 1 vez/mes.

9.2.2.2.3 Marco de la relación

–Casa y teléfono.

9.2.2.2.4 Duración de la relación

–Consuegros : desde 1975. –Resto son familia.

9.2.2.2.5 Intercambio

–(Apoyo social mutuo con esposa, más negativo desde la jubilación –pensión pequeña.)

9.2.2.2.6 Intensidad (0–5)

¹ A pesar de que su esposa (a quien hice la historia primero) pasa más horas del día que él manteniendo contactos sociales variados, y a pesar de que él se lo recrimina y dice que pasa mucho tiempo solo, nombró a 2 personas más que su esposa en la red social.

Los miembros de la red se conocen entre si, pero solo se relacionan la familia nuclear de ego, descendencia y padres políticos de los hijos.

–Esposa, hijos, nietos y hermana: un 5. –Cuñado y sobrinas: un 4. –Resto : un 3.

9.2.2.2.7 Lugar de residencia de cada miembro

–En Castellón, excepto la familia de la hermana y la amiga e hija.

9.2.2.2.8 Profesión y nivel socioeconómico de los miembros

–Medio/Bajo ó Bajo/Alto.

9.2.2.2.9 Relación de cada miembro con las otras personas de la red

–Se conocen todos, pero los consuegros no tienen relación con el resto.

9.2.3 Salud

9.2.3.1 Evolución respecto a la salud

9.2.3.1.1 En casa de los padres

–Fiebres maltesas a los 12 años, también los otros hermanos y la madre. Se trasladaron 1 mes y ½ a un refugio en el monte y se curaron por orden médica : cambio de aires. –Constipados. –Se rompe la muñeca, lo curan los hermanos de San Juan de Dios.

–Casa de los padres : Cree mucho en hierbas; “*mi madre la usó*”, también limón y miel y cataplasmas de harina de linaza y para las heridas: se partía una calabaza de carne roja en 4 trozos, se ponía en una botella a trocitos + alcohol + aceite de oliva.

9.2.3.1.2 De casada/o

–En 1957 : apendicitis, con operación, su esposa en 1958. –Poco después : úlcera de estómago, principios, le dolía mucho, sobre todo en cambios de estaciones, tuvo hasta hemorragia interna y caca negra. –Quemadura en el brazo izquierdo por accidente laboral. –Artrosis, desde 1985, dolor en articulaciones, manos y rodillas. A veces un enganchado.

9.2.3.2 Problemas de salud desde la jubilación

–A veces se queda enganchado, manos y espalda y no puede hacer cosas con la madera o los metales. –Artrosis y bronquitis hace 6 ó 7 años.

9.2.3.3 Hospitalización

–Ninguna hospitalización.

9.2.3.4 Medicación

–Roter y Ucladene inyectado al cambio de estaciones; pero no se curaba. Pomada amarilla para la quemadura en el brazo → tampoco se curaba, ni en 15 días que le dijo el médico. Dazacor, dolor.

9.2.3.5 Operaciones

–Ninguna operación.

9.2.3.6 Funcionalidad actual y días en cama por encontrarse mal en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)

–Cuando se queda enganchado, pero solo parcialmente. Ningún día en cama.

9.2.3.7 Utilización de los servicios sanitarios en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)

- Ego

–15 visitas al médico del Centro de Salud.

- Registros

–16 visitas 

13–programadas: control EPOC.

2–1^{as}: hemorroides.

1–2^a: pide medicación.

–1993: 9 visitas. –1994: 10 visitas.

9.2.4 Creencias y actitudes

9.2.4.1 Observaciones sobre ego

9.2.4.1.1 Descripción de ego

- Investigadora
–(Atractivo, actitud cortante, dominante / cariñoso con su esposa, muy fumador, tose, desconfiado.)
- Médico
–”Extrovertido. Tampoco viene si no está muy mal. Parece tener buenas relaciones con la esposa. Pilimialgía reumática y E.P.O.C.“

9.2.4.1.2 Contexto de la entrevista

–(Llamé al timbre directamente, me recibió bien y me dió una cita pero cuando fue no estaba, insistí para ver a su esposa que era parte de la muestra y me volvió a dar una cita, después de decirme que su esposa estaba cuidando a su hijo enfermo y que había tenido una vida muy normal. En la entrevista me dijeron que no se fiaban porque hay muy mala gente y quizás quieran quitarles la pensión.)

–Entrevista: (Casa de ego. 18-VII-96. De 11:00 a 13:00. Su esposa presente, toda la entrevista. Prototipo del marido que pide y consigue que la esposa le confirme constantemente que él es el cabeza de familia. En las dos entrevistas, esposa / esposo, y a pesar de que la esposa era más habladora, tuve que intervenir varias veces para que el protagonismo de él no anulara la historia de la esposa.)

9.2.4.2 Rutina diaria y distracciones

9.2.4.2.1 En casa de los padres

–Trabajaba de 8:00 a 13:00 y de 14:30 a 17:30, pero hacía muchas horas extras.

- Recuerdos
–Felices a medias.

9.2.4.2.2 De casada/o

–Poco tiempo para diversiones. –Ego tuvo una camioneta con literas cuando los niños eran pequeños. Hacían excursiones al río.

9.2.4.2.3 Después de jubilada/o

–Se levanta a las 9:00 o más. En casa pasea o trabaja en su taller : hace lámparas, candelabros, juguetes de madera y figuras de toda clase con madera, es muy mañoso. Materiales de casi todo tipo (su esposa me los enseña). Por la tarde pasea, poco, con su esposa. Ve poca tele, sólo oye radio o ve noticias, documentales y música de su tiempo.

9.2.4.3 Creencias sobre salud / enfermedad

–Ego cree que la salud se conserva manteniendo una conducta adecuada en cuanto a cuidar el cuerpo. –Cree que la úlcera que tuvo le viene de comer porquerías. – Buena opinión de los servicios sanitarios, algunas veces.

9.2.4.4 Mecanismos de autocuidado

–No trabajar mucho, comer casero : no conservas, ni grasa, ni cerdo. (Fuma 1 paquete / día desde los 8 años.) No mucho alcohol.

9.2.4.5 Creencias sobre la vejez

–(Ego se incluye en la vejez.) La vejez es fea, él no sabe estar solo y la mujer no siempre le acompaña. Añora la vida de joven.

9.2.4.6 Escala de valores

–1º la familia. –2º la salud. –3º bienestar; “salud, dinero y amor”.

9.2.4.7 Relaciones

–(Por todos sus comentarios, parece que ego está desengañado de las amistades desde muy joven, pero no le gusta estar solo, por lo que quisiera que la esposa estuviera siempre a su lado. –”Amistades : a distancia se conservan mejor“, lema que ego aprendió de sus padres.

9.2.4.8 Etapa de su vida con mayor calidad de vida

–Desde 1985 hasta ahora (desde la jubilación) : más tranquilo, más tiempo con la familia; antes trabajaba mucho tiempo para nada.

9.2.4.9 Control percibido en las decisiones que afectan su vida

–Igual que antes, siempre ha tomado sus decisiones.

9.2.4.10 Proceso de decisiones cuando aparece un problema de salud

–Va al médico ”solo para repetir.“ Él decide cuando va, sólo cuando lo necesita, ”no va por capricho“. –A veces ha utilizado el sector popular porque la medicina no le curaba (la úlcera la curó con babas de caracoles).

9.2.4.11 Miedos

–(No menciona la palabra, pero dice que no sabe estar solo y que la vejez es fea.)

9.2.1 Posición social

9.2.1.1 Género

9.2.1.2 Edad

Código : 4HC-66

9.2.1.3 Clase social

9.2.1.3.1 *En casa de los padres:* –Sale a los 25 años, para casarse. Son 5 hermanos.

- Educación
–No fue casi, a la escuela.
- Profesiones o/y actividades
–Padres: Agricultores sin tierra, trabajaban para otros por parte del fruto.
–Ego: A los 9 años empezó a trabajar. Siempre estaba trabajando.
- Propiedades
–Tenían ganado : 40 ó 50 ovejas y animales domésticos : gallinas, conejos, cerdo, ... –Casa propia.
- Nivel socioeconómico
–“Bajo–Medio”. No pasó hambre.

9.2.1.3.2 *De casada/o:*–Se casa a los 25 años. Tiene 3 hijos, uno muere al nacer (gemelos).

- Educación
–A los 14 años sale de la escuela.
- Profesiones o/y actividades
–Agricultor “*al tercio*.” La época que no podía trabajar en la tierra caminaba 3 horas, en invierno, para trabajar en el Patrimonio forestal, replantando pinos, unos 20 años, pero no le pagaban si llovía. –Los dos, marido y mujer, trabajaban mucho en el campo. Su esposa se trastornó, cuando ego tenía 46 años, a raíz de un robo en su corral, les robaron los animales. Ego no podía trabajar mucho tiempo, tenía que cuidar de su esposa, sólo cuando su esposa estaba en el Psiquiátrico, temporadas largas. –Los dos hijos fueron a Castellón y se hicieron camareros.
- Propiedades
–Alquilan casa en la misma aldea. Comienzan con 6 ovejas, nunca creció mucho el ganado. Tenían gallinas, conejos, cerdo, macho de labranza. –Vivía de la pensión de invalidez de su esposa, hasta que ella muere en 1989. Luego, pensión viudedad. –Ego compra un piso en Castellón a su hijo mayor y éste se trae a su hermano.
- Nivel socioeconómico
–“Bajo”. Ego fue pobre.

9.2.1.3.3 *De jubilada/o:*

- Profesiones o/y actividades
–Cuida de sus nietos. Va con amigos.
- Propiedades
–Piso propio, pensión de jubilación.
- Nivel socioeconómico

9.2.1.4 Lugar de residencia / Inmigración

–Aldea de Albentosa – Fuen del Cepo – (Teruel). Vive siempre en la aldea, en casa de sus padres. Al casarse alquila casa en la misma aldea. Va, a los 41 años, a Olba (Teruel) con unos cuñados para trabajar en la huerta de regadío. Era más cómodo, “*más regalado*.” Va a Castellón, con los hijos en 1984.

9.2.2 Vinculación social

9.2.2.1 Evolución de las relaciones sociales

9.2.2.1.1 En casa de los padres

–Habían 60 vecinos en la aldea, ahora quedan 5. –De joven jugaban entre los chicos sólo, no chicas. No tenían familiares en la aldea.

9.2.2.1.2 De casada/o

–Su mejor amigo era su cuñado, trabajaban mucho y se llevaban bien. Todos los de la aldea eran amigos.

9.2.2.1.3 Después de jubilada/o

–Su hijo se casa y ego se jubila dos meses después; desde entonces vive solo.
–Tiene amigos del Centro de la 3ª Edad, los ve a diario.

9.2.2.1.4 Sistemas de apoyo

–Sus hijos y nueras.

9.2.2.2 Red social actual

9.2.2.2.1 Personas significativas y tipo de conexión

–5 amigos, 1 hermano, 2 hijos, 2 nietas, 2 nueras, 1 cuñada, 2 sobrinos. –Más numerosa que antes.

9.2.2.2.2 Grado de vinculación

–5 amigos : Por la mañana y toda la tarde, a diario. –1 hermano : 1 vez/semana, año si, año no. –2 hijos y 2 nueras : 1 ó 2 veces / semana.
– 2 nietas : 3 horas/día. –cuñada : ¿? –sobrinos : ¿?
Pasa más tiempo con los amigos después de la jubilación.

9.2.2.2.3 Marco de la relación

–Parque, Centro de la 3ª Edad y casa.

9.2.2.2.4 Duración de la relación

–A los amigos : desde 1986. –El resto son familia.

9.2.2.2.5 Intercambio

–Apoyo social positivo (cuida nietos) y mutuo con el resto.

9.2.2.2.6 Intensidad (0–5)

–1 amigo y toda la familia : un 5; los 4 amigos restantes : un 4

9.2.2.2.7 Lugar de residencia de cada miembro

–En Castellón, excepto su hermano, en Almazora (año si, año no) y cuñada y sobrinos (no lo se).

9.2.2.2.8 Profesión y nivel socioeconómico de los miembros

–”Bajo–Medio, Bajo–Alto o Medio–Bajo.“

9.2.2.2.9 Relación de cada miembro con las otras personas de la red

–Excepto los 5 amigos, el resto se conocen todos.

9.2.3 Salud

9.2.3.1 Evolución respecto a la salud

9.2.3.1.1 En casa de los padres

–No iba nunca al médico. A los 17 años tuvo Fiebres Maltesas y se curó. –
Para constipados : sabuquera, cataplasmas, ladrillos calientes, miel.

9.2.3.1.2 *De casada/o*

–Solo una verruga en el lado derecho de la frente. Tiene la verruga “*de siempre*”. Pero cuando vino a Castellón su hijo le llevó a que se la quitaran, 2 veces. –Medicamentos : solo Frenadol. –Ningún problema de funcionalidad. –Ninguna hospitalización. –Ninguna mecanismo de autocuidados.

9.2.3.2 *Problemas de salud desde la jubilación*

–Muy buena salud. –El verano pasado no le molestaba tanto la verruga, pero este verano sí, le pica, no le duele y quiere volver al médico para que se la vea (es su hijo el que insiste).

9.2.3.3 *Hospitalización*

–Ninguna.

9.2.3.4 *Medicación*

–Nada.

9.2.3.5 *Operaciones*

– Ninguna.

9.2.3.6 *Funcionalidad actual y días en cama por encontrarse mal en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)*

–Ningún problema.

9.2.3.7 *Utilización de los servicios sanitarios en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)*

- Ego
–Hace 4 ó 5 años que no va al médico.
- Registros
–0 visitas. No ha ido desde 1987.
–1993: ninguna. –1994: ninguna.

9.2.4 *Creencias y actitudes*

9.2.4.1 *Observaciones sobre ego*

9.2.4.1.1 *Descripción de ego*

- Investigadora
–(Fuerte, buen color, directo al hablar y sonriente.)
- Médico
– No lo conoce.
- Su vecina
–Su vecina me comenta que Ego sufrió mucho con la enfermedad de su esposa, que es un buen hombre, pero que no me recibiría si ella no intercede. Los hijos y familia vienen a verle todas las semanas.

9.2.4.1.2 *Contexto de la entrevista*

–(Paseé por la finca, comencé a hablar con una vecina a raíz de su acento alicantino al hablar y ella me introdujo a Ego.)
–Entrevista: Ambiente relajado en su casa, 14-VI-96. – 19:15 – Nadie presente
– hasta las 21:15.

9.2.4.2 *Rutina diaria y distracciones*

9.2.4.2.1 *En casa de los padres*

–Jugaba a “*la calva*”: tirar piedras; más tarde baile (con guitarras primero y luego con picú).

- **Recuerdos**

–Infancia feliz : Tenían ilusión por aprender a labrar. Mucho trabajo y poca diversión.

9.2.4.2.2 *De casada/o*

9.2.4.2.3 *Después de jubilada/o*

–Se jubila a los 65 años. –Trabajos de casa. De 10:00 a 14:00 cuida de sus nietos. También ve a los amigos en la placeta / parque. Por los tardes va al Centro de la 3ª Edad, y juega a las cartas, no bailes. Por la noche ve la tele. 1 ó 2 días a la semana, con sus hijos y nueras, comen juntos los lunes.

9.2.4.3 Creencias sobre salud / enfermedad

–Ego cree que la enfermedad de su esposa vino provocada por el susto a raíz del robo de las gallinas. –Buena opinión de los servicios sanitarios.

9.2.4.4 Mecanismos de autocuidado

–Anda poco. Come de todo (poco pescado). Fumó de joven pero lo dejó hace más de 15 años. Bebe vino a medio día y cerveza por la noche.

9.2.4.5 Creencias sobre la vejez

–Mal, cuando no puedes valerte los hijos te llevan a residencias, ego lo comenta con amigos.

9.2.4.6 Escala de valores

–1º la familia. –2º la salud. –3º el dinero. La religión ni le va ni le viene.

9.2.4.7 Relaciones

–Le gusta estar con gente. Tiene un periquito desde hace 4 años.

9.2.4.8 Etapa de su vida con mayor calidad de vida

–Más calidad de vida ahora. Ahora tiene más dinero que nunca, y no tiene preocupaciones.

9.2.4.9 Control percibido en las decisiones que afectan su vida

–No ha cambiado. Las toma él, con sus hijos.

9.2.4.10 Proceso de decisiones cuando aparece un problema de salud

–No aparecen. Lo de la verruga lo arreglaron sus hijos.

9.2.4.11 Miedos

–(A la vejez dependiente, parece.)

9.2.1 Posición social

9.2.1.1 Género

9.2.1.2 Edad

Código: 5MC-65

9.2.1.3 Clase social

9.2.1.3.1 *En casa de los padres:* –Sale a los 22 años, para casarse. –Eran 3 hermanos

- Educación
–Va a la escuela hasta los 13 años aproximadamente, pero empieza tarde por la guerra.
- Profesiones o/y actividades
–Padre: ”Chófer de señores importantes“ y luego, después de la guerra, encargado de sus tierras. –Madre: Ama de casa y en almacén de naranjas a temporadas. –Ego: Aprende los trabajos de casa y a coser y bordar. Nunca trabaja fuera de casa.
- Propiedades
–Ninguna propiedad al principio, 1 ó 2 huertos y 1 casa de herencia cuando ego ya era adolescente. Tenían animales: gallinas, caballo, borregos, goset, cerdos, conejos, ... y un huertecito, la casa era como una alquería, dentro de Castellón.
- Nivel socioeconómico
–“Medio-Medio”. No escasez. Ropa cosida en casa.

9.2.1.3.2 *De casada/o:* –Se casa a los 22 años. Tiene 1 hijo.

- Educación
–Escuela y contabilidad.
- Profesiones o/y actividades
–Marido: empleado de banca. –Ego: ama de casa, pero aprende manualidades: cerámica, esmaltes,. –Hijo: empleado de banca, como su padre.
- Propiedades
–Compran una villa en Benicassím.
- Nivel socioeconómico
–“Medio-Medio”. No pasan escasez.

9.2.1.3.3 *De jubilada/o:*

- Profesiones o/y actividades
–A diario realiza trabajos de cerámica, esmaltes...en taller-escuela.
- Propiedades
–Las 2 casas. –Tiene una buena pensión la Banca aporta a la pensión de la S.S.
- Nivel socioeconómico
–“Medio-Alto”.

9.2.1.4 Lugar de residencia / Inmigración

–Nace en Castellón. Vive siempre en Castellón, en 3 casas. En el piso actual, y la villa de Benicassím en verano.

9.2.2 Vinculación social

9.2.2.1 Evolución de las relaciones sociales

9.2.2.1.1 En casa de los padres

–Todas las niñas de la calle eran amigas, pero una era su mejor amiga, aún lo es ahora. Muchas reuniones familiares, todos se acercaban porque tenían comida, hacían matanzas y su madre les regalaba partes del animal o embutido. A los 14 ó 15 años: novio, lo dejaron a los 17 años y al poco tiempo, otro novio que fue su único marido. En casa vivían con los abuelos y un tío.

9.2.2.1.2 De casada/o

–Su marido muere en 1990. Desde entonces vive sola. –Muy familiares: todos los domingos iban a comer con los padres ó los suegros de ego, un domingo en cada casa. Ni grupos ni amigos, por la psoriasis del marido.

9.2.2.1.3 Después de jubilada/o

–Su marido muere de paro cardiaco a los 63 años, cuando ego tiene 59 años (1990). Desde entonces vive sola. Casi todo el día está con gente.

9.2.2.1.4 Sistemas de apoyo

–Le ayudaban: su hermana, hijo y marido.

9.2.2.2 Red social actual

9.2.2.2.1 Personas significativas y tipo de conexión

–Hijo, 2 nietos, 1 hermana, 1 cuñada, una nuera. Disminuye (fallece el esposo).

9.2.2.2.2 Grado de vinculación

–Hijo: 2 veces por semana. –Cuñada: 1 vez/día muchas horas (en verano, todo el día). –Nietos: 1 vez/semana. –Hermana: a diario, muchas horas (en verano todo el día). –Nuera: en verano más. Disminuye.

9.2.2.2.3 Marco de la relación

–Casa. Al hijo, en el banco también.

9.2.2.2.4 Duración de la relación

–Todos familia.

9.2.2.2.5 Intercambio

–Apoyo social mutuo, no varia.

9.2.2.2.6 Intensidad (0–5)

–Un 5 a todos excepto a la nuera, un 4.

9.2.2.2.7 Lugar de residencia de cada miembro

–Todos en Castellón.

9.2.2.2.8 Profesión y nivel socioeconómico de los miembros

–"Medio–medio ó medio–alto".

9.2.2.2.9 Relación de cada miembro con las otras personas de la red

–Todos se conocen.

9.2.3 Salud

9.2.3.1 Evolución respecto a la salud

9.2.3.1.1 En casa de los padres

–“El ball de San Vito”, corea. Lloraba mucho, se ponía nerviosa, tembleques. De los 14 a 17 años aproximadamente. –Amigdalitis. –Operada de amígdalas a los 18 años. –Para el corea 1 médico le dijo que solo debían darle más comida, el 2º médico le dió pastillas, y régimen: fuera grasa y cerdo, tila, valeriana, azahar y unas raíces; así se cura. –No problemas para trabajar, pero durante una temporada le caía todo por los tembleques.

9.2.3.1.2 De casada/o

–El aborto – 1954. –1959: descalcificación, no tomaba leche ni queso. Se llegó a quedar enganchada y se le aplanaron los pies, también se quedó sin poder hablar. –Operación de pies en 1965. –Unos 13 años después, otra vez. –Pocos medicamentos, es alérgica a la penicilina, salíclicos, ... – Estuvo 3 meses en silla de ruedas cuando las operaciones de pies.

9.2.3.2 Problemas de salud desde la jubilación

–Vesícula, cólicos en 1992 aproximadamente. –Hernia de hiatio, se la querían operar pero ego se niega. (Comienza antes de los cólicos de vesícula). –Lumbago (por desgaste óseo). –Obesidad.

9.2.3.3 Hospitalización

–8 días en 1992: cólico de vesícula. –4 ó 5 días por operación de vesícula.

9.2.3.4 Medicación

–Pocos, sólo calmantes y Almax (Medicun, Calmaten, Termalgin.)

9.2.3.5 Operaciones

–Vesícula, extirpación en 1993. –Una verruga. –Laparoscopia (hernia).

9.2.3.6 Funcionalidad actual y días en cama por encontrarse mal en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)

–Ningún problema. Ningún día en cama.

9.2.3.7 Utilización de los servicios sanitarios en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)

- Ego
–5 ó 6 visitas.
- Registros
–3 visitas–programadas: artrosis.
–1993: 2 visitas. –1994: 2 visitas.

9.2.4 Creencias y actitudes

9.2.4.1 Observaciones sobre ego

9.2.4.1.1 Descripción de ego

- Investigadora
–(Bastante llenita, muy arreglada, expresión despierta y muy movida.)
- Médico
–”Normal. Viene sola o acompañada de la cuñada. Tenía tienda de manualidades. Viene poco: el 100% de visitas justificadas“.

9.2.4.1.2 Contexto de la entrevista

–(Llamó al timbre, una vecina me da el teléfono de su casa de verano, me presento diciéndole que puede pedir referencias en el Centro de Salud. Me da cita en su casa de Castellón. Pidió referencias al Dr. Segovia.)

–Entrevista: Su casa, el 23-VII-96. De 10:00 a 12:00. Solas. Ambiente relajado. Me dice que puedo volver cuando quiera, incluso para una entrevista más larga. (Parece que se ha adaptado bien a su vida de viuda y se mantiene muy activa y aparentemente feliz con lo que hace).

9.2.4.2 Rutina diaria y distracciones

9.2.4.2.1 En casa de los padres

–Jugaba en la calle a: “marro”(correr de parte a parte de la calle), corda, muñecas.

- **Recuerdos**

–Recuerdos normales (no muestra entusiasmo y dice: “*era zurda y me castigaban en clase y se burlaban de mi, sufrí porque tenía mucho amor propio.*”) Era callada. En casa buen ambiente, aunque su padre era raro, pero no pegaban. Su madre era muy caritativa y le castigaba a no salir porque ego era muy poco comedora.

Se levantaba a las 8:00 y siempre, incluso ahora, se acostaba a las 2:00 ó 3:00 de la mañana. Se dedicaban a arreglarla la casa: animales, cortar forraje, lavar, ...

Por la tarde: aprender a bordar, hasta la noche. Sólo salían los domingos y algún ratito a pasear, poco porque las podían acusar de “*malfaeneres.*” Con el novio iba alguna vez al cine, pocas veces al baile, siempre acompañados y de 19:00 a 21:00.

9.2.4.2.2 De casada/o

–No diversiones porque el marido tenía mucha psoriasis y no quería salir, muy sufridor; ella decía que no le apetecía salir para que él no sufriera. Al principio si que salían, pero a los 2 años casados empezó la psoriasis, se agravó pronto.

9.2.4.2.3 Después de jubilada/o

–Muy ocupada: Toma cursillos en Barcelona y Madrid, pagando, de 3 días. Todas las mañanas va a enseñar a los Caramelos a esmaltar, llevar el horno. Sabe trabajar la plata, pinturas y el bronce. Por las tardes va a centros benéficos, 3ª Edad y asociaciones de vecinos a dar clases de sus habilidades. Tiene señora de limpieza y jardinero para su jardín de Benicassím, pero ella también colabora. Se hace la comida, aunque casi nunca tiene tiempo para comprar y su hermana – que vive cerca – le ayuda. Sabe conducir, sabía antes, pero lo dejó por las operaciones de pies y volvió a coger el coche al morir el marido.

9.2.4.3 Creencias sobre salud / enfermedad

–Salud es comer ordenadamente y trabajar sin grandes esfuerzos, se mantiene la mente ocupada y “*no t’ascoltes*”. –Opina que los servicios sanitarios son buenos o malos según el médico; buenos en general, a veces deshumanizados. –Ego cree que a veces la enfermedad es causada por la conducta de una mismo: como no tomaba ni queso ni leche se descalcificó.

9.2.4.4 Mecanismos de autocuidado

–Valeriana, Choliverda para torceduras. Para la psoriasis del marido han probado todo: Manteca de cerdo, Brea con cloroformo, ego lloraba y se reía mientras lo curaba a diario, como borracha, por el cloroformo.

9.2.4.5 Creencias sobre la vejez

–A su edad muy bien: tiene una buena pensión, diversiones y sus hobbies manuales.

9.2.4.6 Escala de valores

–(Separa los valores morales y las aficiones: después de decir que primero eran sus manualidades y 2º nietos e hijo. Aclara que lo 1º son los valores morales: hijo, nietos. 3º Salud. El dinero cree que cuando es excesivo es perjudicial.

9.2.4.7 Relaciones

–(Siempre está con gente.)

9.2.4.8 Etapa de su vida con mayor calidad de vida

–Ahora hace lo que quiere, pero añora el apoyo de su marido: “*Dos millor que un*”, “*si ni hi ha un home, esta més apoyá.*” Resume que mejor calidad de vida: de casada. (No muy convincente.)

9.2.4.9 Control percibido en las decisiones que afectan su vida

–Igual que antes de la jubilación. (No muy convincente.)

9.2.4.10 Proceso de decisiones cuando aparece un problema de salud

–Comenta todo con su hijo, antes también con su marido. Ella decide, pero su hijo la anima..

9.2.4.11 Miedos

– Ninguno.

9.2.1 Posición social

9.2.1.1 Género

9.2.1.2 Edad

Código : 6MC-70

9.2.1.3 Clase social

9.2.1.3.1 *En casa de los padres:* –Sale a los 24 años, para casarse. –Tres hermanos.

- Educación
–Fueron todos a la escuela hasta 14 ó 15 años.
- Profesiones o/y actividades
–Padres: labradores. –Hermanos: Portero, pinche en un hospital. –Ego : aprendió a coser y bordar, se cosía toda su ropa. Trabajaba en el campo y en casa.
- Propiedades
–Tierra propia. Gallinas, conejos, una cabra, ... Cultivo de secano, grano y uva, hacían vino. Cambiaban los productos del campo y vendían algo de vino y algo del campo. Casa propia.
- Nivel socioeconómico
–“Bajo-Medio.” No pasó hambre, pero en la guerra y postguerra padecían un poco.

9.2.1.3.2 *De casada/o:* –Se casa a los 24 años. –Tiene 2 hijos.

- Educación
–Los hijos estudian bachiller.
- Profesiones o/y actividades
–Marido : conductor de autobuses, siempre. –Ego : ama de casa. –Hijos: guardia civil y ama de casa.
- Propiedades
–Casa propia y piso propio.
- Nivel socioeconómico
–“Medio”. No tuvo escasez de alimentos.

9.2.1.3.3 *De jubilada/o:* –(su marido se jubila a los 60 años)

- Profesiones o/y actividades
–Ama de casa.
- Propiedades
–El piso, casa en Benlloch, tierras, ... –Pensiones: ego tiene una pensión de autónoma, por las tierras, se les trabajaban.
- Nivel socioeconómico
–“Medio”.

9.2.1.4 Lugar de residencia / Inmigración

–Nace en Benlloch, Castellón. –En 1966 vienen a Castellón capital, lo prefieren. Ahora viven en Castellón y en el pueblo alternando, mucho tiempo en el pueblo.

9.2.2 Vinculación social

9.2.2.1 Evolución de las relaciones sociales**9.2.2.1.1 En casa de los padres**

–Eran 6 ó 7 amigas que iban más juntas. Asistía a las cenas que hacían sus padres y los vecinos y amigos. A los 17 años conoce a su novio.

9.2.2.1.2 De casada/o

–En Sierra hizo amigos enseguida. Solían salir todas las semanas a cenar con amigos. En CS al irse su hija hizo amistad con la niña de la vecina.

9.2.2.1.3 Después de jubilada/o

–Solo su marido; aún vive. La hija ha vuelto a Castellón.

9.2.2.1.4 Sistemas de apoyo

–Marido e hija.

9.2.2.2 Red social actual**9.2.2.2.1 Personas significativas y tipo de conexión**

–Marido, 2 hijos, 6 nietos, 2 hermanos, 4 sobrinos, 1 yerno, 1 nuera, 2 cuñados. –Igual que de casada.

9.2.2.2.2 Grado de vinculación

–Marido : diario, muchas horas. –Hija : 2 horas/día. –Hijo : 1 vez/15 días.
–3 nietos : 1 vez/15 días. –3 nietos : 1 vez/día (uno mucho).
–Sobrinos : 1 vez/semana. –Yerno : casi diario. –Nuera : 1 vez/semana.
–Cuñado : 1 vez/mes. –Cuñada : 1 vez/semana. –Hermanos : 1 vez/mes (pueblo).
–Mejor que de casada, desde que la hija vino a CS.

9.2.2.2.3 Marco de la relación

–Casa.

9.2.2.2.4 Duración de la relación

–Todos son familia.

9.2.2.2.5 Intercambio

Mutuo o positivo (cuida nietos.)

9.2.2.2.6 Intensidad (0–5)

–Marido, hijos y nietos : un 5 ; hermanos, sobrinos, yerno y nuera : un 4; cuñados: un 3. Satisfecha.

9.2.2.2.7 Lugar de residencia de cada miembro

–Todos en Castellón menos hermanos, cuñados.

9.2.2.2.8 Profesión y nivel socioeconómico de los miembros

–"Medio o Medio–Alto."

9.2.2.2.9 Relación de cada miembro con las otras personas de la red

–Todos se conocen y relacionan, son familia.

9.2.3 Salud**9.2.3.1 Evolución respecto a la salud****9.2.3.1.1 En casa de los padres**

–Flemones a los 13 años después de la guerra – "de la mala sangre, por el miedo" – de bajo del brazo y en el brazo. Se los abría el médico del pueblo, con drenajes; le duró 1 año y adelgazó. –Dolor de cabeza, a partir de los 17 años, junto con cólicos. No le encontraron nada hasta los 50 años : vesícula

biliar seca, llena de piedras. Tuvo vómitos desde los 17 años, pero cuando se le pasaba, se iba a jugar. –A veces, anginas, pero ego estaba contenta.

9.2.3.1.2 *De casada/o*

–Artrosis, cuando vino a Castellón, de rodillas : a los 55 años. –Adelgazó y tristeza cuando se va su hija al trasladar a su marido. –Operación de vesícula a los 50 años. –14 días ingresada en H. General por la operación. –Termalismo : 3 meses. Fue a rehabilitación por artrosis en rodilla. –Muchas aspirinas, a veces hasta pasan 15 días sin tomar ninguna, pero a veces 2 al día.

9.2.3.2 *Problemas de salud desde la jubilación*

–Sólo artrosis desde la jubilación, pero está mejor ahora que a los 55 años.

9.2.3.3 *Hospitalización*

–Sin problemas.

9.2.3.4 *Medicación*

– Sin problemas.

9.2.3.5 *Operaciones*

– Sin problemas.

9.2.3.6 *Funcionalidad actual y días en cama por encontrarse mal en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)*

– Sólo un día en cama.

9.2.3.7 *Utilización de los servicios sanitarios en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)*

- Ego
–2 ó 3 visitas al Centro de Salud por resfriados.
- Registros
–1 visita–1ª: ?.
–1993: 2 visitas. –1994: ninguna visita.

9.2.4 *Creencias y actitudes*

9.2.4.1 *Observaciones sobre ego*

9.2.4.1.1 *Descripción de ego*

- Investigadora
–(Aprox. 1,60m., no gruesa, mirada alegre y amable.)
- Médico
– No la conoce.

9.2.4.1.2 *Contexto de la entrevista*

–(Me la presenta la hija de su vecina, parte de la muestra, a la que ya había entrevistado. Ambiente relajado y agradable. Parecía muy sincera y calmada).
–Entrevista : Su casa, el 22-VI-96, de 16:00 a 18:00. Solas, su marido en la cocina, no salió.

9.2.4.2 *Rutina diaria y distracciones*

9.2.4.2.1 *En casa de los padres*

–Jugaba a canicas, cartones, cuerda, y por la noche : al escondite. Se divertía en casa de la amigas jugando a cartas, paseando... Ego trabajaba en el campo, en casa y cosiendo.

- **Recuerdos**

—Niñez feliz. Buen ambiente familiar. En la escuela : separados chicos y chicas, excepto una época en la república. Tenía muchos amigos. “*Tenía recel de jugar en les amigues*”

9.2.4.2.2 De casada/o

–Trabajando, criando y a cenar con amigos.

9.2.4.2.3 Después de jubilada/o

–Van a comprar, a veces juntos, a veces uno, a veces otro; ego hace la comida, el marido pone la mesa y van a ver su nieto que vive muy cerca. Van siempre juntos. Cuando están en el pueblo : en sus tierras, almendros, aceitunas -las venden- y su huerto de secano, tomates, cebollas, melones. Iban a viajes de la 3ª edad con amigos de Benlloch. Hace 3 años que ya no van.

9.2.4.3 Creencias sobre salud / enfermedad

–(Ego cree que las emociones pueden provocar enfermedad : Le salieron flemones en varias partes durante la guerra, de “*la mala sangre, por el miedo.*” –Adelgazó : entristece cuando se va su hija. –Partos difíciles porque ego comía mucho. –Buena opinión de los médicos.

9.2.4.4 Mecanismos de autocuidado

–De pequeña : Belladona, dieta sana : arroz, verdura, pescado. No comía huevos, su familia sí. Tortillas de guisados: “*blat, sigrons, guises y pesols, aigua y luego frito.*” Vida sana del pueblo.

De casada : Sólo los remedios caseros que el médico ordenaba : cataplasmas, sustancia de arroz (diarrea), tila, ...

De jubilada : No abusar de las cosas saladas o grasas. No trasnochar. Comen poca carne, casi no huevos, poco pescado. No muchas verduras. Comen mucha fruta, arroz, olla, cocido, leche y queso. No mucho fiambre. Beben vino en las comidas desde los 50 años. No tabaco.

9.2.4.5 Creencias sobre la vejez

–La vejez es bonita “*si se sabe coger*”, si tienes los hijos y nietos cerca y te puedes valer.

9.2.4.6 Escala de valores

–1º Los hijos y nietos. –2º Ir al pueblo a ver las tierras. Es creyente, pero no cree en la iglesia.

9.2.4.7 Relaciones

–Muy apegada a su familia, se desengañó de los que no son familia. (Parece satisfecha con su actual red social.)

9.2.4.8 Etapa de su vida con mayor calidad de vida

–Cuando nacieron sus hijos.

9.2.4.9 Control percibido en las decisiones que afectan su vida

–Las decisiones las toma ella, aconsejada por sus hijos.

9.2.4.10 Proceso de decisiones cuando aparece un problema de salud

–Las decisiones de cuando ir al médico las toma ella, aunque a veces insisten su hija y marido.

9.2.4.11 Miedos

–(Solo comenta el que pasó durante la guerra.)

9.2.1 Posición social

9.2.1.1 Género

9.2.1.2 Edad

Código : 7HC+70

9.2.1.3 Clase social

9.2.1.3.1 *En casa de los padres:* –Sale a los 25 años para casarse. –Ego es hijo único.

- Educación
–No va a la escuela. Su madre le enseña a leer y escribir. En la mili aprende cuentas.
- Profesiones o/y actividades
–Padre: artista de circo, perchista. –Madre: ama de casa, acompaña al padre. –Ego: alambrista.
- Propiedades
–Piso en Valencia.
- Nivel socioeconómico
–“Bajo/alto”.

9.2.1.3.2 *De casada/o:* –Se casa a los 25 años. –Tiene 3 hijos.

- Educación
–Hijo: estudia arquitectura. –Hijo: estudia bachiller y cerámica. –Hija: estudia idiomas, interpretación/traducción.
- Profesiones o/y actividades
–Ego: alambrista hasta los 33 años. Luego chofer en Castellón en lugar oficial, por influencia de su cuñado. –Esposa: ama de casa. –Hijo: arquitecto. –Hijo: gerente de fábrica de azulejos. –Hija: tiene academia de inglés.
- Propiedades
–Piso de Castellón. –Casa en el pueblo.
- Nivel socioeconómico
–“Medio”.

9.2.1.3.3 *De jubilada/o:* –Se jubila a los 65 años.

- Profesiones o/y actividades
–Pasea y arregla cosas de casa.
- Propiedades
–Piso actual, desde 1971. –Casa en pueblo. –Pensión.
- Nivel socioeconómico
–“Medio”.

9.2.1.4 Lugar de residencia / Inmigración

–Nace en Teruel. Viaja en un circo por España. Hace la mili en Castellón, se casa con una mujer de Castellón y se instalan aquí cuando ego deja de ser cirquense.

9.2.2 Vinculación social

9.2.2.1 Evolución de las relaciones sociales

9.2.2.1.1 En casa de los padres

–Se reunían con la gente del circo y los 2 meses al año que descansaban, con los abuelos en Masanasa. –A los 22 años tiene un amigo de la mili en Castellón.

9.2.2.1.2 De casada/o

–Viven 6 años con los suegros. –La madre de ego vive con él y su familia nuclear durante 23 años. –No solían salir a cenar, ego es muy melindre (y solitario). Salían con amigos en fiestas señaladas, pero les gustaba la casa, siempre la familia juntos. A veces con familiares de la esposa, “*pero no hemos sido juerguistas*”.

9.2.2.1.3 Después de jubilada/o

–Vive con la esposa. Salen poco con amigos. –Tienen una gatita y a veces han tenido un pato en el piso. Siempre han tenido animales.

9.2.2.1.4 Sistemas de apoyo

–Le cuida su esposa.

9.2.2.2 Red social actual

9.2.2.2.1 Personas significativas y tipo de conexión

–Esposa y 3 hijos. Igual que antes. Solitario.

9.2.2.2.2 Grado de vinculación

–Esposa: 8 horas/día. –Hijo: 3 veces/mes, 3 horas cada vez. –Hijo: 1 vez/semana, 3 horas. –Hija: 3 veces/año, 6 horas cada vez. Más que antes (esposa).

9.2.2.2.3 Marco de la relación

–Casa.

9.2.2.2.4 Duración de la relación

–Son la familia nuclear.

9.2.2.2.5 Intercambio

–Apoyo mutuo.

9.2.2.2.6 Intensidad (0–5)

–Esposa: 5. –Hijos: 4.

9.2.2.2.7 Lugar de residencia de cada miembro

–Esposa y 2 hijos: Castellón. –Hija: Madrid.

9.2.2.2.8 Profesión y nivel socioeconómico de los miembros

–”Alto–bajo“ (excepto esposa, medio como ego).

9.2.2.2.9 Relación de cada miembro con las otras personas de la red

–Son la familia nuclear.

9.2.3 Salud

9.2.3.1 Evolución respecto a la salud

9.2.3.1.1 En casa de los padres

–Era melindroso para comer (aún ahora). –Le creció un hueso en el húmero a los 24 y le operaron; 5 días ingresado.

9.2.3.1.2 *De casada/o*

–Cólicos de riñón, de 1953 a 1963. –TA alta hace 20 años. –Diabetes, perdió la vista y la recuperó, hace 8 años. –Infección, con vómitos y fiebre alta, ingresado 12 días. –Reacción a la medicación intravenosa cuando los cólicos. –Morfina para cólicos. –Insulina y luego Euglucón. Masdil para la TA. –Hierbas, Palito de oro y cola de caballo para el riñón (se lo recomendó un vecino).

9.2.3.2 *Problemas de salud desde la jubilación*

–Angina de pecho en 1993: dolor. –Dolor lumbar, poco.

9.2.3.3 *Hospitalización*

–Ingresa en UVI 1 semana y 15 días en planta, por angina de pecho.

9.2.3.4 *Medicación*

–Adiro (Aspirina).

9.2.3.5 *Operaciones*

–No.

9.2.3.6 *Funcionalidad actual y días en cama por encontrarse mal en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)*

–Ningún día en cama.

9.2.3.7 *Utilización de los servicios sanitarios en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)*

- Ego
–4 ó 5 veces.
- Registros
–16 visitas, programadas: control Diabetes y Cardiopatía.
–1993: 6 visitas. –1994: 9 visitas.

9.2.4 *Creencias y actitudes*

9.2.4.1 *Observaciones sobre ego*

9.2.4.1.1 *Descripción de ego*

- Investigadora
–(Bien parecido, aseado, no muy hablador ni muy expresivo. Parece sincero y agradable.)
- Médico
–”Tirando a introvertido. Correcto. Viene solo o con su esposa. Diabetes y cardiopatía. El 100% de visitas justificadas“.
- Esposa
–Tuvo mucha paciencia con la madre de ego, dominante, y con su esposo, “melindroso”.

9.2.4.1.2 *Contexto de la entrevista*

–(Voy a su casa varias veces, no están. Pregunto en el kiosco vecino: volverán después del verano. Regreso en septiembre y consigo una cita).
–Entrevista: en su casa. El 15-X-96. De 16:00 a 18:20. Ego, su esposa –que interviene a menudo– y yo.

9.2.4.2 Rutina diaria y distracciones**9.2.4.2.1 En casa de los padres**

–Viajan por España porque son parte de un circo. Vivían en pensiones o casas particulares “*Los cirquenses no era bien recibidos en muchos sitios*”. Sede en Valencia. Se levantaban a las 12 para ensayar, a las 15 h. comían y a las 16:15 empezaba la función. Cenaban a las 2 h.

- **Recuerdos**

–No son felices. Su madre era sobreprotectora, no le dejaba jugar para que no se ensuciara. Sólo feliz en la mili. Su padre era muy bueno y tímido, su madre no le dejaba expansionarse. A ego le gustaba recorrer el circo; ni juegos ni cafés.

9.2.4.2.2 De casada/o

–Trabajo, casa y de excursión con los hijos y esposa. Siempre con la familia.

9.2.4.2.3 Después de jubilada/o

–Se levanta a las 8:30 ó 9:30 y pasea 10 km., solo o con conocidos. Trabaja en cosas de casa.. –Es un “*manitas*”: fontanería, electricidad. –Ve tele y pasea por la tarde, poco con amigos. No va al centro de la 3ª edad.

9.2.4.3 Creencias sobre salud / enfermedad

–“*Todo influye en el mantenimiento de la salud*”: el trabajo “*a gusto*” beneficia. – Los servicios sanitarios le inspiran confianza.

9.2.4.4 Mecanismos de autocuidado

–Sólo le gusta: huevo, leche, patatas fritas y mucha fruta; pero come: hervido, pescado y pechuga. –Pasea más de 10 km/día. –Nunca fumó. –Tomaba vino hace años, ahora no.

9.2.4.5 Creencias sobre la vejez

–Es triste porque dependes de los demás. Cree que su esposa lo cuidaba, aunque no se ha parado a pensar en su posible dependencia.

9.2.4.6 Escala de valores

–1º salud. –2º dinero. –3º estar bien con la familia.

9.2.4.7 Relaciones

–Hay de todo; si son buenas, “*está bien*”.

9.2.4.8 Etapa de su vida con mayor calidad de vida

–En la mili y en el matrimonio.

9.2.4.9 Control percibido en las decisiones que afectan su vida

–Antes decidía con seguridad pero ahora no, le preocupa hasta coger el coche. Pero sigue siendo él quien toma decisiones.

9.2.4.10 Proceso de decisiones cuando aparece un problema de salud

–Se resiste a ir al médico, le empujan su esposa e hijos.

9.2.4.11 Miedos

–No los nombra.

9.2.1 Posición social

9.2.1.1 Género

9.2.1.2 Edad

Código : 8HC+69

9.2.1.3 Clase social

9.2.1.3.1 *En casa de los padres:* –33 años, hasta que se casó. –Eran 3 hermanos.

- Educación
–Ego va a la escuela 10 años, hasta que viene la guerra.
- Profesiones o/y actividades
–Padre: mecánico. –Madre: ama de casa. –Ego: mecánico, sus hermanos también.
- Propiedades
–Taller. –Casa. –Alquería y tierras.
- Nivel socioeconómico
–“Medio”. –Nunca escasez.

9.2.1.3.2 *De casada/o:* –Se casa a los 33 años. –Tiene 3 hijos, 1 muere a las 24 horas (niña, la 1ª).

- Educación
–Hija: diplomada en empresariales. –Hijo: estudia bachiller.
- Profesiones o/y actividades
–Ego: contable en una empresa. –Hija: en paro, la tiraron de la empresa “*aixina son els socialistes: despido libre*”. –Hijo: trabaja en un banco. –Esposa: ama de casa.
- Propiedades
–Casa propia. –2 apartamentos. –Tuvo tierras y las vendió, le daban problemas.
- Nivel socioeconómico
–“Medio/medio”.

9.2.1.3.3 *De jubilada/o:* –Se jubila a los 65 años.

- Profesiones o/y actividades
–Nada en especial.
- Propiedades
–Casa. –2 apartamentos. –Local comercial (herencia).
- Nivel socioeconómico
–“Medio/medio”.

9.2.1.4 Lugar de residencia / Inmigración

–Nace en Castellón. Siempre vive aquí.

9.2.2 Vinculación social

9.2.2.1 Evolución de las relaciones sociales**9.2.2.1.1 En casa de los padres**

–Todo transcurría superficialmente. No tenía amigos especiales. Jugaba, iba a bailar y al cine. –Se reunían con familiares a Navidad y en verano. Al principio salía el matrimonio con 2 amigos 2 veces/mes, los niños con los abuelos. –Conoce a su novia en un baile, a los 30 años.

9.2.2.1.2 De casada/o

–No tiene relaciones con los familiares. –No tiene amigos especiales. –Al principio salían, su esposa y él, 2 veces/mes a cenar con amigos.

9.2.2.1.3 Después de jubilada/o

–Vive con su esposa y 2 hijos solteros (el hijo vive en Madrid, pero viene fines de semana y vacaciones). –Se lleva mal con la hija. –Iba al centro de la 3ª edad, a jugar al ajedrez, con nadie en especial, pero ya no va, se ha aburrido de ir porque el administrador no le gusta. –Tiene un perro; antes un gato. Dice que su esposa le trata peor que antes.

9.2.2.1.4 Sistemas de apoyo

–No necesita a nadie.

9.2.2.2 Red social actual**9.2.2.2.1 Personas significativas y tipo de conexión**

–Esposa, 2 hijos. Igual que antes.

9.2.2.2.2 Grado de vinculación

–Esposa: 6 horas/día. –Hijo: 2 veces/mes, 2 horas cada vez y en vacaciones.
–Hija: 1 ó 2 horas/día.

9.2.2.2.3 Marco de la relación

–Casa.

9.2.2.2.4 Duración de la relación

–Familia nuclear.

9.2.2.2.5 Intercambio

–Apoyo más negativo que antes (menos dinero de la pensión y hace lo mismo en casa).

9.2.2.2.6 Intensidad (0–5)

–Esposa: 5. –Hijo: 5. –Hija: 4.

9.2.2.2.7 Lugar de residencia de cada miembro

–Todos en Castellón, el hijo trabaja en Madrid, pero viene mucho.

9.2.2.2.8 Profesión y nivel socioeconómico de los miembros

–"Medio-medio" (!).

9.2.2.2.9 Relación de cada miembro con las otras personas de la red

–Son familia nuclear.

9.2.3 Salud**9.2.3.1 Evolución respecto a la salud****9.2.3.1.1 En casa de los padres**

–Úlcera de duodeno: dolores fuertes de estómago. –Anginas. –Le ponían cataplasmas de “*farina de llinós*”. –Diabetes (no insulino–dependiente) desde los 6 años (cree) pero se lo descubren a los 20 años.

9.2.3.1.2 *De casada/o*

–Diabetes. –Mala circulación en las piernas: cojeaba. –TA descompensada, a los 60 años lo descubren en un control. –Operado de trombo en pierna derecha. (1987) en medicina privada. –Tomaba Disgren y Lofton para la circulación y Ecacide.

9.2.3.2 *Problemas de salud desde la jubilación*

–Diabetes. –TA alta.

9.2.3.3 *Hospitalización*

–No.

9.2.3.4 *Medicación*

–La misma.

9.2.3.5 *Operaciones*

–No.

9.2.3.6 *Funcionalidad actual y días en cama por encontrarse mal en 15 meses (del 1–I–95 al 31–III–96)*

–Todo bien. No estuvo en cama ningún día.

9.2.3.7 *Utilización de los servicios sanitarios en 15 meses (del 1–I–95 al 31–III–96)*

- Ego
–15 ó 20 veces.
- Registros
–15 visitas–programadas: control Diabetes y TA.
–1993: 7 visitas. –1994: 5 visitas.

9.2.4 *Creencias y actitudes*

9.2.4.1 *Observaciones sobre ego*

9.2.4.1.1 *Descripción de ego*

- Investigadora
–(Rojo de cara; muy poco amigable; casi continuamente enfadado con casi todo. Quiere la entrevista muy corta. Cortante. Más cordial al final¹.)
- Médico
–”Tímido o introvertido. No acepta bien su enfermedad. Viene solo generalmente, con su mujer riñe. –ella es inaguantable–. Hipertenso, diabético. El 100% de visitas justificadas“.

9.2.4.1.2 *Contexto de la entrevista*

–(No está en casa. Una vecina me indica el taller de un hermano. Su hermano me da un tfno. Lo llamo y le digo que puede pedir referencias a su médico. Me cita en el centro de salud.

¹ Al principio me acusa de haberle engañado, porque su esposa llamó a su cuñada y ésta le descubre que yo no había entrevistado a su hermano (nunca dije tal cosa).

–Entrevista: en una cafetería. El 1–VIII–96. De 11:00 a 12:00. Ego y yo en la mesa, clientes alrededor.)

9.2.4.2 Rutina diaria y distracciones

9.2.4.2.1 En casa de los padres

–De 9:00 a 13:00 y de 15:00 a 19:00 trabajaba. –Luego con conocidos, a cenar y pasear.

- Recuerdos

–No recuerda nada especial, de ningún sitio.

9.2.4.2.2 De casada/o

–Le gustaba la pesca submarina, pero poco, ego no era bueno en ella. –Tenis, más tarde. –Se levantaba a las 7:30 para ir a trabajar.

9.2.4.2.3 Después de jubilada/o

–Se levanta a las 10h. Pasea solo y lee el periódico. Ve la tele: sólo le gusta el fútbol.

9.2.4.3 Creencias sobre salud / enfermedad

–La salud es lo que Dios te da, uno no puede hacer nada. –Opinión muy negativa de los servicios sanitarios: el médico le apretaba la barriga buscando una apendicitis y era una úlcera. Listas de espera, mal trato; dice que son unos sinvergüenzas.

9.2.4.4 Mecanismos de autocuidado

–Toma dieta mediterránea: verduras, todo asado. –Dejó de fumar a los 50 años. –Toma alcohol esporádicamente.

9.2.4.5 Creencias sobre la vejez

–La ancianidad es triste, no puedes hacer lo que quieres, te vas degenerando. Ego vio como se fue degenerando su madre.

9.2.4.6 Escala de valores

–1º salud. –2º nietos (no tiene). –Nada más.

9.2.4.7 Relaciones

9.2.4.8 Etapa de su vida con mayor calidad de vida

–De los 30 a 40 años, tenía más actividades e ilusión, como el apartamento.

9.2.4.9 Control percibido en las decisiones que afectan su vida

–Tiene menos control de las decisiones que afectan su vida desde su jubilación. Su esposa manda, no sabe por qué.

9.2.4.10 Proceso de decisiones cuando aparece un problema de salud

–Va al médico, por decisión propia.

9.2.4.11 Miedos

–No nombra ninguno.

9.2.1 Posición social

9.2.1.1 Género

9.2.1.2 Edad

Código : 9HC-71

9.2.1.3 Clase social

9.2.1.3.1 *En casa de los padres:* –32 años, hasta que se casa. –2 hermanos, total.

- Educación
–Ego va a la escuela privada hasta los 11 años, cuando empieza la guerra. Por la noche estudia contabilidad. –Su hermana aprende a bordar.
- Profesiones o/y actividades
–Padre: agricultor. –Madre: ama de casa, vendía en la plaza. –Ego: agricultor, en las fincas de casa.
- Propiedades
–Tierra propia: varias fincas. –Casa. –Alquería.
- Nivel socioeconómico
–“Medio/medio” (!).

9.2.1.3.2 *De casada/o:* –Se casa a los 32 años. Su esposa muere en 1976, ego tiene 52 años. A los 54 años se vuelve a casar. –Tienen 2 hijos del 1er matrimonio.

- Educación
–Su hijo estudia químicas. –El otro hijo medicina, soltero.
- Profesiones o/y actividades
–Ego: agricultor, de sus fincas. –Esposa: ama de casa. –Hijos: químico y médico.
- Propiedades
–2 pisos. –1 chalet. –Tierras, muchas.
- Nivel socioeconómico
–? (Alto-medio).

9.2.1.3.3 *De jubilada/o:* –A los 65 años cobra la pensión.

- Profesiones o/y actividades
–Por la mañana va a las fincas. –Por las tardes al Mercantil, a jugar la partida.
- Propiedades
–Fincas. –2 pisos y chalet.
- Nivel socioeconómico
–“Alto/bajo, o medio”. (dudoso)

9.2.1.4 Lugar de residencia / Inmigración

–Nace en Castellón. Siempre vive aquí.

9.2.2 Vinculación social

9.2.2.1 Evolución de las relaciones sociales

9.2.2.1.1 En casa de los padres

–Muchos amigos para jugar: fútbol, baile, paseo, ajedrez, cine. –A los 22 años: 1ª novia, pero por la noche con los amigos. –Forma parte de la rondalla de Educación y Descanso, tocaba la bandurria. –Se reúne en fiestas con familiares.

9.2.2.1.2 De casada/o

–Iba con amigos a jugar al casino diariamente. También a pescar. Su esposa se quedaba en casa, con los hijos.

9.2.2.1.3 Después de jubilada/o

–Vive con la esposa. Un hijo soltero vive en el pueblo donde trabaja, pero su casa estable es la de ego.

9.2.2.1.4 Sistemas de apoyo

–Su familia.

9.2.2.2 Red social actual

9.2.2.2.1 Personas significativas y tipo de conexión

–Esposa, 2 hijos, 2 nietas, 1 prima. –Igual que antes.

9.2.2.2.2 Grado de vinculación

–Esposa: 6 horas/día. –Hijo: 1 hora/2 semanas. –Hijo: 3 veces/semana, 1 hora cada vez. –Nietas: 1 vez/semana, 3 horas. –Prima: 1 vez/semana, 2 horas. Aumenta (con la esposa).

9.2.2.2.3 Marco de la relación

–Casa/tfno.

9.2.2.2.4 Duración de la relación

–Son todos familia con la esposa actual, desde 1977.

9.2.2.2.5 Intercambio

–Apoyo mutuo.

9.2.2.2.6 Intensidad (0–5)

–Esposa e hijos: 5. –Nietos: 4. –Prima: 3.

9.2.2.2.7 Lugar de residencia de cada miembro

–Todos en Castellón, excepto un hijo, que viene a menudo.

9.2.2.2.8 Profesión y nivel socioeconómico de los miembros

–"Medio–alto".

9.2.2.2.9 Relación de cada miembro con las otras personas de la red

–Todos se conocen, son familia.

9.2.3 Salud

9.2.3.1 Evolución respecto a la salud

9.2.3.1.1 En casa de los padres

–Terciana, poco, en postguerra. –Apendicitis, con peritonitis, a los 21 años, en la mili. Operado. –Enganches de espalda con frecuencia, por tonterías. –Tomaba quinina. –Fue a un huesero (espalda); masajes. –Cataplasmas y té de monte.

9.2.3.1.2 *De casada/o*

–Enganches de espalda. –Artrosis. –Operado de próstata en 1988. –Tomó antiinflamatorios e hizo rehabilitación. –Iba a curanderos que le daban masajes, dolores de artrosis.

9.2.3.2 *Problemas de salud desde la jubilación*

–Artrosis. –TA alta, por nervios.

9.2.3.3 *Hospitalización*

–No.

9.2.3.4 *Medicación*

–Bicipesol, para bajar la tensión.

9.2.3.5 *Operaciones*

–No.

9.2.3.6 *Funcionalidad actual y días en cama por encontrarse mal en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)*

–Ningún día en cama.

9.2.3.7 *Utilización de los servicios sanitarios en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)*

- Ego
–2 ó 3 veces.
- Registros
–3 visitas–programadas: control TA y analítica.
–1993: 2 visitas. –1994: 2 visitas.

9.2.4 *Creencias y actitudes*

9.2.4.1 *Observaciones sobre ego*

9.2.4.1.1 *Descripción de ego*

- Investigadora
–(Energético, pillo, fuerte, activo y amigable. En buena forma física.)
- Médico
–”Su hijo es médico. Bellísima persona. Da poca importancia a la enfermedad. Correcto. Pánico a que le tomen la TA y a la bata blanca. Hipertensión. Viene demasiado poco“.

9.2.4.1.2 *Contexto de la entrevista*

–(Llamo varias veces y no contestan en su casa. Pregunto a una vecina, resulta ser su esposa. Le hablo del médico de cabecera. Me da el tfno. del lugar de veraneo. Consigo una cita en el pueblo de verano, a unos 8 kms.
–Entrevista: en el chalet. El 31-VII-96. De 18:00 a 19:40. Su esposa está presente $\frac{3}{4}$ partes del relato de la 1ª etapa de ego.)

9.2.4.2 *Rutina diaria y distracciones*

9.2.4.2.1 *En casa de los padres*

–Trabajaba desde la 7:00 hasta la puesta de sol. Luego iba al repaso y con los amigos. Toca la bandurria en un grupo de rondallas.

- **Recuerdos**

–Buenos recuerdos de la niñez y de joven. Jugaba mucho.

9.2.4.2.2 De casada/o

–A trabajar por la mañana, a jugar al casino, a pescar; solo con los amigos.

9.2.4.2.3 Después de jubilada/o

–Por la mañana, a las fincas. –Por la tarde con los amigos, a jugar la partida al Mercantil. –Por la tarde con la esposa a pasear. –Hacen muchos viajes, su esposa y ego. –Sigue levantándose a las 7:00 y acostándose a las 24:00.

9.2.4.3 Creencias sobre salud / enfermedad

–Salud es encontrarse en buenas condiciones. –Los médicos siempre le han tratado muy bien, tanto en la privada como en la pública.

9.2.4.4 Mecanismos de autocuidado

–Siempre lleva faja. –Sigue trabajando en el campo. –No ha fumado nunca. Sólo vino con limonada, algún licor en fiestas. –Dieta: mucha verdura, fruta, sin sal, poco cerdo.

9.2.4.5 Creencias sobre la vejez

–”Al final acabas en una residencia“, aunque ego procurará no salir de su casa “*mis bienes para mis males*”.

9.2.4.6 Escala de valores

–1º tratar con la gente con cordialidad. –2º tener salud.

9.2.4.7 Relaciones

–Es amigable.

9.2.4.8 Etapa de su vida con mayor calidad de vida

–Ahora, está bien del todo, aunque siempre ha estado bien.

9.2.4.9 Control percibido en las decisiones que afectan su vida

–Igual que antes, completo.

9.2.4.10 Proceso de decisiones cuando aparece un problema de salud

–Toma él las decisiones. Sólo va al médico por control 1 vez al año y a vacunarse.

9.2.4.11 Miedos

–No.

9.2.1 Posición social

9.2.1.1 Género

9.2.1.2 Edad

Código : 10HC-66

9.2.1.3 Clase social

9.2.1.3.1 *En casa de los padres:* –Hasta los 26 años, sale para trabajar fuera. –
Eran 3 hermanos.

- Educación
–Ego y sus hermanos van a la escuela unos 6 años.
- Profesiones o/y actividades
–Padre: agricultor. –Ego: sastre, agricultor, albañil, hidroeléctrica. –Hermanos: administrativo, ama de casa. –Madre: ama de casa y limpiadora.
- Propiedades
–Tierra propia. –Casa propia cuando ego tiene 18 años. –4 ó 5 ovejas.
- Nivel socioeconómico
–“Medio-bajo”. –Cuando su padre se queda en Francia, la madre e hijos casi rozan la escasez.

9.2.1.3.2 *De casada/o:* –Se casa a los 30 años. –Tiene 3 hijos.

- Educación
–Los 3 hijos estudian, ingeniería técnica 2 y diplomado en informática 1.
- Profesiones o/y actividades
–Ego: empleado de hidroeléctrica. –Esposa: ama de casa. –Hijos: ingenieros técnicos 2 y diplomado en informática el 3º.
- Propiedades
–Siempre vivían en casas de la empresa.
- Nivel socioeconómico
–“Medio-bajo”. –No sobraba.

9.2.1.3.3 *De jubilada/o:* –Se jubila a los 60 años.

- Profesiones o/y actividades
–Lleva la administración de la casa.
- Propiedades
–El piso.
- Nivel socioeconómico
–“Medio-bajo”.

9.2.1.4 Lugar de residencia / Inmigración

–Nace en Rodez (Francia). A los 4 años van a vivir a pueblos de Valencia. Vienen a Castellón en 1971, traslado de la empresa.

9.2.2 Vinculación social

9.2.2.1 Evolución de las relaciones sociales

9.2.2.1.1 En casa de los padres

–Sociable; amigos para jugar, ir al cine, al baile. También sociable con los vecinos y familiares, se reunían en las matanzas y a "pelar la panotxa" en el pueblo.

9.2.2.1.2 De casada/o

–En casa tenían reuniones con amigos semanalmente. Su cuñado trabajaba en la misma empresa, los mismos traslados, se llevaban muy bien los 2 matrimonios. Iban al pueblo a ver a los familiares 1 vez al año, de vacaciones.

9.2.2.1.3 Después de jubilada/o

–Vive con su esposa y los 3 hijos (uno divorciado). –Tuvieron un perrito unos meses, lo mató un camión. Un periquito 5 años.

9.2.2.1.4 Sistemas de apoyo

–Su familia.

9.2.2.2 Red social actual

9.2.2.2.1 Personas significativas y tipo de conexión

–Esposa, 3 hijos, 1 cuñado, 2 hermanos, 2 sobrinos. Igual que antes.

9.2.2.2.2 Grado de vinculación

–Esposa: a diario, muchas horas.
 –Hijos: a diario, pocos ratos.
 –Cuñado y hermano: 1 vez cada 3 ó 4 meses.
 –Hermana: 1 vez/semana.
 –Sobrinos: 1 vez/semana ó cada 15 días.
 Mayor que antes (esposa).

9.2.2.2.3 Marco de la relación

–Casa o en el pueblo.

9.2.2.2.4 Duración de la relación

–Son todos familia.

9.2.2.2.5 Intercambio

–Apoyo mutuo, como antes.

9.2.2.2.6 Intensidad (0–5)

–Esposa e hijos: 5.
 –Cuñado y hermanos: 4.
 –Sobrinos: 3.

9.2.2.2.7 Lugar de residencia de cada miembro

–Castellón o el pueblo (en Valencia).

9.2.2.2.8 Profesión y nivel socioeconómico de los miembros

–"Media o media-baja".

9.2.2.2.9 Relación de cada miembro con las otras personas de la red

–Son familia, todos se relacionan.

9.2.3 Salud

9.2.3.1 Evolución respecto a la salud

9.2.3.1.1 En casa de los padres

–Poco comedor, pero sano. –Veía borroso a los 17 años, dejó de coser (sastre) y se le pasó. –Dolor de cabeza de 17 a 18 años, creía que era por los dientes. –Tomaba Optalidón. –Su madre le daba hierbas: sabuco y manzanilla.

9.2.3.1.2 De casada/o

–Problemas de columna, en 1984 y se agravaron. –Gripes, a veces guardaba cama 2 días. –Calmantes. –Limón y miel para gripes.

9.2.3.2 Problemas de salud desde la jubilación

–Infarto en 1993: se sintió mal y su esposa lo llevó en taxi a urgencias. No podía moverse.

9.2.3.3 Hospitalización

–15 días, cuando el infarto, 5 de ellos en la UVI.

9.2.3.4 Medicación

–Adiro (como aspirina) y Acovil (dilatador).

9.2.3.5 Operaciones

–No.

9.2.3.6 Funcionalidad actual y días en cama por encontrarse mal en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)

–Ninguno.

9.2.3.7 Utilización de los servicios sanitarios en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)

- Ego
–3 veces o menos.
- Registros
–2 visitas–2^{as}: tos.
–1993: ninguna. –1994: 1 visita.

9.2.4 Creencias y actitudes

9.2.4.1 Observaciones sobre ego

9.2.4.1.1 Descripción de ego

- Investigadora
–(Serio, aspecto saludable, muy correcto, respuestas escuetas.)
- Médico
–”Normal; viene demasiado poco, tarde, cuando tiene algo. Viene solo o con la mujer, asmática. Problemas respiratorios“.

9.2.4.1.2 Contexto de la entrevista

–(Paseo por la finca hasta que veo un vecino que conozco; le pregunto si puedo utilizarlo como referencia, acepta y llamo a la puerta; consigo una cita para 2 semanas más tarde, se van de vacaciones y volverán para una boda.
–Entrevista: en su casa. El 8-VII-96. De 17:00 a 19:00. Con su esposa durante toda la entrevista.)

9.2.4.2 Rutina diaria y distracciones**9.2.4.2.1 En casa de los padres**

–En hidroeléctrica había cine y bar, pero iba poco porque trabajaba de 12 a 14 horas al día.

- **Recuerdos**

–Recuerdos bonitos. Era un niño travieso y extrovertido. Jugaba todas las tardes.

9.2.4.2.2 De casada/o

–Trabajo duro y en vacaciones al pueblo. –Va a la playa con esposa y niños.

9.2.4.2.3 Después de jubilada/o

–Se levanta hacia las 9:00 y va de paseo con amigos esporádicos. –A veces va al bar de los jubilados. Antes era cazador y pescador. –Por la tarde también pasea.

–Le gusta dormir, pasear y leer.

9.2.4.3 Creencias sobre salud / enfermedad

–(A veces la conducta puede influir). –Buena opinión de los servicios sanitarios, pero a veces tiene fallos.

9.2.4.4 Mecanismos de autocuidado

–Dieta variada y natural, pero le gusta la carne. –Dejó de fumar desde el infarto, sólo 1 ó 2 cigarrillos/día. –En verano: una cerveza pequeña al día; en invierno vino algún domingo.

9.2.4.5 Creencias sobre la vejez

–Bonita si independiente; si no, depende de la familia que tengas.

9.2.4.6 Escala de valores

–1º salud. –2º familia. –3º dinero.

9.2.4.7 Relaciones

–?.

9.2.4.8 Etapa de su vida con mayor calidad de vida

–Ahora tendrían mejor calidad de vida que nunca si su esposa no estuviera enferma.

–Cuando vino a Castellón: tenía más dinero, estaban sanos, iban a la playa con los niños.

9.2.4.9 Control percibido en las decisiones que afectan su vida

–Ahora se deja aconsejar más.

9.2.4.10 Proceso de decisiones cuando aparece un problema de salud

–Ego toma la decisión de ir o no al médico.

9.2.4.11 Miedos

–No.

9.2.1 Posición social

9.2.1.1 Género

9.2.1.2 Edad

9.2.1.3 Clase social

Código : 11MC-72

9.2.1.3.1 *En casa de los padres:* –25 años, hasta que se casa. –Eran 2 hermanos.

- Educación
–Ego fue a la escuela de la Consolación y luego a la escuela laica.
- Profesiones o/y actividades
–Padre: albañil a sueldo. –Madre: limpiadora. –Ego: a los 11 años fue ayudante de costurera y trabajaba en el campo de su abuelo. Luego en la naranja y en una fábrica.
- Propiedades
–Ninguna.
- Nivel socioeconómico
–“Bajo-medio”.

9.2.1.3.2 *De casada/o:* –Ego se casa a los 25 años. –Tiene 6 hijos.

- Educación
–Todos los hijos van a la escuela. –La hija pequeña va a la universidad.
- Profesiones o/y actividades
–Ego: ama de casa; cosía la ropa de la familia. –Marido: camionero. –Hijos: diferentes oficios.
- Propiedades
–Piso propio.
- Nivel socioeconómico
–“Bajo-medio”. –No escasez pero pocas diversiones.

9.2.1.3.3 *De jubilada/o:* –Cobra pensión desde los 65 años.

- Profesiones o/y actividades
–Ama de casa. –Hijos: 2 albañiles, 1 encargado de fábrica, 2 amas de casa, 1 estudiante.
- Propiedades
–Piso propio. –Pensión.
- Nivel socioeconómico
–“Bajo-medio”.

9.2.1.4 Lugar de residencia / Inmigración

–Nace en Castellón y siempre vive aquí, excepto 5 años en Almazora –pueblo a 3 kms de Castellón capital.

9.2.2 Vinculación social

9.2.2.1 Evolución de las relaciones sociales

9.2.2.1.1 En casa de los padres

–Ego se relacionó con un primo que murió a los 18 años y lo pusieron en la cama de ego, esto le impresionó mucho. –Cuidaba a una tía que a veces se quedaba muerta; cuando le pasaba comiendo, ego se iba a la fábrica sin comer, nerviosa. –No tenía amigas, sólo una que se fue a Francia. No relaciones satisfactorias –quería mucho a su padre. –El 1^{er} día que fue a bailar, conoció a su actual marido. Diez años de novios, se veían poco.

9.2.2.1.2 De casada/o

–Viven 4 años en casa de sus padres. –Después del 3^{er} hijo decae la relación con el marido: él tenía otra mujer pero siguió viviendo en casa. –Pocos amigos. Se relaciona con hijos, vecinas y tenderas.

9.2.2.1.3 Después de jubilada/o

–Vive con su marido (pero mala relación) y con su hija pequeña, soltera. –Ha tenido canarios y loros, a ego no le gustaban. También tortugas.

9.2.2.1.4 Sistemas de apoyo

–Sus hijos.

9.2.2.2 Red social actual

9.2.2.2.1 Personas significativas y tipo de conexión

–3 hijas y 3 hijos, 2 yernos, 3 nueras y 9 nietos (no nombra al marido). – Igual que antes.

9.2.2.2.2 Grado de vinculación

–3^{er} hijo y familia: a diario, un rato.
–6^a hija: a diario, vive en casa.
–4 hijos y familias: 1 ó 2 veces/mes, un rato.
Igual que antes de la jubilación.

9.2.2.2.3 Marco de la relación

–Casa.

9.2.2.2.4 Duración de la relación

–Son su familia.

9.2.2.2.5 Intercambio

–Apoyo social positivo, como antes.

9.2.2.2.6 Intensidad (0–5)

–Un 5 a cada miembro de la red.

9.2.2.2.7 Lugar de residencia de cada miembro

–Castellón.

9.2.2.2.8 Profesión y nivel socioeconómico de los miembros

–Medio–baja o medio–medio. 2 nueras: aux. Administrativas. 2 yernos: mecánico y en tienda de accesorios de coches, dependiente.

9.2.2.2.9 Relación de cada miembro con las otras personas de la red

–Se conocen todos.

9.2.3 Salud

9.2.3.1 Evolución respecto a la salud

9.2.3.1.1 En casa de los padres

–A los 18 años: enferma del estómago, era muy delgada, se cura con dieta ordenada por el médico: no salados ni embutidos. –Su madre le daba aceite de hígado de bacalao.

9.2.3.1.2 De casada/o

–Infección durante el 2º embarazo. –Piedras en la vesícula, ya de joven pero no se lo descubrían. –Hipertensión, cuando se retira la regla. –Desgaste de hueso en rodilla. –Hace 15 años: infección de orina, un riñón no le funciona. –Depresión desde que su marido tiene una amante. Recaidas, no se toma las pastillas que le recetan. Se queda en cama 2 ó 3 días. –Tomaba hierbas, y ungüentos.

9.2.3.2 Problemas de salud desde la jubilación

–Depresiones: llora y se queda en cama.

9.2.3.3 Hospitalización

–No.

9.2.3.4 Medicación

–No suele tomar nada.

9.2.3.5 Operaciones

–No.

9.2.3.6 Funcionalidad actual y días en cama por encontrarse mal en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)

–A veces se queda en cama 2 ó 3 días, por la depresión (no sabe cuantas veces).

9.2.3.7 Utilización de los servicios sanitarios en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)

- Ego

–Sólo cuando está enferma y no siempre, y para repetir¹.

- Registros

–1 visita-programada: control hipertensión.

–1993: 6 visitas. –1994: 6 visitas.

9.2.4 Creencias y actitudes

9.2.4.1 Observaciones sobre ego

9.2.4.1.1 Descripción de ego

- Investigadora

–(Un poco gruesa, gafas de miopía. Expresión más bien triste. Aspecto de señora mayor antigua.)

¹ Repetir medicación, piden una receta.

- Médico
–”Corta. Se casó mayor. Viene poco, a veces por tonterías y cuando debe venir no viene o viene tarde. Viene con la hija o sola. El marido también es corto. Hipertensa. A veces viene porque se asusta“.

9.2.4.1.2 Contexto de la entrevista

- (Pregunté en la escalera a unos vecinos y llamé a la puerta de ego. Hablé con su hija, me dijo que tenía una hermana universitaria; la llamé por tfno. le expliqué de qué iba el trabajo, habló con su madre y me dieron una cita.
- Entrevista: casa de ego. El 19-VI-96. De 19:15 a 21:30. Siempre con la hija, marido, otros hijos y nietos, poco rato solas. Ego es sorda, pero al final nos entendimos bien sin interpretes.)

9.2.4.2 Rutina diaria y distracciones

9.2.4.2.1 En casa de los padres

- Jugaba poco, siempre trabajando. –Con el novio: a pasear y al cine, poco.

- Recuerdos

- Felices, hasta que llego la guerra..

9.2.4.2.2 De casada/o

- Trabajo de casa, coser y criar hijos.

9.2.4.2.3 Después de jubilada/o

- Sale poco, a comprar. –Es bastante religiosa. –Le gustan las plantas (el marido dice: “*lo que li agrá es menjar*”).

9.2.4.3 Creencias sobre salud / enfermedad

- (Ego cree que su enfermedad de estómago de joven se debe a la muerte de su primo – impresión– y a la enfermedad de su tía). –Ha estado enferma y a veces lo está porque ha pasado mucho, brujería. –Buena opinión de los servicios sanitarios.

9.2.4.4 Mecanismos de autocuidado

- Jarabe casero, poleo, manzanilla.

9.2.4.5 Creencias sobre la vejez

- Es triste.

9.2.4.6 Escala de valores

- 1º nietos. –2º hijos. –3º religión.

9.2.4.7 Relaciones

- (Pocas).

9.2.4.8 Etapa de su vida con mayor calidad de vida

- Cuando era pequeña, antes de la guerra.

9.2.4.9 Control percibido en las decisiones que afectan su vida

- No ha bajado.

9.2.4.10 Proceso de decisiones cuando aparece un problema de salud

- Se resiste a ir al médico, a veces va.

9.2.4.11 Miedos

- No nombra.

9.2.1 Posición social

9.2.1.1 Género

9.2.1.2 Edad

Código : 12MC+68

9.2.1.3 Clase social

9.2.1.3.1 *En casa de los padres:* –Hasta los 26 años. –Eran 5 hermanos, pero uno muere a los 18 meses, pulmonía.

- Educación
–Ego y sus hermanos casi no van a la escuela (feriantes). Ego aprende a leer de mayor.
- Profesiones o/y actividades
–Padres: feriantes (caballitos). –Ego: feriante. –Hermanos: feriantes; menos la hermana mayor: niñera, sirviente, camarera.
- Propiedades
–Sólo los caballitos de feria y el vehículo para traslados. –El piso base estaba en Lérída, alquilado.
- Nivel socioeconómico
–“Bajo”. –Pasaron escasez durante la guerra.

9.2.1.3.2 *De casada/o:* –Se casa a los 25 años. –Tienen 2 hijas.

- Educación
–Sus hijas estudian en un internado religioso hasta los 14 años.
- Profesiones o/y actividades
–Ego y marido: feriantes. –Hijas: (se casan con feriantes también) feriantes.
- Propiedades
–Un piso en Lérída; lo venden a los 18 años de usarlo. –Un piso en Castellón, el actual. –Negocio de feria y un almacén.
- Nivel socioeconómico
–“Medio-bajo”.

9.2.1.3.3 *De jubilada/o:* –Ego cotizará hasta los 69 años (pagará, pero no trabajará de feriante). –Su marido se jubiló a los 63 años.

- Profesiones o/y actividades
–Ama de casa y a veces ayuda a su hija y yerno en la feria de Castellón.
- Propiedades
–Piso en Castellón. –Ego no cobra pensión, continua pagando hasta los 69 años para cobrar mejor.
- Nivel socioeconómico
–“Medio-bajo”.

9.2.1.4 Lugar de residencia / Inmigración

–Nace en Alcarrás (Lérída). Viaja por España (feriante). Residencia base en Castellón desde 1972.

9.2.2 Vinculación social

9.2.2.1 Evolución de las relaciones sociales

9.2.2.1.1 En casa de los padres

–Amigos de la feria. Se reunían a comer sandía a las 3^H de la mañana, cuando cerraban la feria. No reuniones familiares, excepto con una hermana de su madre, también feriante. –1^{er} novio: 18 años; 2^o novio (su marido) a los 20 años.

9.2.2.1.2 De casada/o

–Viven con los padres de ego unos años. Luego: por su cuenta. –Poca vida social. Es una vida muy esclava y hay que descansar por las noches.

9.2.2.1.3 Después de jubilada/o

–Tiene a su nieta muchas temporadas. Vive con su marido y a veces también con su nieta. –Tiene una perrita desde hace 13 años.

9.2.2.1.4 Sistemas de apoyo

–Su marido e hijas.

9.2.2.2 Red social actual

9.2.2.2.1 Personas significativas y tipo de conexión

–Esposo, 2 hijas, 4 nietos, 2 yernos, 2 hermanas, 1 hermano. –Igual que antes.

9.2.2.2.2 Grado de vinculación

–Marido: las 24 horas.
 –Hija: ½ hora diaria; con la otra hija: irregular 2 veces/mes, mucho por tfno.
 –2 nietos: ½ hora diaria con dos de ellos.
 –1 nieta: vive con ella grandes temporadas.
 –1 nieta: irregular, 2 veces/mes.
 –Yernos: 1 vez/mes, unos minutos; otro: irregular, 2 veces/mes.
 –2 hermanas: 2 veces/año, unos días.
 –Hermano: cada 2 meses, 3 horas.
 Aumenta el grado de vinculación (nietos, marido).

9.2.2.2.3 Marco de la relación

–Casa, calle o feria.

9.2.2.2.4 Duración de la relación

–Son su familia.

9.2.2.2.5 Intercambio

–Apoyo positivo, como antes o más (nieta).

9.2.2.2.6 Intensidad (0–5)

–Un 5 a todos, excepto a los yernos, no sabe que ponerles.

9.2.2.2.7 Lugar de residencia de cada miembro

–Castellón o viajando (feriantes).

9.2.2.2.8 Profesión y nivel socioeconómico de los miembros

–Todos "Medio–bajo". (Feriantes o un bar).

9.2.2.2.9 Relación de cada miembro con las otras personas de la red

–Todos se conocen, son familia.

9.2.3 Salud

9.2.3.1 Evolución respecto a la salud

9.2.3.1.1 En casa de los padres

–A los 2 años se caía, pero pensaron que fue por tomar anís. –Jaquecas relacionadas con la regla. –El padre de ego rompía las anginas. –Vahos de eucaliptos y cataplasmas.

9.2.3.1.2 De casada/o

–Jaquecas hasta que se va la regla. –A los 61 años: piedras en vesícula: dolor de estómago; operada. –Toma miel con limón y bicarbonato. –Hace vahos.

9.2.3.2 Problemas de salud desde la jubilación

–Artrosis. –Lumbago.

9.2.3.3 Hospitalización

–No.

9.2.3.4 Medicación

–Crema para artrosis. Tomó antiinflamatorios, pocos.

9.2.3.5 Operaciones

–No.

9.2.3.6 Funcionalidad actual y días en cama por encontrarse mal en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)

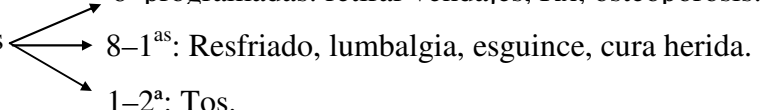
–Sin problemas. –Ningún día en cama.

9.2.3.7 Utilización de los servicios sanitarios en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)

- Ego

–4 veces o menos.

- Registros

–15 visitas 

- 6-programadas: retirar vendajes, Rx, osteoporosis.
- 8-1^{as}: Resfriado, lumbalgia, esguince, cura herida.
- 1-2^a: Tos.

–1993: 15 visitas. –1994: 8 visitas.

9.2.4 Creencias y actitudes

9.2.4.1 Observaciones sobre ego

9.2.4.1.1 Descripción de ego

- Investigadora

–(Arreglada, parece más joven. Aparentemente instruida, muy buena expresión, habladora. Fuerte.)

- Médico

–”Extrovertida. El 80% de visitas justificadas. Ninguna malaltía crónica, artrosis. “

9.2.4.1.2 Contexto de la entrevista

–(Fui directamente a su casa. El marido no parecía conforme. Pidieron referencias al médico y se fueron de vacaciones. Después del verano llamé por

tfno., fui a su casa e hicimos una cita. Ego más receptiva, pero dejaba actuar al marido.

–Entrevista: en su casa. También le acompañé a recoger a su nieta a la escuela –6 años– y luego estuvo con nosotras. El 1–IX–96. De 16:20 a 19:00.)

9.2.4.2 Rutina diaria y distracciones

9.2.4.2.1 En casa de los padres

–Jugó poco, trabajaba mucho. Cine, no baile (harta de música). –Vida dura, no rutinaria, pero siempre se acostaban muy tarde.

- Recuerdos

–Felices, excepto durante la guerra. Muy buen ambiente en su casa.

9.2.4.2.2 De casada/o

–Viajaban por el norte de España y la Comunidad Valenciana.

9.2.4.2.3 Después de jubilada/o

–Se levanta a las 9:00 o 10:00, cuando no tiene a su nieta. Compran ella y su marido juntos. Ven la tele y pasean 1 ó 2 horas, solos con la hija mayor. –No van al centro de la 3ª edad ni a los viajes que organizan. –No tienen amigos.

–Hacen algún viaje: Galicia, Valle de Arán, poco.

9.2.4.3 Creencias sobre salud / enfermedad

–(Ego recuerda que su madre murió 2 meses después de morir su padre –70 años– dejó de tomarse la medicación.) –Buena opinión de los servicios sanitarios.

9.2.4.4 Mecanismos de autocuidado

–Estoreta caliente, para lumbago. –Buena alimentación: fruta, verdura, pescado.

–Trabajar, ayuda a tener salud. –Fuma 1 paquete/día, desde hace 15 años, pero no traga el humo. –Alcohol: solo esporádicamente. –Paseos.

9.2.4.5 Creencias sobre la vejez

–Si hay salud es muy bonita, pero si no hay salud, no lo es.

9.2.4.6 Escala de valores

–1º su marido. –2º hijos. –3º nietos.

9.2.4.7 Relaciones

–Muy bonitas si no te traicionan (ego tiene malos recuerdos al respecto.)

9.2.4.8 Etapa de su vida con mayor calidad de vida

–Desde que se le acabó la regla no tiene jaquecas.

9.2.4.9 Control percibido en las decisiones que afectan su vida

–Igual que siempre.

9.2.4.10 Proceso de decisiones cuando aparece un problema de salud

–Va al médico cuando ya no tiene más remedio.

9.2.4.11 Miedos

–Le dan miedo los robos, por eso no quiere viajar (ego vió un robo.) –Le da miedo caer enferma.

9.2.1 Posición social

9.2.1.1 Género

9.2.1.2 Edad

Código : 13HC+73

9.2.1.3 Clase social

9.2.1.3.1 *En casa de los padres:* –Fueron 3 hermanos. El 1º muere a los 4 años. – Sus padres mueren jóvenes, a los 52 años – madre un año después que el padre. –Su padre era rojo, 3 años en la cárcel antes de morir. –Ego cuida del hermano pequeño hasta que se casa.

- Educación
–Ego estudia bachiller en la república, pero luego no le reconocen los estudios. Auto didacta: administrativo y música. –Hermano: Administración.
- Profesiones o/y actividades
–Padre: oficial administrativo de la Diputación, por oposición y Administrador de Hospital. –Ego: contable y músico. –Hermano: jefe de negociado. –Madre: ama de casa, pero con ayuda, estaba delicada.
- Propiedades
–Casa alquilada. –Chalet de madera en la playa.
- Nivel socioeconómico
–“Medio/alto”.

9.2.1.3.2 *De casada/o:* –Se casa a los 25 años.

- Educación
–1^{er} hijo: Preu y mecánico dentista. –2º hijo: Magisterio e inglés. –3^{er} hijo: Derecho, de mayor.
- Profesiones o/y actividades
–Administrativo. Representante, cantante y músico de orquesta. –Esposa: ama de casa. –Hijos: 1º celador de Hospital; 2º Tienda de discos; 3º Cabo municipal.
- Propiedades
–Un piso, de la Obra sindical. Luego lo venden. –Otro piso, también lo venden y compran el actual. –Un apartamento en la playa.
- Nivel socioeconómico
–“Medio/medio”.

9.2.1.3.3 *De jubilada/o:* –Se jubila a los 64 años.

- Profesiones o/y actividades
–Continúa con las contabilidades, pero no quiere aprender ordenadores. –Esposa ama de casa.
- Propiedades
–Su piso. –Buena pensión.
- Nivel socioeconómico
–“Medio/medio”.

9.2.1.4 Lugar de residencia / Inmigración

–Nace en Castellón y vive aquí siempre.

9.2.2 Vinculación social

9.2.2.1 Evolución de las relaciones sociales

9.2.2.1.1 En casa de los padres

–Retraído, pero jugaba con los amigos, con su hermano y con los compañeros del coro y de los grupos de zarzuela. –1ª y única novia a los 17 años, ella tenía 14.

9.2.2.1.2 De casada/o

–Vive en casa de los suegros, y el hermano de ego, durante 4 años. –Pocos amigos de salir, muchos de sus actividades. Las horas libres, pocas, con la familia: algún viaje.

9.2.2.1.3 Después de jubilada/o

–Vive con su esposa, operada de cáncer y recibiendo quimioterapia.

9.2.2.1.4 Sistemas de apoyo

–Su familia.

9.2.2.2 Red social actual

9.2.2.2.1 Personas significativas y tipo de conexión

–Esposa, 3 hijos, 4 nietas, 1 hermano, 2 nueras, 2 cuñados, 1 amigo. – (Menos que de casado, por decisión propia.)

9.2.2.2.2 Grado de vinculación

–Esposa: todo el día. –Hijo 1º: 2 veces/mes, 2 horas cada vez; hijo 2º: 1 vez/mes, 1 hora; hijo 3º: 1 hora/día. –Nietos: 2 veces/mes, 2 horas cada vez; 1 vez/día, 2 horas cada vez. –Hermano: 2 horas/semana. –Nueras: como a los hijos. –Cuñada: como al hermano. –Cuñado: 1 vez/mes y 2 horas. –Amigo: 2 horas/3 veces al año. Aumenta (todo el día con la esposa, enferma ahora).

9.2.2.2.3 Marco de la relación

–Casa.

9.2.2.2.4 Duración de la relación

–Todos familia. El amigo: desde 1946.

9.2.2.2.5 Intercambio

–Igual que antes, mutuo.

9.2.2.2.6 Intensidad (0–5)

–Un 5 a Familia nuclear y nietas. Un 4 a hermano y nueras. –Un 3 a cuñados. –Un 2 a amigo. No parece satisfecho (agobiado y triste).

9.2.2.2.7 Lugar de residencia de cada miembro

–Castellón.

9.2.2.2.8 Profesión y nivel socioeconómico de los miembros

–"Medio-medio o medio-alto".

9.2.2.2.9 Relación de cada miembro con las otras personas de la red

–Todos se conocen, también el amigo.

9.2.3 Salud

9.2.3.1 Evolución respecto a la salud

9.2.3.1.1 En casa de los padres

–Muchas anginas: dolor e irritación. Operación. –Vahos de adormidera (opio) recetado por el médico. Pastillas de clorato y joanolas. –Cataplasmas.

9.2.3.1.2 De casada/o

–Amigdalitis. –Le operan de la uña y de “cap de vena en el labio” 4 operaciones de amígdalas y hernia umbilical en 1966. –Insuficiencia renal, desde 1969, Ácido úrico, Gota en 1980.

9.2.3.2 Problemas de salud desde la jubilación

–Hipertensión. –Diabetes (leve). –Problemas del aparato urinario: cistitis, próstata. –Artrosis, desde hace 2 años, no puede andar bien.

9.2.3.3 Hospitalización

–En las operaciones.

9.2.3.4 Medicación

–Capoten (TA); Lipemal (colesterol); Ciloric (Ácido úrico); Ameride y Lesperefril jarabe.

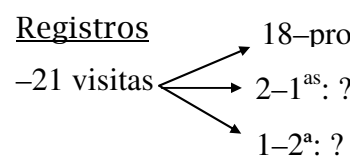
9.2.3.5 Operaciones

–Hidrocele, en 1988. –Próstata, en 1991.

9.2.3.6 Funcionalidad actual y días en cama por encontrarse mal en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)

–Sin problemas, sólo dificultad al andar. –Ningún día en cama.

9.2.3.7 Utilización de los servicios sanitarios en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)

- Ego
 - Unas 20 veces; repetir, análisis, cistitis, azúcar, aparato urinario.
- Registros
 - 21 visitas 
 - 18–programadas: control hipertensión, IRC.
 - 2–1^{as}: ?
 - 1–2^a: ?
 - 1993: 11 visitas. –1994: 9 visitas.

9.2.4 Creencias y actitudes

9.2.4.1 Observaciones sobre ego

9.2.4.1.1 Descripción de ego

- Investigadora
 - (Delgado, no en exceso, no muy alto, culto y agradable, aunque no muy extrovertido. Anda con un poco de dificultad.)
- Médico
 - ”Extrovertido, muy meticuloso. Correcto. Muchos problemas físicos. Al borde de la hemodiálisis. El 100% de visitas justificadas“.

9.2.4.1.2 Contexto de la entrevista

–(Llamo a su puerta. No tienen ganas de entrevistas, la esposa está recibiendo quimio. Hablando nos enteramos de que ego conoce a mi padre. Me dan cita – me siento mal pero no la rechazo).

–Entrevista: su casa. El 24–VII–96. De 17:00 a 19:50. Ego, su esposa y yo.
(Ambiente muy agradable).

9.2.4.2 Rutina diaria y distracciones

9.2.4.2.1 En casa de los padres

–Muy variada. Vida feliz antes de la guerra y fea después: la madre alquila 2 habitaciones a 2 policías. Trabaja jornada partida y con los grupos musicales algunas noches y festivos.

- Recuerdos

–Muy felices de antes de la guerra; escuela de pago, muchos juguetes, los más modernos. –De joven: cárcel del padre, hambre, impotencia de la madre.

9.2.4.2.2 De casada/o

–Trabaja en contabilidades y en grupos musicales; pocas diversiones.

9.2.4.2.3 Después de jubilada/o

–Se levanta a las 8:00. Oye música. Lleva administración de la casa. Ve la tele. Algunas contabilidades. Sale poco a pasear, por la artrosis y por la enfermedad de la esposa.

9.2.4.3 Creencias sobre salud / enfermedad

–Parcialmente genético: su padre padeció del aparato urinario. (La esposa insiste en que la mente influye mucho.) –Buena opinión de los servicios sanitarios.

9.2.4.4 Mecanismos de autocuidado

–Dieta variada; más pescado que carne. –No alcohol.

9.2.4.5 Creencias sobre la vejez

–Es fea. Salen teclas que sabes que no se irán.

9.2.4.6 Escala de valores

–1º matrimonio e hijos. –2º trabajo. –3º seguridad (va junto con el trabajo). –4º salud.

9.2.4.7 Relaciones

–?

9.2.4.8 Etapa de su vida con mayor calidad de vida

–De niño, antes de la guerra.

9.2.4.9 Control percibido en las decisiones que afectan su vida

–Igual que antes, decide con su esposa.

9.2.4.10 Proceso de decisiones cuando aparece un problema de salud

–Va al médico, cuando lo necesita.

9.2.4.11 Miedos

–No los nombra.

9.2.1 Posición social

9.2.1.1 Género

9.2.1.2 Edad

9.2.1.3 Clase social

Código : 14MC+69

9.2.1.3.1 *En casa de los padres:* –La madre muere cuando ego tiene 3 años. Ego era la única hija y va a vivir con sus abuelos. A los 9 años vive por el día con su padre y de noche con los abuelos. –A los 24 años sale de casa para casarse. El padre empieza a beber.

- Educación
–Ego va a la escuela hasta los 14 años.
- Profesiones o/y actividades
–Padres: labrador, para él y para otros, a jornal. –Ego: trabaja en casa, pero 2 ó 3 meses sirviendo en Barcelona.
- Propiedades
–Casa. –Poca tierra.
- Nivel socioeconómico
–“Medio”.

9.2.1.3.2 *De casada/o:* –Se casa a los 24 años. –Tiene 3 hijos.

- Educación
–Van los 3 hijos a la escuela, hasta los 14 años.
- Profesiones o/y actividades
–Marido: tratante de ganado. Monta una carnicería. –Ego: ama de casa y en la carnicería. También droguería. –Hijos: negocios propios: boutique, carnes al por mayor.
- Propiedades
–Piso. –Negocio carnicería/droguería. –2 casas y tierras en el pueblo.
- Nivel socioeconómico
–“Medio/medio”.

9.2.1.3.3 *De jubilada/o:* –Se jubila a los 65 años. Tienen seguro de autónomos, su esposo y ego.

- Profesiones o/y actividades
–Pasarlo bien y ama de casa.
- Propiedades
–Igual que de casada. –Pensión, el marido también.
- Nivel socioeconómico
–“Medio/medio”.

9.2.1.4 Lugar de residencia / Inmigración

–Nace en Villahermosa del Río (Castellón). En 1965 van a CS.

9.2.2 Vinculación social

9.2.2.1 Evolución de las relaciones sociales

9.2.2.1.1 En casa de los padres

–Ego era amigable y traviesa: tenía una pandilla, juegos, excursiones, baile. –
15 años: 1^{er} novio, salían con la pandilla. –A los 17: 2^o novio, marido actual.

9.2.2.1.2 De casada/o

–Vive 14 años con la suegra. –El padre de ego vive 7 años con ego en
Castellón. Ego le pide a su padre que deje la bebida y él la deja. –Salen con
amigos. Les gusta viajar. –Suben al pueblo a fiestas y en verano.

9.2.2.1.3 Después de jubilada/o

–Vive con su marido. Muchos amigos.

9.2.2.1.4 Sistemas de apoyo

–Su marido e hijos.

9.2.2.2 Red social actual

9.2.2.2.1 Personas significativas y tipo de conexión

–Esposo, 1 hija, 2 hijos, 4 nietos y 3 amigas. –Igual que antes.

9.2.2.2.2 Grado de vinculación

–Esposo: 8 horas/día. –Hija: 1 vez/semana, todo el día, y por tfno. –Hijos:
2 veces/semana y 4 veces/semana, un rato. –Amigas: 1 vez/mes, todo el día;
2 veces/semana, varias horas. –Nietos: 1 vez/cada 2 semanas. Pasa más
horas con el marido después de la jubilación.

9.2.2.2.3 Marco de la relación

–Casa; en el trabajo al hijo.

9.2.2.2.4 Duración de la relación

–Amigas: desde principio de los 60. –Resto: son familia.

9.2.2.2.5 Intercambio

–Como antes: apoyo mutuo.

9.2.2.2.6 Intensidad (0–5)

–Un 5 a cada miembro de la familia. Un 3 a las amigas.

9.2.2.2.7 Lugar de residencia de cada miembro

–Castellón y pueblo.

9.2.2.2.8 Profesión y nivel socioeconómico de los miembros

–"Medio".

9.2.2.2.9 Relación de cada miembro con las otras personas de la red

–Se conocen todos.

9.2.3 Salud

9.2.3.1 Evolución respecto a la salud

9.2.3.1.1 En casa de los padres

–Vegetaciones, operada en clínica privada. Penicilina.

9.2.3.1.2 De casada/o

–El estómago se le irrita con los cambios de estación, hace 20 años. –Dolor en rodillas, hace 7 u 8 años. Pastillas y pomada para el dolor de rodilla. – Pastillas para el estómago. A veces ha ido al especialista. –Nuez y agua en ayunas para el colesterol.

9.2.3.2 *Problemas de salud desde la jubilación*

–Hipertensión, desde hace unos años. –Colesterol alto, desde hace unos años.

9.2.3.3 *Hospitalización*

–No.

9.2.3.4 *Medicación*

–Pastillas para la hipertensión y el colesterol.

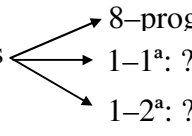
9.2.3.5 *Operaciones*

–No.

9.2.3.6 *Funcionalidad actual y días en cama por encontrarse mal en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)*

–Ningún día en cama.

9.2.3.7 *Utilización de los servicios sanitarios en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)*

- Ego
–4 ó 5 veces.
- Registros
–10 visitas 
 - 8–programadas: control hipertensión y dislipemia.
 - 1–1ª: ?
 - 1–2ª: ?
- 1993: ninguna. –1994: ninguna.

9.2.4 *Creencias y actitudes*

9.2.4.1 *Observaciones sobre ego*

9.2.4.1.1 *Descripción de ego*

- Investigadora
–(Muy arreglada, pintada, atractiva y amable. Muestra miedos e inseguridades, “*pasan tantas cosas...*” Me cuenta historias de robos y ataques. Una vez vio a su periquito colgado en su jaula de un cordel que su marido había colocado para que jugara. Me dice que algunas preguntas mías le dan miedo, Le ofrezco dejar la entrevista, pero insiste en continuar. Un día después de la entrevista me llama a casa, dice que tiene miedo de que algo les pase a sus familiares por haber contestado a mis preguntas. Le aseguro el anonimato. –Muy emocional, llora en diferentes momentos de la entrevista.)
- Médico
–”Extrovertida, Carmen collares. Esposa de un ganadero. Habla de sus viajes. Buena mujer, mala paciente. Hipertensa, dislipemia“.

9.2.4.1.2 *Contexto de la entrevista*

–(Llamo a su puerta, me atienden muy amablemente. Me dan una cita para después del verano. Después del verano me da una cita la 2ª vez llamo por tfno.
–Entrevista: su casa. El 8-X-96. De 16:30 a 18:20. Solas.)

9.2.4.2 *Rutina diaria y distracciones*

9.2.4.2.1 En casa de los padres

–La faena de casa, a buscar agua, de paseo.

- **Recuerdos**

–En general, felices, sus abuelos eran cariñosos, pero aún recuerda a su madre en el ataud. La mimaron mucho.

9.2.4.2.2 De casada/o

–Negocios y crianza de hijos.

9.2.4.2.3 Después de jubilada/o

–Salen mucho: al cine, a pasear, viajes de la 3ª edad, solos o con amigos. –Se levantan a las 8:30 o 9:00, a veces a las 12:00. Van a comprar los 2. Ego limpia la casa. Ven la tele y juegan a cartas. Con amigos, en sus casas a veces. –Va a pasear, siempre con su marido.

9.2.4.3 Creencias sobre salud / enfermedad

–La salud es cosa del destino. –Buena opinión de los servicios sanitarios.

9.2.4.4 Mecanismos de autocuidado

–Come lo que le apetece. –Pasea y un poco de bici estática.

9.2.4.5 Creencias sobre la vejez

–Ni tabaco ni alcohol; algún cigarrillo en bodas.

9.2.4.6 Escala de valores

–1º familia. –2º salud. –3º dinero.

9.2.4.7 Relaciones

–Es bonito, pero no quiere salir a cenar con los amigos del pueblo porque comen cerdo y ego quiere privarse.

9.2.4.8 Etapa de su vida con mayor calidad de vida

–Siempre igual, bien (la pensión actual es menor que lo que tenían antes).

9.2.4.9 Control percibido en las decisiones que afectan su vida

–Como no tiene tanto dinero como antes no decide igual.

9.2.4.10 Proceso de decisiones cuando aparece un problema de salud

–Ego va al médico cuando se siente mal.

9.2.4.11 Miedos

–Muchos, pero indefinidos, a fuerzas ocultas.

9.2.1 Posición social

9.2.1.1 Género

9.2.1.2 Edad

Código : 15MC+74

9.2.1.3 Clase social

9.2.1.3.1 *En casa de los padres:* –Sale a los 26 años para casarse. –Eran 6 hermanos, uno muere de cucaracha a los 19 meses.

- Educación
–Ego y sus hermanos van a la escuela hasta los 11 ó 12 años. “*Todos saben lo preciso*”. Las chicas aprenden a coser.
- Profesiones o/y actividades
–Padre: “*bouero*” (labrador con toros) y vaquería. Trabajaba tierra arrendada. – Madre: ama de casa y vaquería. –Ego:trabaja en casa. Sus hermanos: en la vendimia (Francia) y fábricas agrícolas.
- Propiedades
–10 “*fanecaes*” de tierra, que le quitaron durante la guerra por no tener papeles. – Animales domésticos.
- Nivel socioeconómico
–“Medio/Bajo”.

9.2.1.3.2 *De casada/o:* –Se casa a los 26 años. –Tienen 2 hijos.

- Educación
–Estudian los 2 hijos: certificado escolar la 1ª y bachiller el 2º.
- Profesiones o/y actividades
–Esposo: panadero –Ego: trabaja en la panadería, con Seguridad Social. –Hija: panadera. –Hijo: trabaja en fábrica de azulejos.
- Propiedades
–Piso. –Apartamento pequeño. –Negocio: panadería.
- Nivel socioeconómico
–“Medio/Bajo”.

9.2.1.3.3 *De jubilada/o:* –Se jubila a los 65 años.

- Profesiones o/y actividades
–Ama de casa.
- Propiedades
–Igual que de casada.. –Tienen pensión los dos.
- Nivel socioeconómico
–“Medio”.

9.2.1.4 Lugar de residencia / Inmigración

–Nace en Catarroja (Valencia) pero su padre viene a trabajar a Castellón, labrador y cuidador de fincas. Van un tiempo al pueblo (Valencia) pero vuelven a Castellón. (Cambios por motivos de trabajo).

9.2.2 Vinculación social

9.2.2.1 Evolución de las relaciones sociales**9.2.2.1.1 En casa de los padres**

–Viven a temporadas con los abuelos de ego, en la guerra y postguerra. – Juega mucho en la calle, con amigas; de joven, al baile, paseo, teatro, a hacer paellas, todo con amigas y muy felices. –A los 12 años y ½ tiene el primer novio, su actual marido, pero también sale en pandilla; en los 3 años de guerra no se comunica con el novio. –Todas las vecinas querían casar a ego con sus hijos. Era muy amigable.

9.2.2.1.2 De casada/o

–Viven con sus suegros unos 15 años, luego solos con los hijos. –Habrán salido 5 veces con amigos en toda su vida de casados: el marido es sordo desde 1955 y está muy aconplejado. –Sólo se reunen con familia extensa las fechas señaladas.

9.2.2.1.3 Después de jubilada/o

–Vive con su esposo y los 2 hijos, son solteros.

9.2.2.1.4 Sistemas de apoyo

–Su familia.

9.2.2.2 Red social actual**9.2.2.2.1 Personas significativas y tipo de conexión**

–Hija, hijo, marido, 1 amiga, 1 hermano, 2 hermanas. –Como antes de jubilarse.

9.2.2.2.2 Grado de vinculación

–Hijos: de 5 a 6 horas/día. –Marido: 10 horas/día. –Amiga: 1 vez/2 meses, 1 hora. –Hermano/a: 1 vez/año. –Hermana: 1 vez/2 años. Más horas con el marido (sordo) desde la jubilación.

9.2.2.2.3 Marco de la relación

–Tienda, casa, pueblo.

9.2.2.2.4 Duración de la relación

–Son todos familia, excepto la amiga, desde 1933.

9.2.2.2.5 Intercambio

–Apoyo positivo, como antes (hijos).

9.2.2.2.6 Intensidad (0–5)

–Hijos y marido: 5. –Hermanos: 4. –Amiga: 3.

9.2.2.2.7 Lugar de residencia de cada miembro

–Castellón o el pueblo (provincia de Valencia).

9.2.2.2.8 Profesión y nivel socioeconómico de los miembros

–”Todos Medio“.

9.2.2.2.9 Relación de cada miembro con las otras personas de la red

–Se conocen todos.

9.2.3 Salud**9.2.3.1 Evolución respecto a la salud****9.2.3.1.1 En casa de los padres**

–Tosferina, la rosa. –Dolor de estómago y vómitos, era muy delgada por voluntad propia. El médico decía que tenía el estómago bajo. –Hierbas para el estómago cataplasmas de harina de linaza y yodo en el pecho. Parches de farmacia.

9.2.3.1.2 *De casada/o*

–A los 64 años: principio de embolia, se le paraliza la parte derecha del cuerpo. Le detectan azúcar y colesterol, cifras altas. Se recupera a los 15 días.

9.2.3.2 *Problemas de salud desde la jubilación*

–Hipertensión. –Diabetes –Colesterol alto.

9.2.3.3 *Hospitalización*

–No.

9.2.3.4 *Medicación*

–Euglucon, Lopid y Vasonase.

9.2.3.5 *Operaciones*

–No.

9.2.3.6 *Funcionalidad actual y días en cama por encontrarse mal en 15 meses (del 1–I–95 al 31–III–96)*

–Sin problemas. –Ningún día en la cama.

9.2.3.7 *Utilización de los servicios sanitarios en 15 meses (del 1–I–95 al 31–III–96)*

- Ego

–9 veces aproximadamente.

- Registros

–12 visitas

10–programadas: control diabetes e hipertensión.

1 –1ª: ?.

1 –2ª: (la envían al especialista?)

–1993: 5 visitas. –1994: 7 visitas.

9.2.4 Creencias y actitudes

9.2.4.1 *Observaciones sobre ego*

9.2.4.1.1 *Descripción de ego*

- Investigadora

–(Gordita, alegre y cariñosa, tendencia a describirlo todo bonito, habladora y agradable.)

- Médico

–”Tirando a introvertida. Hipocondriaca. No hace caso al médico en cuanto al dulce. Diabética, obesa, TA alta, artrosis. Viene con marido: callado. 90% de visitas justificadas“.

9.2.4.1.2 *Contexto de la entrevista*

–(El médico me indica dónde trabaja la hija – panadería; la hija me da el nº de tño. de ego en el lugar de veraneo; llamo y concierto la cita allí.

–Entrevista: apartamento pequeño y aseado, bien localizado. El 1–VIII–96.

De 17:00 a 18:50. Solas.)

9.2.4.2 *Rutina diaria y distracciones*

9.2.4.2.1 *En casa de los padres*

–Ego se levantaba a las 7:30 para repartir la leche y también por la tarde, en bici. Iba a aprender a coser, limpiaba en casa y a jugar.

- Recuerdos

–Felices. El padre era amable, cantador y guisador. La madre tenía mucha personalidad, llevaba los papeles porque sabía de letra. Muy buenos recuerdos de las amigas.

9.2.4.2.2 De casada/o

–Además del negocio y la crianza, han seguido al equipo de fútbol del Castellón, son fans; a ego no le gusta tanto, pero sigue al marido.

9.2.4.2.3 Después de jubilada/o

–Se levanta a las 10:00, está en casa y sale a comprar. Ve poca tele, cose y hace “*punt de gancho*”. No salen (complejo del marido por la sordera) pero ego se conforma. Le gusta comer.

9.2.4.3 Creencias sobre salud / enfermedad

–La salud es la felicidad, comer bien. Depende de la persona. –Los servicios sanitarios le parecen una maravilla.

9.2.4.4 Mecanismos de autocuidado

–Si trabajas no necesitas ejercicio. –No siempre cumple el régimen. –No fuma. – Antes bebía vino en comidas. Ahora sólo en celebraciones.

9.2.4.5 Creencias sobre la vejez

–Es triste, pero si hay salud hay felicidad.

9.2.4.6 Escala de valores

–1º felicidad, la unión y amor de los hijos. La política hace falta; la religión es precisa. El dinero es importante.

9.2.4.7 Relaciones

–La amistad es un descanso: les cuentas y te aconsejan.

9.2.4.8 Etapa de su vida con mayor calidad de vida

–Siempre, pero lo mejor: desde antes de jubilarse hasta ahora.

9.2.4.9 Control percibido en las decisiones que afectan su vida

–Tiene más control sobre sus decisiones ahora, tiene más tiempo para reflexionar, antes decidía sin pensar.

9.2.4.10 Proceso de decisiones cuando aparece un problema de salud

–Solo va al médico cuando la citan (también alguna otra vez). No hace caso a los hijos cuando la riñen por comer mucho y cuando la mandan al médico, a ego no le gusta ir.

9.2.4.11 Miedos –No nombra.

9.2.1 Posición social

9.2.1.1 Género

9.2.1.2 Edad

Código : 16HC-73

9.2.1.3 Clase social

9.2.1.3.1 *En casa de los padres:* –Sale a los 24 años para casarse. –Eran 4 hermanos, 1 murió de bebé, por la explosión de una bomba. Otra hermana muere de más mayor.

- Educación
–Ego va a la escuela 9 años. Las hermanas no van.
- Profesiones o/y actividades
–Padre: labrador, podador, formaba parte de una escuadra que trabajaba para otros.
–Madre: en almacén de naranja; las hermanas de ego también. –Ego:ayuda al padre. A los 14 años aprende de albañil y siempre trabaja en la construcción.
- Propiedades
–Tierra propia. –Casa (herencia) –Animales: cerdos, gallinas, caballos, borregos.
- Nivel socioeconómico
–“Medio/Bajo”. –Pasó escasez, sobre todo en la postguerra: Comedores de refugiados, entre delincuentes.

9.2.1.3.2 *De casada/o:* –Se casa a los 24 años –Tiene un solo hijo.

- Educación
–El hijo estudia la carrera de ingeniero químico, mientras trabaja de albañil.
- Profesiones o/y actividades
–Encargado de construcción. –Esposa: ama de casa.
- Propiedades
–Ninguna, piso alquilado.
- Nivel socioeconómico
–“Medio/Bajo”. –No sobraba.

9.2.1.3.3 *De jubilada/o:* –Se jubila a los 63 años, no quiere ir trasladado a Madrid con la compañía.

- Profesiones o/y actividades
–Cuida una finca de unos amigos. Ego se queda las aceitunas que saca y hace aceite. Algún trabajito de albañil.
- Propiedades
–Pensión pequeña.
- Nivel socioeconómico
–“Bajo/Alto”. –No declara renta desde la jubilación, no llega.

9.2.1.4 Lugar de residencia / Inmigración

–Nace en Burriana (Castellón). Durante la guerra viven, huyendo, en diferentes lugares (hasta en Albacete). Cuando se casa, vienen a Castellón.

9.2.2 Vinculación social

9.2.2.1 Evolución de las relaciones sociales

9.2.2.1.1 En casa de los padres

–Tenía muchos amigos, no le gustaba reñir, o hacer mal o que le hicieran. – Iba al baile con acordeón. –En fiestas se reunían con la familia y mataban un pollo. –Novia a los 18 años.

9.2.2.1.2 De casada/o

–Vive 9 años en casa de la suegra. –Salían casi todos los días con amigos y solos; hacían “*lo que venía del temps*”. Tenían muchos amigos. –Con la familia se reunían en fiestas.

9.2.2.1.3 Después de jubilada/o

–Vive con su esposa, hasta hace 1 año y 2 meses, que fallece de cáncer.

9.2.2.1.4 Sistemas de apoyo

–Cuando tuvo el accidente su esposa le atendió, aún no estaba enferma.

9.2.2.2 Red social actual¹

9.2.2.2.1 Personas significativas y tipo de conexión

–Hijo, 2 nietos, nuera, hermana, 3 amigos. –Menos que antes, no vive su esposa.

9.2.2.2.2 Grado de vinculación

–Hijo: 1 vez/semana, pero a diario por tfno. –Nietos y nuera: 1 vez/mes. – Hermana: 1 vez/mes. –1 amigo: 2 veces/semana; unas horas. –2 amigos: 1 vez/semana; unas horas. Igual grado de vinculación que antes del fallecimiento de la esposa.

9.2.2.2.3 Marco de la relación

–Casa hijo, casa hermana. –Casa de caza o cafetería.

9.2.2.2.4 Duración de la relación

–A los amigos los conoce “*desde sempre*”. –Resto: familia.

9.2.2.2.5 Intercambio

–Mutuo como antes.

9.2.2.2.6 Intensidad (0–5)

–Un 5 a hijo, nietos, nuera y hermana; un 3 a los amigos.

9.2.2.2.7 Lugar de residencia de cada miembro

–Castellón.

9.2.2.2.8 Profesión y nivel socioeconómico de los miembros

–”Media–alta, o Alta (amigos)“.

9.2.2.2.9 Relación de cada miembro con las otras personas de la red

–Se conocen todos, pero no se relacionan entre ellos, sólo la familia.

¹ Ego conoce a mucha gente. De 14 horas que tiene el día, sin contar la noche, ego procura relacionarse unas 10 horas: bar, pastelería, fincas.

9.2.3 Salud

9.2.3.1 Evolución respecto a la salud

9.2.3.1.1 En casa de los padres

–Paludismo a los 16/17 años, durante 2 meses. Tomaba Quinina. –Buena salud.

9.2.3.1.2 De casada/o

–Muy buena salud, sólo algún resfriado. –Sembraban grano para la papilla del hijo, en tiempos de racionamiento.

9.2.3.2 Problemas de salud desde la jubilación

–Buena salud; va al médico a hacerse controles.

9.2.3.3 Hospitalización

–No, sólo fue al hospital por un accidente de coche en 1994: se rompió la unión del esternón y una costilla. No ingresó.

9.2.3.4 Medicación

–No.

9.2.3.5 Operaciones

–No.

9.2.3.6 Funcionalidad actual y días en cama por encontrarse mal en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)


–Estuvo 1 mes sin moverse cuando el accidente, hasta dormía sentado en un sillón.

9.2.3.7 Utilización de los servicios sanitarios en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)

- Ego

–Ninguna vez.

- Registros 2-1^{as}: ?

–3 visitas  1-2^a: ?

–1993: 2 visitas. –1994: 2 visitas.

9.2.4 Creencias y actitudes

9.2.4.1 Observaciones sobre ego

9.2.4.1.1 Descripción de ego

- Investigadora

–(Vestido moderno; camisa de colores, aseado, amigable, metódico y jovial.)

- Médico

–”Hace tiempo que no viene. Tirando a extrovertido. No viene si no es preciso. Acompañado por su esposa, que tiene una neoplasia. Sano“.

9.2.4.1.2 Contexto de la entrevista

–(Unos vecinos me dicen que su esposa murió hace un año y desde entonces desayuna todos los días a las 8:00 en la pastelería, enfrente de su casa. Otros vecinos conocidos míos, me introducen al personal de la pastelería, donde acudo a las 8:00. Ego dice que podemos hablar enseguida.

–Entrevista: Pastelería, en una mesa. El 12-VII-96. De 8:00 a 10:10. Sólo ego y yo oíamos la conversación.)

9.2.4.2 Rutina diaria y distracciones**9.2.4.2.1 En casa de los padres**

- Después de trabajar se quedaba en casa ayudando. Sólo salía sábados y domingos.
- A los 19 años si que salía a pasear antes de cenar.

- Recuerdos

- Jugaba mucho a fútbol e iba a pescar “en rall”.

9.2.4.2.2 De casada/o

- Trabajo y salir con los amigos.

9.2.4.2.3 Después de jubilada/o

- Se levanta a las 7:00. Ego es muy metódico. Nunca ha dejado de trabajar. Diariamente está encargado de vigilar las tierras de unos amigos. Algún trabajillo de albañil. Va a pescar y a cazar. Se acuesta pronto.

9.2.4.3 Creencias sobre salud / enfermedad

- La salud se consigue con una vida ordenada y natural. –Buena opinión de los servicios sanitarios.

9.2.4.4 Mecanismos de autocuidado

- Se hace la comida él, todo natural. –No ha fumado nunca. –Bebe alcohol esporádicamente, no a diario. –Se levanta a las 7:00 y sigue trabajando.

9.2.4.5 Creencias sobre la vejez

- No debería existir: No se debía cambiar de vida en la jubilación, se debía continuar trabajando porque si no lo hacen se mueren pronto. Cuando se pierde la independencia sólo se molesta, incluso en las residencias. Entonces uno debía morir.

9.2.4.6 Escala de valores

- 1º vivir bien, salud, amistad, dinero –el necesario–la religión no es importante, pero sí para los que tienen fe, no hay que quitársela. La política no es importante.

9.2.4.7 Relaciones

- ?.

9.2.4.8 Etapa de su vida con mayor calidad de vida

- Desde que su hijo tuvo 15 años hasta ahora, inclusive.

9.2.4.9 Control percibido en las decisiones que afectan su vida

- Desde la jubilación le consulta más a su hijo.

9.2.4.10 Proceso de decisiones cuando aparece un problema de salud

- Va al médico, pero pocas veces ha necesitado ir.

9.2.4.11 Miedos

- No nombra ninguno.

9.2.1 Posición social

9.2.1.1 Género

9.2.1.2 Edad

Código : 17HP+71

9.2.1.3 Clase social

9.2.1.3.1 *En casa de los padres:* –Sale a los 27 años, hasta entonces vive siempre en una masía. –1 hermana (otro muere al nacer).

- Educación
–Ego va a la escuela, unos años, como su hermana.
- Profesiones o/y actividades
–Padre: Labrador. –Madre: ama de casa de labrador. –Ego: pastor (ovejas de su padre y de otros) y labrador.
- Propiedades
–Tierras a medias, poca era suya.. –Ganado de ovejas a medias. –Masía propia.
- Nivel socioeconómico
–“Bajo”. –Casi pasan hambre en la postguerra.

9.2.1.3.2 *De casada/o:* –Vive unos 10 años en el pajar de la masía de sus padres.

- Educación
–Sus 2 hijos van a la escuela 12 y 14 años.
- Profesiones o/y actividades
–Ego: labrador, haciendo zanjas, soldador. –Esposa: ama de casa y jornal en huertos. –Hijos: obreros en fábricas.
- Propiedades
–En 1960: casa propia en CS.
- Nivel socioeconómico
–“Bajo/Medio”. –No escasez.

9.2.1.3.3 *De jubilada/o:* –A los 60 años, le declaran inútil total.

- Profesiones o/y actividades
–Trabajaba el huerto, ahora cuida a su esposa y trabajos de casa.
- Propiedades
–La casa y un huertecito. –Pensión.
- Nivel socioeconómico
–“Medio/Bajo” (no concuerda, cobraba más antes).

9.2.1.4 Lugar de residencia / Inmigración

–Nace en Villahermosa del Río, (CS). En 1960 vienen a Castellón en busca de mejor vida (trabajo).

9.2.2 Vinculación social

9.2.2.1 Evolución de las relaciones sociales

9.2.2.1.1 En casa de los padres

–Era extrovertido, le gustaba jugar con otros niños, habían 20 familias en masías vecinas. Tenía unos cuantos amigos más cercanos. –1ª novia a los 20 años y novia formal a los 25. –Se reunían amigos y familiares en la casa, y siempre a las matanzas de cerdo.

9.2.2.1.2 De casada/o

–No tantos amigos desde que vinieron a CS, no hay matanzas, no se juntan familiares y amigos. Pero no le molesta porque económicamente la diferencia es como del cielo a la tierra con el pueblo.

9.2.2.1.3 Después de jubilada/o

–Vive con su esposa, hace 1 año que enfermó y no le gusta salir con gente, ego es más sociable. –Todos los días pasa al menos 3 horas con amigos (si pudiera pasaría más horas).

9.2.2.1.4 Sistemas de apoyo

–Su familia.

9.2.2.2 Red social actual

9.2.2.2.1 Personas significativas y tipo de conexión

–Esposa, 2 hijos y 3 nietos de 11, 6 y 4 años. –Igual que antes en cuanto a número de personas significativas.

9.2.2.2.2 Grado de vinculación

–Esposa: 6 horas/día. –2 hijos y 3 nietos: 2 horas/semana y por tfno. a diario. –(ego no nombra a los amigos, pero pasa 3 horas diarias, como mínimo con ellos).

9.2.2.2.3 Marco de la relación

–Casa de ego o por teléfono.

9.2.2.2.4 Duración de la relación

–(Familia nuclear y nietos).

9.2.2.2.5 Intercambio

–Más apoyo positivo que al principio de la jubilación.

9.2.2.2.6 Intensidad (0–5)

–A cada miembro: un 5.

9.2.2.2.7 Lugar de residencia de cada miembro

–Todos viven en Castellón capital.

9.2.2.2.8 Profesión y nivel socioeconómico de los miembros

–Todos igual que ego.

9.2.2.2.9 Relación de cada miembro con las otras personas de la red

–Se conocen todos (familia).

9.2.3 Salud

9.2.3.1 Evolución respecto a la salud

9.2.3.1.1 En casa de los padres

–Constipados, se curaban en la calle. –Inyecciones de penicilina y jarabes.
–Miel para constipados. Té, poleo y manzanilla. Un señor le enderezó un tobillo.

9.2.3.1.2 De casada/o

–Acalorada a los 30 años cortando pinos: sangra por el ano. –Traga gas en el trabajo a los 58 años: dolor en el pecho, no puede respirar. –2 operaciones de cataratas. –3 ingresos en hospital, uno de 4 meses (respiración).

9.2.3.2 Problemas de salud desde la jubilación

–Constipados: dolor pulmonar, tos. –T.A. alta y Colesterol alto. –Hace un año que está peor, desde que su esposa se puso enferma.

9.2.3.3 Hospitalización

–No.

9.2.3.4 Medicación

–Pastillas y jarabe. El médico no quiere recetar inyecciones, que es lo que a ego le va bien, en el otro ambulatorio sí que le daban inyecciones y estaba mejor.

9.2.3.5 Operaciones

–No.

9.2.3.6 Funcionalidad actual y días en cama por encontrarse mal en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)

–Sin problemas, ningún día en la cama.

9.2.3.7 Utilización de los servicios sanitarios en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)

- Ego

–Muchas veces, 10 ó 12 seguras.

- Registros

–21 visitas

- 11-PR: Dislipemia, Tuberculina, EPOC, HTA.
- 6-1^{as}: EPOC, Mareos, TA (control), IRS, no se siente bien.
- 3-2^{as}: EPOC.
- 1-administrativa.

–1993: 5 visitas. –1994: 15 visitas.

9.2.4 Creencias y actitudes

9.2.4.1 Observaciones sobre ego

9.2.4.1.1 Descripción de ego

- Investigadora
–(Gafas con muchas dioptrías. Cariñoso pero guarda distancias.)
- Médico
–”Buena persona. Relación correcta. Expresa sus sentimientos. Responsable (enfermedad de esposa). Bronquitis crónica. Un 20% de visitas por miedo o falta de información. Al principio pedía medicación, luego se amoldó“.

9.2.4.1.2 Contexto de la entrevista

- Me lo presenta la informante clave.
- Entrevista: en el parque, el 3-IX-96, solos, de 15:45 a 17:30.

9.2.4.2 Rutina diaria y distracciones

9.2.4.2.1 En casa de los padres

- Se levanta a las 6:00; según la faena iban o no a comer a casa: En verano: a Teruel, a segar; en invierno: cortar pinos...

- Recuerdos

- Buenos en casa y escuela; malos de los 9 a los 14 años, cuando era pastor: lloraba porque no podía sujetar a las ovejas.

9.2.4.2.2 De casada/o

- Trabajar. –1 año y medio de baja (respiración), 4 meses hospitalizado.

9.2.4.2.3 Después de jubilada/o

- Se sigue levantando a las 6:30 ó 7:00. –Se compró un huertecito y lo trabaja todas las mañanas (hasta hace 1 año que enfermó su esposa y la cuida). –Por las tardes sale con los amigos, unas 3 horas jugando a las cartas.

9.2.4.3 Creencias sobre salud / enfermedad

- La salud depende de la vida que se lleva. –Opina que los servicios sanitarios son buenos, está contento con el médico.

9.2.4.4 Mecanismos de autocuidado

- Dejó de fumar a los 30 años.

9.2.4.5 Creencias sobre la vejez

- La vejez le parece bien si sigue como hasta ahora. No le tiene miedo.

9.2.4.6 Escala de valores

- 1º salud. –2º dinero. –3º llevarse bien con la gente.

9.2.4.7 Relaciones

- Las relaciones sociales son necesarias. –No tiene amigos íntimos. –Tiene un perro desde hace 7 años.

9.2.4.8 Etapa de su vida con mayor calidad de vida

- Ahora mejor calidad de vida que nunca.

9.2.4.9 Control percibido en las decisiones que afectan su vida

- Igual que antes.

9.2.4.10 Proceso de decisiones cuando aparece un problema de salud

- Ego decide cuando ir al médico.

9.2.4.11 Miedos

- No.

9.2.1 Posición social

9.2.1.1 Género

9.2.1.2 Edad

9.2.1.3 Clase social

Código : 18HP+67

9.2.1.3.1 *En casa de los padres:* –Padre anarquista, desaparece en la guerra (ego tiene 7 años). –Madre tiene otros 2 compañeros; ego se lleva mal con el 1º. –Ego vive con su madre alrededor de 18 años. –1 hermana. Dos gemelos mueren al nacer.

- Educación
–No va a la escuela. –Su hermana tampoco va.
- Profesiones o/y actividades
–Padres: quinquilleros, estañadores. Vendedores en ferias. –Ego: quinquillero y vendedor de feria. –Hermana: sirvienta.
- Propiedades
–Carro, caballo, un cajón de juguetes los instrumentos (taladrador y martillo), para trabajar el estaño.
- Nivel socioeconómico
–“Bajo”. –Sí que pasan hambre, sobre todo en la postguerra: Comedores de refugiados, entre delincuentes.

9.2.1.3.2 *De casada/o:* –Ego tiene compañeras –4–, no esposas.
–1ª compañera: a los 18 años. Un hijo, muere.
–2ª hasta los 22 años.
–3ª hasta 1972. Una hija y 1 hijo.
–4ª, la compañera actual – desde 1971. Una hija y un hijo.

- Educación
–Aprende a leer y escribir a los 21 años, en la cárcel. –Aprende manualidades en talleres varios (cárcel). –Sus hijos (4) fueron todos a la escuela.
- Profesiones o/y actividades
–Muy variadas: manualidades, venta ambulante, instalador de telefónica, metalurgia, construcción, agricultor, desguace de barcos, cerrajero, tómbolas, conductor, seguros y chofer para entierros. –Esposa: ama de casa. –Hijos: obreros en fábricas o en construcción u otros oficios.
- Propiedades
–Ninguna.
- Nivel socioeconómico
–“Bajo”. –A veces paga a dos mujeres –con hijos–. –Si, en la cárcel y fuera de ella.

9.2.1.3.3 *De jubilada/o:* –Se jubila a los 65 años.

- Profesiones o/y actividades
–Transporta cosas en su furgoneta, cobra recibos...
- Propiedades
–Ningún, casa alquilada.
- Nivel socioeconómico
–“Bajo”. Nunca sobra.

9.2.1.4 Lugar de residencia / Inmigración

–Nace en Ilesuela del Cid (Teruel). Va en un carro de trotamundos por España (vendiendo juguetes en ferias). En diferentes cárceles varios años. En diferentes lugares. En CS desde 1974 aproximadamente.

9.2.2 Vinculación social

9.2.2.1 Evolución de las relaciones sociales

9.2.2.1.1 En casa de los padres

–Muy unido a su hermana: ésta se escapaba del convento donde la metieron para visitar a ego en la cárcel. –Su madrina le amparó. –Amigos del vecindario, donde tenían casa alquilada, en Ilesuela–. –Ego era amigable y dominante. –Se reunían en fiestas. –Pertenebió al frente de juventudes de falange– obligado –auxilio social. –A los 17 años tuvo la primera novia.

9.2.2.1.2 De casada/o

–A los 18 años tuvo la primera compañera. –”En la cárcel no se tiene amigos,” se relacionaba con todos pero le plantaba cara a quien se lo pedía.. –En el barrio iba de excursión con su familia y familias amigas. –En verano cenar fuera de casa todos los días y en invierno también suele salir, siempre con la familia.

9.2.2.1.3 Después de jubilada/o

–Vive con su esposa y 2 hijos, un perrito, 3 canarios y una linfa.

9.2.2.1.4 Sistemas de apoyo

–Su esposa, a veces nadie.

9.2.2.2 Red social actual

9.2.2.2.1 Personas significativas y tipo de conexión

–Esposa, 4 hijos y 3 amigos; igual que antes.

9.2.2.2.2 Grado de vinculación

–Esposa: 6 horas/día. –Hijos: 2 horas diarias. –Amigos: 3 veces a la semana, 6 horas cada vez. –Una hija: 1 vez/año. –La hija que vive en casa: 6 horas/día. Igual grado de vinculación (no ha dejado de trabajar del todo).

9.2.2.2.3 Marco de la relación

–Casa o de viaje. Con un hijo, en su oficina.

9.2.2.2.4 Duración de la relación

–A los amigos los conoce desde hace más de 30 años.

9.2.2.2.5 Intercambio

–Apoyo mutuo, como antes.

9.2.2.2.6 Intensidad (0–5)

–Esposa e hijos: 5. –2 amigos: 3. –1 amiga: 4.

9.2.2.2.7 Lugar de residencia de cada miembro

–Todos en Castellón, excepto la hija mayor: Barna.

9.2.2.2.8 Profesión y nivel socioeconómico de los miembros

–Como ego, pero sus hijos mejor.

9.2.2.2.9 Relación de cada miembro con las otras personas de la red

–Se conocen todos.

9.2.3 Salud

9.2.3.1 Evolución respecto a la salud

9.2.3.1.1 En casa de los padres

–Puntos en la barbilla –travieso– y puntos en la mano –rompiendo fulminantes–. –Gripe fuerte grano en la pierna –no va al médico–. –Higos con vino, hervidos y vahos de eucaliptos para constipados.

9.2.3.1.2 De casada/o

–Desnutrición y faringitis en la cárcel. –Se provoca enfermedades para poder escapar de la cárcel desde el hospital (hemorroides, tuberculosis, se clava sierrecitas en tórax...). –Heridas de peleas (1964). –Le sale hernia (1964). –Plomo en sangre (1979). –Arcadas por humos perjudiciales del trabajo. – En 1982 tuvo un infarto. –En 1988 una trombosis. –En 1989: dolor en la columna, no podía levantar el brazo. –3 ingresos en hospital. –Inyecciones para el plomo. –Medicación para corazón. –Rehabilitación. –2 operaciones: hernia. –Vinagre con sal para la faringitis y dejar de hacer esfuerzo para el dolor de columna.

9.2.3.2 Problemas de salud desde la jubilación

–1995: Hernia inguinal izquierda. –1996: Dolor de estómago por tomar Adalat. – Tendencia al estreñimiento.

9.2.3.3 Hospitalización

–7 días en 1995: operación hernia. –Varias veces a Urgencias.

9.2.3.4 Medicación

–Tamil para en estómago. –Aspirinas –cafinitrina. –Adalat.

9.2.3.5 Operaciones

–1995: Hernia.

9.2.3.6 Funcionalidad actual y días en cama por encontrarse mal en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)

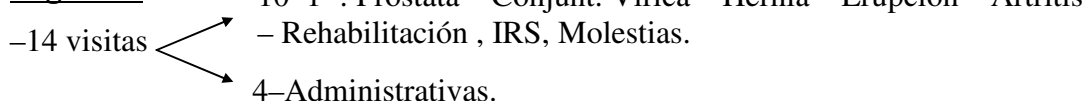
–Ningún día en la cama.

9.2.3.7 Utilización de los servicios sanitarios en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)

- Ego

–8 ó 9 veces. Ha ido a la privada también “*Es mejor, incluso el mismo médico de la Seguridad Social*”.

- Registros

–14 visitas  10–1^{as}: Próstata – Conjunt. Vírca – Hernia – Erupción – Artritis – Rehabilitación , IRS, Molestias.
4–Administrativas.

–1993: 7 visitas. –1994: 13 visitas.

9.2.4 Creencias y actitudes

9.2.4.1 Observaciones sobre ego

9.2.4.1.1 Descripción de ego

- Investigadora

–(Pelo y bigote muy negro, creo que teñido; alto, corpulento, atractivo, conversación muy interesante, hablador, muy buena expresión, desafiante pero muy correcto.)

- Médico

–”Idiosincrasia. Mucha seguridad. Pide información de forma correcta, profesional. Listo. Cardiopatía isquémica. Se relaciona sobre todo con su familia. Visitas: 70% objetivables; 30% por miedos, desconfianza, sugerencias...“.

9.2.4.1.2 Contexto de la entrevista

–(Introduce: informante clave. –Me cuesta conseguir la 1ª entrevista –le hago dos– 1º conozco a su esposa e hijos en su casa y hablo 2 veces con él por tfo. –Entrevista: –1ª en un bar del barrio (exterior) 5–X–96, de 9 a 11:30 –2ª Bar del Hospital General, 8–X–96, de 9:30–11:00, solos en una mesa; mucha gente alrededor.)

9.2.4.2 Rutina diaria y distracciones

9.2.4.2.1 En casa de los padres

–Busca vidas, con su madre, compañero de madre y hermana, de feria en feria. Tocaba la armónica y acordeón en bailes. –Jugaba a fútbol.

- Recuerdos

–Tristes y desagradables.

9.2.4.2.2 De casada/o

–Aproximadamente 15 años en la cárcel y 6 fugado. –Cuando está en libertad, cena y excursiones con amigos y familia.

9.2.4.2.3 Después de jubilada/o

–Se sigue levantando temprano, sueño interrumpido. –Le gusta leer, pero se duerme. –Viaja por los alrededores. No le gusta la tele. No va al centro de la 3ª edad. –Va de camping con otro matrimonio y su esposa. –A veces va a la UGT.

9.2.4.3 Creencias sobre salud / enfermedad

–La salud tiene que ver con la vida que lleva uno, aunque también se lleva dentro, el ambiente sólo lo empuja. –La rutina te encallece. –Los servicios sanitarios privados son mejores que el público, incluso con el mismo médico.

9.2.4.4 Mecanismos de autocuidado

–Bicarbonato para el estómago. –Mucha fruta entre comidas para el estreñimiento. –Come variado y camina. Dejó de fumar en 1953. –Poco alcohol, desde infarto.

9.2.4.5 Creencias sobre la vejez

–”Es un castigo de ese que dicen que existe“.

9.2.4.6 Escala de valores

–1º la familia, si hay amor en ella. –2º salud. –3º lo que viene detrás.

9.2.4.7 Relaciones

–La amistad con sinceridad no existe, siempre se crítica, pero es necesaria.

9.2.4.8 Etapa de su vida con mayor calidad de vida

–Ahora.

9.2.4.9 Control percibido en las decisiones que afectan su vida

–Ahora da largas a las decisiones, más que antes, se siente más inseguro. No encuentra la causa.

9.2.4.10 Proceso de decisiones cuando aparece un problema de salud

–Cuando se encuentra mal –muchas veces– se aguanta; le resulta pesado ir al médico. Va a la Seguridad Social y a la privada.

9.2.4.11 Miedos

–Tiene miedo a tener que depender de los demás.

9.2.1 Posición social

9.2.1.1 Género

9.2.1.2 Edad

9.2.1.3 Clase social

Código : 19HP-73

9.2.1.3.1 *En casa de los padres:* –Madre muere a los 50 años. –Eran 4 hermanos.

- Educación
–No va a la escuela. Repasa en el “mas”. –Sus hermanos (3) van, pero poco, hasta que pueden trabajar.
- Profesiones o/y actividades
–A los 7 años le llevaron con otra familia que lo mantenía a cambio de cuidar cerdos. Agricultura. –Su hermano igual. Las hermanas hacían alpargatas de esparto en casa.
- Propiedades
–Poca tierra, un cerdo, un macho, gallinas. –Cuidaba enfermos (vagabundos) en un hospital de beneficencia; vivienda gratis.
- Nivel socioeconómico
–“Bajo”. –No hay escasez pero no sobraba nada (4 hermanos).

9.2.1.3.2 *De casada/o:* –Se casa a los 28 años.

- Educación
–Sus hijos (4) van a la escuela hasta los 14 años.
- Profesiones o/y actividades
–Labrador/ganadero (tierra alquilada). –Hijos: limpiando o en fábricas.
- Propiedades
–Solo animales, que vende para venir a Castellón y comprar el solar y materiales de su casa actual.
- Nivel socioeconómico
–“Medio/bajo” (poco dinero).

9.2.1.3.3 *De jubilada/o:* –Se jubila a los 63 años.

- Profesiones o/y actividades
–Divertirse.
- Propiedades
–Casa/pensión.
- Nivel socioeconómico
–“Medio” (2 pensiones, esposa).

9.2.1.4 Lugar de residencia / Inmigración

–Inmigrante desde hace 15 años de Forcall (Morella). Viene a CS porque aquí están sus hijos (1981).

9.2.2 Vinculación social

9.2.2.1 Evolución de las relaciones sociales

9.2.2.1.1 En casa de los padres

–Amigos del pueblo hasta los 7 años (jugaba a la trompa...). Hasta los 16 años no tuvo más amigos que el hermano “tonto” del dueño (ego le hacía padecer para reirse). Cazar, bailar, cartas (cuando pudo). Matanzas. –1ª novia a los 26 años.

9.2.2.1.2 De casada/o

–A los 28 años se casa. Bureos con los vecinos. Muy sociable, con los hombres sobre todo.

9.2.2.1.3 Después de jubilada/o

–Vive con la misma esposa, solos. Se ve a diario con los amigos en el bar.

9.2.2.1.4 Sistemas de apoyo

–No necesitó, sus padres y esposa le ayudaron en su trabajo, poco tiempo, cuando le operaron de la hernia.

9.2.2.2 Red social actual

9.2.2.2.1 Personas significativas y tipo de conexión

–2 hijas, 1 hijo y 7 nietos, un amigo y la esposa. Igual que antes.

9.2.2.2.2 Grado de vinculación

–Hijos y nietos: 1 hora + minutos/semana.

–Amigo: 6 horas/día.

–Esposa: 1h. 30'/día.

Aumenta el grado de vinculación social después de la jubilación.

9.2.2.2.3 Marco de la relación

–Familia: casa. –Amigo: en el bar.

9.2.2.2.4 Duración de la relación

–Al amigo lo conoce desde hace 15 años,.

9.2.2.2.5 Intercambio

–Como antes.

9.2.2.2.6 Intensidad (0–5)

–Familia: 5.

–Amigo:4 .

9.2.2.2.7 Lugar de residencia de cada miembro

–Castellón todos.

9.2.2.2.8 Profesión y nivel socioeconómico de los miembros

–Similar o superior a ego.

9.2.2.2.9 Relación de cada miembro con las otras personas de la red

–Se conocen todos.

9.2.3 Salud

9.2.3.1 *Evolución respecto a la salud*

9.2.3.1.1 *En casa de los padres*

–Ninguna enfermedad. Para constipados “*flor de sanc*” hervida con miel

9.2.3.1.2 *De casada/o*

–Hernia operada por seguro privado (autónomo).

9.2.3.2 *Problemas de salud desde la jubilación*

–Hace 4 años tuvo vómitos de sangre por beber alcohol (úlceras). –Resfriado fuerte, vacunas.

9.2.3.3 *Hospitalización*

–8 días (úlceras).

9.2.3.4 *Medicación*

–No recuerda.

9.2.3.5 *Operaciones*

–No.

9.2.3.6 *Funcionalidad actual y días en cama por encontrarse mal en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)*

–Nada.

9.2.3.7 *Utilización de los servicios sanitarios en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)*

- Ego

–Ninguna.

- Registros

–Ninguna, visita.

–1993: 3 visitas. –1994: ninguna visita.

9.2.4 Creencias y actitudes

9.2.4.1 Observaciones sobre ego

9.2.4.1.1 Descripción de ego

- Investigadora
–(Bajo, con gafas gruesas, gritón en el bar y sincero y correcto en casa.)
- Médico
–No lo recuerda.
- Esposa
–Siempre está en el bar.

9.2.4.1.2 Contexto de la entrevista

- Su esposa me dice que está en el bar (cree que no accederá). Voy al bar y hacemos una cita.
- Entrevista: en su casa. El 24-IX-96. De 10h. a 12h. Su esposa presente (habla mucho).

9.2.4.2 Rutina diaria y distracciones

9.2.4.2.1 En casa de los padres

- Casi siempre trabajando. Algún domingo a cazar.

- Recuerdos
–Normales, le trataron bien.

9.2.4.2.2 De casada/o

- Trabajar. A veces, cazar.

9.2.4.2.3 Después de jubilada/o

- Se levanta 3 horas más tarde que antes. Pasea con los amigos y partida.
- Duerme siesta y partida con amigos. Domingo: familia.

9.2.4.3 Creencias sobre salud / enfermedad

- Depende de la vida que se lleva. –Servicios sanitarios: normal.

9.2.4.4 Mecanismos de autocuidado

- Se ha ido privando de alcohol, tabaco y comida cuando tuvo la úlcera (en parte).

9.2.4.5 Creencias sobre la vejez

- Si con salud: bien. Si impedido: es mejor morir.

9.2.4.6 Escala de valores

- 1º familia. –2º cazar. –3º amigos. La salud ya la tiene.

9.2.4.7 Relaciones

- Lo más natural del mundo. Tiene muchas y buenas, con los vecinos: en la fresca, con los amigos: en el bar.

9.2.4.8 Etapa de su vida con mayor calidad de vida

- Ahora.

9.2.4.9 Control percibido en las decisiones que afectan su vida

- Igual que antes. Hace lo que quiere.

9.2.4.10 Proceso de decisiones cuando aparece un problema de salud

- Sólo va al médico si muy apurado.

9.2.4.11 Miedos

- No.

9.2.1 Posición social

9.2.1.1 Género

9.2.1.2 Edad

Código : 20MP-65

9.2.1.3 Clase social

9.2.1.3.1 *En casa de los padres:* –Sale de su casa a los 13 años, para trabajar de sirvienta. –La madre de ego se casa a los 17 años con el padre de ego de 60 años. –Eran 6 hermanos. Una minusválida y otro muere de pequeño.

- Educación
–Ego va a la escuela hasta los 13 años. –Sus hermanos: 3 ó 4 años cada uno.
- Profesiones o/y actividades
–Padre: “cordelero”. –Madre: ama de casa agricultora, hacía vino y lo vendía.
–Ego: sirvienta desde los 13 años, en diferentes partes de España.
- Propiedades
–Casa y tierras propias, viñas. Animales domésticos, mula y carro. (6 hermanos)
- Nivel socioeconómico
–“Medio”. –Pasaron hambre en la postguerra –años 40– antes de irse a “servir”.

9.2.1.3.2 *De casada/o:* –Se casa a los 25 años.

- Educación
–Sus hijos van a la escuela hasta los 14 años.
- Profesiones o/y actividades
–Ego: ama de casa, agricultora y sirvienta. –Marido: labrador, acomodador de cine y albañil. –Hijos: oficios diversos.
- Propiedades
–Su piso, hecho por el marido y 3 compañeros: 4 pisos. –Una alquería y 1 hanegada de tierra.
- Nivel socioeconómico
–“Media/baja”. –No pasaron hambre.

9.2.1.3.3 *De jubilada/o:* –A los 65 años comienza a cobrar pensión.

- Profesiones o/y actividades
–Ego: ama de casa.
- Propiedades
–Igual que de casada. –Tiene pensión.
- Nivel socioeconómico
–“Media/baja”.

9.2.1.4 Lugar de residencia / Inmigración

–De Cuenca (San Clemente), viene a Castellón alrededor de 1960, mejores posibilidades de trabajo.

9.2.2 Vinculación social

9.2.2.1 Evolución de las relaciones sociales

9.2.2.1.1 En casa de los padres

– Pocas amigas, desengaños. No reuniones familiares. Sólo 1 media amiga, vecina. Jugaba con sus hermanas. –1^{er} novio a los 19 años, no se fiaba, ha sido muy desconfiada. –2^o novio a los 23 años: su actual marido.

9.2.2.1.2 De casada/o

– Viven en casa de los suegros, 1 año. En una alquería, de cuidadores, 3 años. En una granja de otros, 7 años. Sólo la familia, incluida su madre durante 9 meses, desde hace 25 años. –No tenía amigos, no le gusta tampoco reunirse con familiares, solo la familia nuclear en casa.

9.2.2.1.3 Después de jubilada/o

– Hace 4 meses que ha empezado a salir con amigos/as, unos 6 a pasear. Va al centro de la 3^a edad, su esposo más; van a viajes, le gusta mucho, y a bailar.

9.2.2.1.4 Sistemas de apoyo

– Su familia nuclear.

9.2.2.2 Red social actual

9.2.2.2.1 Personas significativas y tipo de conexión

– Esposo, 4 hijos y 1 hija. –Igual que antes.

9.2.2.2.2 Grado de vinculación

– Esposo: 6 horas/día.

– Hijos: 1 vez/mes ó 2 veces/semana ó 3 veces/semana, ½ hora cada vez.

Mayor que antes (esposo).

9.2.2.2.3 Marco de la relación

– En la casa o en la calle.

9.2.2.2.4 Duración de la relación

– Familia nuclear.

9.2.2.2.5 Intercambio

– Como antes de la jubilación.

9.2.2.2.6 Intensidad (0–5)

– Todos un 5.

9.2.2.2.7 Lugar de residencia de cada miembro

– Todos viven en Castellón capital.

9.2.2.2.8 Profesión y nivel socioeconómico de los miembros

– "Medio, mejor que ego".

9.2.2.2.9 Relación de cada miembro con las otras personas de la red

– Todos son la familia nuclear.

9.2.3 Salud

9.2.3.1 *Evolución respecto a la salud*

9.2.3.1.1 *En casa de los padres*

–A los 5 años: inyección infectada. –A los 21 años aproximadamente: bronconeumonía. –A los 23 años: estómago bajo, le duró mucho.

9.2.3.1.2 *De casada/o*

– Dolores cervicales, mareos. –Ataque de nervios por un disgusto, estuvo a punto del suicidio.

9.2.3.2 *Problemas de salud desde la jubilación*

– Dolores de cervicales: se le duerme la mano.

9.2.3.3 *Hospitalización*

–3 partos.
–1 noche por operación de la mano. } de casada

9.2.3.4 *Medicación*

–Penicilina, y gotas para abrir el apetito de joven. –Pastillas para los nervios de casada.). –Pastillas para la mano dormida.

9.2.3.5 *Operaciones*

–La mano, por accidente, de casada.

9.2.3.6 *Funcionalidad actual y días en cama por encontrarse mal en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)*

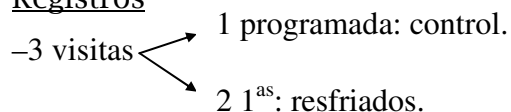
–Ninguno.

9.2.3.7 *Utilización de los servicios sanitarios en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)*

- Ego

–1 ó 2 veces.

- Registros

–3 visitas  1 programada: control.
2 1^{as}: resfriados.

–1993: 8 visitas. –1994: 6 visitas.

9.2.4 Creencias y actitudes

9.2.4.1 Observaciones sobre ego

9.2.4.1.1 Descripción de ego

- Investigadora
–(Segura de sí misma, calmada, no presumida, sincera, poco habladora.)
- Médico
–”Particular, cauta, precavida“.

9.2.4.1.2 Contexto de la entrevista

- Me introduce la informante clave. Voy a su casa, es esposa de un individuo de la muestra.
- Entrevista: 23-IX-96; en el comedor, solas, 16h. a 18h.

9.2.4.2 Rutina diaria y distracciones

9.2.4.2.1 En casa de los padres

- Recuerdos
–Tristes por la guerra, el ambiente, poca alegría. Desengaños de amigas. No reuniones familiares en casa de sus padres.

9.2.4.2.2 De casada/o

- Trabajar y con su familia.

9.2.4.2.3 Después de jubilada/o

- Comienza, hace 4 meses, a pasear con personas del barrio del centro de la 3ª edad, a ir de excursión y al baile.

9.2.4.3 Creencias sobre salud / enfermedad

- La salud es la más importante, y depende del estado de ánimo y de la conducta: trabajar y dieta variada. Ego bebe Martinis y vino, bebió coñac hasta los 40 años.

9.2.4.4 Mecanismos de autocuidado

- Aceite con papel de estraza en el pecho para constipados. } de joven
- Hojas de curalotodo para heridas. }
- “Pasó la cinta” a niños. } de casada
- Masajes para cervicales. }

9.2.4.5 Creencias sobre la vejez

- Triste “no te mira nadie”. No le tiene miedo. –(No le gustó que su hermana, parálitica de siempre y que vive en una residencia, se casara a los 72 años con un viudo 10 años mayor).

9.2.4.6 Escala de valores

- 1º salud. –2º hijos, es lo que hace vivir.

9.2.4.7 Relaciones

- “Es bonito, pero no es necesario”.

9.2.4.8 Etapa de su vida con mayor calidad de vida

- Ahora.

9.2.4.9 Control percibido en las decisiones que afectan su vida

- Igual que antes de la jubilación.

9.2.4.10 Proceso de decisiones cuando aparece un problema de salud

- Decide ego y va poco al médico.

9.2.4.11 Miedos

- No.

9.2.1 Posición social

9.2.1.1 Género

9.2.1.2 Edad

Código : 21MP-72

9.2.1.3 Clase social

9.2.1.3.1 *En casa de los padres:* –Su madre fallece cuando ego tiene 3 años; ego y sus hermanos son repartidos.

- Educación
–No va a la escuela (sólo al repaso unos meses a los 19 años); sus 3 hermanos van poco o nada.
- Profesiones o/y actividades
–Trabaja desde los 6 años (limpieza y trabajos del campo). –*Los 4 hermanos “se busquen la vida com yo, de mas¹ en mas”*. –Padre labrador.
- Propiedades
–Vive fuera de su casa. Su padre tenía una casita, poca tierra y pocos animales.
- Nivel socioeconómico
–“Baja/baja”. –No pasa hambre “*pero lo justet*”.

9.2.1.3.2 *De casada/o:* –Se casa a los 27 años.

- Educación
–Sus 4 hijos van a la escuela hasta los 14 años.
- Profesiones o/y actividades
–Ganado y cultivo en un *mas* alquilado. Cotiza (autónoma y asalariada). –Hijo: en fábricas o limpiando.
- Propiedades
–Sólo propietaria de animales (que vendió) y un solar en CS (casa actual construida por sus hijos).
- Nivel socioeconómico
–“Media/baja”.

9.2.1.3.3 *De jubilada/o:* –Vive con el mismo marido.

- Profesiones o/y actividades
–Ama de casa.
- Propiedades
–Su casa (con su marido) y pensión mínima.
- Nivel socioeconómico
–“Baja/alta” (cobra pensión, su marido también, y casa propia) (dudoso).

9.2.1.4 Lugar de residencia / Inmigración

–Viene con su marido, hace 15 años, de Morella (al Norte de la Comunidad Valenciana), porque sus hijos viven en Castellón.

¹ Casa de campo con tierras en producción y animales.

9.2.2 Vinculación social

9.2.2.1 Evolución de las relaciones sociales

9.2.2.1.1 En casa de los padres

–Malos tratos (muere su madre a los 3 años y va de familia en familia). Sólo bien con las amigas.

9.2.2.1.2 De casada/o

–4 hijos (una se suicida a los 33 años). Su hermana también se suicidó hace 20 años. “Bureos”¹ con los vecinos, en fiestas locales y en las matanzas (toda la familia).

9.2.2.1.3 Después de jubilada/o

–Vive con el mismo esposo, solos. –No va al centro de la 3ª edad ni a viajes. Sólo LA FAMILIA (pasea con su hija o sola). Se reúne con toda la familia los sábados –en su casa –para comer.

9.2.2.1.4 Sistemas de apoyo

–Familia (hermanas y cuñadas) y vecinos le ayudaron cuando los partos. En la actualidad, sus hijas la llevan al médico (a ego no le gusta ir).

9.2.2.2 Red social actual

9.2.2.2.1 Personas significativas y tipo de conexión

–Esposo, 2 hijas, 1 hijo (familia nuclear), yernos/nueras, 7 nietos y una vecina (55 años). Mayor número de relaciones significativas que de casada.

9.2.2.2.2 Grado de vinculación³

–(Pasa muchas horas sola aunque me da unos tiempos de compañía que no corresponden con los que dice su marido o ella misma durante la entrevista.)
Ego: 4 ½ horas diarias acompañada. Más el día que vienen los hijos y nietos (todos los sábados). Mayor que antes (marido).

Marido/entrevista ego: 3 horas diarias acompañada (media).

9.2.2.2.3 Marco de la relación

–Los ve en casa (la mayoría de veces) o en la calle.

9.2.2.2.4 Duración de la relación

–A la vecina la conoce desde hace 15 años.

9.2.2.2.5 Intercambio

–Igual que antes, mutuo (más bien positivo, ambos cobran pensión, ella hace más trabajo de casa).

9.2.2.2.6 Intensidad (0–5)

–Esposo: 5. –Hijos y nietos: 4. –Vecina: 3.

9.2.2.2.7 Lugar de residencia de cada miembro

–Todos viven en Castellón capital.

9.2.2.2.8 Profesión y nivel socioeconómico de los miembros

–La clase social de los miembros de la red es similar a la de ego.

9.2.2.2.9 Relación de cada miembro con las otras personas de la red

–Se conocen todos los miembros de la red.

¹ Reunión de vecinos donde se canta, baila y cuentan historias.

³ Una hija y la vecina la acompañan más tiempo.

9.2.3 Salud

9.2.3.1 Evolución respecto a la salud

9.2.3.1.1 En casa de los padres

–Sensación de ahogo (con la madrastra); se le pasó con pastillas, fruta y comida sin sal.

9.2.3.1.2 De casada/o

–Nada, algún constipado, pero no va al médico hasta pasados los 60 años. Le daban “*Flor de sang en mel*”. –Le recetan penicilina para constipado. –No problemas de funcionalidad (excepto después de los partos).

9.2.3.2 Problemas de salud desde la jubilación

–TA alta y dolor de espalda. Sorda del oído derecho.

9.2.3.3 Hospitalización

–No.

9.2.3.4 Medicación

–Para la tensión arterial Astudal y para el dolor de espalda pomada y Epidefen, calcio (Ibercal) y vitaminas (Hidroferal).

9.2.3.5 Operaciones

–No.

9.2.3.6 Funcionalidad actual y días en cama por encontrarse mal en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)

–Sin problemas de funcionalidad ni días en cama.

9.2.3.7 Utilización de los servicios sanitarios en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)

- Ego
–2 veces.
- Registros
–4 visitas–programadas: control TA.
–1993: 2 visitas. –1994: 6 visitas.

9.2.4 Creencias y actitudes

9.2.4.1 Observaciones sobre ego

9.2.4.1.1 Descripción de ego

- Investigadora
–(Expresiva, sincera y cálida. Mala dentadura.)
- Médico
–Un poco ansiosa, temerosa, insegura.

9.2.4.1.2 Contexto de la entrevista

–Una vecina me introduce a ego; ego me conocía por la entrevista con su marido.
–Entrevista: en el comedor de su casa. 25-X-96, de 9h 40’ a 11h. Sólo viene el marido unos minutos.

9.2.4.2 Rutina diaria y distracciones

9.2.4.2.1 En casa de los padres

–Trabajar, “*ganchillo y calça*”, bailar, cantar y paseos con amigas.

- **Recuerdos**

- Tristes, porque no tenía madre; algunos alegres con las amigas.

- 9.2.4.2.2 *De casada/o*

- Trabajar. Distracciones puntuales en el año (bureos). Hablar con los vecinos.

- 9.2.4.2.3 *Después de jubilada/o*

- Ama de casa, no le cambia la vida “*desde que no visc en masos*”; comprar con la hija; pasear, labores, algo de tele; no al centro de la tercera edad, sólo con la familia.

- 9.2.4.3 *Creencias sobre salud / enfermedad*

- La salud viene de la familia, pero se necesita no abusar para mantenerla. –Servicios sanitarios: “*Molt bé*”, pero le cuesta ir al médico, sus hijos le animan.

- 9.2.4.4 *Mecanismos de autocuidado*

- “*No res, no abusar*”. –No ha fumado nunca. –Bebía vino antes, ahora no. –Dieta variada con poca sal, paseos y faena de casa.

- 9.2.4.5 *Creencias sobre la vejez*

- (Ego no se incluye). –“*És lo més trist, no te cura. Pero si tens salud, bé*”.

- 9.2.4.6 *Escala de valores*

- 1º salud. –2º familia con armonía.

- 9.2.4.7 *Relaciones*

- Si tienes confianza, es mejor relacionarse con personas fuera de la familia, aprendes.
 - No tiene animales domésticos.

- 9.2.4.8 *Etapa de su vida con mayor calidad de vida*

- “*De fadrina, en les amigues, tenía il·lusió. Pero ara, si no fóra per el dolor, sería la millor época perquè estic més tranquil·la*”.

- 9.2.4.9 *Control percibido en las decisiones que afectan su vida*

- Ahora toma más decisiones que antes (tiene pensión propia).

- 9.2.4.10 *Proceso de decisiones cuando aparece un problema de salud*

- Cuando ha aguantado lo que puede, va al médico sin ganas.

- 9.2.4.11 *Miedos*

- (A la dependencia en la vejez: falta de funcionalidad)

9.2.1 Posición social

9.2.1.1 Género

9.2.1.2 Edad

Código : 22HP+67

9.2.1.3 Clase social

9.2.1.3.1 *En casa de los padres:* –Vive en casa paterna 31 años. Sale para casarse.
–Son 4 hermanos, pero 1 muere a los 2 años.

- Educación
–Ego no va a la escuela, le enseña un poco su padre y hermano –fue 1 año con un maestro. Su hermana, igual que ego.
- Profesiones o/y actividades
–Padre: agricultor de legumbres y hortalizas. –Madre: ama de casa de agricultor.
–Ego: comienza a trabajar a los 8 años: agricultor y pastor.
- Propiedades
Padre:
–Tierra propia y arrendada.
–Casa propia, de campo.
–Animales.
- Nivel socioeconómico
–“Medio”. –No pasaron hambre.

9.2.1.3.2 *De casada/o:* –Se casa a los 31 años. Tiene 2 hijas y 1 hijo.

- Educación
–Todos van a la escuela. Su hijo tiene certificado.
- Profesiones o/y actividades
–1° agricultor y ganadero en la aldea, luego cogen “*el negocio de abonos de su hermano, poca cosa*”. El estado les quita todo –años 70– para hacer un pantano. 2° trabajo en fábrica de un pueblo de Castellón y cuida un huerto y animales, a cambio de vivienda . Luego 4 años en el paro. Después en unos viveros. –
Esposa: ama de casa y le ayuda.
–Sus hijos: en fábricas, pero ahora el hijo es chofer de una entidad oficial.
- Propiedades
–La casa actual, construida por él, con ayuda.
- Nivel socioeconómico
–“Bajo/alto”. –No escasez, pero no sobra.

9.2.1.3.3 *De jubilada/o:* –Se jubila a los 65 años.

- Profesiones o/y actividades: Nada.
- Propiedades
– Tiene 3 pisos, donde viven los hijos y ego. –Pensión.
- Nivel socioeconómico
–“Medio” (dudoso, parece que tenían más dinero antes de jubilarse).

9.2.1.4 Lugar de residencia / Inmigración

–Nace en Pontone (Jaén) –aldea. –Viene a CS en 1976, buscando trabajo –su hermano vino primero.

9.2.2 Vinculación social

9.2.2.1 Evolución de las relaciones sociales

9.2.2.1.1 En casa de los padres

–Casi todos los de la aldea, unas 15 casas, eran familia. –Se reunían amigos de aldeas cercanas y hacían bailes, 1 ó 2 veces al mes. –A los 22 años: 1ª novia, luego otra novia (2 años más) y luego su 3ª novia, esposa actual. No fue a la mili.

9.2.2.1.2 De casada/o

–Los amigos eran los familiares, y demás, que se reunían en matanzas y fiestas sociales. –Ego añora las relaciones sociales de su pueblo. Desde que salió no ha tenido amigos de verdad.

9.2.2.1.3 Después de jubilada/o

–Vive con su esposa y una hija.

9.2.2.1.4 Sistemas de apoyo

–Su familia y, en el pueblo, los amigos.

9.2.2.2 Red social actual

9.2.2.2.1 Personas significativas y tipo de conexión

–Esposa, 2 hijas y 1 hijo, 1 hermano, 3 nietos y 3 cuñadas. –Red menor que antes, por emigración, no por jubilación.

9.2.2.2.2 Grado de vinculación

–Casi todo el día acompañado por personas significativas 8 horas/día y el resto acompañado por vecinos. Sube con la jubilación.

9.2.2.2.3 Marco de la relación

–Casa de ego principalmente.

9.2.2.2.4 Duración de la relación

–Todos son familia.

9.2.2.2.5 Intercambio

–Como antes.

9.2.2.2.6 Intensidad (0–5)

–Un 5 a familia nuclear y hermano. –Un 4 a nietos y 1 cuñada. –Un 3 a un cuñado. –Un 2 al otro cuñado.

9.2.2.2.7 Lugar de residencia de cada miembro

–Todos viven en Castellón.

9.2.2.2.8 Profesión y nivel socioeconómico de los miembros

–Igual que ego, su hermano mayor.

9.2.2.2.9 Relación de cada miembro con las otras personas de la red

–Se conocen todos.

9.2.3 Salud

9.2.3.1 Evolución respecto a la salud

9.2.3.1.1 En casa de los padres

–Sano. –Cocían higos para resfriados, zarzaparrilla. Barro para las picaduras. Cal para las heridas. Un señor apañaba huesos.

9.2.3.1.2 De casada/o

–Derrame pleural: dolor en pecho –1970. –Ácido úrico: dolor en cintura y piernas –1989. –TA alta. –Colesterol alto. –Mareos. –Algún catarro. –Estuvo ingresado 6 meses en el hospital: dolor en el pecho sin identificar, 1984. –Pastillas e inyecciones para ácido úrico, colesterol y TA altos. – Estuvo sin moverse 15 días, por el ácido úrico, 1989.

9.2.3.2 Problemas de salud desde la jubilación

–Los problemas anteriores. –Siguen los catarros.

9.2.3.3 Hospitalización

–No.

9.2.3.4 Medicación

–La misma, para colesterol y TA.

9.2.3.5 Operaciones

–No.

9.2.3.6 Funcionalidad actual y días en cama por encontrarse mal en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)

–Sin problemas. Ningún día en cama.

9.2.3.7 Utilización de los servicios sanitarios en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)

- Ego

–Unas 15 veces ,o menos; sobre todo a repetir.

- Registros

–25 visitas

7–programadas.

12–1^{as}: molestias, micción; insomnio, tos, IRS, faringitis crónica, artralgias, otras.

2–2^{as}: purito ocular, eritema...

4–administrativas.

–1993: 9 visitas. –1994: 20 visitas.

9.2.4 Creencias y actitudes

9.2.4.1 Observaciones sobre ego

9.2.4.1.1 Descripción de ego

- Investigadora

–(Emotivo: lloró cuando me contaba lo generoso que era su padre y la unión entre amigos y vecinos en su pueblo de origen.)

- Médico

–”Superfrecuentador de la consulta. Desde que se hizo pensionista comenzó a venir mucho. Él, su esposa e hija: agresividad latente demostrada pidiendo medicación o dudando. Simbiosis familiar. –25% de visitas justificadas (bronquitis crónica simple). Alta percepción de su cuerpo: “*senc com el final d’una corda que no sabem per a on tancar-la y venen a tancar-la ací*”. Familia con coeficiente intelectual y social borderline“.

9.2.4.1.2 Contexto de la entrevista

–Me introduce el Presidente del centro de la 3ª edad, por medio del informante clave; hacemos cita por la calle.

–Entrevista: 21–VIII–96, de 15h a 17h, en su casa, solos, su esposa nos acompaña los últimos 15’.

9.2.4.2 Rutina diaria y distracciones

9.2.4.2.1 En casa de los padres

–Trabajo y relaciones sociales.

- Recuerdos

–Felices; jugaba con 6 ó 7 niñas y algún mayor, y con chicos de otras aldeas a los 14 años.

9.2.4.2.2 De casada/o

–Trabajar y amigos en su pueblo, aquí no, bastante solo aparte de la familia.

9.2.4.2.3 Después de jubilada/o

–Se levanta a las 9:00. Va a casa del vecino a jugar a cartas y luego a pasear y charlar. –Ve la tele por las tardes y sale a pasear con su esposa. No va al centro de la 3ª edad.

9.2.4.3 Creencias sobre salud / enfermedad

–Ego cree que los catarros los ha heredado. –No depende de uno mismo, aunque a veces es uno mismo. –Los servicios sanitarios son a veces buenos y a veces malos.

9.2.4.4 Mecanismos de autocuidado

–Antes comía más carne, ahora más pescado. –El trabajo a veces es perjudicial. –Hace 30 años dejó de fumar. –Ha bebido toda clase de alcohol, pero no con exceso.

9.2.4.5 Creencias sobre la vejez

–Los viejos nunca han estado tan bien como ahora, pero también les dejan más en el asilo.

9.2.4.6 Escala de valores

–1º llevarse bien con la familia. –2º salud. –3º (le pregunto ¿dinero?) “*Sólo el necesario, no soy envidioso*”.

9.2.4.7 Relaciones

–Están bien y son necesarias.

9.2.4.8 Etapa de su vida con mayor calidad de vida

–En su pueblo. Añora la vida social “*siempre encontrabas la navaja que perdías, el vecino siempre tenía habichuelas para el necesitado, ahora hay más comodidad*”.

9.2.4.9 Control percibido en las decisiones que afectan su vida

–Igual que antes, ego consulta con los hijos y decide él.

9.2.4.10 Proceso de decisiones cuando aparece un problema de salud

–Ego decide si va o no al médico.

9.2.4.11 Miedos

–No.

9.2.1 Posición social

9.2.1.1 Género

9.2.1.2 Edad

Código : 23HP-70

9.2.1.3 Clase social

9.2.1.3.1 *En casa de los padres:* –Vive con los padres hasta los 36 años; sale para casarse. –Viven en una masía. –5 hermanos.

- Educación
–Ego: analfabeto, como sus 4 hermanos. Aprende a leer y escribir y números en la mili (2 años en África).
- Profesiones o/y actividades
–Padre: agricultor y ganadero. –Madre: ama de casa de agricultor. –Ego: agricultor y ganadero. Le gustaba la mecánica, pero su padre no le dejó aprender.
- Propiedades
–Tierra propia: trigo, cebada y hortalizas. –Ovejas: 50 ó 60; corderos: los vendía; macho, cerdos, gallinas. –Casa propia: “una masía en ruinas, pero muros de piedra”.
- Nivel socioeconómico
–“Medio”.

9.2.1.3.2 *De casada/o:* –Se casa a los 36 años. –3 hijos, pero uno muere a los 22 días y otro a los 21 años (corazón).

- Educación
–Su hijo va 14 años a la escuela.
- Profesiones o/y actividades
–Ego: encofrador, luego 3 años en el paro y arreglando calles para el Ayuntamiento.
–Esposa: ama de casa y “limpiar casas a jornal”. –Hijo: pinta casas.
- Propiedades
–Su casa actual.
- Nivel socioeconómico
–“Medio/bajo”.

9.2.1.3.3 *De jubilada/o:* –Se jubila a los 65 años.

- Profesiones o/y actividades
–Pasar el día; va al bar.
- Propiedades
–2 pensiones, la de ego y la de su esposa. –Su casa.
- Nivel socioeconómico
–“Medio”. –No escasez, son más ricos ahora, de jubilados.

9.2.1.4 Lugar de residencia / Inmigración

–Nació en Jaén, en una masía. A los 51 años se va a un pueblo de Gerona y a los 56 a la provincia de CS, en busca de mejor trabajo.

9.2.2 Vinculación social

9.2.2.1 Evolución de las relaciones sociales

9.2.2.1.1 En casa de los padres

–Habían unas 20 masías cercanas, de familiares y otros vecinos. –Relación bonita con un primo, que murió. También con los chicos y chicas de las masías vecinas.

–1ª novia a los 19 años. Luego de la mili, la 2ª novia, esposa actual.

9.2.2.1.2 De casada/o

–A casa venían amigos y familiares, reuniones, pero no para salir, no había dinero. –Ego iba al bar, a beber, los días libres.

9.2.2.1.3 Después de jubilada/o

–Vive con su esposa, el hijo y los nietos viven en el piso de arriba.

9.2.2.1.4 Sistemas de apoyo

–Su familia.

9.2.2.2 Red social actual

9.2.2.2.1 Personas significativas y tipo de conexión

–Esposa, hijo, 4 hermanos, 2 cuñados y 2 nietos. –Igual que antes.

9.2.2.2.2 Grado de vinculación

–Esposa: casi toda la tarde juntos.

–Hijo: 2 ó 3 veces/semana, 15' cada vez.

–Un hermano: 1 hora/día. 2 hermanos: 2 veces/año, todo el día. El 4º hermano: 1 hora/día.

–Cuñados: 1 vez/año, todo el día.

–Nietos: 4 horas/día.

Mayor que antes (esposa).

9.2.2.2.3 Marco de la relación

–Casa de ego o masía.

9.2.2.2.4 Duración de la relación

–Todos son familia.

9.2.2.2.5 Intercambio

–Mutuo, como antes.

9.2.2.2.6 Intensidad (0–5)

–Un 5 a cada uno.

9.2.2.2.7 Lugar de residencia de cada miembro

–Castellón: la nuclear y 2 hermanos. –Jaén: 2 hermanos y cuñados.

9.2.2.2.8 Profesión y nivel socioeconómico de los miembros

–"Medio".

9.2.2.2.9 Relación de cada miembro con las otras personas de la red

–Todos se conocen, son familia.

9.2.3 Salud

9.2.3.1 *Evolución respecto a la salud*

9.2.3.1.1 *En casa de los padres*

–Dolor, por el frío, en hombros, brazos y dedos. No se podía mover. Duró 2 días y una noche.

9.2.3.1.2 *De casada/o*

–No tuvo enfermedades.

9.2.3.2 *Problemas de salud desde la jubilación*

–Infarto en 1994.

9.2.3.3 *Hospitalización*

–No.

9.2.3.4 *Medicación*

–Pastillas para la gripe.

9.2.3.5 *Operaciones*

–No.

9.2.3.6 *Funcionalidad actual y días en cama por encontrarse mal en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)*

–3 días en cama en 1995, por gripe.

9.2.3.7 *Utilización de los servicios sanitarios en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)*

- Ego

–Ninguna.

- Registros

–1 visita–programada: control T.A.

–1993: ninguna visita. –1994: ninguna visita.

9.2.4 Creencias y actitudes

9.2.4.1 *Observaciones sobre ego*

9.2.4.1.1 *Descripción de ego*

- Investigadora

–(Seguro de sí mismo. Correcto. Buen sentido del humor.)

- Médico

–”Asmático. Va por libre. Viene poco, tendría que venir más“.

9.2.4.1.2 *Contexto de la entrevista*

–Me introduce el hijo de la informante clave [12 años], me lleva al bar y me lo presenta.

–Entrevista: en el parque , 23-VIII-96, de 11:30 a 13:45. Solos.

9.2.4.2 *Rutina diaria y distracciones*

9.2.4.2.1 *En casa de los padres*

–Jugaba a bolos. Más tarde música (aprende a tocar la guitarra) y baile. –Trabajo en el campo y ganado.

- Recuerdos

–Malos, no le dejaban vivir con sus abuelos, y en su casa abusaron de él. A los 9 años cuidaba las cabras de su tío, ego quería morir, solo en el campo.

9.2.4.2.2 De casada/o

–Cazador con los amigos. La mujer se queda en casa, a cocinar. –Al bar los días libres.

9.2.4.2.3 Después de jubilada/o

–Se levanta a las 7:00 u 8:00. Pasea con amigos o solo. –Ve tele, duerme siesta y va al bar. Le gusta la gente, pero también estar solo. –No va al centro de la 3ª edad, ni de excursión.

9.2.4.3 Creencias sobre salud / enfermedad

–Salud es conservarse bien. –Los servicios sanitarios no son buenos porque falta gente.

9.2.4.4 Mecanismos de autocuidado

–Come poca carne y mucha verdura. –Va en bici “*uno tiene que moverse*”.

9.2.4.5 Creencias sobre la vejez

–Al final no vales para nada. No hay que pensar en eso. –La opinión de los servicios sanitarios es buena y mala, a veces.

9.2.4.6 Escala de valores

–1º salud. –2º familia.

9.2.4.7 Relaciones

–“*La relación social es los principal, si no la tienes te conviertes en un ser aburrido*”.
–Tiene un perrito, siempre ha tenido.

9.2.4.8 Etapa de su vida con mayor calidad de vida

–Ahora más calidad que nunca.

9.2.4.9 Control percibido en las decisiones que afectan su vida

–Ego toma sus decisiones, como siempre.

9.2.4.10 Proceso de decisiones cuando aparece un problema de salud

–Ego decide si va o no va al médico.

9.2.4.11 Miedos

–No.

9.2.1 Posición social

9.2.1.1 Género

9.2.1.2 Edad

Código : 24HP-65

9.2.1.3 Clase social

9.2.1.3.1 *En casa de los padres:* –Durante 24 años. Sale para casarse. –Fueron 9 hermanos, pero mueren 6.

- Educación
–Ego no va a la escuela de pequeño, pero si al repaso a los 15 años. –Sus hermanos van a la escuela poco.
- Profesiones o/y actividades
–Padre: caballería, pero primero jornalero del campo. –Madre: ama de casa de agricultor: cuidaba animales, vendía melones, iba a la vendimia. –Ego: trabajo en el campo y de albañil.
- Propiedades
–Tierra propia: 1000 cepas de uva.
- Nivel socioeconómico
–“Medio” (¡!).
–No pasaron hambre, pero casi.

9.2.1.3.2 *De casada/o:* –Se casa a los 24 años. –Tiene 5 hijos.

- Educación
–Todos sus hijos van a la escuela hasta los 14 años.
- Profesiones o/y actividades
–Ego: agricultor, acomodador de cine y 30 años albañil. –Esposa: ama de casa y sirvienta. –Hijos: oficios diversos, algunos más cualificados (encargada, arreglar electrodomésticos)
- Propiedades
–Su piso. –Una alquería y una hanegada de tierra.
- Nivel socioeconómico
–“Medio/bajo”. –No pasaron hambre.

9.2.1.3.3 *De jubilada/o:* –Se jubila a los 60 años, no se sentía para subir andamios.

- Profesiones o/y actividades
–Huerto, paseos y centro 3ª edad.
- Propiedades
–Su piso. –Su alquería con huerto. –Pensión.
- Nivel socioeconómico
–“Medio/bajo”.

9.2.1.4 Lugar de residencia / Inmigración

–Nace en Cuenca, en San Clemente. En 1960, aprox. Viene a Castellón con su familia nuclear, madre y hermano, buscando mejor trabajo.

9.2.2 Vinculación social

9.2.2.1 Evolución de las relaciones sociales

9.2.2.1.1 En casa de los padres

- Con la familia se reunían en matanzas y celebraciones. –Con los amigos jugaba mucho, era amigable. –A los 14 años: 1ª novia, trabajaba en el mismo campo.
- A los 21 años, después de la mili: 2ª novia, esposa actual.

9.2.2.1.2 De casada/o

- Se ha llevado bien con todos los vecinos pero no salían con nadie. –Con familiares tampoco se ha reunido.

9.2.2.1.3 Después de jubilada/o

- Vive con su esposa. –Van a bailar y de excursión con los del centro de la 3ª edad. –Tiene un perro en la alquería.

9.2.2.1.4 Sistemas de apoyo

- Su familia.

9.2.2.2 Red social actual

9.2.2.2.1 Personas significativas y tipo de conexión

- Esposa, 4 hijos y 1 hija. –Antes igual.

9.2.2.2.2 Grado de vinculación

- Esposa: 6 horas/día, por la tarde (o menos, si se va con amigos).
- Hijos: 1 vez/mes ó 2 veces/semana ó 3 veces/semana, media hora, con los hijos.

9.2.2.2.3 Marco de la relación

- En casa o en la calle.

9.2.2.2.4 Duración de la relación

- (Familia nuclear).

9.2.2.2.5 Intercambio

- Apoyo mutuo, igual que antes.

9.2.2.2.6 Intensidad (0–5)

- Todos un 5.

9.2.2.2.7 Lugar de residencia de cada miembro

- Todos viven en Castellón capital.

9.2.2.2.8 Profesión y nivel socioeconómico de los miembros

- "Medio", mejor que ego.

9.2.2.2.9 Relación de cada miembro con las otras personas de la red

- Todos son la familia nuclear.

9.2.3 Salud

9.2.3.1 *Evolución respecto a la salud*

9.2.3.1.1 *En casa de los padres*

–Infección de tripa a los 5 años; lo cura el médico de Albacete. –Hernia en la mili: se notó un bulto y dolor al tocarlo. Lo operan. –El “tío masnador” hacía friegas en la barrica. A ego le curó varias veces. –Tomaba té, tila... y ponían cataplasmas.

9.2.3.1.2 *De casada/o*

–A los 45 años: úlcera de estómago con dolor. –A los 59: dolor de espalda, se quedaba enganchado; corrientes. –Algún resfriado. –Medicación para úlcera y penicilina para resfriados. –Utilizaban papel de estraza con aceite para resfriados de los hijos

9.2.3.2 *Problemas de salud desde la jubilación*

–Cólico de riñón: mucho dolor. –T.A. alta. –Úlcera de estómago sangrante después de tomar medicación para el cólico de riñón estaba ingresado.

9.2.3.3 *Hospitalización*

–10 ó 15 días por el cólico de riñón.

9.2.3.4 *Medicación*

–Pastillas para la T.A.

9.2.3.5 *Operaciones*

–No.

9.2.3.6 *Funcionalidad actual y días en cama por encontrarse mal en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)*

–Sólo dependiente cuando lo sondaron y llevaba goteros. –Ningún día en cama después de salir del hospital.

9.2.3.7 *Utilización de los servicios sanitarios en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)*

- Ego

–cinco o seis veces.

- Registros

–4 visitas 

2–programadas: control T.A. y IRS.

2–1ª: I.R.S.

–1993: 17 visitas. –1994: 5 visitas.

9.2.4 Creencias y actitudes

9.2.4.1 Observaciones sobre ego

9.2.4.1.1 Descripción de ego

- Investigadora
–(Bajito, correcto, un poco inseguro, contento.)
- Médico
–"Educado, correcto. El 100% de las visitas justificadas, debía visitar más".

9.2.4.1.2 Contexto de la entrevista

- Me introduce la informante clave, en el parque, cuando jugaba a bolos con otros vecinos.
- Entrevista: en el parque, el 4-IX-1996, de 16:00 a 18:00. Solos.

9.2.4.2 Rutina diaria y distracciones

9.2.4.2.1 En casa de los padres

–Se levantaba a las 6:30 ó 7:00, y a veces a las 3 para vender leña, iba a trabajar hasta la puesta de sol.

- Recuerdos
–Felices, en casa y con los amigos.

9.2.4.2.2 De casada/o

–Trabajar y poco más.

9.2.4.2.3 Después de jubilada/o

–Se levanta a las 9:00 y se va al huerto. –Come en casa, ve la tele y va a pasear con esposa o amigos. –Ego y esposa van al centro de la 3ª edad, a los bailes y a las excursiones de un día.

9.2.4.3 Creencias sobre salud / enfermedad

–Influye la herencia, pero más que nada la vida que lleva uno. –Opinión de los servicios sanitarios: buena, lo trataron bien de joven, y ahora también.

9.2.4.4 Mecanismos de autocuidado

–Hace ejercicio (huerto) pero sin obligarse. –Come de todo, comida casera. – Fuma, ahora menos, 10 cigarrillos/día. –Le gusta beber, pero sin exagerar.

9.2.4.5 Creencias sobre la vejez

–Es malo llegar a viejo, pero peor el que no llega. Le va bien por ahora.

9.2.4.6 Escala de valores

–1º salud. –2º buenas relaciones. –3º dinero.

9.2.4.7 Relaciones

–Relacionarse es preciso, pero cada uno en su casa.

9.2.4.8 Etapa de su vida con mayor calidad de vida

–De los 30 a los 40, fue cuando tenía más fuerza.

9.2.4.9 Control percibido en las decisiones que afectan su vida

–Igual que antes, siempre decide él en sus cosas.

9.2.4.10 Proceso de decisiones cuando aparece un problema de salud

–Se resiste a ir al médico, pero va por voluntad propia cuando lo necesita.

9.2.4.11 Miedos

–No.

9.2.1 Posición social

9.2.1.1 Género

9.2.1.2 Edad

Código : 25MP+70

9.2.1.3 Clase social

9.2.1.3.1 *En casa de los padres:* –Vive unos 29 años; sale para trabajar de sirvienta en CS en casa. –Eran 3 hermanos.

- Educación
–No va a la escuela; su hermana tampoco, pero su hermano sí, hasta los 11 años.
- Profesiones o/y actividades
–Padre: labrador, tierra propia para comer, animales domésticos y 20 ovejas. –
Madre: ama de casa de labrador. –Ego: pastora de ovejas desde los 9 años, agricultora y sirvienta.
- Propiedades
–Casa propia (masía) y poca tierra.
- Nivel socioeconómico
–“Media/baja, pobres”.

9.2.1.3.2 *De casada/o:* –Se casa a los 32 años. –Su marido, 10 años mayor que ego, muere a los 73 años. –Hija con secuelas de parálisis infantil.

- Educación
–Su hija va a la escuela y su hijo también.
- Profesiones o/y actividades
–Ego: ama de casa y limpiaba casas a veces. –Marido: peón de albañil asalariado.
–Hija obrera (ahora en paro), hijo albañil (ahora en paro).
- Propiedades
–Casa actual. La construyó su marido.
- Nivel socioeconómico
–“Bajo/medio”.

9.2.1.3.3 *De jubilada/o:* –Pensión de viudedad a los 63 años.

- Profesiones o/y actividades
–Ama de casa.
- Propiedades
–La casa.
- Nivel socioeconómico
–“Bajo/medio”.

9.2.1.4 Lugar de residencia / Inmigración

–De Sierra Engarcerán (CS) en una masía. Viene a CS a los 28 ó 29 años para trabajar (sirvienta) y se casa aquí.

9.2.2 Vinculación social

9.2.2.1 Evolución de las relaciones sociales

9.2.2.1.1 En casa de los padres

–Jugaba con una amiga, su hermana y una prima en la masía. –A los 18 años van al pueblo: bailar y misa. –Una vez al año van los familiares a casa: matanza “en Nadal”.

9.2.2.1.2 De casada/o

–Vive con marido y 2 hijos hasta hace 7 años. –No ha tenido amigos. Ego solo quería estar tranquila en casa. No reuniones familiares.

9.2.2.1.3 Después de jubilada/o

–Vive sólo con sus 2 hijos. –No sale con nadie, sólo los hijos.

9.2.2.1.4 Sistemas de apoyo

–Sus hijos.

9.2.2.2 Red social actual

9.2.2.2.1 Personas significativas y tipo de conexión

–Su hija (34 años) y su hijo (40 años). –Menor red que de pequeña (poco menor).

9.2.2.2.2 Grado de vinculación

–Hija: 14 horas/día.
–Hijo: 12 horas/día.
Baja (muere el marido).

9.2.2.2.3 Marco de la relación

–Casa. Poco en la calle.

9.2.2.2.4 Duración de la relación

9.2.2.2.5 Intercambio

–Apoyo mutuo como antes.

9.2.2.2.6 Intensidad (0–5)

–Un 5 a cada uno. Satisfecha con la red.

9.2.2.2.7 Lugar de residencia de cada miembro

–Los 2 viven con ego.

9.2.2.2.8 Profesión y nivel socioeconómico de los miembros

–Obreros. Nivel más bajo que ego.

9.2.2.2.9 Relación de cada miembro con las otras personas de la red

–Son hermanos.

9.2.3 Salud

9.2.3.1 *Evolución respecto a la salud*

9.2.3.1.1 *En casa de los padres*

–A los 8 años: escarlatina, le caía la piel. –A los 18 años: congelación de la sangre por el frío, se hinchaba y no podía moverse, se le va la regla. Una curandera le da hierbas y vuelve a tener la regla. –Toma aceite de hígado de bacalao y polvos.

–15 días sin valerse a los 18 años. –Cataplasmas.

9.2.3.1.2 *De casada/o*

–Bronquitis a veces. –Enfermedad intestinal grave: dolor, caca negra, muy casada. –Colostomía permanente desde 1987. –Le ponían penicilina para las bronquitis.

9.2.3.2 *Problemas de salud desde la jubilación*

–Buena salud, solo los pequeños problemas de la colostomía. –Su madre murió del vientre a los 64 años, sangraba por el ano.

9.2.3.3 *Hospitalización*

–Ninguna.

9.2.3.4 *Medicación*

–Nada.

9.2.3.5 *Operaciones*

–Ninguna.

9.2.3.6 *Funcionalidad actual y días en cama por encontrarse mal en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)*

–Su hija se encarga, casi por completo, de que la colostomía funcione bien.

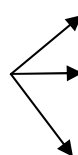
9.2.3.7 *Utilización de los servicios sanitarios en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)*

- Ego

–15 veces; 1 vez al mes para recambios de colostomía.

- Registros

–14 visitas



8-programadas: control T.A.

1-administrativa.

5-1^{as}: resfriados, mareos, rinitis, mal sabor de boca...

–1993: 13 visitas. –1994: 5 visitas.

9.2.4 Creencias y actitudes

9.2.4.1 Observaciones sobre ego

9.2.4.1.1 Descripción de ego

- Investigadora
–(No va arreglada, cálida, pocos dientes, sincera, tímida, sonriente.)
- Médico
–"90% visitas justificadas, 10% teclas. Dependiente de su hija".

9.2.4.1.2 Contexto de la entrevista

- Introducción por una vecina, suegra de la informante clave.
- Entrevista: 5-IX-96, en su comedor, solas (su hijo vino a darme unas fechas), de 15:15 a 16:45.

9.2.4.2 Rutina diaria y distracciones

9.2.4.2.1 En casa de los padres

- Se levantaba a las 6 para cuidar ovejas todo el día y agricultura. Hacía ganchillo. Por la noche, a veces a jugar.

- Recuerdos
–Tristes: aunque padres cariñosos, tenía que caminar 2 horas para poder pasarlo bien.

9.2.4.2.2 De casada/o

- La única diversión: ir al cine, y pocas veces.

9.2.4.2.3 Después de jubilada/o

- Se levanta a las 7 h. Desayuna, faena de casa y compra. A las 18:00 cena, misa y paseo con hijos.

9.2.4.3 Creencias sobre salud / enfermedad

- No sabe como conservar la salud. –Esta contenta con los servicios sanitarios.

9.2.4.4 Mecanismos de autocuidado

- Nunca ha fumado ni bebido alcohol, come de todo, le gusta trabajar y pasea 1 hora diaria.

9.2.4.5 Creencias sobre la vejez

- Es triste porque ya no puedes hacer tantas cosas, pero no le tiene miedo.

9.2.4.6 Escala de valores

- 1º salud. –2º bienestar de sus hijos.

9.2.4.7 Relaciones

- Las mínimas posibles.

9.2.4.8 Etapa de su vida con mayor calidad de vida

- A los 12 ó 13 años, porque no piensas, vives a lo loco.

9.2.4.9 Control percibido en las decisiones que afectan su vida

- Las decisiones de su vida las ha tomado siempre su marido. Ahora las toma su hija.

9.2.4.10 Proceso de decisiones cuando aparece un problema de salud

- Sólo va al médico para repetir las bolsas de colostomias (no coincide con la historia clínica). Su hija la lleva, pero ego no quiere ir.

9.2.4.11 Miedos

- No.

9.2.1 Posición social

9.2.1.1 Género

9.2.1.2 Edad

Código : 26MP+70

9.2.1.3 Clase social

9.2.1.3.1 *En casa de los padres:* –Sale a los 22 años para casarse. –Eran 6 hermanos, pero 2 mueren de pequeños.

- Educación
–Ego va poco a la escuela, por interrupciones de la guerra y porque no le gustaba.
–Sus hermanos también van poco.
- Profesiones o/y actividades
–Padre y madre: agricultores, trabajaron poco a jornal. –Ego trabaja a los 14 años en una fábrica de tejidos hasta que se casa.
- Propiedades
–Tierra propia y arrendada: hortalizas y secano. –Casa propia. –Animales: cerdos, gallinas, conejos, carro y macho.
- Nivel socioeconómico
–“Medio”. –En la postguerra pasaron privaciones.

9.2.1.3.2 *De casada/o:* –Se casa a los 23 años. –Tiene 2 hijos y 2 hijas.

- Educación
–3 hijos van a la escuela hasta los 14 años. –1 hija, la pequeña, va también a Formación Profesional. –1 hijo estudia delineante por su cuenta.
- Profesiones o/y actividades
–Agricultores (su marido y ego) “*cullita a mitges en un mas d’un cosí del meu mari*”. Después el marido fue albañil. –Ego: ama de casa de agricultor y “*anava a la teronja alguna temporà*”. –Hijos: oficios relacionados con comercios. Uno secretario.
- Propiedades
–La casa actual. –Un trozo de tierra, de herencia, en Morella.
- Nivel socioeconómico
–“Medio/bajo”.

9.2.1.3.3 *De jubilada/o:* –No se jubila oficialmente.

- Profesiones o/y actividades
–Ama de casa.
- Propiedades
–La casa actual. –Un trozo de tierra, de herencia, en Morella.
- Nivel socioeconómico
–“Medio/bajo”. –No tiene pensión, la del marido.

9.2.1.4 Lugar de residencia / Inmigración

–Nace en Morella (norte provincia de CS) viene a CS cuando se casa, en busca de trabajo mejor que les ofrece un primo del marido.

9.2.2 Vinculación social

9.2.2.1 Evolución de las relaciones sociales

9.2.2.1.1 En casa de los padres

–Varias amigas con las que se llevaba bien, pero sobre todo 4 muy buenas amigas desde los 15 ó 16 años. No tenían reuniones familiares, excepto en las matanzas, que eran verdaderos bureos (bailes con guitarras). –1^{er} novio: a los 15 años (3 años). 2º novio: a los 18 años, su marido actual.

9.2.2.1.2 De casada/o

–No salía con amigos, sólo con sus hijos al cine. A veces a la playa con vecinos. A veces con la cuñada.

9.2.2.1.3 Después de jubilada/o

–Vive con su marido.

9.2.2.1.4 Sistemas de apoyo

–Su familia.

9.2.2.2 Red social actual

9.2.2.2.1 Personas significativas y tipo de conexión

–Marido, 2 hijos, 2 hijas y 7 nietos. –Igual que antes; mayor por los nietos.

9.2.2.2.2 Grado de vinculación

–Marido: 10 horas/día.

–Hijos y nietos: 2 horas/2 semanas (se reúnen).

–2 hijos: 2 veces/semana, ½ hora cada vez.

–Otros 2 hijos: ½ hora/día.

–Ego cuida a sus nietos. Ahora pasa 5 horas/día con el pequeño.

Aumenta el grado de vinculación.

9.2.2.2.3 Marco de la relación

–Casa de ego o maset.

9.2.2.2.4 Duración de la relación

–Familia nuclear.

9.2.2.2.5 Intercambio

–Apoyo positivo, más que antes.

9.2.2.2.6 Intensidad (0–5)

–Un 5 a cada uno.

9.2.2.2.7 Lugar de residencia de cada miembro

–Todos viven en Castellón.

9.2.2.2.8 Profesión y nivel socioeconómico de los miembros

–Todos tienen un nivel superior a ego.

9.2.2.2.9 Relación de cada miembro con las otras personas de la red

–Familia nuclear.

9.2.3 Salud

9.2.3.1 Evolución respecto a la salud

9.2.3.1.1 En casa de los padres

–Grano en el cuello, con fiebre. –Estreñida “*perque menjava moltes cerbes*”.
 –Dolor de muelas. Aspirinas. –Le sacó una muela el barbero. –
 Cataplasmas para el grano. –Purgas de aceite ricino y lavados para estreñimiento.

9.2.3.1.2 De casada/o

–Desgarro y prolapso de cuello de utero después de un parto: 14 años de tratamiento. –A los 48 años: derrame vaginal. –Artrosis a los 38 años: dolor. –Muchos nervios. Jaquecas con vómitos y vértigo; le dijeron que era consecuencia de las cervicales. –3 raspados en un año (ingresos hospitalarios). –Pastillas para dolor e inflamación ginecológica y para la artrosis.

9.2.3.2 Problemas de salud desde la jubilación

–Artrosis: se le hincha el tobillo.
 –TA alta, hasta 200, se quedó sin vista. Se bajó con la dieta sin sal.

9.2.3.3 Hospitalización

–No.

9.2.3.4 Medicación

–Le dieron antiinflamatorios para el tobillo.

9.2.3.5 Operaciones

–No.

9.2.3.6 Funcionalidad actual y días en cama por encontrarse mal en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)

–Sin problemas.

9.2.3.7 Utilización de los servicios sanitarios en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)

- Ego

–7 u 8 veces.

- Registros

–14 visitas.

5-1ª → eczema, astenia, IRS, mareo, dolor de espalda.

3-2ª → eczema, artrosis.

5-PR → control tensión arterial, artralgia.

–1993: 6 visitas. –1994: 2 visitas.

9.2.4 Creencias y actitudes

9.2.4.1 Observaciones sobre ego

9.2.4.1.1 Descripción de ego

- Investigadora
–(Agradable. No viste a la moda.)
- Médico
–”Hipertensa. Normal i corrent. Mantiene buena relación, confiada, cuenta las cosas. 100% de las visitas justificadas“.

9.2.4.1.2 Contexto de la entrevista

- Me presento en su casa, dice que lo intentará. La primera cita por tfno fracasa
- no está en casa a la hora convenida. –La 2ª cita por tfno se cumple.
- Entrevista: comedor de su casa, el 2–X–96, de 16:20 a 18:38. Solas.

9.2.4.2 Rutina diaria y distracciones

9.2.4.2.1 En casa de los padres

- Se levantaba a las 6 para ir a trabajar. Cuando llegaba a casa hacía la faena y a dormir. –Los domingos: limpiar casa, misa y a paseo o al cine.

- Recuerdos

- Felices, pero una maestra era rara. –Ego ha sido contestona. Jugaba poco porque tenía la responsabilidad del hermano.

9.2.4.2.2 De casada/o

- Trabajar y criar hijos. –A veces: al cine, a la playa... con los hijos.

9.2.4.2.3 Después de jubilada/o

- A ego sólo le cambió la vida cuando su marido se jubila a los 60 años. Ahora pasea con él por las tardes y hacen viajes de la 3ª edad. A ego no le gusta hacer viajes, pero a su marido sí.

9.2.4.3 Creencias sobre salud / enfermedad

- La salud se mantiene por herencia y por guardarse de cosas como la sal y el alcohol.
- Buena opinión de los servicios sanitarios.

9.2.4.4 Mecanismos de autocuidado

- Trabajar sin excesos. –Pasea 1 hora diaria. –Comer “de calent” y fruta. –Ni fuma ni toma alcohol en exceso, en las comidas.

9.2.4.5 Creencias sobre la vejez

- Muy bonita si estás con la familia o muy fea si no tienes amparo de hijos. –No le tiene miedo porque no piensa.

9.2.4.6 Escala de valores

- 1º familia. –2º tener lo necesario. –(Pregunto: ¿y la salud? Me responde, como otros, ”eso es lo principal“).

9.2.4.7 Relaciones

- Son muy bonitas. Ego tiene relaciones con la gente, pero no amistades “a fondo”, (como otros), porque después riñen.

9.2.4.8 Etapa de su vida con mayor calidad de vida

- De los 15 a los 20 años “no tens mal de caps”.

9.2.4.9 Control percibido en las decisiones que afectan su vida

- No ha cambiado.

9.2.4.10 Proceso de decisiones cuando aparece un problema de salud

- No le gusta ir al médico, la lleva su hija y marido.

9.2.4.11 Miedos

- No (no piensa en lo que puede asustar).

9.2.1 Posición social

9.2.1.1 Género

9.2.1.2 Edad

Código : 27HP-67

9.2.1.3 Clase social

9.2.1.3.1 *En casa de los padres:* –Sale a los 25 años, para casarse. –Son 6 hermanos.

- Educación
–Ego y sus hermanos van poco (2 años) o nada a la escuela, pero una hermana se saca el graduado de mayor.
- Profesiones o/y actividades
–Padre: agricultor, jornalero, también esquilador. –Madre: ama de casa de labrador. –Ego: pastor a los 11 años. Luego labrador de viñas, a jornal. –Los hermanos igual o albañiles o sirvientes.
- Propiedades
–Casa propia en el pueblo. –Viñedos. –Animales: mula, gallinas y cerdos.
- Nivel socioeconómico
–“Medio”. –No sobraba, a veces escaso.

9.2.1.3.2 *De casada/o:* –Se casa a los 26 años. –Tiene 3 hijos.

- Educación
–Los 3 hijos van a la escuela y la pequeña va a Formación Profesional.
- Profesiones o/y actividades
–Mandaderos –ego y esposa– de un convento: hacían recados, barrían la iglesia, caseros de finca agraria, labrador, desguace de barcos, albañil, fábrica. –Esposa: ama de casa y trabajos fuera, pero sin cotizar. Hijos: oficios cualificados (tapiceros, auxiliar de clínica).
- Propiedades
–La casa del pueblo y la de aquí.
- Nivel socioeconómico
–“Medio”. –No sobraba.

9.2.1.3.3 *De jubilada/o:* –Se jubila a los 64 años, “*deferencia de la empresa*”.

- Profesiones o/y actividades
–Manualidades en un pequeño taller en casa: soldador y chapador.
- Propiedades
–La casa del pueblo y la de aquí. –Tiene pensión.
- Nivel socioeconómico
–“Medio”.

9.2.1.4 Lugar de residencia / Inmigración

–Nace en San Clemente (Cuenca). En 1962 vienen a Castellón, a casa de un familiar, en busca de un trabajo mejor.

9.2.2 Vinculación social

9.2.2.1 Evolución de las relaciones sociales

9.2.2.1.1 En casa de los padres

–Ego fue amigable. Tenía buenos amigos. –Reuniones familiares y de vecinos: en las matanzas y en la época de la rosa del azafrán, 15 días juntos, trabajando. –1ª novia: a los 14 años. Luego con amigos.

9.2.2.1.2 De casada/o

–No tiene amigos en Castellón, se lleva bien con la gente pero cada uno en su casa. –Muchos amigos en Cuenca, va a menudo y se juntan hasta 30 familias, muchos son familia.

9.2.2.1.3 Después de jubilada/o

–Vive con su esposa y los 2 hijos que quedan en casa.

9.2.2.1.4 Sistemas de apoyo

–Su familia.

9.2.2.2 Red social actual

9.2.2.2.1 Personas significativas y tipo de conexión

–Esposa, 2 hijos, 1 hija, 4 hermanos, 3 primos y 2 amigos. –Igual que de casado.

9.2.2.2.2 Grado de vinculación

–Esposa: unas 8 horas/día, por la tarde¹
 –2 hijos: 4 ó 6 horas/día.
 –1 hijo, los hermanos y un amigo: 3 veces/año.
 –Otros amigos: 1 vez/2 años.
 –Mayor que antes (esposa e hijos).

9.2.2.2.3 Marco de la relación

–Casa de ego, en CS o en el pueblo. Un amigo, por telefono.

9.2.2.2.4 Duración de la relación

–Desde siempre.

9.2.2.2.5 Intercambio

–Mutuo, como antes.

9.2.2.2.6 Intensidad (0–5)

–Un 5 a todos.

9.2.2.2.7 Lugar de residencia de cada miembro

–Esposa y 2 hijos: en Castellón; el resto: en Cuenca.

9.2.2.2.8 Profesión y nivel socioeconómico de los miembros

–"Nivel Medio", como ego. Labradores y un camionero los mayores.

¹ No parece posible: va por las mañanas con antiguos compañeros de trabajo y pasa horas por la tarde en la terraza, en su taller.

- 9.2.2.2.9 *Relación de cada miembro con las otras personas de la red*
 –Se conocen todos.

9.2.3 Salud

9.2.3.1 *Evolución respecto a la salud*

9.2.3.1.1 *En casa de los padres*

- Cuando tenía 1 año se queda ciego durante un año, por un susto de una máscara de carnaval. Le ponen pomada. –Le dan azúcar tostado para constipados y agua con azufre bebida para las erupciones.

9.2.3.1.2 *De casada/o*

- Cólico de riñón hace 20 años –3 cólicos con piedras. –Enganchones de espalda. –Toma Buscapina para los cólicos.

9.2.3.2 *Problemas de salud desde la jubilación*

- Ninguno.

9.2.3.3 *Hospitalización*

- No.

9.2.3.4 *Medicación*

- No.

9.2.3.5 *Operaciones*

- No.

9.2.3.6 *Funcionalidad actual y días en cama por encontrarse mal en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)*

- Ninguno.

9.2.3.7 *Utilización de los servicios sanitarios en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)*

- Ego
–2 veces.
- Registros
 - 3 visitas
 - 1^a: artralgia.
 - 2^a: dolor de pie.
 - PR: esguince (después de Rx).

9.2.4 Creencias y actitudes

9.2.4.1 *Observaciones sobre ego*

9.2.4.1.1 *Descripción de ego*

- Investigadora
–(Atractivo, aspecto cuidado, calmado, expresión seria de entrada pero cálido después. Lleva gafas.)
- Médico
–"Visitas justificadas al 100%".
- Informante clave
–Tiene fama de raro.

9.2.4.1.2 *Contexto de la entrevista*

(-Voy directamente a su casa -me decían que era raro. Su hija abre la puerta y al presentarme coincidimos en que ella trabaja en el Hospital, esto me facilita la entrada, me reciben). -Entrevista: en el comedor de su casa, el 5-IX-96, de 17:00 a 18:45. Su esposa e hija están presentes la mayor parte de la entrevista.

9.2.4.2 Rutina diaria y distracciones

9.2.4.2.1 En casa de los padres:

-Trabaja en aldeas, por lo que se ve obligado a dormir allí, con los otros trabajadores, toda la semana.

- **Recuerdos**

-Buenos. Buen ambiente familiar.

9.2.4.2.2 De casada/o

-Trabajar y de viaje al pueblo siempre que podían.

9.2.4.2.3 Después de jubilada/o

-Se sigue levantando a las 7:00 ó 7:30. Se va a pasear solo o con antiguos compañeros de trabajo. Hace la compra, ve la tele y es muy mañoso: tiene un taller en la terraza. -No sale por la tarde, es muy familiar.

9.2.4.3 Creencias sobre salud / enfermedad

-La salud se consigue llevando una vida normal, no cogiendo enfados grandes, llevándote bien con la familia, durmiendo bien, no siendo egoísta. -Buena opinión de los servicios sanitarios.

9.2.4.4 Mecanismos de autocuidado

-El trabajo es saludable. -Come variado. -Camina mucho. -Dejó de fumar (10 cigarrillos al día) hace unos 9 años, ahora fuma ½ puro al día. Sólo bebe vino en las comidas y fiestas.

9.2.4.5 Creencias sobre la vejez

-Es buena si estás bien.

9.2.4.6 Escala de valores

-1º vida en paz y con alimentos. -2º familia en armonía.

9.2.4.7 Relaciones

-La amistad es buena.

9.2.4.8 Etapa de su vida con mayor calidad de vida

-Ahora. También cuando se tienen 20 años.

9.2.4.9 Control percibido en las decisiones que afectan su vida

-Igual que antes.

9.2.4.10 Proceso de decisiones cuando aparece un problema de salud

-Toma él la decisión de ir o no ir al médico.

9.2.4.11 Miedos

-No.

9.2.1 Posición social

9.2.1.1 Género

9.2.1.2 Edad

Código : 28MP+72

9.2.1.3 Clase social

9.2.1.3.1 *En casa de los padres:* –Sale a los 22 años para casarse. –Pueblecito de unas 15 casas juntas; casi todos eran familia. – Eran 6 hermanos.

- Educación
–Ego y todos sus hermanos fueron unos años a la escuela. –Las chicas aprenden a coser y bordar.
- Profesiones o/y actividades
–Padres: labradores. –Ego: trabaja en casa, de labradora, cosiendo y trabajos del hogar. Sus hermanas también. Las chicas no trabajaron para otros.
- Propiedades
–Tierra propia, para comer y para vender el producto. –Animales: pavos, gallinas... cabras, ovejas, mulo, burra, 2 carros. –Casa propia.
- Nivel socioeconómico
–“Medio”. –Nunca faltó nada.

9.2.1.3.2 *De casada/o:* –Se casa a los 22 años. –Vive 13 años con los suegros y 5 cuñados. –Tienen 2 hijos.

- Educación
–Sus hijos van a la escuela. Una llegó a estudiar químicas, pero no acabó.
- Profesiones o/y actividades
–Ego: ama de casa, labradora y también cosió un poco. –Marido: labrador. – Hija: sastresa. –Hijo: trabaja en Petromed.
- Propiedades
– La casa en Castellón. –Una casa grande en el pueblo y fincas: viñas, almendros y oliveras.
- Nivel socioeconómico
–“Medio/alto”.

9.2.1.3.3 *De jubilada/o:* –No se jubila oficialmente.

- Profesiones o/y actividades
–Ego: ama de casa y labores: ganchillo, coser.
- Propiedades
–Las mismas que de casada.
- Nivel socioeconómico
–“Medio/alto”.

9.2.1.4 Lugar de residencia / Inmigración

–Nace en Macisvenda (Murcia). En 1962 vienen a Castellón en busca de mejor vida.

9.2.2 Vinculación social

9.2.2.1 Evolución de las relaciones sociales

9.2.2.1.1 En casa de los padres

–Responsable de cuidar a sus hermanos. Jugaba con amigas. –En su casa se reunía mucha gente y ego cocinaba para muchos. –Tenía amigos forasteras, eran las que más le gustaban, en el taller de los pueblos donde ego iba a aprender a coser. –1^{er} novio a los 15 años (su marido) pero salían con las amigas y se reían mucho.

9.2.2.1.2 De casada/o

–Iban a bailar con amigos en el pueblo, pero cuando vienen a Castellón bajan las salidas con amigos. A veces al cine con vecinas. –Han sido sociables aunque más con la familia.

9.2.2.1.3 Después de jubilada/o

–Vive con su marido. –Va de paseo con las vecinas y el marido. Viaja bastante con los viejos de la 3^a edad.

9.2.2.1.4 Sistemas de apoyo

–Le ayudan su marido y su hija.

9.2.2.2 Red social actual

9.2.2.2.1 Personas significativas y tipo de conexión

–1 hijo, 1 hija, marido, 4 hermanos. –Igual que de casada, pero menor número de miembros que en el pueblo.

9.2.2.2.2 Grado de vinculación

–Hijos:
–1 h. 30' a su hijo, 1 ó 2 veces/semana.
–3 h. a la hija, 1 ó 2 veces/semana.
–Marido: todo el día.
–2 hermanos: 2 ó 3 veces/año.
–Otros 2 hermanos: 1 vez/año.
–Aumenta (marido).

9.2.2.2.3 Marco de la relación

–Casa o tfno.

9.2.2.2.4 Duración de la relación

–Son la familia.

9.2.2.2.5 Intercambio

–Apoyo mutuo, sólo con el marido.

9.2.2.2.6 Intensidad (0–5)

–A todos un 5 excepto a un hermano.

9.2.2.2.7 Lugar de residencia de cada miembro

–Los hijos y esposo en Castellón, los hermanos en Alicante y Murcia.

9.2.2.2.8 Profesión y nivel socioeconómico de los miembros

–Todos como ego excepto 2 hermanos: "Medio–bajo".

9.2.2.2.9 Relación de cada miembro con las otras personas de la red

–Todos son familia

9.2.3 Salud

9.2.3.1 Evolución respecto a la salud

9.2.3.1.1 En casa de los padres

–Paludismo a los 17 años. –Tomaba polvos para el paludismo y vitaminas bebidas. –Le daban aceite de hígado de bacalao y le ponían cataplasmas de manteca de cerdo y migas de pan al pecho.

9.2.3.1.2 De casada/o

–A los 55 años: Artrosis, no fue al médico; tomó unas hierbas que le fueron bien.

9.2.3.2 Problemas de salud desde la jubilación

–A los 65 años; TA alta: tenía calores. –A los 69 años: apendicitis y cólico de riñón; vómitos y dolor. –Va a Valencia a que le rompan las piedras del riñón. –Nervios últimamente.

9.2.3.3 Hospitalización

–7 días hospitalizada, por la operación de apendicitis.

9.2.3.4 Medicación

–Goteros para los cólicos. –Pastillas: Adalat, Tiaprizal y Lescol para la TA, los nervios y el colesterol.

9.2.3.5 Operaciones

–A los 69 años: apendicitis.

9.2.3.6 Funcionalidad actual y días en cama por encontrarse mal en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)

–10 ó 12 días: por cólico y por nervios.

9.2.3.7 Utilización de los servicios sanitarios en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)

- Ego

–Más de 30 veces.

- Registros

–29 visitas

8-1^{as}: estreñimiento, tensión arterial alta, intolerancia medicamento, cólico nefrítico, IRS.

2-2^a: lagrimeo, debilidad.

19-PR: control tensión arterial, analítica.

–1993: 2 visitas. –1994: 30 visitas.

9.2.4 Creencias y actitudes

9.2.4.1 Observaciones sobre ego

9.2.4.1.1 Descripción de ego

- Investigadora
–(Agradable, atractiva, calmada, muestra buenas relaciones con su marido, parece contenta con su vida, la pasada y la presente.)
- Médico
–”Pareja particular: balnearios en verano, la mujer es nerviosa, inquieta, el marido es cascarrabias, parece que domina. El 80% de las consultas son justificadas, el 20% causas psicológicas“.

9.2.4.1.2 Contexto de la entrevista

- Voy directamente y me recibe sin cita previa.
- Entrevista: su casa, 25-IX-96, de 15:50 a 17:50. Su marido presente durante toda la entrevista, interviene a menudo.

9.2.4.2 Rutina diaria y distracciones

9.2.4.2.1 En casa de los padres

- Dependiendo de la temporada, se levantaba a las 5 o más tarde. Trabajaba y por las tardes hacían piezas de esparto, entre chistes y risas.

- Recuerdos

- Felices, tenía de todo, hasta iba a la playa en un tiempo que nadie iba.

9.2.4.2.2 De casada/o

- Trabajo de casa, crianza de hijos, labores, coser.

9.2.4.2.3 Después de jubilada/o

- Se levanta a las 8:30, limpia, va a comprar. Duerme la siesta y luego a paseo con las vecinas y el marido.

9.2.4.3 Creencias sobre salud / enfermedad

- “La salud le viene a una”. –Buena opinión de los servicios sanitarios.

9.2.4.4 Mecanismos de autocuidado

- Come sin sal, sin grasa y más pescado que carne desde siempre; no mucha verdura.
- Trabaja en el jardín del hijo y pasea. –Nunca ha fumado. –No toma alcohol, antes sólo en las comidas.

9.2.4.5 Creencias sobre la vejez

- “Es fea, no puedes hacer cosas que quieres”, pero no tiene miedo.

9.2.4.6 Escala de valores

- 1º salud. –2º buenas relaciones con la gente.

9.2.4.7 Relaciones

- La amistad es muy hermosa, necesaria para vivir.

9.2.4.8 Etapa de su vida con mayor calidad de vida

- De pequeña, hasta los 20 años.

9.2.4.9 Control percibido en las decisiones que afectan su vida

- Igual que antes.

9.2.4.10 Proceso de decisiones cuando aparece un problema de salud

- Cuando se siente mal va al médico.

9.2.4.11 Miedos

- No nombra ninguno.

9.2.1 Posición social

9.2.1.1 Género

9.2.1.2 Edad

9.2.1.3 Clase social

Código : 29MP-71

9.2.1.3.1 *En casa de los padres:* --Sale de casa a los 22 años, para casarse. --Son 5 hermanos.

- Educación
--Ego fue 1 año a la escuela. --Los hermanos, por un estilo.
- Profesiones o/y actividades
--Padres: labradores. --Ego: pastora y trabajos de casa.
- Propiedades
--Tierras propias. --Casa propia. --Animales: 2 ó 3 machos...
- Nivel socioeconómico
--"Medio" (vive sola, sin el marido, buena pensión).

9.2.1.3.2 *De casada/o:* --Se casa a los 22 años. --Tiene 6 hijos, entre ellos 2 pares de gemelos, una de ellas muere al nacer.

- Educación
--Todos sus hijos van a la escuela.
- Profesiones o/y actividades
--Ego y su esposo son labradores. Ego va a coger naranja. --En 1967 montan un bar en Castellón (ahora lo llevan los hijos).
- Propiedades
--La casa actual, un piso. --El bar. --Tierras y animales.
- Nivel socioeconómico
--"Medio".

9.2.1.3.3 *De jubilada/o*

- Profesiones o/y actividades
--Cuida a sus nietos, pero no se pierde los viajes del INSERSO.
- Propiedades
--La casa: un piso en la misma finca que la hija. --Tiene pensión.
- Nivel socioeconómico
--"Medio".

9.2.1.4 Lugar de residencia / Inmigración

--Nace en Villahermosa del Río (CS). Vienen a Castellón (con esposo) a principios de los años 60, en busca de mejores posibilidades de trabajo. Antes en el pueblo y en una masía.

9.2.2 Vinculación social

9.2.2.1 Evolución de las relaciones sociales

9.2.2.1.1 En casa de los padres

–Infancia solitaria. Sólo juega con otros pastores y poco porque su madre no quiere, dice que si juega no cuida bien las ovejas. –1^{er} novio y único: a los 20 años, porque era amigo de un hermano, lo conoció en la mili y trabajó con su padre en el estraperlo.

9.2.2.1.2 De casada/o

–Se relacionan con gentes de otras masías. –Ego y su marido van con amigos de excursión. –Ego queda viuda en 1986, a los 61 años.

9.2.2.1.3 Después de jubilada/o

–Es viuda desde los 61 años. –Tiene muchas amigas del centro de la 3ª edad.

9.2.2.1.4 Sistemas de apoyo

–Su hermana.

9.2.2.2 Red social actual

9.2.2.2.1 Personas significativas y tipo de conexión

–3 hijas, 1 hijo, 11 nietos, 2 yernos y 5 amigas. –Mayor red social que antes.

9.2.2.2.2 Grado de vinculación

–Hijas: varias horas/día, a una sólo 2 veces/semana. –Nietos: muchas horas a 4 de ellos todos los días; 1 vez por semana a 5 de ellos. –Yernos: a diario a uno y 3 veces/semana a otro. –Amigas: a diario, varias horas, 2 de ellas; otra: 3 veces a la semana. –2 amigas: 6 meses al año, a diario. Mayor grado de vinculación que antes.

9.2.2.2.3 Marco de la relación

–Casa, calle, centro 3ª edad y comercio de hijas (bar, ferretería, zapatería)

9.2.2.2.4 Duración de la relación

–2 amigas son recientes: 1 año. –3 amigas, desde poco después de llegar a Castellón (1966)

9.2.2.2.5 Intercambio

Vive sola.

9.2.2.2.6 Intensidad (0–5)

–Hijas: un 5 a dos de ellas y un 4 a la 3ª. –Nietos: un 5 a 3 nietos y un 4 al resto. –Yernos: 4. –Amigas: 3.

9.2.2.2.7 Lugar de residencia de cada miembro

–La familia: todos en Castellón. Las amigas también, pero 2 de ellas vienen a temporadas.

9.2.2.2.8 Profesión y nivel socioeconómico de los miembros

–"Todos Medio, pero 4 amigas Bajo".

9.2.2.2.9 Relación de cada miembro con las otras personas de la red

–Todos se conocen.

9.2.3 Salud

9.2.3.1 Evolución respecto a la salud

9.2.3.1.1 En casa de los padres

–No tuvo enfermedades.

9.2.3.1.2 De casada/o

–Buena salud. –A los 63 años le dolía la cabeza: tenía la tensión alta.

9.2.3.2 Problemas de salud desde la jubilación

–Buena salud. –TA alta pero controlada con las pastillas. –Algún resfriado.

9.2.3.3 Hospitalización

–No.

9.2.3.4 Medicación

–Adalat para la tensión y otra (no recuerda).

9.2.3.5 Operaciones

–No.

9.2.3.6 Funcionalidad actual y días en cama por encontrarse mal en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)

–Ningún día en cama.

9.2.3.7 Utilización de los servicios sanitarios en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)

- Ego

–No sabe, 1 ó 2.

- Registros

–3 visitas

2-1^{as} – IRS, Otagia.

Programada: control.

–1993: 9 visitas. –1994: 6 visitas.

9.2.4 Creencias y actitudes

9.2.4.1 Observaciones sobre ego

9.2.4.1.1 Descripción de ego

- Investigadora
–(Simpática, cálida, tímida, feliz.)
- Médico
–”Inhibida, retraída, “curteta”, habla poco. El 100% de las visitas justificadas“.

9.2.4.1.2 Contexto de la entrevista

- Me introduce la informante clave, su hija.
- Entrevista: zapatería de la informante clave, el 13-III-96, de 11:55 a 13:00.
Hija y nieto presentes.

9.2.4.2 Rutina diaria y distracciones

9.2.4.2.1 En casa de los padres

- Trabaja de pastora y en la casa. Juega muy poco.

- Recuerdos

- Infancia solitaria; sólo era feliz en el campo, pero en casa no, su madre no la quería, decía que no era hija suya, que se la habían cambiado de pequeña (la madre muere cuando tiene 16 años).

9.2.4.2.2 De casada/o

- Trabaja en el bar y crianza de niños. –Sale de excursión con esposo, hijos y amigos, a veces.

9.2.4.2.3 Después de jubilada/o

- Pasea con amigas todos los días. –A veces juega a cartas. –Va a bailes del Centro de la 3ª edad.

9.2.4.3 Creencias sobre salud / enfermedad

- No lo sabe. –Opina que los servicios sanitarios son regular.

9.2.4.4 Mecanismos de autocuidado

- Come lo que le apetece, mucha verdura. –No fuma. –No hace ejercicio.

9.2.4.5 Creencias sobre la vejez

- Le gusta la vejez.

9.2.4.6 Escala de valores

- 1º salud y diversión. –2º cariño, las buenas relaciones. –3º dinero. –No practica religión.

9.2.4.7 Relaciones

- Muy bien. –Tiene 1 gato y 2 pájaros.

9.2.4.8 Etapa de su vida con mayor calidad de vida

- Ahora. Le gusta como se vive ahora, más decisiones de la gente.

9.2.4.9 Control percibido en las decisiones que afectan su vida

- Ella toma las decisiones.

9.2.4.10 Proceso de decisiones cuando aparece un problema de salud

- Sólo va al médico cuando se resfría y no se le va después de unos días y para controlarse la tensión por indicación del personal sanitario.

9.2.4.11 Miedos

- No.

9.2.1 Posición social

9.2.1.1 Género

9.2.1.2 Edad

Código : 30HP+73

9.2.1.3 Clase social

9.2.1.3.1 *En casa de los padres:* –Sale de casa a los 27 años, para casarse, pero a temporadas trabajaba y dormía fuera de casa. – Eran 2 hermanos.

- Educación
–Ego y su hermana van a la escuela hasta los 12 años y 15 años respectivamente.
- Profesiones o/y actividades
–Padres: agricultores; tierra arrendada en la mayoría. –Ego: trabaja en una masía como pastor de 12 a 14 años. Luego en una presa de agua, de 14 años a 21 (servicio militar) y plantando pinos.
- Propiedades
–Poca tierra propia: 3 ó 4 hanegadas. –Animales: vendían cerdos. –2 casas, no muy buenas condiciones.
- Nivel socioeconómico
–“Medio”.

9.2.1.3.2 *De casada/o:* –Se casa a los 27 años. –Tienen 2 hijos. –La esposa de ego muere en 1977, 3 años después de ser operada de un cáncer de mama.

- Educación
–Los 2 hijos van a la escuela hasta los 14 años.
- Profesiones o/y actividades
–Ego: arreglaba carreteras durante 8 años y cortaba pinos en verano. Trabajo de jornalero y vendía en el mercado. En la sociedad de regantes. –Esposa: ama de casa y ayudaba a ego. –Hijos: en fábricas.
- Propiedades
–Un maset y tierra.
–Un piso.
- Nivel socioeconómico
–“Medio”.

9.2.1.3.3 *De jubilada/o:* –A los 63 años, baja por inutilidad (1975) por un accidente en una valla.

- Profesiones o/y actividades
–Trabajo de casa y paseos.
- Propiedades
–No tiene, lo ha dado todo a los hijos. –Pensión.
- Nivel socioeconómico
–“?”. –No padece escasez, tiene la pensión.

9.2.1.4 Lugar de residencia / Inmigración

–Nace en Nerpio (Albacete), en una aldea de unos 300 vecinos. Viene a la provincia de Castellón en 1952; tienen familiares aquí que les dicen que hay mejores posibilidades de trabajo.

9.2.2 Vinculación social

9.2.2.1 Evolución de las relaciones sociales

9.2.2.1.1 En casa de los padres

–Tenía muchos amigos; se llevaba bien con todos: padres, maestros y niños. De joven iba a muchos bailes. –1ª novia a los 23 años, su esposa. –La familia se reunía en las matanzas, varias al año. Se reunían mucho en casa de vecinos; mucha vida social.

9.2.2.1.2 De casada/o

–Tenían más amigos en su tierra. Aquí, más solitarios, pero se veían con un primo y con vecinos en los bailes de una venta.

9.2.2.1.3 Después de jubilada/o

–Vive con su esposa 2 años, hasta 1977 en que fallece y ego va a vivir con su hija y familia.

9.2.2.1.4 Sistemas de apoyo

–Su esposa e hijos le ayudaban, también su nuera.

9.2.2.2 Red social actual

9.2.2.2.1 Personas significativas y tipo de conexión

–una hija, un hijo, 6 nietos y 1 cuñada. –Red más reducida que antes (muerte de esposa, cambio de barrio).

9.2.2.2.2 Grado de vinculación

–Ego pasa muchas horas solo durante la semana. Esta acompañado los fines de semana. –Hija: poco/día (trabajo), mucho los fines de semana. –Hijo: solo fines de semana, todo el día. –Nietos: a 2, todos los días 8 horas; a 4, fines de semana, 3 horas/día. –Cuñada: fines de semana, 6 horas/día. Baja el grado de vinculación.

9.2.2.2.3 Marco de la relación

–Masía (fines de semana). –Casa (a diario).

9.2.2.2.4 Duración de la relación

–Son todos familia.

9.2.2.2.5 Intercambio

–Más positivo en la jubilación.

9.2.2.2.6 Intensidad (0–5)

–Un 5 a cada uno. No está satisfecho, muy solo.

9.2.2.2.7 Lugar de residencia de cada miembro

–Castellón capital.

9.2.2.2.8 Profesión y nivel socioeconómico de los miembros

–"Medio–bajo", trabajan en fábricas y los nietos estudian Formación Profesional.

9.2.2.2.9 Relación de cada miembro con las otras personas de la red

–Todos se conocen.

9.2.3 Salud

9.2.3.1 Evolución respecto a la salud

9.2.3.1.1 En casa de los padres

–Los padres de ego mueren a los 100 y 87 años. La abuela a los 107 años. –
Nunca estuvo enfermo. Las únicas inyecciones fueron las vacunas de la mili.

9.2.3.1.2 De casada/o

–Nada, hasta que se cayó de una valla a los 62 años. Tomó calmantes.

9.2.3.2 Problemas de salud desde la jubilación

–En 1976 deja de fumar y se le reseca la nariz. –Dolor de cabeza desde el porrazo.
–En 1993 problemas de orina: próstata, no puede orinar bien. –Azúcar alto desde
1995, se lo descubren cuando le operan de la próstata. –En 1993 verruga en el
lacrimal.

9.2.3.3 Hospitalización

–3 días en 1995: operación de próstata.

9.2.3.4 Medicación

–Spray para la nariz reseca. –Pastillas para orinar bien durante 2 años antes de
operarse.

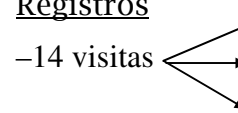
9.2.3.5 Operaciones

–2, de próstata y del lacrimal. También la verruga.

9.2.3.6 Funcionalidad actual y días en cama por encontrarse mal en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)

–3 días, cuando estuvo ingresado.

9.2.3.7 Utilización de los servicios sanitarios en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)

- Ego
–3 ó 4 veces.
- Registros
 - 5-1^{as}: cefalea, artrosis rodilla, Estreñimiento.
 - 14 visitas 
 - 6-PR: artrosis, próstata, cardiopatía, diabetes.
 - 3-administrativas.
 - 1993: 4 visitas. –1994: 7 visitas.

9.2.4 Creencias y actitudes

9.2.4.1 Observaciones sobre ego

9.2.4.1.1 Descripción de ego

- Investigadora
–(Aseado, ordenado, se expresa con mucha claridad, muy hablador y sentencioso.)
- Médico
–”Franco, buen sentido del humor, viene lo justo, a veces viene por la hija“.

9.2.4.1.2 Contexto de la entrevista

–Voy a su casa y me da una cita.
–Entrevista: en el parque, día 11-X-96, de 16:00 a 18:20. Solos.

9.2.4.2 Rutina diaria y distracciones**9.2.4.2.1 En casa de los padres**

–En invierno se levantaba antes de las 6 y volvía de noche del trabajo, 1 hora de camino al trabajo. Los domingos libres.

- **Recuerdos**

–Felices, no era travieso, nunca le han pegado.

9.2.4.2.2 De casada/o

–Trabajar y acudían a los bailes de "una venta", toda la familia.

9.2.4.2.3 Después de jubilada/o

–Se levanta a las 6:30 y hace el trabajo de casa: compra, limpieza y cocina. – Pasea con amigos o solo. No le gustan ni las cartas ni los bares. –Después de comer ve la tele. No le gusta el Centro de la 3ª edad.

9.2.4.3 Creencias sobre salud / enfermedad

–No se explica lo de la salud "*Nadie puede estar libre de un bien o de un mal*". –Los médicos se han portado bien, todos menos uno que le dio el alta cuando cayó de la valla.

9.2.4.4 Mecanismos de autocuidado

–El trabajo ayuda a la salud. –Cuando estás mal, cualquier comida te molesta. Ego se priva de cosas, no come dulces y come mucha verdura. –Paseos, en verano y fines de semana más. –No le va el alcohol y dejó de fumar hace 20 años.

9.2.4.5 Creencias sobre la vejez

–"*Si hay dios –yo no lo he visto–, si no te puedes valer lo mejor es que te vayas*".

9.2.4.6 Escala de valores

–1º llevarse bien con la familia. –2º la salud, y tener el dinero necesario.

9.2.4.7 Relaciones

–Son buenas; ego no ha tenido nunca un conocido con el que no se hablara.

9.2.4.8 Etapa de su vida con mayor calidad de vida

–El tiempo que vivió con su mujer.

9.2.4.9 Control percibido en las decisiones que afectan su vida

–Igual que antes (¡!).

9.2.4.10 Proceso de decisiones cuando aparece un problema de salud

–Va al médico, por decisión propia.

9.2.4.11 Miedos

–No.

9.2.1 Posición social

9.2.1.1 Género

9.2.1.2 Edad

Código : 31MP+69

9.2.1.3 Clase social

9.2.1.3.1 *En casa de los padres:* –Sale a los 12 años para ir de sirvienta en diferentes casas de Valencia. –Son 9 hermanos.

- Educación
–Ego va poco a la escuela (lee con dificultad la 2ª cartilla de sus nietos). –Sus hermanos: algunos no van, otros muy poco.
- Profesiones o/y actividades
–Padres: labradores, amo. –Ego: sirviendo en casas, hasta que se casa. – Hermanos: fábricas, labradores. Uno: lucha libre y luego bombero.
- Propiedades
–Casa (herencia): ni agua, ni luz, ni water.
- Nivel socioeconómico
–“Bajo/bajo”. –Ego, desde los 12 años a los 26 años nunca cobró más de 26 duros/mes. –Pasaron hambre en la postguerra. Los nacionales les quitaron la tierra arrendada.

9.2.1.3.2 *De casada/o:* –Se casa a los 26 años. –Tiene 3 hijos.

- Educación
–Hijos: van a la escuela hasta los 14 años.
- Profesiones o/y actividades
–Ego ha trabajado siempre: vendimia francesa, naranja, “*bajoca*”... –El marido en lo que salía: cargador de camiones, albañil, agricultor; a los 45 años le dan pensión de invalidez. –Los hijos: en fábricas. Uno es funcionario: conserje.
- Propiedades
–Un terreno donde hacen casa. –Finca actual: 4 pisos, para ego e hijos.
- Nivel socioeconómico
–“Bajo” (la casa actual no parece que confirme este nivel). –No les ha sobrado.

9.2.1.3.3 *De jubilada/o:* –Desde los 65 años cobra 15.000 pts/mes por la vendimia.

- Profesiones o/y actividades
–Le gustaría ir a la escuela de adultos. –Cuida de su casa, de sus nietos –escuela, comida– y de un hijo separado. –Aprendió manualidades en el centro de la 3ª edad.
- Propiedades
–Pensión del marido y pensión de ego (15.000 pts/mes). .Finca de 4 pisos (quizás casa anterior).
- Nivel socioeconómico
–“Medio” (dudosa el aumento).

9.2.1.4 Lugar de residencia / Inmigración

–Nace en una aldea de Albacete, cerca de Ellín (10 ó 12 km.). Vienen a Castellón por 1953, en busca de mejores formas de vivir.

9.2.2 Vinculación social

9.2.2.1 Evolución de las relaciones sociales

9.2.2.1.1 En casa de los padres

–Hasta los 12 años: amigas y amigos; se pegaban, jugaban. Ego les sigue la pista a estas amigas. Sirviendo en Valencia no tuvo amigas. –A los 16 años, 1^{er} novio. Se querían muchísimo, durante 4 años. Murió en un mes; ego cayó enferma cuando murió. Nunca se enamoró otra vez. –A los 25 años, 2^o novio, marido actual. Ego nunca le quiso.

9.2.2.1.2 De casada/o

–El marido de ego no se lleva bien con los padres y hermanos de ego. Cuando muere su madre, los hermanos están 1 año sin hablar con ego. –Al casarse vive en casa de su madre y 2 hermanos. Su madre la echa. –Vive en casa de su suegra, 3 años. –No tenía relaciones con nadie, ni amigos. Sólo ha ido a bodas, bautizos y comuniones, y en Navidad se reunían la familia (nuclear).

9.2.2.1.3 Después de jubilada/o

–Vive en una finca de 4 pisos: un piso ella y el marido. Los otros: hijos y nietos. –Va poco a bailar y a algunos viajes de la 3^a edad.

9.2.2.1.4 Sistemas de apoyo

–Cuando la operaron le ayudaron: hija, vecinas, suegra, hermanas y marido.

9.2.2.2 Red social actual

9.2.2.2.1 Personas significativas y tipo de conexión

–3 hijos, 6 nietos, sus hermanos y sobrinos (no nombra al marido). –Igual que antes.

9.2.2.2.2 Grado de vinculación

–Hijos: 3 ó 5 horas/día, cada uno. –Nietos: a 3 de ellos no los ve, se han ido con la madre (hijo separado); a 3 de ellos, 3 ó 6 horas/día. –Hermanos y sobrinos: 1 ó 2 veces/año, todo el día con ellos.
Disminuye el grado de vinculación social.

9.2.2.2.3 Marco de la relación

–Casa.

9.2.2.2.4 Duración de la relación

–Son todos familia.

9.2.2.2.5 Intercambio

–Más apoyo positivo que antes de la jubilación (;demasiado!).

9.2.2.2.6 Intensidad (0–5)

–Hijos: 5. –Nietos: a 3: un 1 (está enfadada); a 3: un 5. –Hermanos y sobrinos: 5. No está satisfecha con su red social.

9.2.2.2.7 Lugar de residencia de cada miembro

–Hijos y nietos: en Castellón (en su finca, menos 3 nietos). –Hermanos y sobrinos: fuera, en diferentes lugares.

9.2.2.2.8 Profesión y nivel socioeconómico de los miembros

–Todos "nivel Medio".

9.2.2.2.9 *Relación de cada miembro con las otras personas de la red*
 –Todos se conocen.

9.2.3 Salud

9.2.3.1 *Evolución respecto a la salud*

9.2.3.1.1 *En casa de los padres*

–Pleura, cuando murió su novio, ego tenía 20 años: no comía, solo lloraba, le dolía el lado; su “*amo*”, oculista, le llevó al médico. –Inyecciones de penicilina. –2 meses sin trabajar, su hermana la cuidó. –Le daban Malvavisco, raíces para constipado; aceite de caudil y tabaco alrededor del cuello para dolor de garganta.

9.2.3.1.2 *De casada/o*

–A los 42: cólico, no cenaba, le diagnosticaron apendicitis. –Algunos resfriados. –A los 45 años grano en la lengua (ego lo relaciona con la recogida de “*bajoca*”), le diagnosticaron cáncer. –1969: operación de apendicitis. –1972: operación de lengua. 2 años de cobalto en Valencia.

9.2.3.2 *Problemas de salud desde la jubilación*

–T.A. alta, desde hace 8 años. –Artrosis en la rodilla derecha.

9.2.3.3 *Hospitalización*

–No.

9.2.3.4 *Medicación*

–Tomaba pastillas para la TA pero las dejó porque la hacían orinar mucho.

9.2.3.5 *Operaciones*

–No.

9.2.3.6 *Funcionalidad actual y días en cama por encontrarse mal en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)*

–Ningún día en cama.

9.2.3.7 *Utilización de los servicios sanitarios en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)*

- Ego

–2 ó 3 veces.

- Registros

–15 veces

3-1^{as}: IRS, Artralgia rodilla.

3-2^{as}: Artralgias.

1-administrativas.

7-PR: control tensión (varios)

1-no acude.

–1993: 5 visitas. –1994: 5 visitas.

9.2.4 Creencias y actitudes

9.2.4.1 *Observaciones sobre ego*

9.2.4.1.1 *Descripción de ego*

- Investigadora

–(Gordita, piernas muy hinchadas, anda con dificultad, viva, sincera, agradable. Al final de la entrevista me regaló un pañuelo de encaje hecho por ella.)

- Médico

–”Debería venir mucho más. *Retraiguda*, no confía. No tolera los medicamentos, cree que todo le sentará mal. Mala relación con el marido, no quiere hacerle la comida“.

9.2.4.1.2 Contexto de la entrevista

–Me introduce la informante clave, por medio de una amiga que es la nuera de ego.

–Incidente: al ir a avisar a ego de mi visita, su nuera cae por las escaleras y se rompe una pierna. (Esto supuso tensión entre nosotras al principio y un conocimiento más profundo de la familia de ego y más aceptación por su parte, a la larga). Fui al hospital a visitar a la nuera varias veces. –Entrevista: 2 meses después de la 1ª cita, el 16-X-96, de 17:10 a 20:00, en su casa, solas pero el marido, hija y nieta vienen, por separado, unos minutos.

9.2.4.2 Rutina diaria y distracciones

9.2.4.2.1 En casa de los padres

–Trabajaba de 7 h. a 23 h. –Libre: jueves y domingo por la tarde. No vacaciones.

- Recuerdos

–Amargos: ni juguetes, ni cariño. Le pegaban con la zapatilla cuando al fregar se le rompían los platos. –A veces estaba 3 años sin ver a sus padres, no tenía dinero para ir a casa. Una vez fué a casa y su madre se quedó con el dinero del billete de vuelta a Valencia, donde trabajaba de sirvienta. –Algunos buenos recuerdos con amigas.

9.2.4.2.2 De casada/o

–Trabajar y crianza de niños.

9.2.4.2.3 Después de jubilada/o

–Se levanta a las 8:00, prepara a los nietos para la escuela y los lleva. Trabajos de casa para muchos ¡demasiados!. Recoge a los nietos de la escuela, luego merienda, cena y, si queda tiempo, hace ganchillo que es lo que le gusta.

9.2.4.3 Creencias sobre salud / enfermedad

–Cree que la salud es un don de Dios; si sabemos tratarla bien, la conservamos mejor.

–Opina que antes los médicos eran mejores, ahora regular.

9.2.4.4 Mecanismos de autocuidado

–El trabajo es favorable a la salud. –Come de todo (poca grasa). –Ni tabaco ni alcohol, nunca.

9.2.4.5 Creencias sobre la vejez

–La vejez es muy fea. –Tiene miedo a no valerse “¿para que quieres molestar?”

9.2.4.6 Escala de valores

–1º salud. –2º amor. –3º familia.

9.2.4.7 Relaciones

–Buenas, si tienes confianza; pero ha tenido desengaños.

9.2.4.8 Etapa de su vida con mayor calidad de vida

–Cuando tuvo su novio, de los 16 a los 20 años.

9.2.4.9 Control percibido en las decisiones que afectan su vida

–Igual que siempre.

9.2.4.10 Proceso de decisiones cuando aparece un problema de salud

–Si no se le va el problema, va al médico.

9.2.4.11 Miedos

–A quedarse impedida de vieja.

9.2.1 Posición social

9.2.1.1 Género

9.2.1.2 Edad

Código : 32MP-69

9.2.1.3 Clase social

9.2.1.3.1 *En casa de los padres:* –Hasta los 14 años. –3 hermanos, uno muere de pequeño.

- Educación
–Ego no sabe leer. –La hermana de ego sí que sabe, fue a la escuela un poco.
- Profesiones o/y actividades
–Padres: Labradores. –Ego: sirvienta, 1ª en casa de familiares en CS, luego en Barcelona. –Hermana: sirvienta también, hasta que se casa.
- Propiedades
–2 casas; una, la de la abuela, la destruyó una bomba. –Tierra propia. –Animales. Vendían cerdos.
- Nivel socioeconómico
–“Medio”.

9.2.1.3.2 *De casada/o:* –Se casa a los 25 años: matrimonio arreglado por sus padres, por tierras. –El matrimonio dura un año, “*ell era molt pagés*”; no le gustaba bailar. Ya murió.

- Educación
–No tuvieron hijos.
- Profesiones o/y actividades
–Labradores en una alquería del Grao de Castellón (cuidadores) –Ego se separa del marido y vuelve a Barcelona, a trabajar en el bar/restaurante.
- Propiedades
–Ego sólo tuvo un piso que le dieron en Barcelona cuando tiraron las barracas donde vivía.
- Nivel socioeconómico
–“Bajo”.

9.2.1.3.3 *De jubilada/o:* –A los 65 años empieza a cobrar pensión, pero está de baja antes.

- Profesiones o/y actividades
–Arregla la casa de su hermana (ego tiene una habitación salón donde hace la vida)
–La hermana hace la comida y friega.
- Propiedades
–Nada. Vendió el piso y compró sus muebles. Juega a la lotería para poder comprar un piso y no tener que vivir con su hermana. –La pensión.
- Nivel socioeconómico
–“Bajo”.

9.2.1.4 Lugar de residencia / Inmigración

–Nace en Adzeneta (provincia de Castellón, interior). –De sirvienta en Castellón y Barcelona. –Viene a CS a los 65 años, a casa de su hermana.

9.2.2 Vinculación social

9.2.2.1 Evolución de las relaciones sociales

9.2.2.1.1 En casa de los padres

–En Barcelona, tenía una amiga que fue como su hermana durante toda su vida. Salían al baile y a divertirse. –El primer novio lo tuvo de mayorcita.

9.2.2.1.2 De casada/o

–No se relacionaban con nadie. –Cuando se separó, ego tenía a su amiga en Barcelona y un compañero que vivió con ella 12 años, hasta los 64, cuando se va ego tiene una depresión. –Salían las 2 amigas y sus compañeros.

9.2.2.1.3 Después de jubilada/o

–Con vecinas y hermana va a los viajes de la 3ª edad y el centro de la 3ª edad. Charla con las vecinas “a la fresca”. –Tiene perrito.

9.2.2.1.4 Sistemas de apoyo

–Su amiga de Barcelona y sus jefes del restaurante, cuando la operaron de las caderas. –(Su hermana ahora).

9.2.2.2 Red social actual

9.2.2.2.1 Personas significativas y tipo de conexión

–Hermana, 2 sobrinos, ”3 renebodes“ y 1 vecina. –Mayor red que antes (pero no satisfactoria).

9.2.2.2.2 Grado de vinculación

–Hermana: 7 horas/día. –Sobrinos: minutos/día. –2 Renebodes: 2 horas/día; 1 reneboda: 10’/día. –Vecina: sólo 2 horas/día, 3 meses/año. Mayor grado de vinculación desde la jubilación.

9.2.2.2.3 Marco de la relación

–Casa/calle

9.2.2.2.4 Duración de la relación

–Son familia, (a la vecina no lo sé, pero la conoció cuando vino a Castellón).

9.2.2.2.5 Intercambio

–Negativo: vive en casa de su hermana, sus sobrinas la llevan a sitios (aunque ella pone dinero, dice)

9.2.2.2.6 Intensidad (0–5)

–Un 5 a la hermana y un 3 a las renebodes. –Un 4 a los sobrinos. –Un 2 a la vecina.

9.2.2.2.7 Lugar de residencia de cada miembro

–Todos en Castellón, las sobrinas en la finca (2), la vecina sólo viene 3 meses/año.

9.2.2.2.8 Profesión y nivel socioeconómico de los miembros

–”Nivel Medio“, oficios: albañil,...

9.2.2.2.9 Relación de cada miembro con las otras personas de la red

–Se conocen todos.

9.2.3 Salud

9.2.3.1 *Evolución respecto a la salud*

9.2.3.1.1 *En casa de los padres*

–Apendicitis. –Hernia. –Operada de hernia en el hospital. –Le daban té de monte, poleo; vinagre para dolor de cabeza y cataplasmas “*de segó*” y vinagre para anginas.

9.2.3.1.2 *De casada/o*

–De casada (1 año y ½) no tuvo enfermedades. –A los 50 años: artrosis, “*estava grossa*” y luego T.A. alta. –A los 60 años le sientan mal unas pastillas: mareos y malestar. Luego la operan de 2 caderas.

9.2.3.2 *Problemas de salud desde la jubilación*

–T.A. alta. –Dolor de cabeza a veces.

9.2.3.3 *Hospitalización*

–No.

9.2.3.4 *Medicación*

–Persantín, Astudal y Inhibace (pastillas).

9.2.3.5 *Operaciones*

–No.

9.2.3.6 *Funcionalidad actual y días en cama por encontrarse mal en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)*

–Ningún día en la cama.

9.2.3.7 *Utilización de los servicios sanitarios en 15 meses (del 1-I-95 al 31-III-96)*

- Ego

–No se acuerda.

- Registros

–2 visitas–programadas: control tensión arterial.

–1993: 8 visitas. –1994: 3 visitas.

9.2.4 Creencias y actitudes

9.2.4.1 Observaciones sobre ego

9.2.4.1.1 Descripción de ego

- Investigadora
–(Graciosa sin intentarlo. Muy sincera. Añora el pasado.)
- Médico
–”No le gusta venir, es captada. Ahora viene lo que toca, antes no. Es especial. Bronquitis crónica, mucha fatiga“.

9.2.4.1.2 Contexto de la entrevista

- Hablo con la vecina y llama a su puerta; me la introduce. Me da una cita.
- Entrevista: en casa de su hermana –ego vive allí–en su habitación/salón, el 24–IX–96, de 16:30 a 18:10.

9.2.4.2 Rutina diaria y distracciones

9.2.4.2.1 En casa de los padres

- Recuerdos
–Más felices que tristes de su casa. Amargos de Castellón y felices de Barcelona.
–En casa jugaba “*com un xicot*”: subía a los árboles, era traviesa. De joven trabaja todo el día y jueves y domingos va al baile y a parques de atracciones. –1 semana al año iba al pueblo.

9.2.4.2.2 De casada/o

- Con el marido, sólo ayudarle en el campo y trabajo de casa. –En Barcelona con su amiga y novios al baile, bingo y diversión.

9.2.4.2.3 Después de jubilada/o

- Se levanta a las 9:00 ó 10:00, limpia la casa y se va de paseo con el perro y gato. Duerme siesta y luego ve la tele y se va a la fresca con las vecinas. A las 19:00, a pasear con el perro. Después de cenar, la tele.

9.2.4.3 Creencias sobre salud / enfermedad

- La salud depende de la vida que se lleva. –Opina que los servicios sanitarios son buenos, está contenta con el médico.

9.2.4.4 Mecanismos de autocuidado

- El trabajo ayuda a la salud. –Dieta variada, se priva del cerdo que le gusta mucho.
- Paseos. –Fumó mucho hasta los 65 años: 2 ó 3 paquetes al día. –De joven mucha cerveza y copas. Ahora sólo sidra en fiestas.

9.2.4.5 Creencias sobre la vejez

- La vejez es mala, no puede salir a ningún sitio. La juventud no quiere viejos, sólo los lleva de compras y “*a soltar diners*”.

9.2.4.6 Escala de valores

- 1º salud. –2º dinero. –3º amor. Si le toca la lotería se irá a Adzeneta.

9.2.4.7 Relaciones

- Si son buenas, está bien, pero hoy en día hay pocas.

9.2.4.8 Etapa de su vida con mayor calidad de vida

- De joven, en Barcelona.

9.2.4.9 Control percibido en las decisiones que afectan su vida

- Igual que antes, pero no está en casa.

9.2.4.10 Proceso de decisiones cuando aparece un problema de salud

- Va al médico cuando se siente mal.

9.2.4.11 Miedos

- A quedarse impedida.

9.3 Enfermedades y visitas al médico

Código	Nº Visitas	Visitas Programadas +Administr.	Enfermedades / Opinión médico
1MC+74	11	8	TA↑, Colesterol↑, Depresión / 90% justificadas, miedo a morir
2MC-66	2		Bronquitis fuerte, Colesterol↑, Artrosis / debía venir más
3HC+68	16	13	Artrosis, Bronquitis, Enganches / no viene si no está muy mal
4HC-66	0		Una verruga /
5MC-65	3		Cólicos, Hernia, Lumbago, Obesidad /
6MC-70	1		Artrosis /
7HC+70	16	16	Angina de pecho, Lumbalgia, Diabetes / 100% justificadas
8HC+69	15	15	Diabetes, TA↑, mala circulación / 100% justificadas
9HC-71	3		TA↑, Artrosis
10HC-66	2		Infarto / viene demasiado poco
11MC-72	1		TA↑, Depresión / a veces por tonterías, a veces debía venir más
12MC+68	15	6	Artrosis, Lumbago / 80% justificadas, ninguna enfermedad crónica
13HC+73	21	18	TA↑, Diabetes Insuf. Renal, Artrosis / 100% justificadas
14MC+69	10	8	TA↑, Colesterol↑ / buena mujer, mala paciente
15MC+74	12	10	TA↑, Colesterol↑, Diabetes / 90% justificadas. No hace caso
16HC-73	3		Nada, solo va a hacerse controles /
17HP+71	21	11	TA↑, Colesterol↑, EPOC / 80% justificas
18HP+67	14	4	Hernia, (antiguo infarto), dolor estómago / 70% justificadas
19HP-73	0		Ulcera (hace 4 años) /
20MP-65	3		Dolor cervicales /
21MP-72	4		TA↑, dolor espalda /
22HP+67	25	11	TA↑, Colesterol↑, Acido úrico / 25% justif.
23HP-70	1		Infarto, Asmatico / tendría que venir más
24HP-65	4		Cólico riñón, TA↑ / debía venir más
25MP+70	14	9	Colostomía, pequeños problemas / 90% justificadas
26MP+70	14	5	TA↑(200), Artrosis, nervios / 100% justif.
27HP-67	3		Ahora nada /
28MP+72	29	19	TA↑, cólicos riñón, nervios / 80% justif.
29MP-71	3		TA↑ /
30HP+73	14	9	Jaquecas, Próstata, Diabetes / va lo justo
31MP+69	15	8	TA↑, Artrosis / va menos de lo que debe
32MP-69	2		TA↑, Jaquecas /

Leyenda del código :

Primer dígito o 2 dígitos : número de orden de lista
M/H : Mujer / Hombre
C/P : Barrio Céntrico / Periférico
+/- : 10 visitas o más / 4 visitas o menos al Centro de Salud en 15 meses
74, 66, 70, ... : edad de ego en 1.996