

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tesisenxarxa.net) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tesisenred.net) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tesisenxarxa.net) service has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized neither its spreading and availability from a site foreign to the TDX service. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service is not authorized (framing). This rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author



**Escola Tècnica Superior
d'Enginyeria Industrial de Barcelona**

UNIVERSITAT POLITÈCNICA DE CATALUNYA

**Doctorado en Ingeniería de Proyectos: Medio ambiente,
Calidad, Seguridad y Comunicación**

**Análisis de la implantación de un
modelo de vivienda integrado para el
adulto mayor en Puerto Rico:
Posibilidades y potencial impacto social**

Por:

Evaristo Andrés Román Martínez

Director de Tesis:

Dr. Carlos Sierra Garriga

Índice

RESUMEN	5
ABSTRACT	7
GLOSARIO	8
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN	13
1. Justificación de la investigación	18
2. Objetivos	19
2.a. Objetivo General	19
2.b. Objetivos específicos	20
3. Hipótesis de trabajo	20
4. Conceptos básicos	21
5. Limitaciones	22
6. Metodología	24
6.a. Procedimiento metodológico, tipo y diseño de investigación	24
6.b. Tipo y determinación de la muestra	25
6.c. Instrumentos y técnicas de recolección de datos	27
6.d. Tipo de análisis e interpretación de los datos	30
6.e. Validación del cuestionario (encuesta)	33
7. Contenido del documento	85
CAPÍTULO 2. ANTECEDENTES	88
1. Planteamiento del Problema	88
2. Estado del arte	96
2.a. Evolución sanitaria, de vivienda y socioeconómica de la población	125
2.b. Soluciones existentes	132
2.c. Calidad de vida percibida en adultos mayores	146

CAPÍTULO 3. MODELO DE VIVIENDA INTEGRADO	153
1. Descripción física del Modelo	153
2. Descripción organizativa	167
CAPÍTULO 4. ANÁLISIS/ESTUDIO DE LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO DE VIVIENDA INTEGRADO EN PUERTO RICO	194
1. Formulario de la encuesta a adultos mayores de Puerto Rico	195
2. Aspectos individuales	217
3. Calidad ambiental	224
4. Salud	230
5. Habilidades funcionales/dependencia	259
6. Integración social	265
7. Actividad y ocio	280
8. Satisfacción con la vida	288
9. Educación	296
10. Ingresos	300
11. Servicios sanitarios y sociales	305
12. Seguridad	308
CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES	313
BIBLIOGRAFÍA	328
ANEXO I	338
ANEXO II	345

AGRADECIMIENTOS

Hoy que expreso mis últimas palabras en esta tesis, deseo dar gracias a mí Dios, pues ha sido un gran milagro la realización de este logro para el bien de la humanidad. Puedo decir con toda seguridad: “Hasta aquí nos ha guiado el Señor”.

A mí esposa Elvira...

A mi primogénito Jovan Andrés...

A la niña de mis ojos Anna Theresa...

A la Sra. Fredeswinda García-Méndez de Frontera...

A, S.M. La Reina Sofía de España...

Al Dr. Carlos Sierra – Garriga...

Al Dr. José E. Valentín...

Al Dr. Arnaldo Torres Degró...

Al Dr. Jesús Arzamendi...

Al Dr. Alexandre Kalache...

Al Sr. Joe Chatt...

Al Dr. Generoso Trigo García...

Al Sr. “Tingo” Vidal...

A todas las personas que pusieron de su tiempo para dejar su huella en mi vida y en la de ustedes, plasmadas todas hoy aquí en esta tesis doctoral.

RESUMEN

Objetivos. Nuestro objetivo principal remite a analizar el impacto social originado por la aplicación de un modelo de vivienda integrado para el adulto mayor socioeconómicamente intermedio en Puerto Rico. Por su parte, los principales objetivos específicos son: analizar las posibilidades y requerimientos estructurales y funcionales hacia la implementación de un modelo integrado de viviendas para adultos mayores puertorriqueños caracterizados como intermedios en términos socio económicos; analizar en qué medida tal implementación podría mejorar la calidad de vida de tal grupo social; analizar otras repercusiones potenciales de impacto social sobre el grupo de adultos mayores en estudio, consecuentes a la aplicación del modelo integrado de viviendas propuesto.

Diseño y metodología. Refiere a un estudio de caso no experimental, descriptivo, explicativo, retrospectivo y transversal a lo largo de los años 2007 y 2008, enmarcado dentro de la metodología de investigación cuali-cuantitativa. A partir de una muestra probabilística de tipo aleatorio simple conformada por 386 adultos mayores de 65 años o más de Puerto Rico socio económicamente intermedios, se recolectaron datos personales (sexo, edad, estado civil, cantidad de hijos, situación de vivienda y laboral), y percepciones sobre la calidad de vida relacionada con la vivienda. Se implementó una encuesta de 83 ítems cerrados (parte de percepciones) hacia la medición de favorable o desfavorable respecto de la actitud social, el grado de satisfacción de la calidad de vida percibida por los adultos mayores de 65 o más años de edad socioeconómicamente intermedios respecto del Modelo integrado de vivienda propuesto. Se analizaron las frecuencias absolutas de todas las opciones de respuesta por ítem, a lo largo de la muestra, e infiriendo su grado de favorabilidad respecto de la actitud social, mediante parámetros cualitativos por dimensión de la calidad de vida auto percibida y frecuencias de respuestas favorables > 50%.

Resultados. Todos los ítems de la encuesta se mostraron como favorables respecto de la actitud social cuantificada. No se hallan correlaciones significativas respecto de las características personales.

Conclusiones. El modelo de vivienda integrado propuesto se adecúa a las necesidades, capacidades y requerimientos de los adultos mayores de 65 años o más de Puerto Rico socioeconómicamente intermedios, aquellas relacionadas íntimamente con la calidad de vida auto percibida, por lo que posee grandes posibilidades de implantación en el contexto

delimitado, pudiendo asimismo conllevar un mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores a los que está dirigido. No obstante, como recomendaciones principales pueden plantearse las siguientes: análisis continuo de la dinámica demográfica y socioeconómica de los adultos mayores; desarrollo de programas de integración de adultos mayores para con la sociedad como un todo; ajustes y flexibilizaciones legislativos en pro del estímulo de la oferta de servicios e incentivos para viabilizar la demanda de los mismos.

ABSTRACT

Objectives. Our main objective was to analyze the social impact generated by the implementation of an integrated house model for middle class' older adults in Puerto Rico. The specific objectives were: to analyze the functional and structural possibilities and requirements for the implementation of the model, and to analyze at which point this implementation could improve the quality of life of this social group.

Design and methodology. It is a transversal, retrospective, descriptive and non experimental case study along the 2007-2008 periods, framed as a quail-quantitative investigation. From a simple probabilistic sample of hazardous kind composed by 386 older adults of 65 years old or more, from middle class extraction, personal data (sex, age, civil state, number of sons, laboral and home situation) was collected, and their perceptions about the quality of life related to their house. A survey with 83 closed items was applied in order to know the social attitudes of the older adults towards the model; the level of satisfaction with the quality of life perceived. All the absolute frequencies of the options of reply were analyzed along the sample, inferring its favorites grade respecting the social attitude, by qualitative parameters by dimension of auto perceived quality of life and frequencies of positive replies > 50%.

Result. All the items of the survey show favorable towards the quantified social attitude. No significative correlations were founded regarding personal characteristics.

Conclusions. The proposed integrated house model is adequate to the demands, requirements and abilities of the Puerto Rican older adults of 65 years old and more, especially those related to the auto perceived quality of life, for the model has great possibilities to be implemented in a specific context, and will probably improve the older adult's quality of life. Nevertheless, the following main recommendations must be considered: a continuous analysis of the socioeconomic and demographic evolution of older adults; development of integration programs for older adults orientated to all the population as a whole; legal adjustments and normative to stimulate the offer of services and plans to facilitate the project.

GLOSARIO

ADA. (Americans with Disabilities Act. Of 1990) Ley para Americanos con Discapacidades de 1990. Permite la solicitud de Servicios Especiales para Discapacitados hacia el aseguramiento del acceso igualitario y pleno al sistema judicial (incluyendo diligencias judiciales, servicios, programas y actividades) sobre las personas con discapacidades, y no representando una imposición de límites o invalidación de los derechos, recursos y procedimientos concedidos a personas discapacitadas bajo las leyes estatales o federales.

AARP. Asociación Americana de Personas Retiradas. Organización americana sin fines de lucro orientada a atender las necesidades e intereses de sus miembros (relacionadas con la salud, el bienestar, la seguridad económica, el trabajo, los cuidados a largo plazo, la vida independiente y el enriquecimiento personal), siendo éstos personas de 50 años o más.

Adulter mayor o la Persona de Edad Avanzada. En Puerto Rico se define como la persona de 60 años o más. (Ley núm. 121 PR, 12 de julio de 1986, según enmendada).

Apoyo social. Provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, dadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos (Lin, 1986).

Calidad de vida. Un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas (Giusti, 1991).

CDC. Centros para el control y la prevención de enfermedades. Organización pública dedicada a la promoción de la salud y la calidad de vida mediante la prevención y el control de las enfermedades, lesiones y discapacidades.

CEPAL. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Organismo dependiente de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) responsable de promover el desarrollo económico y social de la región, principalmente abocándose en el campo de la investigación económica.

Clase socioeconómicamente intermedia de adultos mayores. Convergencia de la clase media y subclases media-baja y media-alta compuestas por adultos mayores, caracterizada principalmente por la inexistencia (o escasez) de servicios de vivienda (institucionalizados y particulares) y sanitarios acordes a sus necesidades, intereses y capacidades socioeconómicas (precios, calidad percibida y demandada, elección por gusto, etc.), y la posibilidad de elección hacia la construcción de la propia calidad de vida. No obstante, los parámetros de clasificación y características particulares que hacen a esta clase son no se disponen aquí dada su amplitud, sino en las páginas 76 y 103 del presente trabajo, respectivamente, según los estudios de Alameda Lozada (2006) y el Proyecto PREHCO (2004). “La clase media de Puerto Rico está compuesta principalmente por padres y madres solteras y por matrimonios donde ambos cónyuges trabajan fuera del hogar como empleados asalariados cuyos ingresos no exceden de 50.000\$. Esta clase media constituye el 70% de los individuos que rinden planillas de contribución sobre ingresos. Su ingreso bruto ajustado se encuentra entre 10.000-50.000\$”, según la Ley Núm. 165 de 22 de julio de 2003. De acuerdo con el censo de los EE.UU., un ingreso anual de 35.000\$ por grupo familiar se considera clase media. “El Gobernador recordó que actualmente la clase media asalariada aporta cerca del 90% del ingreso bruto ajustado que se informa al Departamento de Hacienda. El grueso de este alivio contributivo se debe concentrar en los contribuyentes cuyos ingresos sean de 75.000\$ o menos, reconociendo de esta forma por primera vez una nueva

definición, más realista, de lo que es clase media en Puerto Rico”. (Comunicado Prensa 1 de septiembre 2005, Oficina del Gobernador de PR).

Crecimiento económico. Incremento porcentual del Producto Bruto Interno (PBI) de una economía en un período de tiempo (Blanchard, 2000).

Crecimiento económico endógeno. Modelo de crecimiento económico estructurado por una función de producción donde la tasa de crecimiento depende principalmente del capital físico, el capital humano y los conocimientos o progreso técnico (De Mattos, 1999).

Crecimiento económico neoclásico. Modelo de crecimiento económico en el que se reconoce el incremento de la productividad de factores exógenos (trabajo y capital) como principal fuente de crecimiento (De Mattos, 1999).

Desarrollo económico. Concepto utilizado para valorar el crecimiento económico en base al nivel de producción, aspectos estructurales como la educación de la población, indicadores de mortalidad, esperanza de vida, la libertad política, la seguridad social, etc. (Blanchard, 2000).

Domótica. Disciplina que se aboca al estudio y diseño de la vivienda inteligente.

Gerontología. Conjunto de cambios graduales en la estructura de cualquier organismo que sobrevienen con el paso del tiempo, que no se deben a enfermedades o fenómenos accidentales importantes y que conducen finalmente al aumento de probabilidades de morir conforme el individuo se hace más viejo (Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina, 1992).

HUD. Departamento de la Vivienda Municipal (Viviendas y Desarrollo Urbano). Agencia americana gubernamental orientada hacia el aseguramiento de una vivienda digna,

segura y salubre y un entorno de vivienda adecuado para cada ciudadano, mediante la creación de oportunidades hacia la vivienda propia, la asistencia socioeconómica, y la rehabilitación y el mantenimiento de viviendas.

Indicadores de calidad de vida. Variables mensurables que permiten valorar cualitativa y cuantitativamente la calidad de vida.

Modelo de vivienda integrado. Puede interpretarse como una comunidad planificada para personas mayores de edad que deseen vivir con una determinada calidad de vida de forma temporal o permanente, con disposición continua de servicios médicos e instalaciones recreativas y de esparcimiento.

OPPEA. Oficina de la Procuradora de las Personas de Edad Avanzada. Agencia del sector público de Puerto Rico orientada hacia el aseguramiento del bienestar físico, mental y social de las personas de la Tercera Edad.

PBI. Producto Bruto Interno. Macro magnitud de flujo económica más importante para la estimación de la capacidad productiva de una economía neoclásica, y representa el valor monetario total de la producción corriente de bienes y servicios (resultantes del trabajo formal) de un país durante un período (normalmente es un trimestre o un año) (Blanchard, 2000).

Persona de edad avanzada. Persona de 60 años o más (Ley 121 del 12 de julio de 1986, Puerto Rico).

PHA. Agencia de Vivienda Pública, dependiente del Departamento de la Vivienda Municipal (Viviendas y Desarrollo Urbano, HUD), abocada a la generación de planes de acción localizados.

PROYECTO PREHCO. “Puerto Rican Elderly: Health Conditions” o Condiciones de los Adultos de Edad Mayor en Puerto Rico, es un proyecto destinado para obtener información básica de calidad sobre asuntos relacionados con la salud de los adultos mayores puertorriqueños. Realizado por los aportes conjuntos de la Universidad de Winconsin-Madison y la Escuela Graduada de Salud Pública del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico, es financiado por el National Institute on Aging (NIA) de los National Institutes of Health (NIH) y ha contado con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), de la Legislatura de Puerto Rico y de la Oficina del Gobernador para Asuntos de la Vejez (OGAVE) de Puerto Rico.

ONU. Organización de las Naciones Unidas. Organización internacional sin fines de lucro cuyas finalidades se orientan a la promoción del respeto de los derechos humanos, la protección del medio ambiente, el mantenimiento de la paz, la prestación de asistencia humanitaria, la lucha contra las enfermedades y la reducción de la pobreza a lo largo del mundo.

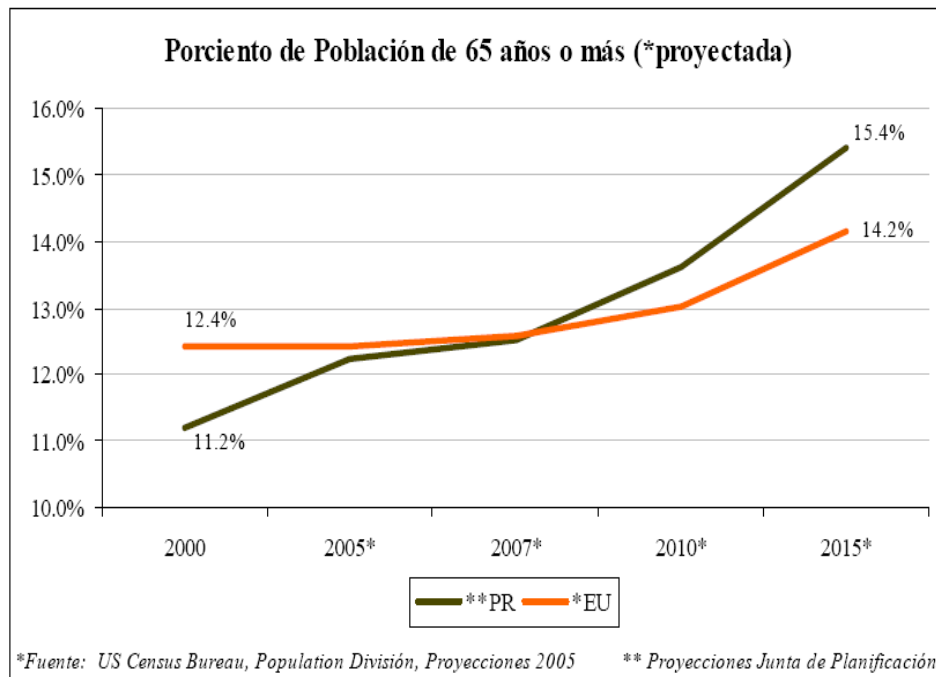
SAPEESI. Secretaría Auxiliar de Planificación, Evaluación, Estadísticas y Sistema de Información, dependiente del Departamento de Salud de Puerto Rico.

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

Ante el aumento de la esperanza de vida al nacer (dados los sucesivos y progresivos avances tecnológicos sobre todo en el área de medicina, por ejemplo, tratamiento del cáncer, de la diabetes, etc.), y las transiciones demográficas que actualmente Puerto Rico está sufriendo (caracterizadas por una tasa de natalidad e índices de mortalidad con tendencia decreciente y una densidad poblacional de personas mayores de 65 o más años creciente) (Lara, 2004), este segmento etario está representando el sector más grande del país, registrándose dichas tendencias inclusive ante las proyecciones demográficas realizadas hasta el año 2025 (Oficina del Censo. Junta de Planificación de Puerto Rico, 2008).

A partir de estos dos factores principales, creemos que es necesario sacar a la luz y reflexionar sobre las consideraciones actuales que recaen sobre el colectivo conformado por los adultos mayores en Puerto Rico (≥ 65 años), para ser más conscientes de lo que ello significa tanto a nivel familiar como social.

Gráfico 1. Proyección poblacional de Puerto Rico de personas de 65 años de edad o más en comparación con Estados Unidos.



Fuente. US Census Boreal (2005). *Proyecciones Junta de Planificación*. Disponible en:
<http://www.census.gov/robos/www/2010Update.html>

En el anterior gráfico observamos claramente que la perspectiva de envejecimiento va rápidamente en aumento y que se hace necesario y urgente prestar atención a las necesidades próximas de nuestra sociedad, en función al correspondiente incremento de demandas de servicios asistenciales y satisfacción de necesidades generales, como ser las relacionadas con la salud, la recreación, la integración social, la vivienda y, de manera integral, la calidad de vida.

Según Fernández (2004-d) y la Puerto Rico Banker's Association (2006), Puerto Rico no se encuentra preparado para abordar con éxito tal aceleración en el envejecimiento de la población: basta con estar informado a diario para saber que nuestra sociedad carece de un sistema eficiente y satisfactorio que esté adecuado a las necesidades del colectivo de adultos mayores (incluyendo aquí todos los ámbitos:

económico, social, político, humano, etc.), aunque actualmente existan indicios de ello, sobre todo con respecto a determinados sectores socioeconómicos (ver más adelante).

La sociedad que hacemos día tras día muestra una concepción de aquel grupo de adultos mayores delimitada sólo por algunos aspectos de su vida (con frecuencia referentes a lo médico y lo económico), así no considerando lo social, lo relacional, lo satisfactorio personal, etc., hacia su integridad como ser humano. En efecto, nuestra sociedad deberá modificar ciertos aspectos y actitudes cuanto antes si pretende que los adultos mayores, como grupo social particular, sean incluidos en el resto de la sociedad de manera incondicional, no excluyente y hasta no discriminatoria.

Según Scarano (2000), en la sociedad de Puerto Rico pueden hallarse tres clases o estratos socioeconómicos: bajo, medio y alto, según el nivel de acceso a la riqueza social; aspecto reconocido también en el segmento etario de adultos mayores de 65 o más años de edad. A tal efecto, muchos son los recursos y servicios dirigidos a este colectivo social respecto de las necesidades de vivienda, de salud, de recreación y de integración social, todos íntimamente relacionados; pero de ellos, son más los del sector privado hacia la clase alta y los del sector público hacia la clase baja. En consecuencia, la clase media, o socioeconómicamente intermedia (ante la consideración de las clases media-baja, media y media-alta), carece de dispositivos eficaces que satisfagan sus necesidades particulares.

No obstante, la vivienda representa una necesidad manifiesta en todos aquellos sectores, la cual es satisfecha desde distintos recursos ofrecidos desde lo público y desde lo privado y que, por lo tanto, implican distintos niveles de calidad como servicio prestado. Por ejemplo, la Comunidad de Retiro de Cuidado Prolongado, representa una alternativa privada de vivienda de precio muy elevado, vida independiente, disposición de todas las comodidades y asistencia continua; Vida independiente, ofrece el alquiler de condominios a personas de edades parecidas y servicios de seguridad, administración, actividades y visita del trabajador social, de paga relativamente

aceptable dado que está destinado a personas con subsidio; desde el sector público de Puerto Rico, la Administración de vivienda pública provee viviendas y mejora las ya existentes de acuerdo a las necesidades de los adultos mayores.

En el párrafo anterior hemos mostrado tres ejemplos que satisfacen las necesidades de vivienda de cada uno de los sectores socioeconómicos de Puerto Rico, desde el de elevado hasta el de bajo acceso a la riqueza social. No obstante, como comentaremos más adelante, la disponibilidad de estas alternativas en la clase socioeconómicamente intermedia, no son suficientes, sino casi nulas.

Ante estas instancias preliminares, tres son los factores principales que acometen a la originalidad de nuestro proyecto en cuanto al campo de trabajo:

- Clase socioeconómicamente intermedia: como la convergencia de la clase media y subclases media-baja y media-alta compuestas por adultos mayores, caracterizada principalmente por lo común de la inexistencia (o escasez) de servicios de vivienda (institucionalizados y particulares) y sanitarios acordes a sus necesidades, intereses y capacidades socioeconómicas (precios, calidad percibida y demandada, elección por gusto, etc.), y la posibilidad de elección hacia la construcción de la propia calidad de vida. Muchos son los parámetros comunes de estos estratos basados en los niveles de productividad/por sectores/por ocupación, las generaciones tecnológicas/industria/ocupación, la tasa de participación laboral mujer/hombre, la tasa de desempleo/niveles de pobreza, el poder adquisitivo/inflación/crédito/ahorro, y el capital social y estabilidad social, según los estudios de Alameda Lozada (2006) y el Proyecto PREHCO (2004). “La clase media de Puerto Rico está compuesta principalmente por padres y madres solteras y por matrimonios donde ambos cónyuges trabajan fuera del hogar como empleados asalariados, cuyos ingresos no exceden de 50.000\$ anuales. Esta clase media constituye el 70% de los individuos que rinden planillas de contribución sobre ingresos. Su ingreso bruto ajustado se encuentra

entre 10.000-50.000\$”, según la Ley Núm. 165 de 22 de julio de 2003. De acuerdo con el censo de los EE.UU., un ingreso anual de 35.000\$ por grupo familiar se considera clase media. “El Gobernador recordó que actualmente la clase media asalariada aporta cerca del 90% del ingreso bruto ajustado que se informa al Departamento de Hacienda. El grueso de este alivio contributivo se debe concentrar en los contribuyentes cuyos ingresos sean de 75.000\$ o menos, reconociendo de esta forma por primera vez una nueva definición, más realista, de lo que es clase media en Puerto Rico”. (Comunicado Prensa 1 de septiembre 2005, Oficina del Gobernador de PR).

- Necesidades y capacidades de la clase socioeconómicamente intermedia: condiciones de adquirir ciertas comodidades básicas en lo atinente a vivienda, educación, salud, alimentación y recreo; intentan no caer en el estrato inferior, tomando como modelo el estilo y el estándar de vida de los estratos superiores; adhesión y adopción de un estilo de vida consumista; concepción credencialista de la educación como medio de ascenso social; optimismo económico; arraigado conservadurismo en materia política, con una profunda aversión a todo lo que pueda referirse al comunismo (Picó y Rivera Izcoa, 2001).
- Se relacionará íntimamente la calidad de vida percibida con las necesidades de vivienda del colectivo de adultos mayores de 65 o más años de edad puertorriqueños de clase socioeconómicamente intermedia, hacia la valoración de todas las necesidades, capacidades y limitaciones de estas personas, y la consideración de implementación de un modelo de vivienda integrado.

En este sentido, nuestro trabajo intenta proponer un modelo de vivienda integrado destinado a dichas personas, el cual puede interpretarse como una comunidad planificada para personas mayores de edad que deseen vivir con una adecuada calidad de vida de forma temporal o permanente, con disposición continua de servicios médicos e instalaciones recreativas y de esparcimiento. El mismo será evaluado a través de las

percepciones de los mismos adultos mayores en función de los parámetros que hacen a su calidad de vida, sus necesidades, capacidades y limitaciones.

1. Justificación de la investigación

Según Fernández (2004-d) y la Puerto Rico Banker's Association (2006), se entiende que la sociedad puertorriqueña no se encuentra preparada para abordar con éxito el acelerado crecimiento demográfico de los adultos mayores, sobre todo en lo relacionado con el aseguramiento de la calidad de vida en tanto condiciones económicas, de vivienda y de salud pública generales. En relación a éstos, nos dirigimos a lograr un mayor conocimiento sobre las necesidades de vivienda de la vejez, y poder identificar si ellas se corresponden o no con la situación actual del colectivo social de adultos mayores de 65 o más años de edad, tanto general como específico intermedio en términos socioeconómicos.

Por este motivo, es que investigamos sobre el apoyo social que se brinda al anterior grupo de puertorriqueños (general y específico) en materia de vivienda, y si este apoyo es coherente con sus demandas y requerimientos reales y potenciales. Mientras la juventud es hoy en día el bien máspreciado, paradójicamente, la población envejece a pasos agigantados, y dado que la vejez es una etapa por la que todo aquel que no muera joven pasará inexorablemente, es justo y preciso informarnos sobre aquello que nos espera a los jóvenes dentro de algunos años.

Bajo estos parámetros, la importancia de investigar esta temática es sustentada desde tres puntos de vista:

- Desde un punto de vista empírico: debido al incremento que se ha constatado en la población de adultos mayores.

- Desde un punto de vista técnico: porque permitirá en un futuro poder proponer pautas específicas para el desarrollo de un modelo (integrado) de vivienda hacia el mejoramiento de su calidad de vida.
- Desde un punto de vista teórico: aportará datos actuales que podrán establecer lineamientos y estrategias hacia el diseño e implementación de un modelo integrado de viviendas, y la consecuente evaluación de la calidad de vida relacionada, respecto del colectivo social delimitado (intermedio, en términos socioeconómicos) de adultos mayores puertorriqueños de 65 o más años de edad.

Comenzar por tener más en cuenta a los adultos mayores e intentar responder a sus necesidades constituye sin duda un desafío, porque el tema de la inclusión-exclusión social de este grupo social representa una preocupación real para nuestra época, tanto contingente como a futuro, la que se caracteriza como ya dijimos, por un aumento de la población de este sector etario.

2. Objetivos

2.a. Objetivo General

- Analizar el impacto social originado por la aplicación de un modelo de vivienda integrado para el adulto mayor socioeconómicamente intermedio en Puerto Rico.

2.b. Objetivos específicos

- Caracterizar la situación actual de las personas de edad avanzada socioeconómicamente intermedias en Puerto Rico en relación con la vivienda, la economía y la salud.
- Describir y evaluar las prestaciones que actualmente son proporcionadas a los adultos mayores puertorriqueños socioeconómicamente intermedios en materia de salud, economía y vivienda.
- Analizar las posibilidades y requerimientos estructurales y funcionales hacia la implementación de un modelo integrado de viviendas para adultos mayores puertorriqueños caracterizados como intermedios en términos socioeconómicos.
- Analizar en qué medida tal implementación podría mejorar la calidad de vida de tal grupo social.
- Analizar otras repercusiones potenciales de impacto social sobre el grupo de adultos mayores en estudio, consecuentes a la aplicación del modelo integrado de viviendas propuesto.

3. Hipótesis de trabajo

La implementación de un modelo integrado de vivienda, independiente y con asistencia continua, destinado a puertorriqueños de 65 o más años de edad socioeconómicamente intermedios, y basado en la satisfacción de sus percepciones sobre vivienda y condiciones de salud, incrementará su calidad de vida percibida.

4. Conceptos básicos

Modelo integrado de vivienda, independiente y con asistencia continua

Complejo residencial en el cual conviven cierta cantidad de personas, no compartiendo el ámbito habitacional y con disponibilidad de asistencia sanitaria y de necesidades generales en todo momento por parte de personal especializado.

Calidad de vida percibida

Basados en las definiciones y desarrollos de Giusti (1991), Mora (2004), CDC (2002) y Castellón (2004), definimos la calidad de vida percibida como un estado auto percibido que hace referencia a la valoración de los aspectos psicofísico, ambiental y social de la propia persona, que incluye la salud, la integración social, las habilidades funcionales, las actividades de recreación, la calidad ambiental, el grado de satisfacción con la vida, la disponibilidad socio-económica, los servicios sociales y sanitarios y la seguridad, todos ellos bajo parámetros de satisfacción de las necesidades del individuo.

Clase socioeconómicamente intermedia de adultos mayores de 65 a más años de edad

Aquellos adultos mayores de 65 a más años de edad que componen la convergencia de la clase media y subclases media-baja y media-alta, caracterizada principalmente por la inexistencia (o escasez) de servicios de vivienda (institucionalizados y particulares) y sanitarios acordes a sus necesidades, intereses y capacidades socioeconómicas (precios, calidad percibida y demandada, elección por gusto, etc.), y la posibilidad de elección hacia la construcción de la propia calidad de vida. Como ya hemos aclarado en páginas anteriores, los parámetros de clasificación y características particulares que hacen a esta clase son exhaustivos y se disponen en

las páginas 76 y 103 del presente trabajo, respectivamente, según los estudios de Alameda Lozada (2006) y el Proyecto PREHCO (2004). “La clase media de Puerto Rico está compuesta principalmente por padres y madres solteras y por matrimonios donde ambos cónyuges trabajan fuera del hogar como empleados asalariados cuyos ingresos no exceden de 50.000\$. Esta clase media constituye el 70% de los individuos que rinden planillas de contribución sobre ingresos. Su ingreso bruto ajustado se encuentra entre 10.000-50.000\$”, según la Ley Núm. 165 de 22 de julio de 2003. De acuerdo con el censo de los EE.UU., un ingreso anual de 35.000\$ por grupo familiar se considera clase media. “El Gobernador recordó que actualmente la clase media asalariada aporta cerca del 90% del ingreso bruto ajustado que se informa al Departamento de Hacienda. El grueso de este alivio contributivo se debe concentrar en los contribuyentes cuyos ingresos sean de 75.000\$ o menos, reconociendo de esta forma por primera vez una nueva definición, más realista, de lo que es clase media en Puerto Rico”. (Comunicado Prensa 1 de septiembre 2005, Oficina del Gobernador de PR).

5. Limitaciones

El presente estudio se fundamenta primordialmente en las percepciones de adultos mayores de 65 o más años de edad de clase socioeconómicamente intermedia en Puerto Rico, y en la interpretación de la información obtenida hacia la corroboración de la hipótesis de trabajo y el vislumbramiento de inferencias coexistentes; por ello podemos decir que aquel es cualitativo, interpretativo, inductivo y ligeramente hermenéutico, en tanto interpretación de los datos recabados.

En función a ello, las limitaciones que surgen a priori y que pueden surgir a posteriori son:

- Estudio de caso/micro sociológico: el estudio se circunscribe a las problemáticas de un grupo social en particular (adultos mayores de 65 o más años de edad de

clase socioeconómicamente intermedia de distintas ciudades de Puerto Rico), que se pueden pretender trasladar representativamente respecto de la sociedad entera.

- Encuestas cualicuantitativas como instrumento de recolección de datos: codificación y análisis directo de las percepciones de los encuestados mediante, siempre implicará la acepción metodológica de la veracidad de la información, la cual ha de analizarse según las especificaciones propuestas. No obstante, ello es una fuente de limitación de la objetividad de la información inmanente a casi todos los proyectos de investigación cualitativos y cuantitativos.
- Modo de análisis de los resultados: se pretende analizar la calidad de vida (relacionada específicamente con las condiciones de vivienda y salud) de los individuos que conforman la muestra a partir la interpretación retrospectiva de sus percepciones, lo cual puede conllevar ciertos recortes de información no significativos para quien analiza, pero de importancia para los fines del estudio.
- Problemática social: toda problemática de esta índole siempre implica variables muy complejas y multidimensionales de carácter subjetivo, por lo que cualquier restricción de análisis y/o búsqueda de determinismos seudorígidos corre riesgo de representar escasamente lo que se pretende abordar.

En este sentido, es necesario que el trabajo sea tomado en cuenta de modo integrativo por investigaciones de la misma problemática u otras relacionadas y analizadas desde otros enfoques, para que posea una relevancia de mayor grado de aplicabilidad y valor heurístico.

6. Metodología

6.a. Procedimiento metodológico, tipo y diseño de investigación

Para el abordaje de esta investigación recurrimos a autores especialistas en el área de la situación de las personas mayores de 65 años en Puerto Rico y calidad de vida percibida, así como diagnósticos institucionales e informes y datos sobre la población objeto de estudio, y de experiencias y proyectos de vivienda similares desarrollados en otros países. Indagamos y realizamos la recopilación de material bibliográfico disponible en libros y en medios electrónicos, a fin de confeccionar el marco teórico-conceptual (Sabino, 1996), el cual fundamenta la realización y análisis de posibilidades e impacto social relacionados con la implementación de un modelo de vivienda integrado para adultos mayores puertorriqueños.

Mediante el trabajo de campo recolectamos datos cuantitativos de un universo de adultos mayores de 65 años o más de Puerto Rico, los cuales serán analizados cualicuantitativamente; (Cuali: Parámetros o criterios cualitativos, sin capacidad de medirse, pero que de alguna forma influyen en la metodología; Cuanti: Parámetros o criterios claramente medibles). Realizaremos un estudio de caso no experimental, descriptivo, explicativo, retrospectivo y transversal a lo largo de los años 2007 y 2008, enmarcado dentro de la metodología de investigación cualicuantitativa, y desarrollando los siguientes pasos fundamentales:

- a) Investigación y profundización en la bibliografía disponible, en relación al estado del arte que representa la problemática del envejecimiento de la población a nivel mundial y en Puerto Rico, las relaciones de esta situación con la vivienda, la salud, las condiciones de seguridad y la calidad de vida, y el desarrollo de modelos de vivienda.

- b) Elaboración de la introducción de la investigación y antecedentes.
- c) Desarrollo del modelo de vivienda integrado como propuesta de facilidad para adultos mayores de 65 años o más socioeconómicamente intermedios de Puerto Rico: descripción material y organizativa.
- d) Elaboración de los formularios de encuesta.
- e) Elección de la muestra, mediante la ubicación a través de residencias, centros comunitarios y lugares de encuentro de adultos mayores, así como de viviendas particulares donde estos sujetos habitan (referencias por conocidos).
- f) Realización de las encuestas.
- g) Análisis y sistematización de la información recogida en las encuestas, codificación y tabulación.
- h) Evaluación del modelo de vivienda en relación a los resultados del trabajo de campo (discusión de los resultados, análisis cualicuantitativo), elaboración de las conclusiones parciales de las encuestas.
- i) Elaboración de conclusiones finales.

6.b. Tipo y determinación de la muestra

Teniendo como universo a adultos mayores de 65 años o más de Puerto Rico socioeconómicamente intermedios (nivel de ingresos de 18.000\$ anuales o mayores), y como unidad de observación cada uno de estos actores en tanto la percepción subjetiva

sobre las posibilidades e impacto social derivados de la implantación de un modelo de vivienda integrado, y a partir de los requerimientos hacia una satisfactoria calidad de vida percibida, se llevará a cabo un procedimiento de muestreo probabilístico, de tipo aleatorio simple, para determinar el tamaño de la muestra (Hernández Sampieri, 1998).

Se descartan los muestreos probabilísticos estratificados y por racimos en tanto tres razones principales: se posee información sobre la población total que hace al universo descrito; variables indagadas como sexo, edad, estado civil, cantidad de hijos, estado laboral y situación de vivienda, no se presentan como determinantes ante la finalidad del objeto de estudio, sino como aspectos de discriminación según las circunstancias y contextos de análisis; la muestra no estará focalizada en una determinada región de Puerto Rico, sino que se intentará abarcar distintos sectores geográficos, subcantidades que serán determinadas de acuerdo a las disponibilidades del investigador y de los participantes.

En este sentido, se considera la siguiente fórmula y datos hacia el cálculo de la muestra de análisis:

$$M = \frac{N}{(N - 1)K^2 + 1}$$

Donde:

- M= Muestra que se pretende calcular.
- N= Población, en nuestro caso, adultos mayores de 65 años o más de Puerto Rico socioeconómicamente intermedios, correspondiente a 11.000 individuos, según Proyecto PREHCO, 2004.
- K= Margen de error, para nuestro caso, del 5%, de uso frecuente en estudios de carácter social (Hernández Sampieri, 1998); para lo que debemos aclarar también el nivel de confianza, relacionado con el anterior, del 95%.

De esta manera, obtenemos una muestra probabilística de 386 adultos mayores de 65 años o más de Puerto Rico socioeconómicamente intermedios. En cuanto al procedimiento que hace al cómo y dónde en la selección de los casos, ya comentamos que estará determinado por las disponibilidades del investigador y de los participantes, y ello justificado desde lo imprudente de pretender que una muestra determinada de estos sujetos sea satisfecha, principalmente en función a la gran variabilidad de limitaciones que pueden surgir en personas de dicha edad.

La ubicación de los participantes será tanto a través de residencias, centros comunitarios y lugares de encuentro de adultos mayores, así como de viviendas particulares donde estos sujetos habitan, ubicados en este último caso sólo por referencia de conocidos. Los interesados debieron anotar sus respectivos nombres en una lista, en relación a los cuales se verificó la cumplimentación de los requisitos de inclusión. Los encuestados participarán en forma voluntaria y, tratándose de una investigación académica, se tendrá cuidado en la preservación de la confidencialidad de los datos y la información obtenida.

6.c. Instrumentos y técnicas de recolección de datos

Se emplea la encuesta como técnica propia de los estudios cualicuantitativos, como el que se desarrolla. La misma está destinada a adultos mayores de 65 o más años de edad de Puerto Rico a fines de indagar sobre las percepciones de estos actores acerca de las posibilidades e impacto social de la implementación de un modelo de vivienda integrado a partir de los requerimientos que hacen a una satisfactoria calidad de vida percibida.

Se ha elaborado un formulario de encuesta único, En el trabajo de campo se ha elaborado un formulario de encuesta único como método de recolección de datos, con

83 preguntas de tipo cerrado (Hernández Sampieri, 1999). Los datos que se pretenden obtener a través de este instrumento remiten a las percepciones de los adultos mayores acerca de la calidad de vida percibida en relación a las condiciones y requerimientos de vivienda, a lo largo de los siguientes indicadores o dimensiones de análisis: aspectos individuales (ítems separados de los 83 anteriores), calidad ambiental, salud, integración social, habilidades funcionales, actividad y ocio, satisfacción con la vida, educación, ingresos, servicios sanitarios y sociales, y seguridad.

En todos los casos, la valoración será cualicuantitativa, expresando una idea favorable o desfavorable respecto de ciertos parámetros cualitativos por dimensión de la calidad de vida percibida, a partir de datos cuantitativos, según el caso. En este sentido, se cuenta con escalas de valoración, que consisten en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se indaga las reacciones de los participantes (Hernández Sampieri, 1999): asignando un valor numérico a cada juicio, se mide un objeto de actitud relacionado con la temática de estudio, en nuestro caso, la calidad de vida percibida. No obstante, como se ha mencionado, en todos los casos se contará con parámetros de valoración cualitativa que relacionen cada uno de los 83 ítems con la actitud social a medir, discriminados por temática y dimensión de la calidad de vida percibida (se presentarán más adelante en este mismo subapartado).

Para la formulación de la actitud social se siguieron los siguientes lineamientos (Ander Egg, 1995):

- Se seleccionó una actitud social, cuya intensidad fue objeto de medición. Por actitud se entiende un estado de disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la propia experiencia que incita a algún individuo a reaccionar de una determinada manera frente a diversas situaciones, objetos, etc.

- Los ítems, frases o proposiciones expresan una idea positiva o negativa respecto del fenómeno que se desea analizar, en relación a los parámetros cualitativos por dimensión de la calidad de vida percibida.
- Los distintos ítems fueron diseñados a fin de representar una posición favorable o desfavorable por parte de las personas encuestadas.
- Los ítems representan niveles psicológicos introspectivos de los sujetos analizados.

La consolidación de los anteriores en función a nuestras necesidades puede representarse de la siguiente manera:

- La actitud social que pretende medirse a través de la encuesta es el grado de satisfacción de la calidad de vida percibida por los adultos mayores de 65 o más años de edad socioeconómicamente intermedios respecto del Modelo integrado de vivienda propuesto.
- Las respuestas a cada ítem reciben puntuaciones más altas o son favorables cuanto más correspondientes son respecto de los parámetros cualitativos por dimensión de la calidad de vida percibida.
- Son variados los escalamientos utilizados a lo largo de toda la encuesta, los que se ajustan a las necesidades de cada ítem. No obstante, se partirá de la siguiente codificación numérica, según sistematización de opciones de respuesta en el formulario del cuestionario:

a. → 1

b. → 2

c. → 3

d. → 4

e. → 5

f. → 6

g. → 7

h. → 8

i. → 9

Como podrá verse en el formulario de la encuesta, para el ítem 6 no se dispone de cierta escala para la recolección de los datos, pero sí para su análisis, de acuerdo a: 1. Correcto; 2. Incorrecto.

Previamente a la realización del trabajo de campo, ha de considerarse los procedimientos de validación del instrumento de recolección de datos, la encuesta y la escala de valoración. Para ello, se evaluarán las condiciones de fiabilidad (factores de consistencia, estabilidad temporal y concordancia interobservadores) y validez (factores de validez de contenido, validez de constructo y validez de criterio). El procesamiento de datos ante esta finalidad se realizará mediante el software SPSS versión 15.0.

6.d. Tipo de análisis e interpretación de los datos

El análisis de los datos es un proceso en continuo progreso en la investigación. Desde esa perspectiva, se debe comenzar lo antes posible, incluso podemos afirmar que empieza simultáneamente con la recolección de datos y se extiende hasta la elaboración de las conclusiones.

El método de análisis e interpretación será cualicuantitativo, basado en los instrumentos de medición a realizar, haciéndose una serie de inferencias explicativas, así como otras deductivas, para analizar las respuestas de los actores con vistas a su mejor aprovechamiento (Pla, 1999). Para el análisis de los resultados, lo que se pretende es observar cuán relacionados se encuentran los requerimientos de calidad de vida percibida por los adultos mayores respecto de las condiciones de vivienda ofrecidas por el Modelo propuesto, considerando ello como la actitud social a medir,

según su grado de satisfacción. Para ello, se partirá de dos instancias de análisis, a saber:

1. En todos los ítems, incluyendo los que hacen a los aspectos individuales (destinados a un diagnóstico de la población encuestada), se analizará la distribución de frecuencias absolutas por respuesta en cada ítem de la encuesta (estadística descriptiva), mediante el software SPSS versión 15.0.
2. Para los 83 ítems de la encuesta en sí, se establecerán parámetros cualitativos de análisis, discriminados por dimensión de calidad de vida, los que permitirán observar el grado que hace a lo favorable o lo desfavorable respecto de la actitud social a medir, según los siguientes.

Tabla 1. Parámetros cualitativos de valoración de la actitud social a medir.

Dimensión de la calidad de vida percibida	Parámetro cualitativo
Calidad ambiental	Tiende a lo favorable y satisfacción de la actitud social cuanto más preferido sea el clima cálido y seco, la condición geográfica cerca del mar, la tendencia a vivir en complejos de viviendas, y éste con recursos materiales variados y personas con diversos gustos y estilos de vida.
Salud	Tiende a lo favorable y satisfacción de la actitud social cuanto más condiciones y requerimientos relacionados con las necesidades psicofísicas, espirituales, somáticas, de riesgo nutricional y de estilo de vida pueden ser satisfechas por los recursos destinados a ello del modelo de vivienda propuesto.
Habilidades funcionales/dependencia	Tiende a lo favorable y satisfacción de la actitud social cuantos más recursos tecnológicos y humanos se hallen hacia la consideración y tratamiento de las dificultades de desenvolvimiento, sean físicas y/o psíquicas, y la cumplimentación de todas las necesidades implicadas de los adultos mayores.
Integración social	Tiende a lo favorable y satisfacción de la actitud social cuanto más recursos y alternativas existan desde el modelo de vivienda integrado en relación al apoyo social funcional, oportunidades y participación social, y disponibilidades de que seres queridos acudan a su auxilio cotidiano.
Actividad y ocio	Tiende a lo favorable y satisfacción de la actitud social cuanto más compatibles sean los recursos y alternativas de esparcimiento del modelo de vivienda integrado

	respecto de los niveles de actividad de los adultos mayores, sus preferencias y necesidades.
Satisfacción con la vida	Tiende a lo favorable y satisfacción de la actitud social cuanto más se ajusten los programas funcionales y estructurales del modelo de vivienda a las percepciones de los adultos mayores sobre su bienestar psico-físico, significación de la vida y perspectivas futuras.
Educación	Tiende a lo favorable y satisfacción de la actitud social cuanto más compatibles son los recursos y alternativas operacionales del modelo de vivienda integrado respecto del rendimiento percibido de las herramientas adquiridas a través de lo académico por los adultos mayores: las tecnologías y diversos dispositivos, aunque modernos, deben ajustarse a las capacidades de operación y conocimientos de los adultos mayores.
Ingresos	Tiende a lo favorable y satisfacción de la actitud social cuanto más se ajustan las tarifas de alquiler y adquisición de viviendas y servicios sociales y sanitarios del modelo de vivienda propuesto, a las disponibilidades de los adultos mayores para adquirir bienes y servicios que desean.
Servicios sanitarios y sociales	Tiende a lo favorable y satisfacción de la actitud social cuanto más se ajuste la calidad de los servicios sociales y sanitarios a las necesidades de los adultos mayores.
Seguridad	Tiende a lo favorable y satisfacción de la actitud social cuanto más se ajusten los recursos y alternativas ofrecidas por el modelo de vivienda integrado a las necesidades de seguridad personal y social percibida.

Estos parámetros fueron formulados por el investigador en base a los requerimientos de las dimensiones de calidad de vida y los atributos del modelo de vivienda propuesto. Lo favorable se determinará según las opciones de respuesta de cada pregunta y los anteriores parámetros, en tanto si y sólo si más del 50% de los encuestados dan respuestas que tiende a aquella cumplimentación; siendo válida la contra recíproca para el aspecto desfavorable. El análisis de cada ítem se presentará individualmente, pero agrupados según dimensión de la calidad de vida (idéntico a su distribución en el formulario de la encuesta), hacia la valoración de la cumplimentación o no de la actitud social según anterior parámetros cualitativos. Lo favorable se corresponderá con un > 50% para todos los ítems de una misma dimensión de calidad de vida.

En este sentido, el esquema de análisis se plantea como cualicuantitativo, en tanto se partirá de datos cuantitativos e inferencias cualitativas; estas últimas relacionadas directamente con los parámetros cualitativos dados en la anterior tabla.

Finalmente, se considerará un análisis global de todos los resultados a lo largo de las distintas dimensiones de calidad de vida de la encuesta, intentando hallar correlaciones, incluso con los datos individuales de los actores participantes. En otras palabras, se pretende relacionar requerimientos de calidad de vida percibida y condiciones de vivienda ofrecidas por el Modelo propuesto, cuantificando aquellos en función a cuán favorable o desfavorable son respecto de las características de este modelo.

6.e. Validación del cuestionario (encuesta)

Previamente a la validación propiamente dicha de nuestro cuestionario, haremos un breve repaso del marco conceptual que fundamentará este subapartado.

Numerosas investigaciones actuales de diversos campos científicos tratan de indagar problemas conceptuales que involucran variables difíciles de objetivar. Algunos de los instrumentos metodológicos que surgen al auxilio de esta problemática son las entrevistas y las encuestas. Junto con las entrevistas, el cuestionario es la técnica de recogida de datos más empleada en investigación científica: es menos costosa, permite abarcar una muestra más grande, brinda en procesamiento de datos fácil de realizar, aunque surgen también limitaciones que comentaremos.

Los cuestionarios son llevados a cabo generalmente mediante entrevistas personales, lo cual justamente corresponde a nuestro caso. Consideraremos el cuestionario como un instrumento destinado a la recolección de datos y diseñado para poder lograr cuantificar y universalizar la información en cuestión. El fin primero de todo

cuestionario es llevar a cabo cierta comparabilidad de la información que es consultada en ellos.

En tanto la cuantificación y universalización de la información consultada como fines secundarios del cuestionario, se habla de escalas de evaluación, refiriéndose con esto al instrumento/cuestionario que permiten un escalonamiento acumulativo o no de los ítems analizados, logrando puntualizaciones globales o parciales (análisis de tipo clúster) al final de la evaluación (Arribas, 2004).

Remarcando que dimos a conocer dos clases de cuestionarios, los de recolección de datos y los de escalas de evaluación, aclaramos, bajo estos términos, que nuestro instrumento nos permitirá establecer una escala de evaluación respecto del grado de satisfacción de la calidad de vida percibida por los adultos mayores de 65 o más años de edad socioeconómicamente intermedios respecto del Modelo integrado de vivienda propuesto; por lo tanto, a la hora de validarlo tendremos que hacerlo también con la escala planteada.

El instrumento propuesto para esta investigación ha sido formulado y validado de modo que se han cumplido los siguientes requisitos:

- Se ha tenido en cuenta primeramente que se quiere plantear una escala de evaluación relacionado con el fenómeno antes descrito.
- Se ha efectuado una pertinente validación del instrumento/cuestionario, teniendo en cuenta la escala de evaluación.
- Se ha concluido que es un instrumento fiable, que sus resultados representan de manera precisa el grado de satisfacción de la calidad de vida percibida por los adultos mayores de 65 o más años de edad socioeconómicamente intermedios respecto del Modelo integrado de vivienda propuesto.

- Se ha concluido que es un instrumento sensible, en base a que mide cambios tanto en los distintos individuos de la muestra como en la respuesta de un mismo individuo a través del tiempo.
- Fueron delimitados claramente cada uno de los factores o ítems del cuestionario, de manera que ellos contribuyan independientemente a la constitución de la escala de evaluación del grado adecuado anterior.
- El formulario fue diseñado sin obviar los comentarios de profesionales de la enseñanza en el contexto de estudio.
- Gracias a la validación se ha chequeado que el instrumento es aceptado por los integrantes de la muestra a la que va dirigido.

A la hora de formular las preguntas pertinentes que constituirán el cuestionario (ítems), nuestro nodo principal del cual las hemos derivado (es decir, nuestro constructo), ha sido la actitud social mencionada (aquel grado de satisfacción de la calidad de vida percibida respecto del Modelo integrado de vivienda propuesto).

Basándonos en el constructo mencionado, el diseño de los ítems ha cumplido con las siguientes puntualizaciones:

- Las preguntas fueron relativamente breves y de fácil comprensión.
- No se utilizaron palabras que indujeron reacciones estereotipadas.
- Las preguntas no fueron redactadas en forma negativa.
- Se ha evitado el modo de interrogación “por qué”.
- No se han formulado preguntas en las que alguna de las opciones sea tan deseable que no pueda evitarse seleccionarla.
- Las preguntas no implicaron la realización de cálculos ni mucho esfuerzo de memoria.
- La codificación de las respuestas posibles utilizada fue policotómica.

- El orden de los ítems fue arbitrario, discriminando entre las dimensiones de la calidad de vida. Pese a que es preferible utilizar un ordenamiento aleatorio, no se realizó de tal forma dada las posibles deficiencias de concentración relacionadas con la población objeto de estudio.

De esta manera, habiendo llevado a cabo el diseño total del instrumento/cuestionario, debe realizarse una prueba piloto con expertos en el tema que pretende analizarse a fin de dar rienda al proceso de validación. Se aclara que la validación corresponde al bloque de ítems del cuestionario directamente relacionados con la actitud social que se analiza, omitiendo los restantes ya que los mismos refieren a datos informativos generales en tanto lo personal de cada uno de los encuestados. Así, de forma general, este proceso nos permitirá poner a prueba algunos de los siguientes puntos:

- Tipo de preguntas más adecuadas.
- Compresibilidad, extensión y carácter correcto de las preguntas.
- Caracterización de las respuestas.
- Ordenamiento interno.
- Tiempo de realización por parte de los informantes.
- Presencia/ausencia de rechazos psicológicos hacia las preguntas.

Por necesidad de plantear una escala de evaluación, se debe asegurar que el instrumento sea fiable y válido (Grau, 1995), ante lo cual caracterizaremos brevemente cada uno de estos parámetros.

Fiabilidad

Esta condición nos permite delimitar la precisión del instrumento en tanto las mediciones que realiza. Así, nos habilita a plantear el criterio de repetitividad del

cuestionario: capacidad de realizar mediciones repetidas obteniendo valores similares y constantes.

En esta condición se valoran los factores de consistencia, estabilidad temporal y concordancia interobservadores.

- a) *Consistencia*. Se refiere al grado de acuerdo que existe entre los diversos ítems, el grado de interdependencia. Se analiza la homogeneidad que necesita establecerse entre ellos. Esto permite dar lugar a la escala de evaluación, ya que se plantea la posibilidad de cierto nivel de concordancia entre las distintas preguntas lo que habilita la aplicación de un escalonamiento de acumulación hacia las puntualizaciones globales, aspecto que no hemos de satisfacer en nuestro instrumento; es decir, se intentará demostrar que las distintas variables (en nuestro caso subvariables) son independientes entre sí. Con frecuencia se utiliza en este caso el Coeficiente Alfa de Cronbach para indagar sobre las correlaciones entre las subvariables, cuyo valor oscila entre 0 y 1, siendo el instrumento de buena consistencia (dependencia) cuando el valor es superior a 0,700 (Arribas, 2004).
- b) *Estabilidad temporal*. En esta instancia se hace un análisis comparativo de una misma muestra, entre los resultados del cuestionario obtenidos por un mismo analista en dos situaciones distintas. Los factores a variar pueden ser, forma de realización del cuestionario, día de realización, espacio físico en el cual se realiza el cuestionario, etc. La estabilidad temporal queda expresada a través del Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI) para variables continuas. El valor de CCI de 70,0% indica una estabilidad temporal aceptable. El mismo debe realizarse para cada una de las opciones de respuesta y se considerará un valor de prueba de 0,7. Esta prueba (F) permitirá conocer el grado diferencial entre los valores de las medidas individuales y promedio y el sig., considerando que cuanto mayor es esta diferencia más adecuada es la medición del CCI obtenida.

- c) *Concordancia interobservadores*. Se refiere a la realización del cuestionario sobre una misma muestra y en las mismas condiciones por dos analistas distintos, al mismo o diferente tiempo. El acuerdo entre los distintos observadores en los valores obtenidos puede expresarse a través del índice Kappa (k), índice cuyos valores alternan entre 0 y 1, mostrando una mayor concordancia cuanto más cerca del valor 1 se encuentre. Se considerará concordancia cuando el índice Kappa sea $\geq 0,700$. Se considerará como hipótesis nula que $k=0,000$ e hipótesis alternativa que $k \neq 0,000$. El error asintótico no debería superar el valor 1, mientras que se considerarán diferencias significativas entre la T aproximada y la sig. aproximada cuando la misma sea $\geq 1,000$.

Validez

A través de este análisis se investiga si el instrumento diseñado refleja de manera adecuada la problemática que desea desdeñarse, es decir, se logra saber si el constructo propuesto puede ser representado a través del procesamiento de datos y de los análisis inferenciales provistos por los cuestionarios.

En esta condición se analizan la validez de contenido, validez de constructo y validez de criterio.

- a) *Validez de contenido*. En este análisis, se somete a prueba el cuestionario tomando como muestra un conjunto de investigadores y expertos en el tema que el constructo abarca. De esta manera, se obtiene una valoración cualitativa de si los ítems elegidos para el cuestionario son indicadores de lo que se pretende medir.
- b) *Validez de constructo*. En esta condición se evalúa directamente la representación del fenómeno o concepto a analizar por parte de las medidas

brindadas por el instrumento utilizado. Por ende, esta condición garantiza que dichas medidas pueden ser utilizadas durante la investigación como medición de lo que se pretende medir. La validez del constructo puede expresarse a través de Análisis Factorial y/o Matriz Multirrasgo-Multiobservador (Kenny, 1976). En nuestro caso, creemos suficiente aplicar el Análisis Factorial dado que se presenta como una técnica eficiente para variables psicosociales, aspecto de la presente investigación.

- c) *Validez de criterio*. Este análisis se refiere a la comparación de cada ítem respondido por un individuo con las respuestas de un Gold Standard (que en nuestra situación estará conformado por la resolución del cuestionario por parte de expertos). Como técnica de medida se utilizará el cálculo de la sensibilidad para variables cualitativas. Debe calcularse para cada una de las opciones de respuesta de los distintos ítems.

6.e.1. Resultados de la validación

La muestra de informantes necesaria para llevar a cabo la mayor parte de este proceso de validación estuvo integrada por 60 adultos mayores de 65 años o más de Puerto Rico socioeconómicamente intermedios, de sexo masculino y femenino, de diversas edades (≥ 65), estado civil, situación laboral y de vivienda. Para la condición de validez de contenido, en la cual se precisa someter a prueba el cuestionario ante investigadores y/o expertos, el tamaño de la muestra fue de 15 profesionales, de acuerdo a la siguiente discriminación: 8 arquitectos, 7 médicos especializados en geriatría. Por otra parte, se aclara que para la condición validez de criterio se utiliza la misma muestra que para validez de contenido.

Fiabilidad

Para el CCI y el k se considerarán los siguientes parámetros (Arribas, 2004):

Tabla 2. Parámetros de evaluación para el CCI y el k.

Valor	Fuerza de estabilidad (CCI) y concordancia (k)
< 0,200	Pobre
0,210- < 0,410	Débil
0,410- < 0,610	Moderada
0,610- < 0,810	Buena
0,810-1,000	Muy buena

a) *Consistencia*

Se obtuvo un valor Alfa de Cronbach=0,525 para los 83 ítems en tanto un total de 60 casos, ninguno de ellos excluidos. Así, hallamos un valor que se encuentra significativamente por debajo del límite de adecuabilidad para la consistencia: un 25% menor de 0,700. Por ello, puede inferirse que los distintos ítems son independientes entre sí.

De esta manera, la escala de evaluación (desde una perspectiva general) se ajusta bien a las necesidades de indagación planteadas dado que los ítems en cuestión no deben depender mutuamente, y ello justificado desde las distintas necesidades de conocimiento de cada interrogante, escalados de distinta manera, hacia la codificación del grado de satisfacción de la calidad de vida percibida por los adultos mayores de 65 o más años de edad socioeconómicamente intermedios respecto del Modelo integrado de vivienda propuesto.

b) *Estabilidad temporal*

En este caso, se consideró la misma anterior muestra de adultos mayores encuestados (60 individuos) y un mismo analista, con dos factores que variaron de manera aleatoria (efectos de las personas y de las medidas aleatorias) en dos ocasiones en que se realizó el procedimiento: forma de realización del cuestionario (ya que en una primera instancia se entregó el instrumento y el analista estuvo presente en cada una de las resoluciones, de manera individual, y en la otra éste no estuvo presente), y día de realización del mismo, separados por 8 días. De esta manera, se calculó el coeficiente de Correlación Intraclase (CCI) mediante el modelo Alfa, de tipo Acuerdo Absoluto, con un intervalo de confianza del 95% y un valor de prueba=0,7, todo ello justificado desde la necesidad de analizar el CCI a través de cada uno de los ítems dado que son independientes entre sí y el límite considerado para una adecuada estabilidad temporal. Así, hallamos los siguientes valores para dos mediciones distintas sobre una misma muestra:

Tabla 3. CCI en los ítems 1-83 de la encuesta.

Ítem	Alfa de Cronbach	CCI (%)	Otras características estadísticas	Resultado estabilidad temporal
1	0,849	84,8	<ul style="list-style-type: none"> Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,746-0,909). Valor promedio de la prueba F (1,977) moderadamente superior al sig. (0,005). 	Muy buena
2	0,814	80,0	<ul style="list-style-type: none"> Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,656-0,882). Valor promedio de la prueba F (1,513) moderadamente superior al sig. (0,067). 	Buena
3	0,948	94,8	<ul style="list-style-type: none"> Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,913-0,969). Valor promedio de la prueba F (5,772) significativamente superior al sig. (0,000). 	Muy buena

4	0,914	90,7	<ul style="list-style-type: none"> Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,839-0,946). Valor promedio de la prueba F (3,290) significativamente superior al sig. (0,000). 	Muy buena
5	0,843	83,5	<ul style="list-style-type: none"> Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,721-0,902). Valor promedio de la prueba F (1,835) moderadamente superior al sig. (0,012). 	Muy buena
6	0,860	85,3	<ul style="list-style-type: none"> Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,752-0,913). Valor promedio de la prueba F (2,060) moderadamente superior al sig. (0,003). 	Muy buena
7	0,930	93,0	<ul style="list-style-type: none"> Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,883-0,958). Valor promedio de la prueba F (4,294) significativamente superior al sig. (0,000). 	Muy buena
8	0,966	96,5	<ul style="list-style-type: none"> Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,941-0,979). Valor promedio de la prueba F (8,595) significativamente superior al sig. (0,000). 	Muy buena
9	0,898	88,7	<ul style="list-style-type: none"> Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,797-0,935). Valor promedio de la prueba F (2,711) significativamente superior al sig. (0,000). 	Muy buena
10	0,967	96,7	<ul style="list-style-type: none"> Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,945-0,980). Valor promedio de la prueba F (9,092) significativamente superior al sig. (0,000). 	Muy buena
11	0,796	79,2	<ul style="list-style-type: none"> Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,654-0,876). Valor promedio de la prueba F (1,448) moderadamente superior al sig. (0,078). 	Buena
12	0,933	93,1	<ul style="list-style-type: none"> Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,884-0,959). Valor promedio de la prueba F (4,393) significativamente superior al sig. (0,000). 	Muy buena
13	0,817	79,9	<ul style="list-style-type: none"> Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,648-0,883). 	Buena

			<ul style="list-style-type: none"> • Valor promedio de la prueba F (1,510) moderadamente superior al sig. (0,074). 	
14	0,743	74,4	<ul style="list-style-type: none"> • Intervalo de confianza (promedio) dentro y fuera de los parámetros establecidos para \geq buena (0,571-0,847), pero CCI adecuado. • Valor promedio de la prueba F (1,170) ligeramente superior al sig. (0,273). 	Buena
15	0,876	87,8	<ul style="list-style-type: none"> • Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,795-0,927). • Valor promedio de la prueba F (2,445) significativamente superior al sig. (0,000). 	Muy buena
16	0,946	94,5	<ul style="list-style-type: none"> • Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,909-0,967). • Valor promedio de la prueba F (5,496) significativamente superior al sig. (0,000). 	Muy buena
17	0,908	90,8	<ul style="list-style-type: none"> • Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,846-0,945). • Valor promedio de la prueba F (3,256) significativamente superior al sig. (0,000). 	Muy buena
18	0,788	77,4	<ul style="list-style-type: none"> • Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,616-0,866). • Valor promedio de la prueba F (1,335) ligeramente superior al sig. (0,145). 	Buena
19	0,969	97,0	<ul style="list-style-type: none"> • Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,949-0,982). • Valor promedio de la prueba F (9,816) significativamente superior al sig. (0,000). 	Muy buena
20	0,927	92,4	<ul style="list-style-type: none"> • Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,817-0,955). • Valor promedio de la prueba F (3,966) significativamente superior al sig. (0,000). 	Muy buena
21	0,967	96,7	<ul style="list-style-type: none"> • Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,945-0,980). • Valor promedio de la prueba F (9,086) significativamente superior al sig. (0,000). 	Muy buena
22	0,936	93,7	<ul style="list-style-type: none"> • Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,894-0,962). • Valor promedio de la prueba F (4,741) significativamente superior al sig. (0,000). 	Muy buena

			superior al sig. (0,000).	
23	0,838	82,9	<ul style="list-style-type: none"> Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,710-0,899). Valor promedio de la prueba F (1,767) moderadamente superior al sig. (0,017). 	Muy buena
24	0,869	86,9	<ul style="list-style-type: none"> Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,781-0,921). Valor promedio de la prueba F (2,283) significativamente superior al sig. (0,001). 	Muy buena
25	0,971	97,0	<ul style="list-style-type: none"> Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,949-0,982). Valor promedio de la prueba F (9,982) significativamente superior al sig. (0,000). 	Muy buena
26	0,846	84,8	<ul style="list-style-type: none"> Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,745-0,909). Valor promedio de la prueba F (1,970) moderadamente superior al sig. (0,005). 	Muy buena
27	0,915	91,0	<ul style="list-style-type: none"> Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,847-0,947). Valor promedio de la prueba F (3,394) significativamente superior al sig. (0,000). 	Muy buena
28	0,935	93,5	<ul style="list-style-type: none"> Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,891-0,961). Valor promedio de la prueba F (4,613) significativamente superior al sig. (0,000). 	Muy buena
29	0,958	95,8	<ul style="list-style-type: none"> Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,930-0,975). Valor promedio de la prueba F (7,195) significativamente superior al sig. (0,000). 	Muy buena
30	0,831	83,1	<ul style="list-style-type: none"> Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,717-0,899). Valor promedio de la prueba F (1,772) moderadamente superior al sig. (0,014). 	Muy buena
31	0,883	88,4	<ul style="list-style-type: none"> Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,805-0,930). Valor promedio de la prueba F (2,572) significativamente superior al sig. (0,000). 	Muy buena
32	0,739	72,9	<ul style="list-style-type: none"> Intervalo de confianza (promedio) dentro y fuera de los 	Buena

			<p>parámetros establecidos para \geq buena (0,547-0,838), pero CCI adecuado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valor promedio de la prueba F (1,109) ligeramente superior al sig. (0,349). 	
33	0,836	83,1	<ul style="list-style-type: none"> • Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,716-0,899). • Valor promedio de la prueba F (1,780) moderadamente superior al sig. (0,014). 	Muy buena
34	0,869	86,6	<ul style="list-style-type: none"> • Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,776-0,920). • Valor promedio de la prueba F (2,245) significativamente superior al sig. (0,001). 	Muy buena
35	0,888	87,8	<ul style="list-style-type: none"> • Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,785-0,929). • Valor promedio de la prueba F (2,493) significativamente superior al sig. (0,001). 	Muy Buena
36	0,786	78,7	<ul style="list-style-type: none"> • Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,644-0,873). • Valor promedio de la prueba F (1,408) moderadamente superior al sig. (0,095). 	Buena
37	0,806	80,3	<ul style="list-style-type: none"> • Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,671-0,882). • Valor promedio de la prueba F (1,523) moderadamente superior al sig. (0,054). 	Buena
38	0,806	79,7	<ul style="list-style-type: none"> • Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,657-0,879). • Valor promedio de la prueba F (1,484) moderadamente superior al sig. (0,070). 	Buena
39	0,885	87,7	<ul style="list-style-type: none"> • Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,787-0,928). • Valor promedio de la prueba F (2,463) significativamente superior al sig. (0,001). 	Muy buena
40	0,944	94,3	<ul style="list-style-type: none"> • Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,904-0,966). • Valor promedio de la prueba F (5,276) significativamente superior al sig. (0,000). 	Muy buena
41	0,829	82,7	<ul style="list-style-type: none"> • Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,711-0,896). 	Muy buena

			<ul style="list-style-type: none"> • Valor promedio de la prueba F (1,738) moderadamente superior al sig. (0,017). 	
42	0,924	92,4	<ul style="list-style-type: none"> • Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,873-0,955). • Valor promedio de la prueba F (3,951) significativamente superior al sig. (0,000). 	Muy buena
43	0,944	94,2	<ul style="list-style-type: none"> • Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,902-0,965). • Valor promedio de la prueba F (5,206) significativamente superior al sig. (0,000). 	Muy buena
44	0,691	69,3	<ul style="list-style-type: none"> • Intervalo de confianza (promedio) dentro y fuera de los parámetros establecidos para \geq buena (0,486-0,817), pero con CCI adecuado y significativamente poco inferior a 70%. • Valor promedio de la prueba F (0,978) poco superior al sig. (0,534). 	Buena
45	0,893	89,0	<ul style="list-style-type: none"> • Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,814-0,934). • Valor promedio de la prueba F (2,736) significativamente superior al sig. (0,000). 	Muy buena
46	0,853	85,5	<ul style="list-style-type: none"> • Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,757-0,913). • Valor promedio de la prueba F (2,062) significativamente superior al sig. (0,003). 	Muy buena
47	0,872	87,4	<ul style="list-style-type: none"> • Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,789-0,925). • Valor promedio de la prueba F (2,370) significativamente superior al sig. (0,001). 	Muy buena
48	0,920	91,4	<ul style="list-style-type: none"> • Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,851-0,950). • Valor promedio de la prueba F (3,558) significativamente superior al sig. (0,000). 	Muy buena
49	0,811	80,9	<ul style="list-style-type: none"> • Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,681-0,886). • Valor promedio de la prueba F (1,571) moderadamente superior al sig. (0,042). 	Buena
50	0,871	87,3	<ul style="list-style-type: none"> • Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,787-0,924). • Valor promedio de la prueba F (2,351) significativamente superior al sig. (0,000). 	Muy buena

			superior al sig. (0,001).	
51	0,834	83,1	<ul style="list-style-type: none"> Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,718-0,899). Valor promedio de la prueba F (1,778) moderadamente superior al sig. (0,014). 	Muy buena
52	0,914	91,0	<ul style="list-style-type: none"> Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,847-0,946). Valor promedio de la prueba F (3,356) significativamente superior al sig. (0,000). 	Muy buena
53	0,872	86,9	<ul style="list-style-type: none"> Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,782-0,922). Valor promedio de la prueba F (2,303) significativamente superior al sig. (0,001). 	Muy buena
54	0,906	90,6	<ul style="list-style-type: none"> Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,843-0,944). Valor promedio de la prueba F (3,182) significativamente superior al sig. (0,000). 	Muy buena
55	0,954	95,3	<ul style="list-style-type: none"> Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,922-0,972). Valor promedio de la prueba F (6,478) significativamente superior al sig. (0,000). 	Muy buena
56	0,927	92,3	<ul style="list-style-type: none"> Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,868-0,955). Valor promedio de la prueba F (3,945) significativamente superior al sig. (0,000). 	Muy buena
57	0,828	82,7	<ul style="list-style-type: none"> Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,711-0,896). Valor promedio de la prueba F (1,732) moderadamente superior al sig. (0,018). 	Muy buena
58	0,884	86,4	<ul style="list-style-type: none"> Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,735-0,926). Valor promedio de la prueba F (2,277) significativamente superior al sig. (0,006). 	Muy buena
59	0,851	84,2	<ul style="list-style-type: none"> Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,730-0,906). Valor promedio de la prueba F (1,914) significativamente superior al sig. (0,008). 	Muy buena
60	0,958	95,6	<ul style="list-style-type: none"> Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros 	Muy buena

			<p>establecidos para \geq buena (0,924-0,974).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valor promedio de la prueba F (6,862) significativamente superior al sig. (0,000). 	
61	0,894	86,9	<ul style="list-style-type: none"> • Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,709-0,933). • Valor promedio de la prueba F (2,374) significativamente superior al sig. (0,011). 	Muy buena
62	0,788	77,3	<ul style="list-style-type: none"> • Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,611-0,866). • Valor promedio de la prueba F (1,328) ligeramente superior al sig. (0,152). 	Buena
63	0,825	81,9	<ul style="list-style-type: none"> • Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,697-0,892). • Valor promedio de la prueba F (1,667) moderadamente superior al sig. (0,027). 	Muy buena
64	0,777	76,1	<ul style="list-style-type: none"> • Intervalo de confianza (promedio) dentro y fuera de los parámetros establecidos para \geq buena (0,590-0,859), pero CCI adecuado. • Valor promedio de la prueba F (1,261) ligeramente superior al sig. (0,202). 	Buena
65	0,830	81,4	<ul style="list-style-type: none"> • Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,675-0,892). • Valor promedio de la prueba F (1,636) moderadamente superior al sig. (0,041). 	Muy buena
66	0,950	94,7	<ul style="list-style-type: none"> • Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,910-0,969). • Valor promedio de la prueba F (5,775) significativamente superior al sig. (0,000). 	Muy buena
67	0,822	80,1	<ul style="list-style-type: none"> • Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,642-0,886). • Valor promedio de la prueba F (1,526) moderadamente superior al sig. (0,077). 	Buena
68	0,908	90,7	<ul style="list-style-type: none"> • Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,845-0,945). • Valor promedio de la prueba F (3,245) significativamente superior al sig. (0,000). 	Muy buena
69	0,955	95,4	<ul style="list-style-type: none"> • Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,924-0,973). 	Muy buena

			<ul style="list-style-type: none"> • Valor promedio de la prueba F (6,575) significativamente superior al sig. (0,000). 	
70	0,953	94,9	<ul style="list-style-type: none"> • Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,910-0,971). • Valor promedio de la prueba F (6,031) significativamente superior al sig. (0,000). 	Muy buena
71	0,953	95,2	<ul style="list-style-type: none"> • Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,920-0,971). • Valor promedio de la prueba F (6,260) significativamente superior al sig. (0,000). 	Muy buena
72	0,856	85,4	<ul style="list-style-type: none"> • Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,757-0,913). • Valor promedio de la prueba F (2,061) significativamente superior al sig. (0,003). 	Muy buena
73	0,874	87,3	<ul style="list-style-type: none"> • Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,788-0,924). • Valor promedio de la prueba F (2,368) significativamente superior al sig. (0,001). 	Muy buena
74	0,851	85,1	<ul style="list-style-type: none"> • Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,751-0,911). • Valor promedio de la prueba F (2,013) significativamente superior al sig. (0,004). 	Muy buena
75	0,768	75,4	<ul style="list-style-type: none"> • Intervalo de confianza (promedio) dentro y fuera de los parámetros establecidos para \geq buena (0,583-0,854), pero CCI adecuado. • Valor promedio de la prueba F (1,223) ligeramente superior al sig. (0,230). 	Buena
76	0,768	75,0	<ul style="list-style-type: none"> • Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,572-0,853). • Valor promedio de la prueba F (1,207) ligeramente superior al sig. (0,250). 	Buena
77	0,924	92,2	<ul style="list-style-type: none"> • Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,869-0,953). • Valor promedio de la prueba F (3,872) significativamente superior al sig. (0,000). 	Muy buena
78	0,887	87,9	<ul style="list-style-type: none"> • Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,792-0,929). • Valor promedio de la prueba F (2,517) significativamente superior al sig. (0,000). 	Muy buena

			superior al sig. (0,000).	
79	0,917	91,3	<ul style="list-style-type: none"> Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,853-0,949). Valor promedio de la prueba F (3,500) significativamente superior al sig. (0,000). 	Muy buena
80	0,892	88,3	<ul style="list-style-type: none"> Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,795-0,932). Valor promedio de la prueba F (2,600) significativamente superior al sig. (0,000). 	Muy buena
81	0,942	93,6	<ul style="list-style-type: none"> Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,884-0,963). Valor promedio de la prueba F (4,773) significativamente superior al sig. (0,000). 	Muy buena
82	0,918	91,5	<ul style="list-style-type: none"> Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,858-0,949). Valor promedio de la prueba F (3,567) significativamente superior al sig. (0,000). 	Muy buena
83	0,865	86,6	<ul style="list-style-type: none"> Intervalo de confianza (promedio) dentro de los parámetros establecidos para \geq buena (0,777-0,920). Valor promedio de la prueba F (2,242) significativamente superior al sig. (0,001). 	Muy buena

c) *Concordancia interobservadores*

En este caso, se llevó a cabo la resolución del cuestionario por la misma muestra de 60 adultos mayores de 65 años o más de Puerto Rico socioeconómicamente intermedio, pero en dos ocasiones a través de 2 distintos analistas. Se mantuvieron las condiciones de modo de realización (se entregó y el analista estuvo presente) y de espacio físico, aunque fueron resueltas con 6 días de diferencia. También se evaluó separadamente respecto de cada uno de los ítems, independientes entre sí, analizando en este caso el índice Kappa. Así obtenemos los siguientes resultados:

Ítem	k	Otras características estadísticas ¹	Resultado concordancia
1	0,850	<ul style="list-style-type: none"> Error típico asintótico muy bajo (0,063). T aproximada (8,301) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Muy buena
2	0,771	<ul style="list-style-type: none"> Error típico asintótico muy bajo (0,075). T aproximada (9,258) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Buena
3	0,845	<ul style="list-style-type: none"> Error típico asintótico muy bajo (0,067). T aproximada (8,019) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Muy buena
4	0,812	<ul style="list-style-type: none"> Error típico asintótico muy bajo (0,073). T aproximada (8,001) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Muy buena
5	0,728	<ul style="list-style-type: none"> Error típico asintótico moderadamente bajo (0,113). T aproximada (7,493) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Buena
6	0,741	<ul style="list-style-type: none"> Error típico asintótico moderadamente bajo (0,121). T aproximada (5,941) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Buena
7	0,858	<ul style="list-style-type: none"> Error típico asintótico muy bajo (0,068). T aproximada (7,547) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Muy buena
8	0,807	<ul style="list-style-type: none"> Error típico asintótico muy bajo (0,073). T aproximada (8,157) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Buena
9	0,799	<ul style="list-style-type: none"> Error típico asintótico moderadamente bajo (0,111). T aproximada (6,982) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Buena
10	0,882	<ul style="list-style-type: none"> Error típico asintótico muy bajo (0,046). T aproximada (16,255) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Muy buena
11	0,890	<ul style="list-style-type: none"> Error típico asintótico muy bajo (0,062). T aproximada (9,120) significativamente superior respecto del 	Muy buena

¹ Asumiendo hipótesis alternativa ($k \neq 0,000$) para el error típico asintotático y empleando el anterior basado en la hipótesis nula para la T aproximada.

		sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$.	
12	0,835	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,062). • T aproximada (8,842) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Muy buena
13	0,822	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,084). • T aproximada (7,498) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Muy buena
14	0,723	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,080). • T aproximada (7,695) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Buena
15	0,752	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico moderadamente bajo (0,101). • T aproximada (7,132) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Buena
16	0,817	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,064). • T aproximada (8,766) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Muy buena
17	0,851	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,064). • T aproximada (8,411) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Muy buena
18	0,841	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico moderadamente bajo (0,109). • T aproximada (7,406) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Muy buena
19	0,828	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,091). • T aproximada (8,284) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Muy buena
20	0,897	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,044). • T aproximada (14,643) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Muy buena
21	0,895	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,051). • T aproximada (9,567) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Muy buena
22	0,714	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,098). • T aproximada (7,373) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Buena
23	0,822	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,063). • T aproximada (10,605) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Muy buena

24	0,848	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,059). • T aproximada (9,252) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Muy buena
25	0,889	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,047). • T aproximada (13,301) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Muy buena
26	0,733	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,088). • T aproximada (5,678) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Buena
27	0,789	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,068). • T aproximada (8,573) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Buena
28	0,824	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,062). • T aproximada (9,060) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Muy buena
29	0,776	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,081). • T aproximada (8,052) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Buena
30	0,928	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,050). • T aproximada (9,434) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Muy buena
31	0,879	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,052). • T aproximada (10,684) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Muy buena
32	0,852	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,060). • T aproximada (8,621) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Muy buena
33	0,810	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,081). • T aproximada (8,360) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Muy buena
34	0,690	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,080). • T aproximada (6,833) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Buena (se considera adecuada dado que no existe diferencia significativa respecto del parámetro 0,700 y se cumplen los demás requisitos estadísticos)

35	0,699	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,082). • T aproximada (7,098) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Buena (ídem ítem anterior)
36	0,774	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,071). • T aproximada (7,720) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Buena
37	0,695	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,079). • T aproximada (7,611) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Buena (ídem ítems 34 y 35)
38	0,795	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,082). • T aproximada (7,458) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Buena
39	0,814	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,057). • T aproximada (13,810) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Muy buena
40	0,818	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,060). • T aproximada (11,739) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Muy buena
41	0,701	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,097). • T aproximada (5,495) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Buena
42	0,800	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,066). • T aproximada (8,760) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Buena
43	0,846	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,060). • T aproximada (9,215) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Muy buena
44	0,728	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,084). • T aproximada (7,625) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Buena
45	0,696	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,092). • T aproximada (7,295) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Buena (ídem ítems 34, 35 y 37)
46	0,833	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,055). • T aproximada (13,232) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Muy buena
47	0,755	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,076). • T aproximada (8,067) significativamente superior respecto del 	Buena

		sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$.	
48	0,805	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,075). • T aproximada (8,209) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Buena
49	0,733	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,095). • T aproximada (7,552) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Buena
50	0,700	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,083). • T aproximada (7,521) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Buena
51	0,768	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,076). • T aproximada (8,242) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Buena
52	0,751	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,072). • T aproximada (8,299) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Buena
53	0,772	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,081). • T aproximada (8,153) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Buena
54	0,801	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,065). • T aproximada (8,919) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Buena
55	0,781	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,070). • T aproximada (8,332) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Buena
56	0,773	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,072). • T aproximada (7,812) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Buena
57	0,831	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,063). • T aproximada (8,843) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Muy buena
58	0,846	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,066). • T aproximada (8,912) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Muy buena
59	0,850	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,064). • T aproximada (9,069) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Muy buena

60	0,870	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,055). • T aproximada (9,376) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Muy buena
61	0,778	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,085). • T aproximada (8,226) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Buena
62	0,728	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,079). • T aproximada (7,611) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Buena
63	0,808	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,071). • T aproximada (8,033) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Buena
64	0,760	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,089). • T aproximada (7,826) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Buena
65	0,777	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,079). • T aproximada (8,111) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Buena
66	0,854	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,062). • T aproximada (9,129) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Muy buena
67	0,704	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,089). • T aproximada (7,316) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Buena
68	0,804	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,076). • T aproximada (8,094) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Buena
69	0,841	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,052). • T aproximada (15,854) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Muy buena
70	0,768	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,088). • T aproximada (8,230) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Buena
71	0,796	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,084). • T aproximada (8,338) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Buena
72	0,756	<ul style="list-style-type: none"> • Error típico asintótico muy bajo (0,074). • T aproximada (7,814) significativamente superior respecto del 	Buena

		sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$.	
73	0,795	<ul style="list-style-type: none"> Error típico asintótico muy bajo (0,059). T aproximada (13,557) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Buena
74	0,742	<ul style="list-style-type: none"> Error típico asintótico muy bajo (0,074). T aproximada (8,037) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Buena
75	0,883	<ul style="list-style-type: none"> Error típico asintótico muy bajo (0,056). T aproximada (9,322) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Muy buena
76	0,709	<ul style="list-style-type: none"> Error típico asintótico moderadamente bajo (0,100). T aproximada (7,581) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Buena
77	0,938	<ul style="list-style-type: none"> Error típico asintótico muy bajo (0,035). T aproximada (15,183) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Muy buena
78	0,801	<ul style="list-style-type: none"> Error típico asintótico muy bajo (0,076). T aproximada (8,500) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Buena
79	0,836	<ul style="list-style-type: none"> Error típico asintótico muy bajo (0,058). T aproximada (10,627) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Muy buena
80	0,800	<ul style="list-style-type: none"> Error típico asintótico muy bajo (0,071). T aproximada (8,635) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Buena
81	0,809	<ul style="list-style-type: none"> Error típico asintótico muy bajo (0,068). T aproximada (8,691) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Buena
82	0,859	<ul style="list-style-type: none"> Error típico asintótico muy bajo (0,060). T aproximada (8,447) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Muy buena
83	0,711	<ul style="list-style-type: none"> Error típico asintótico muy bajo (0,070). T aproximada (9,681) significativamente superior respecto del sig. aproximado (0,000), rechazando que $k=0,000$. 	Buena

Validez

Los resultados correspondientes a las distintas condiciones analizadas de este apartado son:

a) *Validez de contenido*

La prueba piloto fue aprobada unánimemente por la muestra de 15 profesionales (arquitectos y médicos especializados en geriatría). La totalidad de ellos no tuvo problema alguno en la interpretación de los ítems y en su contestación respecto de los aspectos curriculares del cuestionario a prueba, según sus propias afirmaciones y percepciones en general.

b) *Validez de constructo*

Para este aspecto, se realizó un análisis factorial considerando los siguientes aspectos: estadísticos univariados y de solución inicial; método de extracción por componentes principales, analizando la matriz de correlaciones, extrayendo primero los auto valores > 1 ; solución factorial sin rotar; exclusión de casos según lista.

De esta manera, consideramos la siguiente tabla de comunalidades:

Tabla 4. Comunalidades con auto valores > 1 .

	Inicial	Extracción
Ítem1	1,000	,799
Ítem2	1,000	,752
Ítem3	1,000	,846
Ítem4	1,000	,851
Ítem5	1,000	,802
Ítem6	1,000	,889
Ítem7	1,000	,829
Ítem8	1,000	,870
Ítem9	1,000	,850

Ítem10	1,000	,830
Ítem11	1,000	,912
Ítem12	1,000	,854
Ítem13	1,000	,861
Ítem14	1,000	,847
Ítem15	1,000	,910
Ítem16	1,000	,880
Ítem17	1,000	,854
Ítem18	1,000	,885
Ítem19	1,000	,913
Ítem20	1,000	,781
Ítem21	1,000	,826
Ítem22	1,000	,885
Ítem23	1,000	,849
Ítem24	1,000	,797
Ítem25	1,000	,760
Ítem26	1,000	,775
Ítem27	1,000	,872
Ítem28	1,000	,898
Ítem29	1,000	,908
Ítem30	1,000	,811
Ítem31	1,000	,830
Ítem32	1,000	,868
Ítem33	1,000	,850
Ítem34	1,000	,840
Ítem35	1,000	,843
Ítem36	1,000	,800
Ítem37	1,000	,822
Ítem38	1,000	,809
Ítem39	1,000	,883
Ítem40	1,000	,855
Ítem41	1,000	,807
Ítem42	1,000	,841
Ítem43	1,000	,862
Ítem44	1,000	,888
Ítem45	1,000	,931
Ítem46	1,000	,884
Ítem47	1,000	,801
Ítem48	1,000	,857
Ítem49	1,000	,864
Ítem50	1,000	,889
Ítem51	1,000	,894
Ítem52	1,000	,830
Ítem53	1,000	,864

Ítem54	1,000	,771
Ítem55	1,000	,882
Ítem56	1,000	,869
Ítem57	1,000	,848
Ítem58	1,000	,876
Ítem59	1,000	,853
Ítem60	1,000	,783
Ítem61	1,000	,795
Ítem62	1,000	,856
Ítem63	1,000	,893
Ítem64	1,000	,874
Ítem65	1,000	,872
Ítem66	1,000	,856
Ítem67	1,000	,860
Ítem68	1,000	,858
Ítem69	1,000	,851
Ítem70	1,000	,774
Ítem71	1,000	,922
Ítem72	1,000	,887
Ítem73	1,000	,915
Ítem74	1,000	,840
Ítem75	1,000	,800
Ítem76	1,000	,914
Ítem77	1,000	,777
Ítem78	1,000	,786
Ítem79	1,000	,820
Ítem80	1,000	,869
Ítem81	1,000	,861
Ítem82	1,000	,933
Ítem83	1,000	,816

Aquí observamos que el ítem peor explicado es el 2, ya que el modelo sólo es capaz de reproducir el 75,2% de su variabilidad.

Tabla 5. Varianza total explicada.

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	6,060	7,301	7,301	6,060	7,301	7,301
2	4,944	5,957	13,257	4,944	5,957	13,257

3	4,581	5,519	18,776	4,581	5,519	18,776
4	4,243	5,112	23,888	4,243	5,112	23,888
5	3,954	4,764	28,652	3,954	4,764	28,652
6	3,831	4,616	33,268	3,831	4,616	33,268
7	3,446	4,152	37,420	3,446	4,152	37,420
8	3,069	3,698	41,118	3,069	3,698	41,118
9	2,994	3,607	44,724	2,994	3,607	44,724
10	2,770	3,338	48,062	2,770	3,338	48,062
11	2,640	3,181	51,243	2,640	3,181	51,243
12	2,457	2,960	54,203	2,457	2,960	54,203
13	2,299	2,770	56,973	2,299	2,770	56,973
14	2,192	2,640	59,614	2,192	2,640	59,614
15	2,061	2,483	62,097	2,061	2,483	62,097
16	1,944	2,342	64,438	1,944	2,342	64,438
17	1,853	2,233	66,671	1,853	2,233	66,671
18	1,791	2,158	68,829	1,791	2,158	68,829
19	1,712	2,062	70,891	1,712	2,062	70,891
20	1,636	1,971	72,862	1,636	1,971	72,862
21	1,568	1,889	74,751	1,568	1,889	74,751
22	1,442	1,738	76,489	1,442	1,738	76,489
23	1,361	1,640	78,128	1,361	1,640	78,128
24	1,261	1,520	79,648	1,261	1,520	79,648
25	1,200	1,446	81,094	1,200	1,446	81,094
26	1,129	1,361	82,455	1,129	1,361	82,455
27	1,063	1,280	83,735	1,063	1,280	83,735
28	1,016	1,224	84,959	1,016	1,224	84,959
29	,944	1,137	86,096			
30	,888	1,069	87,166			
31	,848	1,021	88,187			
32	,812	,978	89,166			
33	,785	,945	90,111			
34	,725	,873	90,984			
35	,696	,839	91,822			
36	,661	,796	92,618			
37	,589	,710	93,328			
38	,568	,684	94,012			
39	,514	,619	94,631			
40	,495	,596	95,227			
41	,476	,573	95,800			
42	,450	,542	96,342			
43	,392	,472	96,814			
44	,359	,432	97,247			
45	,330	,398	97,644			
46	,296	,357	98,001			

47	,269	,324	98,325			
48	,242	,292	98,617			
49	,222	,268	98,885			
50	,196	,236	99,120			
51	,142	,171	99,291			
52	,137	,165	99,457			
53	,104	,126	99,583			
54	,082	,099	99,682			
55	,077	,093	99,775			
56	,058	,069	99,844			
57	,057	,069	99,913			
58	,042	,050	99,963			
59	,031	,037	100,000			
60	5,51E-016	6,64E-016	100,000			
61	4,89E-016	5,89E-016	100,000			
62	4,44E-016	5,35E-016	100,000			
63	3,79E-016	4,57E-016	100,000			
64	3,46E-016	4,16E-016	100,000			
65	3,07E-016	3,70E-016	100,000			
66	2,73E-016	3,29E-016	100,000			
67	2,36E-016	2,85E-016	100,000			
68	1,97E-016	2,37E-016	100,000			
69	1,66E-016	2,00E-016	100,000			
70	1,37E-016	1,65E-016	100,000			
71	5,16E-017	6,22E-017	100,000			
72	2,01E-017	2,42E-017	100,000			
73	-6,81E-018	-8,21E-018	100,000			
74	-8,44E-017	-1,02E-016	100,000			
75	-9,68E-017	-1,17E-016	100,000			
76	-1,46E-016	-1,76E-016	100,000			
77	-2,12E-016	-2,55E-016	100,000			
78	-2,35E-016	-2,83E-016	100,000			
79	-3,11E-016	-3,75E-016	100,000			
80	-3,76E-016	-4,53E-016	100,000			
81	-4,42E-016	-5,33E-016	100,000			
82	-4,84E-016	-5,83E-016	100,000			
83	-5,47E-016	-6,59E-016	100,000			

No obstante, a través de la anterior tabla se pone de manifiesto que si consideramos la extracción de auto valores > 1 , tenemos 28 elementos llegando sólo a explicar el 84,959% de la varianza de los datos originales, lo cual se presenta como relativamente inadecuado. En este sentido, consideramos necesario incrementar el

número de factores a extraer, siendo adecuado como mínimo hasta el auto valor 40, pudiendo así explicar hasta el 95,227% de la varianza de los datos originales. De esta manera, el modelo puede reproducir hasta un mínimo de 90,9% de la variabilidad original, en este caso para el ítem 21, según la siguiente nueva tabla de comunalidades:

Tabla 6. Comunalidades hasta 40 auto valores como factores de extracción.

	Inicial	Extracción
Ítem1	1,000	,942
Ítem2	1,000	,938
Ítem3	1,000	,964
Ítem4	1,000	,974
Ítem5	1,000	,962
Ítem6	1,000	,968
Ítem7	1,000	,969
Ítem8	1,000	,942
Ítem9	1,000	,956
Ítem10	1,000	,949
Ítem11	1,000	,955
Ítem12	1,000	,948
Ítem13	1,000	,979
Ítem14	1,000	,974
Ítem15	1,000	,975
Ítem16	1,000	,943
Ítem17	1,000	,970
Ítem18	1,000	,956
Ítem19	1,000	,958
Ítem20	1,000	,969
Ítem21	1,000	,909
Ítem22	1,000	,975
Ítem23	1,000	,972
Ítem24	1,000	,922
Ítem25	1,000	,955
Ítem26	1,000	,947
Ítem27	1,000	,961
Ítem28	1,000	,953
Ítem29	1,000	,953
Ítem30	1,000	,954
Ítem31	1,000	,938
Ítem32	1,000	,965
Ítem33	1,000	,916
Ítem34	1,000	,957

Ítem35	1,000	,959
Ítem36	1,000	,952
Ítem37	1,000	,918
Ítem38	1,000	,940
Ítem39	1,000	,936
Ítem40	1,000	,948
Ítem41	1,000	,924
Ítem42	1,000	,954
Ítem43	1,000	,955
Ítem44	1,000	,962
Ítem45	1,000	,953
Ítem46	1,000	,967
Ítem47	1,000	,950
Ítem48	1,000	,962
Ítem49	1,000	,940
Ítem50	1,000	,970
Ítem51	1,000	,956
Ítem52	1,000	,944
Ítem53	1,000	,962
Ítem54	1,000	,942
Ítem55	1,000	,960
Ítem56	1,000	,961
Ítem57	1,000	,951
Ítem58	1,000	,959
Ítem59	1,000	,953
Ítem60	1,000	,938
Ítem61	1,000	,946
Ítem62	1,000	,950
Ítem63	1,000	,959
Ítem64	1,000	,937
Ítem65	1,000	,937
Ítem66	1,000	,926
Ítem67	1,000	,958
Ítem68	1,000	,932
Ítem69	1,000	,954
Ítem70	1,000	,930
Ítem71	1,000	,966
Ítem72	1,000	,957
Ítem73	1,000	,958
Ítem74	1,000	,943
Ítem75	1,000	,930
Ítem76	1,000	,959
Ítem77	1,000	,950
Ítem78	1,000	,949

Ítem79	1,000	,964
Ítem80	1,000	,970
Ítem81	1,000	,960
Ítem82	1,000	,966
Ítem83	1,000	,951

Ante estas consideraciones, debemos evaluar las correlaciones entre los 40 factores de extracción y cada uno de los ítems, hacia la verificación de la existencia de parámetros de explicación de estos últimos. Debido a la imposibilidad de presentar esta tabla, la matriz de componentes, de 83 ítems por 40 factores de extracción, sólo mencionaremos aquellos parámetros dados para todos los ítems, discriminados por el factor de extracción.

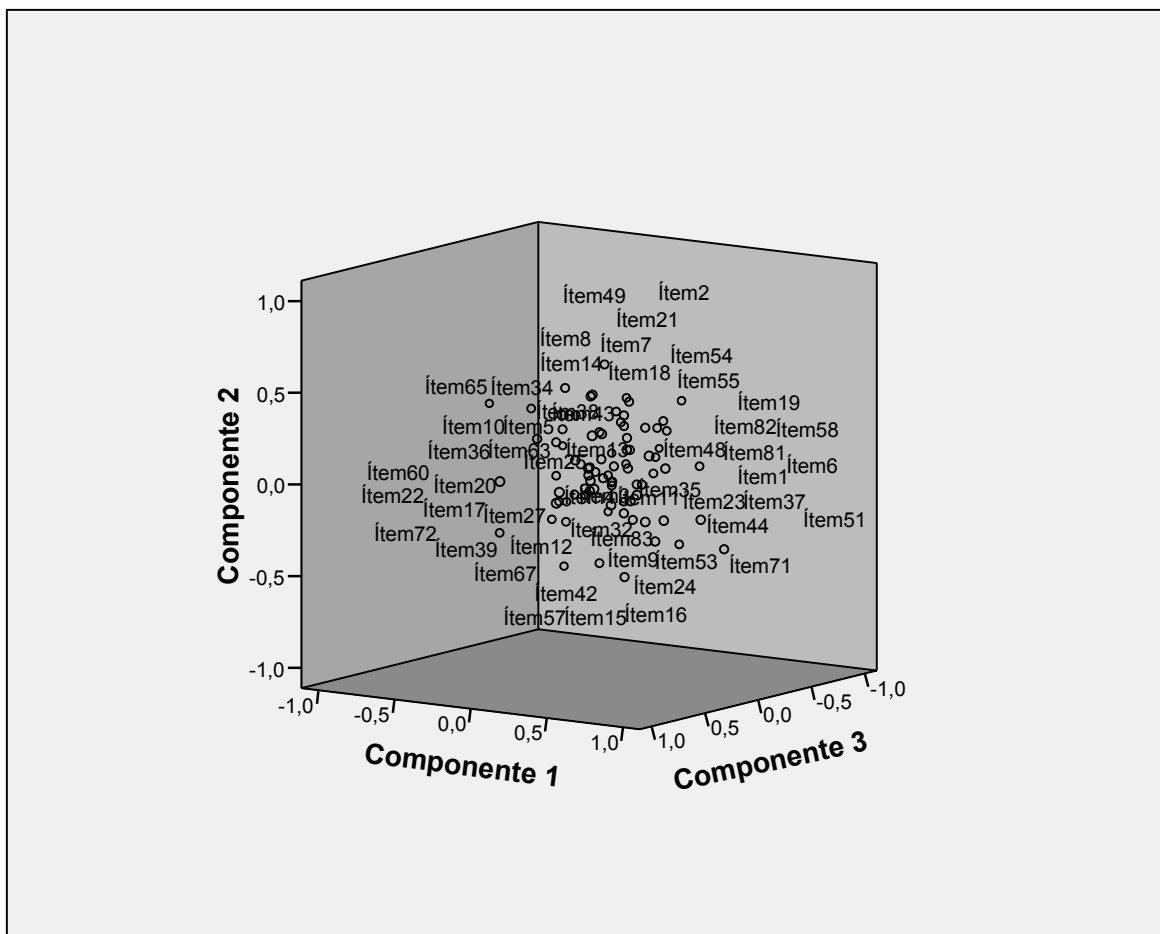
- Factor 1: ítem 1 (0,467); ítem 6 (0,416); ítem 9 (0,471); ítem 24 (0,563); ítem 44 (0,501); ítem 51 (0,685); ítem 53 (0,380); ítem 54 (0,313); ítem 58 (0,264); ítem 61 (0,357); ítem 71 (0,685); ítem 78 (0,492); ítem 82 (0,579).
- Factor 2: ítem 2 (0,349); ítem 7 (0,597); ítem 8 (0,470); ítem 21 (0,375); ítem 34 (0,338); ítem 46 (0,282); ítem 49 (0,467); ítem 55 (0,375); ítem 65 (0,321); ítem 77 (0,445); ítem 78 (0,492).
- Factor 3: ítem 17 (0,591); ítem 22 (0,569); ítem 56 (0,490); ítem 72 (0,684).
- Factor 4: ítem 4 (0,395); ítem 14 (0,366); ítem 15 (0,472); ítem 30 (0,468); ítem 36 (0,440); ítem 64 (0,451).
- Factor 5: ítem 18 (0,481); ítem 20 (0,303); ítem 27 (0,511); ítem 33 (0,371); ítem 38 (0,377); ítem 45 (0,470); ítem 81 (0,395).
- Factor 6: ítem 3 (0,330); ítem 26 (0,411); ítem 29 (0,549); ítem 47 (0,332); ítem 74 (0,374).
- Factor 7: ítem 10 (0,335); ítem 11 (0,330); ítem 28 (0,391); ítem 63 (0,363); ítem 75 (0,285); ítem 76 (0,501).
- Factor 8: ítem 40 (0,369); ítem 41 (0,447); ítem 52 (0,357); ítem 70 (0,507); ítem 73 (0,320);
- Factor 9: ítem 37 (0,313); ítem 42 (0,422); ítem 48 (0,229).

- Factor 10: ítem 59 (0,437); ítem 60 (0,388); ítem 62 (0,383).
- Factor 11: ítem 12 (0,344); ítem 19 (0,428); ítem 68 (0,506).
- Factor 12: ítem 23 (0,389); ítem 31 (0,343); ítem 35 (0,321); ítem 67 (0,352).
- Factor 13: ítem 50 (0,367).
- Factor 14: ítem 16 (0,416).
- Factor 15: ítem 66 (0,247); ítem 69 (0,344).
- Factor 17: ítem 13 (0,316).
- Factor 18: ítem 79 (0,401).
- Factor 19: ítem 80 (0,422).
- Factor 23: ítem 5 (0,261); ítem 32 (0,288); ítem 43 (0,390).
- Factor 24: ítem 39 (0,312).
- Factor 25: ítem 83 (0,360).
- Factor 26: ítem 57 (0,280).
- Factor 30: ítem 25 (0,380).

De esta manera hallamos saturaciones y relaciones relativamente significantes para todos los ítems a través de los factores considerados, mostrando la adecuada representatividad del constructo del instrumento/encuesta.

Por otro lado, hallamos un claro denominador común o faceta de las correlaciones en tanto los componentes 1, 2 y 3.

Gráfico. Distribución de extracción de los componentes de los ítems.



Así, creemos justificado afirmar que el constructo del cuestionario es representado fielmente por los ítems del instrumento y sus componentes, ya que se muestra una faceta determinada (componentes comunes), y una distribución de correlaciones no nulas, aunque menores a los de la faceta, mostrando con ello que las opciones de respuesta representan bien el concepto que se evalúa en cada uno de los ítems.

c) *Validez de criterio*

En este caso el Gold Standard estará dado por las resoluciones del cuestionario por parte de los 15 profesionales (arquitectos y médicos especializados en geriatría). A continuación se analizará la sensibilidad para cada opción de respuesta a lo largo de los 83 ítems del cuestionario en la muestra de 60 adultos mayores de 65 años o más de Puerto Rico socioeconómicamente intermedios, respecto de aquel Gold Standard.

Ítem	Muestras	Probabilidades de opciones de respuesta									Características estadísticas	Resultado sensibilidad
		1	2	3	4	5	6	7	8	9		
1	Muestra de prueba	0,55	0,33	0,12							<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de probabilidades. Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,60	0,32	0,08								
2	Muestra de prueba	0,18	0,17	0,07	0,58						<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de probabilidades. Opción de respuesta 4 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,22	0,18	0,05	0,55							
3	Muestra de prueba	0,58	0,33	0,08							<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de probabilidades. Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,60	0,32	0,08								
4	Muestra de prueba	0,62	0,28	0,10							<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de 	Sensible

	Gold Standard	0,67	0,25	0,08							<ul style="list-style-type: none"> probabilidades. • Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad. 	
5	Muestra de prueba	0,82	0,10	0,08							<ul style="list-style-type: none"> • Gradiente similar de probabilidades. • Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,87	0,08	0,05								
6	Muestra de prueba	0,92	0,08								<ul style="list-style-type: none"> • Gradiente similar de probabilidades. • Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,88	0,12									
7	Muestra de prueba	0,65	0,05	0,30							<ul style="list-style-type: none"> • Gradiente similar de probabilidades. • Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,68	0,03	0,28								
8	Muestra de prueba	0,62	0,13	0,25							<ul style="list-style-type: none"> • Gradiente similar de probabilidades. • Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,67	0,10	0,23								
9	Muestra de prueba	0,83	0,02	0,15							<ul style="list-style-type: none"> • Gradiente similar de 	Sensible

	Gold Standard	0,88	0,02	0,10							probabilidades. • Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad.	
10	Muestra de prueba	0,15	0,13	0,12	0,25	0,18	0,10	0,07			• Gradiente similar de probabilidades. • Opción de respuesta 4 como valor de mayor probabilidad.	Sensible
	Gold Standard	0,15	0,13	0,12	0,20	0,18	0,12	0,10				
11	Muestra de prueba	0,68	0,13	0,18							• Gradiente similar de probabilidades. • Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad.	Sensible
	Gold Standard	0,73	0,10	0,17								
12	Muestra de prueba	0,50	0,18	0,32							• Gradiente similar de probabilidades. • Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad.	Sensible
	Gold Standard	0,55	0,18	0,27								
13	Muestra de prueba	0,75	0,07	0,18							• Gradiente similar de probabilidades. • Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad.	Sensible
	Gold Standard	0,78	0,02	0,20								
14	Muestra de prueba	0,52	0,27	0,22							• Gradiente similar de	Sensible

	Gold Standard	0,57	0,25	0,18							<p>probabilidades.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad. 	
15	Muestra de prueba	0,80	0,07	0,13							<ul style="list-style-type: none"> • Gradiente similar de probabilidades. • Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,80	0,03	0,17								
16	Muestra de prueba	0,48	0,18	0,33							<ul style="list-style-type: none"> • Gradiente similar de probabilidades. • Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,45	0,17	0,38								
17	Muestra de prueba	0,55	0,12	0,33							<ul style="list-style-type: none"> • Gradiente similar de probabilidades. • Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,60	0,10	0,30								
18	Muestra de prueba	0,87	0,02	0,12							<ul style="list-style-type: none"> • Gradiente similar de probabilidades. • Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,90	0,02	0,08								
19	Muestra de prueba	0,85	0,05	0,10							<ul style="list-style-type: none"> • Gradiente similar de 	Sensible

	Gold Standard	0,85	0,03	0,12							<ul style="list-style-type: none"> probabilidades. Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad. 	
20	Muestra de prueba	0,27	0,13	0,22	0,22	0,07	0,05	0,05			<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de probabilidades. Opción de respuesta 3 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,27	0,17	0,23	0,20	0,05	0,05	0,03				
21	Muestra de prueba	0,18	0,50	0,35							<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de probabilidades. Opción de respuesta 2 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,22	0,43	0,35								
22	Muestra de prueba	0,73	0,15	0,12							<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de probabilidades. Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,77	0,10	0,13								
23	Muestra de prueba	0,07	0,05	0,47	0,30	0,05	0,07				<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de probabilidades. Opción de respuesta 3 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,07	0,05	0,57	0,23	0,03	0,05					
24	Muestra de prueba	0,38	0,27	0,35							<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de 	Sensible

	Gold Standard	0,40	0,25	0,35							<ul style="list-style-type: none"> probabilidades. Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad. 	
25	Muestra de prueba	0,42	0,03	0,12	0,15	0,10	0,18				<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de probabilidades. Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,38	0,03	0,12	0,15	0,08	0,23					
26	Muestra de prueba	0,52	0,48								<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de probabilidades. Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,52	0,48									
27	Muestra de prueba	0,53	0,23	0,23							<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de probabilidades. Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,45	0,27	0,28								
28	Muestra de prueba	0,40	0,27	0,33							<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de probabilidades. Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,40	0,28	0,32								
29	Muestra de prueba	0,70	0,10	0,20							<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de 	Sensible

	Gold Standard	0,68	0,15	0,17							<ul style="list-style-type: none"> probabilidades. Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad. 	
30	Muestra de prueba	0,18	0,70	0,12							<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de probabilidades. Opción de respuesta 2 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,18	0,70	0,12								
31	Muestra de prueba	0,18	0,35	0,38	0,08						<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de probabilidades. Opción de respuesta 3 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,17	0,32	0,43	0,08							
32	Muestra de prueba	0,57	0,35	0,08							<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de probabilidades. Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,58	0,27	0,15								
33	Muestra de prueba	0,68	0,13	0,18							<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de probabilidades. Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,77	0,08	0,15								
34	Muestra de prueba	0,40	0,12	0,47							<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de 	Sensible

	Gold Standard	0,43	0,05	0,52							<ul style="list-style-type: none"> probabilidades. Opción de respuesta 3 como valor de mayor probabilidad. 	
35	Muestra de prueba	0,55	0,12	0,33							<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de probabilidades. Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,67	0,05	0,28								
36	Muestra de prueba	0,48	0,15	0,37							<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de probabilidades. Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,52	0,08	0,40								
37	Muestra de prueba	0,40	0,27	0,33							<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de probabilidades. Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,45	0,23	0,32								
38	Muestra de prueba	0,72	0,03	0,25							<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de probabilidades. Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,77	0,07	0,17								
39	Muestra de prueba	0,13	0,05	0,10	0,12	0,35	0,20	0,05			<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de 	Sensible

	Gold Standard	0,15	0,07	0,10	0,12	0,30	0,22	0,05				probabilidades. • Opción de respuesta 5 como valor de mayor probabilidad.	
40	Muestra de prueba	0,43	0,13	0,23	0,08	0,10	0,02					• Gradiente similar de probabilidades. • Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad.	Sensible
	Gold Standard	0,40	0,12	0,27	0,08	0,08	0,05						
41	Muestra de prueba	0,30	0,70									• Gradiente similar de probabilidades. • Opción de respuesta 2 como valor de mayor probabilidad.	Sensible
	Gold Standard	0,37	0,63										
42	Muestra de prueba	0,33	0,35	0,32								• Gradiente similar de probabilidades. • Opción de respuesta 2 como valor de mayor probabilidad.	Sensible
	Gold Standard	0,35	0,37	0,28									
43	Muestra de prueba	0,48	0,27	0,25								• Gradiente similar de probabilidades. • Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad.	Sensible
	Gold Standard	0,42	0,32	0,27									
44	Muestra de prueba	0,60	0,22	0,18								• Gradiente similar de	Sensible

	Gold Standard	0,62	0,23	0,15							<ul style="list-style-type: none"> probabilidades. Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad. 	
45	Muestra de prueba	0,63	0,17	0,20							<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de probabilidades. Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,72	0,12	0,17								
46	Muestra de prueba	0,13	0,22	0,08	0,22	0,28	0,07				<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de probabilidades. Opción de respuesta 5 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,15	0,22	0,08	0,20	0,28	0,07					
47	Muestra de prueba	0,53	0,25	0,22							<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de probabilidades. Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,52	0,25	0,23								
48	Muestra de prueba	0,10	0,20	0,70							<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de probabilidades. Opción de respuesta 3 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,12	0,28	0,60								
49	Muestra de prueba	0,75	0,12	0,13							<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de 	Sensible

	Gold Standard	0,70	0,12	0,18							<ul style="list-style-type: none"> probabilidades. Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad. 	
50	Muestra de prueba	0,52	0,27	0,22							<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de probabilidades. Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,50	0,32	0,18								
51	Muestra de prueba	0,57	0,23	0,20							<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de probabilidades. Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,60	0,23	0,17								
52	Muestra de prueba	0,38	0,33	0,28							<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de probabilidades. Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,37	0,33	0,30								
53	Muestra de prueba	0,62	0,22	0,17							<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de probabilidades. Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,70	0,15	0,15								
54	Muestra de prueba	0,32	0,32	0,37							<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de 	Sensible

	Gold Standard	0,33	0,28	0,38							<ul style="list-style-type: none"> probabilidades. Opción de respuesta 3 como valor de mayor probabilidad. 	
55	Muestra de prueba	0,53	0,22	0,25							<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de probabilidades. Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,52	0,18	0,30								
56	Muestra de prueba	0,48	0,17	0,35							<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de probabilidades. Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,57	0,07	0,37								
57	Muestra de prueba	0,27	0,22	0,52							<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de probabilidades. Opción de respuesta 3 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,30	0,12	0,58								
58	Muestra de prueba	0,58	0,18	0,23							<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de probabilidades. Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,67	0,13	0,20								
59	Muestra de prueba	0,57	0,22	0,22							<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de 	Sensible

	Gold Standard	0,65	0,22	0,13							<ul style="list-style-type: none"> probabilidades. Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad. 	
60	Muestra de prueba	0,35	0,23	0,42							<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de probabilidades. Opción de respuesta 3 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,32	0,20	0,48								
61	Muestra de prueba	0,13	0,20	0,67							<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de probabilidades. Opción de respuesta 3 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,12	0,12	0,77								
62	Muestra de prueba	0,22	0,18	0,60							<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de probabilidades. Opción de respuesta 3 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,27	0,12	0,62								
63	Muestra de prueba	0,60	0,13	0,27							<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de probabilidades. Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,67	0,07	0,27								
64	Muestra de prueba	0,70	0,12	0,18							<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de 	Sensible

	Gold Standard	0,78	0,08	0,13							<ul style="list-style-type: none"> probabilidades. Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad. 	
65	Muestra de prueba	0,25	0,12	0,63							<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de probabilidades. Opción de respuesta 3 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,18	0,12	0,70								
66	Muestra de prueba	0,55	0,20	0,25							<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de probabilidades. Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,63	0,17	0,20								
67	Muestra de prueba	0,65	0,12	0,23							<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de probabilidades. Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,73	0,08	0,18								
68	Muestra de prueba	0,25	0,13	0,62							<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de probabilidades. Opción de respuesta 3 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,23	0,08	0,68								
69	Muestra de prueba	0,07	0,08	0,07	0,22	0,30	0,05	0,07	0,10	0,05	<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de 	Sensible

	Gold Standard	0,08	0,08	0,07	0,20	0,27	0,05	0,08	0,12	0,05	probabilidades. • Opción de respuesta 5 como valor de mayor probabilidad.	
70	Muestra de prueba	0,68	0,13	0,18							• Gradiente similar de probabilidades. • Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad.	Sensible
	Gold Standard	0,78	0,08	0,13								
71	Muestra de prueba	0,72	0,10	0,18							• Gradiente similar de probabilidades. • Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad.	Sensible
	Gold Standard	0,78	0,10	0,12								
72	Muestra de prueba	0,12	0,48	0,40							• Gradiente similar de probabilidades. • Opción de respuesta 2 como valor de mayor probabilidad.	Sensible
	Gold Standard	0,18	0,43	0,38								
73	Muestra de prueba	0,10	0,12	0,17	0,07	0,30	0,18	0,07			• Gradiente similar de probabilidades. • Opción de respuesta 5 como valor de mayor probabilidad.	Sensible
	Gold Standard	0,08	0,12	0,15	0,05	0,32	0,20	0,08				
74	Muestra de prueba	0,38	0,22	0,40							• Gradiente similar de	Sensible

	Gold Standard	0,40	0,17	0,43							<ul style="list-style-type: none"> probabilidades. Opción de respuesta 3 como valor de mayor probabilidad. 	
75	Muestra de prueba	0,57	0,20	0,23							<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de probabilidades. Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,60	0,17	0,23								
76	Muestra de prueba	0,70	0,15	0,15							<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de probabilidades. Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,82	0,12	0,07								
77	Muestra de prueba	0,23	0,18	0,22	0,05	0,13	0,18				<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de probabilidades. Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,27	0,18	0,23	0,05	0,10	0,17					
78	Muestra de prueba	0,62	0,20	0,18							<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de probabilidades. Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,72	0,15	0,13								
79	Muestra de prueba	0,35	0,30	0,12	0,23						<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de 	Sensible

	Gold Standard	0,42	0,28	0,08	0,22						<ul style="list-style-type: none"> probabilidades. Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad. 	
80	Muestra de prueba	0,58	0,23	0,18							<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de probabilidades. Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,63	0,20	0,17								
81	Muestra de prueba	0,23	0,53	0,23							<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de probabilidades. Opción de respuesta 2 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,30	0,52	0,18								
82	Muestra de prueba	0,47	0,12	0,42							<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de probabilidades. Opción de respuesta 1 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,47	0,10	0,43								
83	Muestra de prueba	0,23	0,30	0,25	0,22						<ul style="list-style-type: none"> Gradiente similar de probabilidades. Opción de respuesta 2 como valor de mayor probabilidad. 	Sensible
	Gold Standard	0,20	0,33	0,30	0,17							

6.e.2. Conclusión de la validación

A través de los análisis realizados para valorar la fiabilidad y validez del cuestionario, tanto en lo que respecta a la recolección de datos como de la escala de evaluación, hallamos resultados favorables en todas las instancias: demostramos que los ítems eran independientes a través del Alfa de Cronbach, siendo así no consistente para una escala de puntaje acumulativo, tal y cual consideramos necesario en nuestro estudio, al abarcar distintas temáticas que se plantean como valorables desde lo individual; los distintos ítems se mostraron siempre estables temporalmente ante la variación de las condiciones días de realización del cuestionario y modalidad (presencia o no del analista), para una misma muestra; hubo concordancia interobservadores para todos los ítems; el contenido fue validado por un grupo de profesionales en arquitectura y medicina geriátrica; el constructo se mostró como fiel representante del fenómeno que se intenta estudiar, al encontrar una faceta y una distribución no nula y significativa comparativamente en los componentes (opciones de respuesta) a través de todos los ítems; el cuestionario se mostró con una adecuada sensibilidad cuando se compararon las probabilidades de respuesta por ítem en tanto una muestra de prueba y un Gold Standard.

Así, los resultados dados a conocer que corresponden a la validez completa del instrumento de investigación (datos de fiabilidad y validez ya mostrados), nos permiten afirmar que el cuestionario/instrumento y las escalas de evaluación pueden utilizarse con confianza para reflejar el grado de satisfacción de la calidad de vida percibida por los adultos mayores de 65 o más años de edad socioeconómicamente intermedios respecto del Modelo integrado de vivienda propuesto, actitud social a cuantificar a través de los distintos interrogantes.

7. Contenido del documento

El presente trabajo de investigación se estructurará en cinco capítulos, y la sección de bibliografía.

En el capítulo primero, de Introducción, se brindan las bases conceptuales y metodológicas que fundamentarán el desarrollo conceptual, de campo e inferencial posterior, mediante la presentación de una breve instancia introductoria, los objetivos, la hipótesis de trabajo, sus variables definidas desde una perspectiva conceptual, justificación, la metodología misma a utilizar y las limitaciones de la investigación.

En el capítulo 2, de Antecedentes, se expondrá el planteamiento del problema y un exhaustivo desarrollo de lo que hace al estado del arte subyacente a nuestra problemática, lo cual incluirá las definiciones de algunos conceptos, una caracterización de la evolución de la población de adultos mayores en términos socioeconómicos, sanitarios y de vivienda, la presentación y características de algunos modelos de vivienda como solución ya existentes, y un especial subapartado sobre calidad de vida percibida, factor que hace a nuestro trabajo de campo y a la evaluación del modelo integrado de vivienda propuesto.

En el capítulo 3, del Modelo de vivienda integrado, desarrollaremos específicamente nuestra propuesta a evaluar a través de las percepciones de adultos mayores sobre calidad de vida percibida, lo cual se realizará desde un aspecto de estructura física y hábitat, y de estructura organizativa y costos.

En el capítulo 4, de Análisis/Estudio de la implantación del Modelo de vivienda Integrado, se presentará el formulario de la encuesta a realizar, y se expondrán y analizarán los resultados arrojados por las encuestas, por el trabajo de campo, a fin de evaluar las posibilidades e impactos sociales derivados de una potencial implantación del modelo.

En el capítulo 5, de Conclusiones, nos remitiremos a las conclusiones que la investigación nos permitirá inferir y a la elaboración de las sugerencias pertinentes, a consecuencia del trabajo realizado.

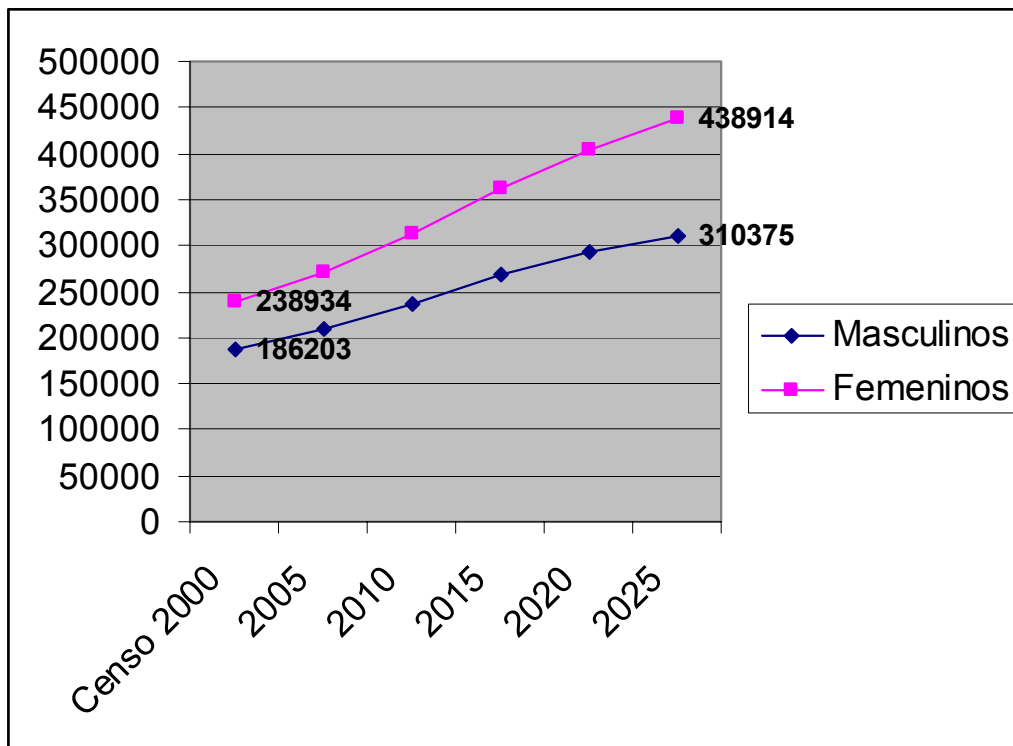
En la sección de Bibliografía, se presentarán todas las referencias utilizadas y consultadas a lo largo de la investigación.

CAPÍTULO 2. ANTECEDENTES

1. Planteamiento del Problema

Según la Oficina del Censo de la Junta de Planificación de Puerto Rico (2008), las proyecciones poblacionales atinentes a personas de 65 o más años de edad indican un crecimiento demográfico de este colectivo que asciende al doble a lo largo de sólo 25 años, a la vez que se estipula una caída del 20% para el segmento menor de 20 años de edad. Con respecto a esto último, en el año 1990 la población puertorriqueña estaba creciendo a un ritmo anual poco inferior al 1%, previendo un crecimiento del 0,4% anual para el primer cuarto de este siglo.

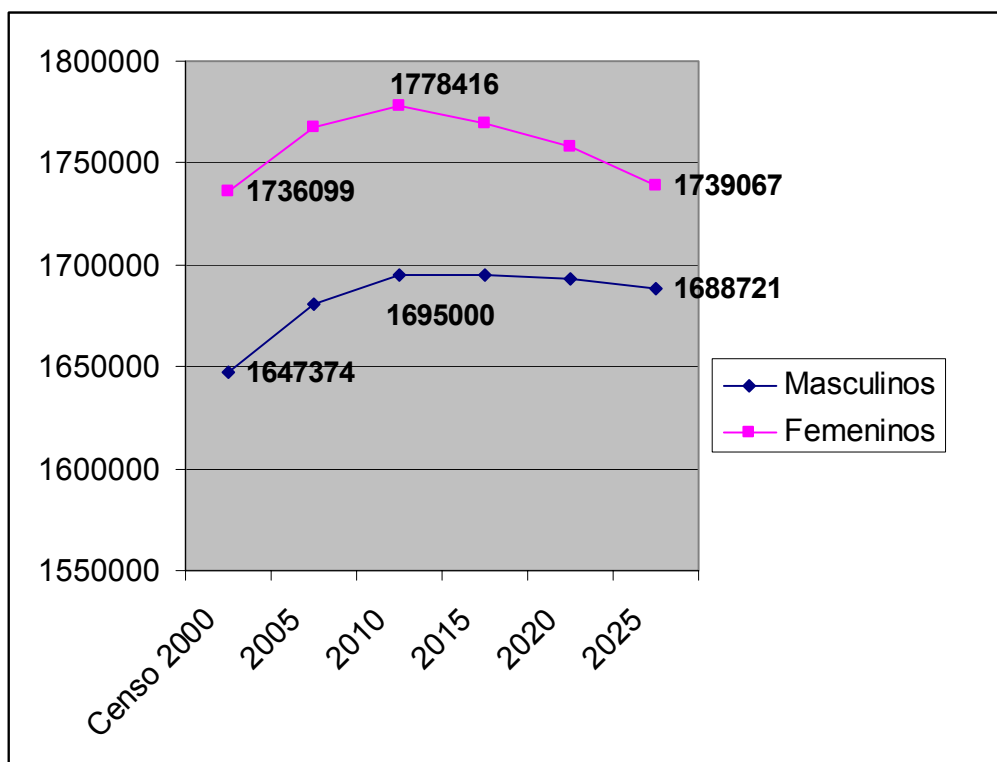
Gráfico 2. Proyección poblacional de personas de 65 o más años de edad de Puerto Rico, discriminadas por sexo.



Fuente: Oficina del Censo. Junta de Planificación de Puerto Rico (2008).
 Disponible en: <http://www.gobierno.pr/Censo/Inicio/Default>

En valores porcentuales, esto implica un crecimiento demográfico proyectado del 83,7% para las mujeres y del 66,7% para los varones. Sin embargo, en los segmentos etarios que conforman el rango de edad de $0 \leq x < 65$, se hallan valores crecientes hasta el 2010, que luego se reducen levemente: en las mujeres encontramos un crecimiento del 2,4% hasta el 2010 y un decrecimiento del 2,21% desde el 2010 hasta el 2025; en los varones, un crecimiento del 2,9% hasta el 2010 y un decrecimiento del 0,4% desde el 2010 hasta el 2025.

Gráfico 3. Proyección poblacional de puertorriqueños menores de 65 años de edad, discriminadas por sexo.



Fuente: Oficina del Censo. Junta de Planificación de Puerto Rico (2008). Disponible en: <http://www.gobierno.pr/Censo/Inicio/Default>

Esto implica que el segmento etario de adultos mayores puertorriqueños de 65 o más años de edad representará cada vez un mayor porcentaje poblacional en la sociedad puertorriqueña. La siguiente tabla muestra los porcentajes del colectivo social de adultos mayores de 65 años o más respecto de la población total puertorriqueña a lo largo de las proyecciones, por sexo y total.

Tabla 7. Porcentajes proyectados del colectivo social de puertorriqueños de 65 o más años de edad respecto de la población total, discriminados por sexo y totales.

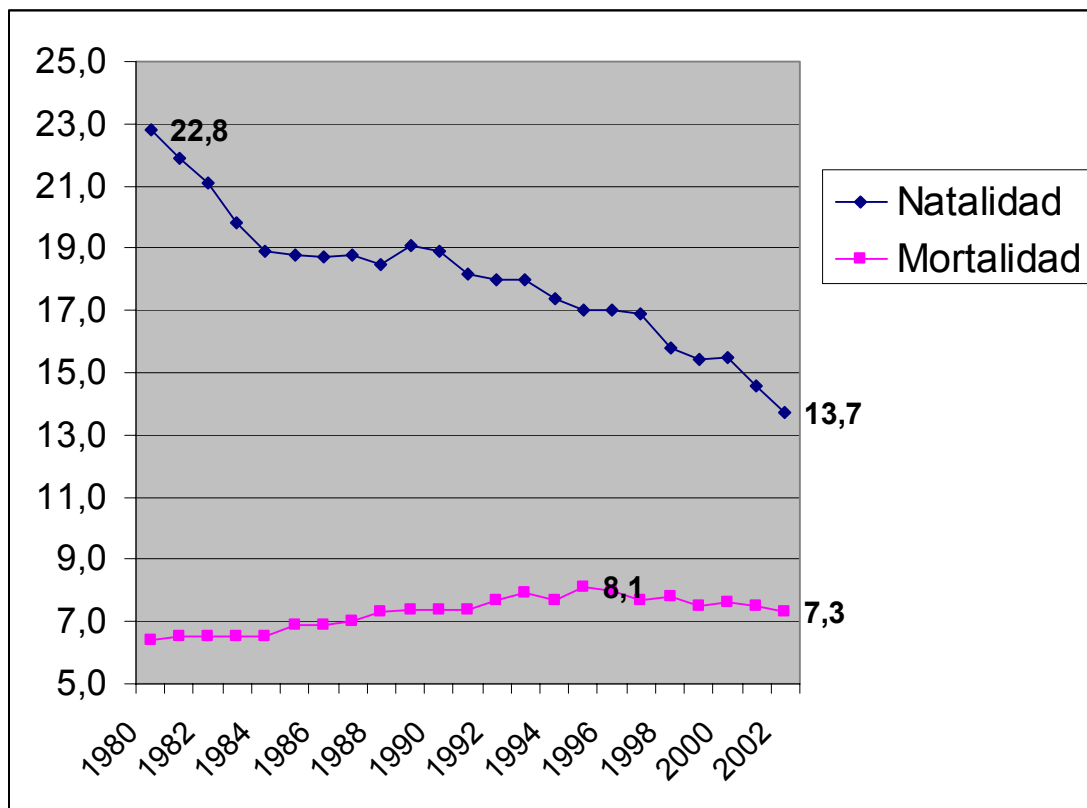
Censo	Varones (%)	Mujeres (%)	Ambos (%)
2000	10,2	12,1	11,2
2005	11,1	13,3	12,2

2010	12,2	14,9	13,6
2015	13,7	17,0	15,4
2020	14,8	18,7	16,8
2025	15,5	20,2	17,9

A partir de estos resultados, debe considerarse que para el año 2025 se estipula que el segmento etario de 65 o más años representará casi el 20% de toda la población puertorriqueña, un valor muy elevado que implicará indefectiblemente el incremento de la demanda de recursos y servicios destinados a las personas de este colectivo social, debiendo considerarlas en términos de proyecciones para tomar los recaudos necesarios.

Además, debe considerarse que las tasas de natalidad y de mortalidad en Puerto Rico han tenido claras tendencias decrecientes a lo largo de décadas, lo cual es colindante con las anteriores aseveraciones de índole demográfica: se halla un decrecimiento del 40% para la tasa de natalidad en el período 1980-2002, y una tendencia decreciente para los índices de mortalidad a partir de un 10% de reducción en el período 1995-2002.

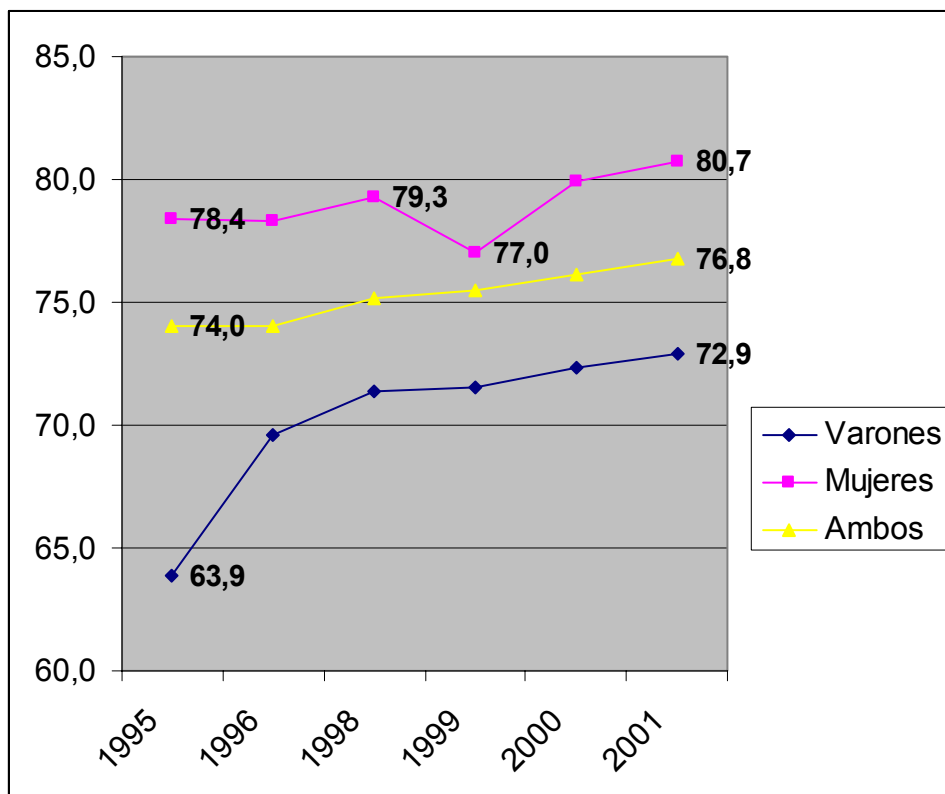
Gráfico 4. Tasas de natalidad y mortalidad en Puerto Rico en el período 180-2002.



Fuente: Departamento de Salud. Estado Libre Asociado de Puerto Rico (2008). Estadísticas. Disponible en: <http://www.salud.gov.pr/Pages/default.aspx>

Por otro lado, también debe considerarse un incremento de la esperanza de vida al nacer, hallándose un aumento total del 3,8% en el período 1995-2001 para Puerto Rico, valores que tenderán a aumentar dados los avances tecnológicos medicinales, las políticas estatales orientados hacia el mejoramiento la calidad de vida, los cambios en los hábitos alimenticios y en los estilos de vida.

Gráfico 5. Incrementos de la esperanza de vida al nacer en el período 1995-2001.



Fuente: Oficina del Censo. Junta de Planificación de Puerto Rico (2008).
 Disponible en: <http://www.gobierno.pr/Censo/Inicio/Default>

Aunque este incremento de la esperanza de vida al nacer debería ser entendido como un fenómeno claramente positivo y deseable para todos, en especial para los adultos mayores, actualmente en Puerto Rico se evidencian ciertos aspectos deficientes orientados a satisfacer las necesidades de este colectivo relacionado con los aspectos socioeconómicos intermedios, sobre todo en lo que respecta a los servicios y recursos colindantes con la vivienda: baja disponibilidad de casas para alquilar, escasez de residencias sociales que se encuentren dentro de su poder adquisitivo y facilidades relacionadas con la comodidad y sensación de calidad de vida, segregación residencial, y otros.

Los datos derivados del envejecimiento de la población evidencian la necesidad de avanzar en el marco de una transición social hacia un incremento de la diversificación y la equitatividad para las personas de edad avanzada. Ante este hecho, se deberá tomar conciencia del tamaño y las características de una situación que nos compete, que previsiblemente aumentará, y que es potencial de afectar otros colectivos sociales de Puerto Rico, principalmente en lo relacionado a la disponibilidad de recursos y servicios tanto desde lo público como lo privado (Quiles, 1997).

Sin embargo, la situación actual de la población de adultos mayores de Puerto Rico ha ido en detrimento en tanto sus sistemas de salud, económico y de políticas públicas y privadas orientadas a satisfacer sus necesidades privadas. En este sentido, en nuestro trabajo nos abocaremos al análisis de las posibilidades y requerimientos hacia la implementación de un modelo de vivienda integrado y sus potenciales repercusiones sociales, dirigido al colectivo social intermedio de adultos mayores de 65 a más años de edad de Puerto Rico, intermedio en términos socioeconómicos.

A este respecto, la falta de un modelo viable de solución frente a las necesidades reales y emergentes del colectivo social intermedio de adultos mayores delimitado, se hace patente: hay poca disponibilidad de viviendas para alquilar en relación a sus posibilidades económicas y de comodidad y no existen programas estatales ni privados destinados a satisfacer estos requerimientos, como ser necesidad de independencia, de trabajar, etc.

No obstante, debe enfatizarse en el hecho que fuera de los parámetros de este grupo social, pueden encontrarse más iniciativas públicas y privadas destinadas a satisfacer principalmente las necesidades de vivienda tanto para el 60% perteneciente a la clase de escasos recursos como para el 10% de la clase de abundantes recursos, los cuales ya disponen de soluciones que a priori cumplen sus demandas principales (Hener, 2004).

En la isla no existen centros geriátricos que atiendan las necesidades de los adultos mayores del colectivo social delimitado como intermedio en términos socioeconómicos: la atención médica que éstos reciben primariamente es por un médico internista. Por otra parte, para el año 2006 existía una población de alrededor de 65.955 ancianos con necesidades de servicio de ayuda en alguna de sus modalidades (de casi 500.000 que conforman el grupo de adultos mayores con 65 o más años de edad), fundamentalmente a raíz del déficit de viviendas. En este punto, como hemos comentado, se prevé que para el año 2025 el segmento de la población adulta de 65 o más años de edad aumentará a cerca de 750.000 personas (casi el 20% de la población total de Puerto Rico proyectada para ese año), lo que amenaza con agravar la situación, según la Oficina del Censo de la Junta de Planificación de Puerto Rico (2008).

A raíz de la problemática descrita, y a modo de resumen de todo lo planteado, se ha encontrado que hay una carencia manifiesta de proyectos, modelos y propuestas que permitan dar una solución a esta cuestión, particularmente en lo que concierne a la vivienda temporal o permanente dirigida a las personas de edad avanzada del colectivo social delimitado.

En síntesis, el problema de investigación se puede plantear a través de los siguientes interrogantes:

- ¿Cuáles son las características generales de los puertorriqueños de 65 o más años de edad socioeconómicamente intermedios?
- ¿Cuáles son las posibilidades de implementar un modelo integrado de viviendas dirigido a los puertorriqueños adultos mayores que conforman un colectivo social intermedio en términos socioeconómicos?
- ¿Cuáles son los requerimientos estructurales y funcionales que podrían conllevar tal implementación?

- ¿Tal proyecto podría mejorar realmente la calidad de vida de estas personas?
¿Cuáles serían estos indicadores a satisfacer?
- ¿Qué características esenciales debería reunir el modelo para satisfacer los principales indicadores de calidad de vida de adultos mayores de Puerto Rico?
- Además de la calidad de vida, ¿en qué otros aspectos de impacto social podría interferir el modelo integrado de viviendas propuesto?

2. Estado del arte

Según Alameda Lozada (2006), los estratos socioeconómicos de Puerto Rico en clase de bajo, medio y elevado acceso a la riqueza social estarían distribuidos actualmente de acuerdo a los siguientes porcentajes, respectivamente: 60%, 30% y 10%. Los parámetros de clasificación son los niveles de productividad/por sectores/por ocupación, las generaciones tecnológicas/industria/ocupación, la tasa de participación laboral mujer/hombre, la tasa de desempleo/niveles de pobreza, el poder adquisitivo/inflación/crédito/ahorro, y el capital social y estabilidad social.

Esto es compatible con las estipulaciones ligadas al capitalismo moderno, en donde países en vías de desarrollo, la clase alta ocuparía la minoría y la baja la mayoría. Sin embargo, nosotros no nos referiremos en estos términos a estas clases, sino que partiremos del reconocimiento de la existencia de sub-estratos, en nuestro caso de interés, la clase media-baja y la media-alta, los cuales los incluiremos conjuntamente con la media en sí para conformar una clase de acceso intermedio a la riqueza social, y a la que nos hemos venido refiriendo con anterioridad.

Obramos de esta manera porque consideramos que en materia de vivienda para personas de edad avanzada de 65 o más años de esta clase intermedia, existen intereses, necesidades y posibilidades de comodidad similares (respecto de los sub-estratos comentados en el párrafo anterior), en relación a los cuales no existen iniciativas satisfactorias en lo atinente a la vivienda. En este sentido, las características socioeconómicas principales de esta clase son las siguientes (las cuales serán desarrolladas exhaustivamente más adelante):

- El 79% de personas pertenecientes a este grupo expresaron su intención de trabajar (AARP, 2004).
- Se relaciona el trabajo con la vida saludable, el placer y la significación en la vida.
- El 52,5% de personas de avanzada edad es responsable de la mayoría de las necesidades de sus nietos (Oficina del Censo. Junta de Planificación de Puerto Rico, 2008).
- Escasa oferta de viviendas a alquilar que rondan entre los valores más demandados, en un rango de 200-500\$.
- De 1.418.476 unidades de vivienda censadas en el año 2000, 384.927 (27%) no poseen alguna facilidad sanitaria, facilidad de cocina o teléfono.
- Es muy importante la valoración de las creencias, temores, la tendencia al consumo, a no “bajar” a un estrato socioeconómico inferior, de buscar las comodidades factibles de adquirir, de tener opciones de elección sobre la calidad de vida (Scarano, 2000).
- Existe segregación residencial de este colectivo hacia las zonas donde existe poco desarrollo económico (Nieves Ayala, 2004).

En este sentido, hallamos que una gran cantidad de puertorriqueños de 65 o más años de edad pertenecientes al colectivo socioeconómico que denominamos intermedio, precisan de la oferta concreta de recursos y servicios relativos a la vivienda, situación que actualmente no se encuentra disponible.

A este respecto, ciertamente no todas las personas envejecientes precisan de cuidados prolongados, de residencias en las cuales se lo deba asistir continuamente, sino que con un mínimo de apoyo económico pueden subsistir quizá con la familia sin complicaciones. No obstante, y siempre en relación a las personas envejecientes del colectivo socioeconómico denominado como intermedio, muchos de estos individuos deciden optar por la alternativa opuesta. Pero lo importante soslaya en reconocer que existen muchas alternativas a estas dos planteadas, en las cuales la persona en cuestión puede elegir vivir sólo en su casa pero con asistencia continua, estar en residencias sociales pero requerir de cierto espacio de independencia, etc. Sin embargo, debe enfatizarse en el hecho que para ninguna de estas personas existen recursos y servicios concretos relacionados con la vivienda y la asistencia médica.

Además de todas las variables comentadas, consideramos deben tomarse en cuenta con especial énfasis las que específicamente hacen a la calidad de vida en el adulto mayor, para así poder delimitar posteriormente nuestra problemática de investigación.

A este respecto, ya nos referiremos de manera específica más adelante. Aquí sólo queremos aclarar que en lo relativo a la calidad de vida debemos involucrar variables ligadas directamente con la situación percibida por las personas de edad avanzada del colectivo social a estudiar con respecto a la vivienda, y otros factores directamente implicados. En este sentido, consideramos que las percepciones sobre la temática de la vivienda y sobre la condición de salud se encuentran relacionadas desde lo íntimo, ya que una puede interferir directamente en la otra; por ejemplo, un estado de

salud favorable puede motivar a la persona a vivir solo y desempeñarse autónomamente, incluso trabajar.

En otras palabras, la calidad de vida es un fenómeno resultado de las múltiples relaciones existentes entre las condiciones objetivas de vida y variables subjetivas y/o personales, que conllevan un determinado índice de satisfacción y de felicidad en los individuos: calidad de vida es un concepto que engloba todos los aspectos de la vida de un individuo, cuyo análisis efectivo puede cumplimentarse a través de las propias percepciones de aquél. En este sentido, en nuestra investigación nos referiremos a la anterior como calidad de vida percibida, y queriendo analizar específicamente lo atinente a las condiciones y consecuencias relacionadas con las situaciones de vivienda, nos vemos obligados a arribar a muchas de las variables que interceden en el sujeto hacia la percepción de su bienestar; por ello, todos los parámetros, sobre los que haremos las indagaciones a través de nuestro trabajo de campo, ejercen igual influencia o “peso” en los resultados e inferencias a obtener.

Es así que en esta investigación se intentará dar luz sobre las posibilidades y consecuencias potenciales (impacto social) de la implementación de un modelo integrado de vivienda, independiente y con asistencia continua de adultos mayores de 65 o más años de edad socioeconómicamente intermedios, a través del análisis de las características que hacen a este colectivo social, y la medición de la calidad de vida percibida en relación a indicadores correspondientes a la situación de vivienda y de condición social.

En principio, al indagar acerca de antecedentes que hayan abordado la problemática de los adultos mayores desde nuestra perspectiva encontramos que no se han desarrollado estudios que se aproximen al desarrollo de un modelo de viviendas integrado dirigido a las personas de edad avanzada en Puerto Rico, aunque sí se ha tratado la problemática de este segmento de la población, focalizando

fundamentalmente sus necesidades y demandas de salud y económicas (Mora, 2004; CDC, 2002; Fernández, 2004-d).

El mercado de servicios para las personas de edad avanzada en Puerto Rico está condicionado por un dilema fundamental: la sociedad puertorriqueña está en una trayectoria de convergencia demográfica con la de Estados Unidos, pero no en una trayectoria de convergencia económica. Lo que esto significa es que Puerto Rico pronto tendrá una población anciana similar a la del Continente, pero con niveles de ingreso sustancialmente menores. Habrá que satisfacer las necesidades especiales de una población de edad avanzada, pero sin los recursos económicos con los que cuentan los ciudadanos y gobiernos de los 50 estados americanos. Será necesario, por lo tanto, optimizar el uso de los recursos disponibles individuales y públicos (estatales y federales) a la vez que se desarrollan estrategias que permitan proveer servicios comparables a los que estarán disponibles en el Continente con medios significativamente menores. Para lograrlo, habrá que capitalizar en las fortalezas culturales que sostienen a las comunidades y familias puertorriqueñas, y adaptar las mejores prácticas de los 50 estados americanos (Fernández, 2004-c).

Uno de los problemas más serios de la población que envejece en la Isla es que los puertorriqueños, en comparación con los ciudadanos de los 50 estados americanos, no han desarrollado una diversidad de opciones de ingreso para el retiro. Muchas personas dependen totalmente de los beneficios del seguro social (al llegarle la etapa de jubilación) para su Tercera Edad; son comparativamente pocos los que han invertido en mecanismos como planes de pensiones, seguros y otros vehículos de ahorro para suplementar los beneficios del seguro social. A esto se le suma el hecho de que el puertorriqueño típico ha tenido un historial de ingresos a lo largo de su vida de trabajo inferior al del jubilado típico en el Continente. Esto impone una carga económica en las generaciones más jóvenes que, a su vez, les dificulta ahorrar para su propio retiro, propiciando así una “herencia de dependencia” que se transmite de una generación a otra.

En lo que respecta a la situación de las viviendas, el Departamento de la Familia no reglamenta las égidass u hogares de vida independiente, las cuales no se encuentran incluidas bajo la categoría de facilidades de familia. Las égidass son mayormente complejos residenciales para personas de edad avanzada que son completamente independientes. Estas residencias son mayormente subsidiadas por el Departamento de la Vivienda Municipal, Estatal o Federal (HUD), a través de programas como Sección 8, y son administrados por desarrolladores independientes. Actualmente el Departamento de Vivienda tiene 60 facilidades residenciales registradas bajo el programa de Sección 8 con 5.134 unidades. Las regiones de San Juan y Ponce son las que tienen el mayor número de facilidades, con 15 y 10, respectivamente. El municipio de San Juan tiene el 34% de las unidades para personas de edad avanzada en toda la Isla. Estos complejos residenciales son administrados por los desarrolladores independientes que incurren en los costos de mantenimiento, seguros, administración y utilidades. Los gastos operacionales son reembolsados por HUD de acuerdo al presupuesto anual asignado para la operación de cada proyecto, donde el gasto promedio es de aproximadamente 8.200\$ anuales. Estas unidades residenciales por lo regular incluyen calentador y nevera además de las utilidades en muchos de los casos.

Aunque estas unidades de vivienda construidas para la clase baja no están reglamentadas por el Departamento de la Familia, están reguladas por el Departamento de Vivienda. Estos fiscalizan que los fondos destinados para este tipo de institución estén siendo empleados para el mantenimiento y bienestar de los residentes de los proyectos, además de rendirles servicios como entretenimiento y transportación en algunos casos. También proveen acceso a atención médica y servicios de enfermeras disponibles en casos de emergencia. Los complejos de vivienda para las personas de edad avanzada bajo los programas de Sección 8 totalizan más de 100 proyectos y tienen unas rentas que fluctúan entre 300\$ a 600\$ mensuales. Todas estas facilidades tienen subsidios en unidades de 1 o 2 habitaciones como máximo. Muchos, si no todos, los desarrolladores están de acuerdo que los límites de ingresos deben ser aumentados

para que más personas puedan cualificar. Los desarrolladores también entienden que las rentas deben aumentarse, ya que con los aumentos en las utilidades solamente pueden cubrir los costos operacionales.

Aparte de los programas de Vivienda como el de Sección 8 y el de la Ley 173, no se han creado en Puerto Rico complejos de vivienda para las personas de edad avanzada, en que todavía puedan sostenerse de manera independiente. La lista de OPPEA (Oficina de la Procuradora de las Personas de Edad Avanzada) y HUD que compila todas las facilidades de vida independiente que utilizaron fondos federales para su construcción y operación indica que en Puerto Rico existen 60 facilidades con un total de 5.134 unidades de vida independiente en Puerto Rico. Contrario a la percepción general, el inventario realizado por la firma de Advantage Business Consulting de las facilidades indica que existen varias facilidades que no están llenas a capacidad (Lara, 2007). Es decir, hay regiones en donde las facilidades aún tienen cupo para más residentes. Esto es contrario a la percepción del personal de HUD, de OPPEA y del Departamento de la Familia. Varias facilidades en las regiones de Guayama, Humacao y San Juan tenían varias unidades disponibles.

En Puerto Rico, existe legislación desde la década del '50 que impacta directamente a las personas de edad avanzada, según consta en la recopilación de todas estas leyes que mantiene la OPPEA. Este organismo es la agencia encargada de abogar por beneficios a este grupo y velar porque estas leyes estén atemperadas a la realidad de las condiciones actuales. Entre los temas principales que tratan estas leyes están: el maltrato, la violencia, el abandono, la protección de los derechos, reglamentación de los establecimientos, viviendas, salud y servicios en general. Cabe señalar que existe muy poca legislación nueva y que la mayoría de las leyes existentes son legislación para enmendar artículos o secciones ya existentes y propuestas por OPPEA. Es en los temas referente a la vivienda, establecimientos para adultos en edad avanzada, criminalidad, retiro, empleos, emergencias y salud, en donde más legislación existe. Muchas de estas leyes han sido enmendadas porque no han sido dirigidas a la

población de mayor edad y con estas enmiendas se busca hacer énfasis para beneficiar a esta población (Alonso, 2004).

Una de las legislaciones más recientes está relacionada con los servicios y las calificaciones de las personas que atienden a las personas de edad avanzada. Otras leyes recientes que están relacionadas con la vivienda han sido la Ley 244 de 3 de septiembre de 2003 para la creación de “vivienda asistida”, la Ley 203 que establece la Oficina de la Procuradora de las Personas de Edad Avanzada y crea el cargo del procurador; y la Ley 475 del 23 de septiembre de 2004 para promover el desarrollo de establecimientos para personas de edad avanzada en las comunidades especiales.

A continuación, se expondrán algunos conceptos de los cuales partimos para emprender nuestra investigación.

Desde la perspectiva de la Gerontología la vejez es “el conjunto de cambios graduales en la estructura de cualquier organismo que sobrevienen con el paso del tiempo, que no se deben a enfermedades o fenómenos accidentales importantes y que conducen finalmente al aumento de probabilidades de morir conforme el individuo se hace más viejo”. (Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina, 1992, pág. 582).

La Persona de Edad Avanzada: se define también como la persona de 60 años o más. (Ley núm. 121 PR, 12 de julio de 1986, según enmienda).

Según Fernández (2004-b) la población de adultos mayores se encuentra en una reestructuración de su sistema de ingresos, y requiere un lugar de vivienda para continuar con una vida independiente.

En relación con otros aspectos que afectan a la población objeto de estudio, a pesar de los grandes avances en la medicina moderna, existe una gran necesidad en el área médica geriátrica. Otro punto de necesidad futura es la del servicio a domicilio a

bajo costo para la población de personas de edad avanzada, ya que hoy en día existen las computadoras para realizar todos los trámites vinculados con jubilaciones y pensiones, pero ha ido decreciendo el trato personal, con lo cual se deshumaniza la relación con las personas mayores.

En un país como Puerto Rico de 161 x 56 kilómetros, donde casi a diario se habla de diversos problemas (sociales, políticos, etc.) y en donde la búsqueda de alternativas se ha convertido en un reclamo prioritario de diversos sectores, tanto públicos como privados, parece imprescindible incorporar nuevos elementos al análisis como es el concepto de “calidad de vida” con sus correspondientes indicadores.

La frase “calidad de vida” está sumamente presente en nuestra cotidianeidad, todos en algún momento hemos deseado mejorar nuestra “calidad de vida” y la de otros. A pesar del concepto demarcado, hemos encontrado escasos estudios sobre el mismo. Destacamos, por ejemplo, el trabajo en 1980 de Gerardo Navas y Pierre Luigi desde la Escuela Graduada de Planificación, *“Indicadores de la calidad de vida, municipios de Puerto Rico”*. Más recientemente encontramos trabajos realizados por economistas como los del Profesor Jaime Bofill Valdés del Recinto Universitario de Mayagüez (1997) o el *“Índice del desarrollo humano para Puerto Rico”* del Sr. Pablo Espinosa, desarrollado como parte de su tesis de maestría para el Departamento de Economía de la Universidad de Puerto Rico.

Al adentrarnos a este concepto tan políticamente correcto, pero a la vez tan escurridizo, hallamos múltiples acepciones en su uso dentro del lenguaje cotidiano, dentro de las Ciencias Sociales (especialmente desde la Economía, la Psicología y la Sociología) y desde el campo de la Salud. Resulta complejo definir el concepto si al revisar la literatura observamos que está vinculado a parámetros tan diversos como felicidad, bienes, necesidades básicas, libertad, ambiente, cultura, religión, economía, bienestar, seguridad, recreación, condiciones laborales, oportunidades y expectativas, entre otros.

Aunque algunos autores como Blanco (1985) se remontan a los economistas teóricos del bienestar de finales del siglo XIX y principios del XX (como Pigou, Pareto y Kaldor), existe un consenso de que la aparición propiamente del concepto “calidad de vida” se dio en la década de los ‘60s junto con los movimientos sociales y las luchas contra la desigualdad, el deterioro de las condiciones de la vida urbana y del medio ambiente en los Estados Unidos y Europa. También fueron fundamentales las intervenciones del gobierno en la denominada "lucha contra la pobreza", incluso se señala que la primera personalidad pública que utilizó el término fue el presidente de los Estados Unidos de Norteamérica, Lyndon B. Johnson en 1964.

Por otro lado, una referencia relevante en lo que hace al concepto de calidad de vida la encontramos en la definición realizada por Giusti (1991): *“un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas.*

Desde esta perspectiva, y basándonos específicamente en algunos estudios sobre calidad de vida encarados desde perspectivas subjetivas y objetivas (Mora, 2004; CDC, 2002; y Castellón, 2004), nos basaremos en indicadores y subindicadores de esta variable que nos permitan abarcan todas las dimensiones que hacen al adulto mayor, los cuales se explicarán en detalle en el subapartado de Calidad de Vida Percibida en adultos mayores en esta misma sección, y que abarcan las siguientes dimensiones: aspectos individuales, calidad ambiental, salud, integración social, habilidades funcionales, actividad y ocio, satisfacción con la vida, educación, ingresos, servicios sanitarios y sociales, y seguridad.

Los indicadores de calidad de vida que se propondrán en esta investigación representan una convergencia de los tres estudios mencionados, pero abocándonos específicamente a las temáticas de vivienda y condiciones de salud. Interpretamos que estas cuestiones deben analizarse conjunta y complementariamente en relación a que

se encuentran relacionadas muchas veces desde lo íntimo: ciertos condicionamientos de salud pueden derivar en la necesidad de vivir en residencias sociales con atención permanente, en donde haya personas con las cuales dialogar; por otro lado, un excelente estado de salud puede derivar en una persona de edad avanzada trabajadora que necesita mayor independencia percibida.

Asimismo, no tomamos en cuenta estrictamente los indicadores de estos tres estudios mencionados por dos razones: por un lado, se especializan en temáticas totalmente diferentes, por ejemplo Mora (2004) se aboca a la calidad de vida de personas mayores percibida en términos de autonomía, soporte social, salud mental y actividad física recreativa; CDC (2002) se orienta puntualmente sobre la calidad de vida relacionada con la salud; y Castellón, 2004) trata sobre la auto percepción de la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados. Por otro, mientras el primero y el tercero están dirigidos a personas mayores de edad de cualquier clase, el segundo se ha realizado en individuos de bajos recursos.

Lo cierto es, en definitiva, que ninguno de los tres estudios son útiles para nuestras finalidades, pero cuya convergencia y complementos relacionados con la vivienda (hechos por propia elaboración), se vislumbran como eficientes hacia la medición de la calidad de vida de adultos mayores de 65 o más años de edad socioeconómicamente intermedios de Puerto Rico.

En este sentido, dadas las anteriores observaciones, tomaremos en cuenta la siguiente definición de calidad de vida, realizada desde una perspectiva operacional sobre adultos mayores, ante los fines de esta investigación: *“estado auto percibido que hace referencia a la valoración de los aspectos psicofísico, ambiental y social de la propia persona, que incluye la salud (objetiva y subjetiva), la integración social, las habilidades funcionales, las actividades de recreación, la calidad ambiental, el grado de satisfacción con la vida, la disponibilidad socio-económica, los servicios sociales y*

sanitarios y la seguridad, todos ellos bajo parámetros de satisfacción de las necesidades del individuo”.

Por otro lado, encontramos diversas definiciones del adulto mayor y que aún no se ha llegado a una definición establecida y reconocida por la mayoría de los especialistas que han escrito sobre el tema. Existen otros términos como tercera edad, ancianidad y vejez, que son utilizados como sinónimos, pero son términos que serán dejados de lado en nuestra investigación, debido a que el concepto de “tercera edad” es considerado muy ambiguo y no válido para identificar a todas las personas a las que nos referiremos. El concepto de “ancianidad” parecería requerir un grado de dependencia relativa o total, con lo cual tampoco se ajusta al grupo de personas que se toman como objeto de estudio en la presente investigación. Finalmente, el concepto de “vejez” está basado en sus aspectos deficitarios, los aspectos negativos, las pérdidas. Esto ha llevado a que no se pueda difundir adecuadamente el concepto de vejez en un mundo que, por el contrario, hace un culto de la juventud. Sólo haremos mención al término vejez en sentido evolutivo (Marín, 2001).

En nuestro trabajo consideramos que la adultez mayor constituye una etapa más de la experiencia humana, y por lo tanto no sólo debe ser tomada en cuenta sino que creemos que deben revalorizarse sus aspectos positivos, tanto en su desarrollo individual como social. Consideramos al adulto mayor como un sujeto que sigue desarrollándose de acuerdo a las nuevas formas de expresión que su personalidad va encontrando en adaptación a esta etapa de la vida; y entendemos que toda relación interpersonal, en sus términos positivos, le ofrece al adulto mayor la posibilidad de comunicación y de una mayor integración con su entorno.

Optamos por utilizar el término “adulto mayor” para abarcar a todas las personas entre 60 y 80 años, cualquiera sea su condición física, política, religiosa, económica y social. Aunque sólo abarcaremos para esta investigación a aquellas personas que puedan valerse por sí mismos, a nivel físico como mental; y a aquellas

que estén en el seno de una familia o que tengan una relación fluida con ella, perteneciente a la clase media.

La adultez mayor constituye entonces un proceso de cambios determinados por factores fisiológicos, anatómicos, psicológicos y sociales; marcando de esta manera una etapa más de la experiencia humana.

Si bien es cierto que todas las edades son portadoras de opiniones de carácter social, sin dudas la adultez mayor está altamente influenciada, o más bien determinada, por la opinión social en la cultura donde se desenvuelve el adulto mayor. Según podemos encontrar en la vida diaria, nuestra cultura, de una forma u otra, tiende mayoritariamente a mostrar opiniones relacionadas a la adultez mayor que tienen que ver más con connotaciones negativas, como por ejemplo, ideas ligadas al paso del tiempo, pérdida de funciones intelectuales, limitaciones en su vida sexual, y en general de su propia funcionalidad e integración social. Sin embargo, esto tiene poco que ver con cuán productivo y capaz puede ser un adulto mayor, tanto para sí mismo como para su familia y la sociedad (Ballester, 1996).

Sabemos que el adulto mayor en esta etapa de la vida experimenta una creciente necesidad de “seguridad”, en un momento de la vida en que los recursos físicos y psicológicos están en rápida decadencia. Existe un sentimiento de impotencia para satisfacer las necesidades, lo cual provoca frustración, miedo e infelicidad. Pero pese a todas estas cargas negativas que recaen sobre la imagen del adulto mayor, estamos convencidos de que el adulto mayor debe valorarse como una persona que posee un cúmulo preciado de experiencia que puede transmitir a los jóvenes en el interactuar diario. Desde nuestra perspectiva, debe dársele la oportunidad de seguir siendo parte del sistema productivo en actividades que le permitan sentirse útil, y es aquí en donde la familia cumple un rol importantísimo, porque el adulto mayor tiende a intensificar sus vínculos con la familia cercana. Esta representa la fuente principal de

ajustes socio psicológicos en el proceso de envejecimiento, debido a que es el medio que ofrece mayores posibilidades de apoyo y seguridad.

Marín y otros (2001), plantean que la población de adultos mayores no puede ser considerada como una condición homogénea, en donde se reúnan todas las personas que han superado una cierta edad. Por el contrario, la adultez mayor es más bien un proceso que se manifiesta en fases y tiempos sucesivos y a cada una de estas fases corresponden condiciones de vida y niveles de autonomía diferentes.

La población mayor de 60 años es la que, con el paso de su condición de activos a inactivos, en su mayoría sufre una pérdida de identidad personal, familiar y social, y esa pérdida de identidad tiene repercusiones básicas en su vida de adultos mayores a tres niveles principales: psíquico, biológico y de relaciones sociales. Este conjunto de problemas, derivados de su propia condición, son los que se deben conocer y tener en cuenta cuando se planteen formas nuevas de atención social y cultural, y en lo que respecta a la planificación de viviendas.

No se debe considerar el envejecimiento de la población como una carga, sino como una oportunidad para que las sociedades reconozcan la valiosa e importante contribución que las personas mayores puedan aportar a la sociedad.

Es necesario despertar en la comunidad la conciencia de que el adulto mayor es un miembro integrante de ella, que tiene necesidades particulares y concretas, las que deben ser conocidas y comprendidas para así sentirnos comprometidos con ellos, trabajando para revertir las dificultades que puedan darse en sus respectivas vidas (Marín, 2001).

El ex Secretario General de las Naciones Unidas, Kofi Annan, con motivo de la celebración del Día Internacional de las Personas de Edad dijo: *“Todos nosotros podemos ayudar a construir puentes entre generaciones que aprovechen las*

capacidades de las personas mayores, sea en la comunidad o en la familia, en el espacio rural o urbano, en educación, en tecnología de las artes, en la reducción de la pobreza o en la construcción de la paz. El reto que tenemos ante nosotros es sacar de la oscuridad los valiosos atributos de las personas mayores y utilizarlos junto con otros instrumentos de desarrollo”².

América Latina es una región en la cual su estructura demográfica envejece. El problema es que la rapidez de este crecimiento no es análoga a las condiciones en las que el continente se desarrolla. De ahí la importancia y urgencia de abordar los hechos y temas referidos a los adultos mayores, ya que estos implican no sólo un patrón demográfico nuevo, sino un acontecimiento histórico, político, y por ello social y cultural para el cual debemos estar preparados. El problema, no son las personas de edad sino la imagen que se tiene de ellas, lo cual afecta de igual manera a jóvenes y a las personas de edad avanzada, y por ende niega la posibilidad de reconocimiento de las personas de edad avanzada como grupo vital en el desarrollo de sus comunidades (Ballester, 1996).

Luego, se vuelve imperativo reorientar a la sociedad puertorriqueña a fin de construir un nuevo caudal histórico, cultural y social, desde el cual la imagen del adulto mayor se muestre activa, sea en su vida cotidiana, sea en su rol social. Cambiar esta imagen y reconocer el nuevo rol de las personas mayores en el continente implica: primeramente, focalizar el tratamiento de la condición social en la cual se ha tratado hasta ahora a la mayoría de los adultos mayores (pobreza o alta vulnerabilidad social). Atender también al prejuicio productivo que relega al adulto mayor a carecer de trabajo estable por motivos de edad. Potenciar su integración económica a fin de recuperar su autoestima e independencia. Con ello la adultez mayor no se torna una carga familiar y

² En Día Internacional de las Personas de Edad. Documento electrónico: <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/prensa/noticias/comunicados/5/26765/P26765.xml&xsl=/prensa/tpl/p6f.xsl&base=/prensa/tpl/top-bottom.xsl> (consultado el 05/02/08).

se vuelve además un período de vida en el cual aún se está inmerso en el mundo (Mora, 2004).

Sin embargo, el problema no sólo se reduce al ámbito social, sino que también debemos considerar que el adulto mayor mantiene un arraigo familiar, el que condiciona su desarrollo en el proceso de envejecimiento. Digamos que en América Latina, la mayoría de los adultos mayores viven junto a sus descendientes, y hasta cierto punto también dependen de ellos, no obstante la reconocida contribución económica que estos realizan a los ingresos familiares. Se aprecia entonces un déficit en materia de viviendas, que afecta particularmente al segmento de población objeto de estudio (Red Latino Americana de Gerontología).

Ahora bien, es claro que dentro de nuestra cultura la desvinculación del adulto mayor a su medio constituye un factor que aumenta el riesgo social, y sin duda es la familia y las actividades dentro de ella, las que se vuelven una óptima medida, ora en la prevención de enfermedades, ora en su recuperación, ora en su seguridad económica como también social.

Cabe recalcar que, la incorporación del adulto mayor a las actividades de su comunidad, donde los vínculos intergeneracionales resultan fortalecidos, conduce por un camino que permite añadir mayor calidad de vida a las personas mayores. *“Las personas mayores, no deben ser consideradas como un peso para la sociedad, sino como un recurso que puede contribuir a su bienestar”* (Juan Pablo II, Vaticano, 3 de abril de 2002)³.

Para definir al Apoyo Social es necesario considerar una variedad de fenómenos. Se ha interpretado este concepto de diferentes formas y todas las definiciones están de acuerdo en reconocer la importancia del apoyo emocional, aunque

³ En www.redtiempos.org/doc/conferencia.pdf (Chile 19-21/11/2003) (accedido el 14/01/08).

aún no se ha podido establecer un concepto unívoco sobre este tema.

Se trata de un concepto dinámico; es un proceso interactivo de intercambio, no algo dado por un individuo y/o recibido por otro.

En principio, es posible establecer una distinción elaborada por Caplan y Killiela (1976) entre apoyo social objetivo y apoyo social percibido. El primero hace referencia a los recursos, provisiones o transacciones reales a los que la persona puede recurrir en el caso de necesitarlos; el segundo destaca la dimensión evaluativa que lleva a cabo la persona acerca de la ayuda con la que cree contar. Esta diferenciación llevó a distinguir entre la transacción y lo transferido. Así, la transacción puede ser objetiva (apoyo recibido) o subjetiva (apoyo percibido), mientras que la naturaleza de lo transferido puede ser en ambos casos tangible (dinero, servicios, objetos, etc.) o psicológica (pensamientos y emociones fundamentalmente). Según Caplan y Killiela (1976), cualquier forma de apoyo social vendría definida por la posición respecto a los ejes objetivo-subjetivo y tangible-psicológico.

Existen 3 niveles de análisis a partir de los cuales se puede abordar el apoyo social hacia el adulto mayor (Gottlieb, 1986):

- Nivel comunitario o macro, entendido como sentimiento de pertenencia e integración en el entramado social que representa la comunidad en su conjunto como organización.

- Nivel medio, que comprende el apoyo recibido como consecuencia de las interacciones sociales que tienen lugar en un entorno social más próximo a la persona. Este nivel se correspondería con el apoyo dispensado por las redes sociales a las que pertenece un individuo (trabajo, vecindario, etc.) y que le daría un sentimiento de vinculación.

- Nivel micro o de relaciones íntimas, proveniente de aquellas personas con las que el individuo mantiene una vinculación natural más estrecha (familia, amigos, etc.) y que da lugar a un sentimiento de seguridad a la vez que de compromiso y responsabilidad por su bienestar.

Finalmente, la definición aportada por Lin y otros (1986) es una de las más comprensivas y aceptadas. Este autor concibe el apoyo social como provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, dadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos. En esta definición sintética se recogen los diferentes aspectos del apoyo social, parece ser la definición que engloba de alguna manera a todas las anteriores.

En cualquier caso, el apoyo social será efectivo cuando coincida con los requerimientos de un determinado problema.

Las redes de Apoyo Social han demostrado ser un formidable recurso para que las personas optimicen sus estados de salud y bienestar, y devenir en importante factor restaurador cuando su salud está comprometida. Estos efectos son legítimos en cualquier momento del Ciclo Vital, pero adquieren particular significación en la adultez mayor, en la que el individuo necesita ser reconocido en cuanto a su valía como ser humano, aún útil y productivo.

Abordar la problemática del adulto mayor como proceso, demanda conocer el rol de éste dentro de la estructura y la dinámica familiar, la naturaleza de las relaciones y las formas de la solidaridad intergeneracional como un elemento fundamental para el análisis de la calidad de vida en la adultez mayor.

La familia como red social de apoyo acrecienta su importancia en la etapa de adultez mayor en que tienden a retraerse otras relaciones sociales. De allí la necesidad de encarar la problemática de los adultos mayores desde el espacio familiar. La familia

continúa siendo el mejor recurso de apoyo, y cobra un significado especial en la adultez mayor porque es la proveedora principal de cuidados y fuente de sostén preferida por el adulto mayor; es, para éste, un mecanismo útil de defensa de las relaciones sociales y el área de su vida más importante, junto con la salud y la economía (Marín, 2001).

En las familias multigeneracionales es posible que las diversas necesidades e intereses experimentados por las diferentes generaciones se contrapongan en determinados momentos y circunstancias provocando tensiones dentro del seno familiar que afecten el bienestar emocional y los niveles de satisfacción de los adultos de más de 60 años.

Uno de los aspectos más importantes que provocan la complejidad de las relaciones en la familia multigeneracional es el modo en que los diferentes miembros asumen los roles que le son asignados. Es en el juego de estas expectativas mutuas en el que operan muchos de los nuevos conflictos intergeneracionales.

Una familia funcional será aquella en la que los ciclos de transformación y estabilidad se alternan respondiendo a las necesidades tanto de la familia en cuanto unidad, como la de los miembros familiares individuales. La familia multigeneracional requiere además, reconocer y aceptar las diferencias generacionales. La calidad de los vínculos se inscribe en la historia de las relaciones interpersonales de la familia.

Una familia es disfuncional cuando las necesidades y demandas que se presentan en su desarrollo vital no son enfrentadas adecuadamente. Se altera, por ende, el equilibrio entre estabilidad y cambio, produciendo rigideces y desajustes adaptativos que se pueden prolongar por años, con gran sufrimiento para algunos miembros. Viendo los roles, desde la perspectiva de la disfunción, podemos decir que estos se vuelven rígidos, se vuelcan hacia la pasividad, lo que es contrario a la salud mental (Barrón, 1996).

Los vínculos del adulto mayor con la familia varían de una familia a otra en función de su historia anterior, de la estructura de la familia como grupo, de las características de personalidad de sus miembros y de otros factores. En nuestro caso profundizaremos sobre la influencia de los aspectos socio-culturales, especialmente dados por las representaciones sociales dentro del ámbito familiar. Se trata entonces de profundizar en el estudio del tipo de relaciones familiares que se dan entre el adulto mayor y la familia para detectar los aspectos más vulnerables y convertir a la familia en una verdadera fuente de bienestar para el adulto mayor. El trabajo en y con la familia constituye un instrumento privilegiado e imprescindible para conseguir una mejor calidad de vida del adulto mayor. La permanencia del adulto mayor en su marco de vida es un factor beneficioso para el mismo por contribuir a conservar sus capacidades tanto físicas como psíquicas.

Dado que el presente trabajo tiene como objetivo la mejora de la calidad de vida a partir de la implementación, gestión y administración de un modelo de viviendas integral dirigido a personas de edad avanzada en Puerto Rico, es necesario analizar las representaciones sociales que pueden influir en su conformación, como así también en la auto percepción de los adultos mayores, por lo que se hace necesario citar a algunos autores que hayan considerado a la auto percepción como un indicador de calidad de vida en los adultos mayores. Entre estos, encontramos:

Cassileth, Luck, Miller, Brow y Miller (1985) midieron estos indicadores: Vínculos sociales, satisfacción en el trabajo, uso de drogas, satisfacción con la vida, salud subjetiva, desesperación, adaptación al diagnóstico.

Pearlman y Uhlmann (1988) midieron: Funcionamiento intelectual, funcionamiento social, funcionamiento emocional, percepciones de salud y estado de salud.

Davies y Ware (1981): Salud física, funcionamiento social, ocupación de roles y las percepciones de salud.

Más allá de algún cambio en la denominación, estos autores coinciden en que la calidad de vida está determinada, de alguna medida, por cuán saludable uno cree ser; entendiendo como “saludable” no sólo la ausencia de enfermedad, sino también una adecuada funcionalidad del cuerpo y una experiencia “satisfactoria” en relación al mismo.

Spiriduso (1995) sostiene que muchos mayores frágiles tienen conceptos erróneos sobre su capacidad física, y éstos limitan sus conductas evitando las actividades deseables que ellos percibieron tener más allá de sus habilidades físicas. También se observa que cuando se pierde el control sobre la funcionalidad física, suelen tenerse sentimientos de pérdida de control sobre otros aspectos de la vida, haciéndose difícil mantenerse un sentimiento de control del mundo interior.

Por su parte, Bandura (1977) se refiere a la auto eficacia como la percepción de un individuo de su capacidad para ejecutar una cierta conducta con éxito; y para Ray y otros (1982), el ser realista con la habilidad física, la confianza en sí mismo, están relacionados positivamente con la calidad de vida y el estilo de vida.

Dolto (1986) realiza una diferenciación entre la representación mental que se hace un sujeto a partir del conocimiento bio-médico, al que denomina esquema corporal; de una imagen corporal que deviene de la singularidad de cada sujeto y del trinomio deseo - carga libidinal - historia. Mientras la primera está ligada a aspectos concientes/preconcientes y en menor medida inconcientes, la segunda es entendida como netamente inconsciente. Podría decirse que el esquema corporal es una resultante sensible de socialización, mientras que la imagen corporal dista de la conciencia.

En relación con el concepto de clase media, en principio, es preciso definir qué se entiende por clase social. Por lo general, los sociólogos y economistas tienden a definir un sistema de clases en función de las posibilidades y condiciones económicas de las diferentes personas y/o familias que componen una sociedad. La pertenencia a una determinada clase de un individuo se determina entonces básicamente por criterios económicos, si bien pueden intervenir otros factores culturales y/o políticos a la hora de efectuar una clasificación o estratificación social (Wright, 1983).

Generalmente, el conjunto de individuos que conforman una clase comparten intereses comunes, o una estrategia social que tiende a maximizar su poder político y bienestar social. Debe tenerse en cuenta, por otra parte, que las económicas que determinan la adscripción a una u otra clase suelen estar determinadas por cuestiones vinculadas a la herencia familiar.

La división de la sociedad en clases y relaciones sociales, que configuran un sistema de clases, es una cuestión inherente al desarrollo de las sociedades industriales modernas, donde se da la posibilidad de una mayor movilidad social que en otros sistemas de estratificación social. Esto implica que todas las personas tienen la posibilidad de ascender en su posición social por sus propios méritos o por otros factores (Erickson y Goldthorpe, 1993). De cualquier modo, la clase social a la que pertenece un individuo determina en gran medida sus oportunidades, y más allá de la situación económica, incide en el ascenso o descenso social los modos de comportarse, los gustos, el lenguaje, e incluso las creencias éticas y religiosas, que suelen corresponderse con un determinado estatus social (Crompton, 1994).

Dentro de la estratificación convencional de las sociedades contemporáneas, la expresión clase media se suele aplicar a aquella que ocupa un lugar intermedio entre las clases más bajas –rayanas con la indigencia-, y las clases altas –que componen las elites de poder y la aristocracia-. No obstante, existe un intenso debate acerca de la determinación de sus límites y sus características específicas; por lo que resulta

sumamente complejo estipular quién pertenece a la clase media, más allá de los indicadores económicos.

Una perspectiva de estudio de la estratificación social se sustenta en el análisis de los grupos de individuos en función del interaccionismo simbólico o funcionalista. Estos abordajes plantean que la clase media se ha dividido en dos grupos: la pequeña burguesía y los gestores, a partir de la presencia de una contradictoria localización de individuos que están en estas dos clases al mismo tiempo y en una permeable ascensión vertical por la igualdad de oportunidades. Las clases medias, en este enfoque, operan como bisagra entre las personas provenientes de la clase obrera, quienes fabrican los bienes que la sociedad necesita y aspiran a ascender hacia los niveles medios y/o altos, y la clase alta propiamente dicha, que de algún modo gobierna –detrás de las fachadas democráticas- siendo la clase media la que aplica o gestiona las normas que emanan del poder. En otros términos, la clase alta dicta las normas, que en cierta forma aplica o gestiona la clase media (Parsons, 1999).

Desde una perspectiva global, la noción de “clase media” ha ocupado un lugar singular desde los primeros desarrollos teóricos y empíricos de la sociología local. Por un lado, diversos procesos históricos tales como los masivos flujos migratorios, la apertura progresiva del sufragio y más tarde la conformación de un modelo de desarrollo proto-industrial en la isla, dio lugar al crecimiento de una importante porción de la población que parecía ajustarse a la noción de clase media, ocupando la atención de los teóricos, ya que constituyó una variable independiente para la explicación de múltiples fenómenos políticos, sociales y económicos locales. Por otra parte, este particular segmento poblacional, la cada vez más abarcativa “clase media”, presentó desde el principio notables dificultades para su definición, tanto desde una perspectiva teórica como operacional (Hener, 2004).

A partir de esta dificultad de la definición, la legitimidad de la noción de clase media (e incluso la de clase social misma) se ha visto fuertemente cuestionada. El

amplio abanico de sectores que podrían hoy ser incluidos dentro de esta categoría; la dificultad para establecer las variables que permitan segmentar y diferenciar a la clase media frente a otras clases sociales; el continuo, difuso y cambiante uso que le dan los propios actores sociales a la categoría, dan cuenta de lo impreciso del término. Evidentemente, se trata de un término teórico que no hace referencia a una entidad directa o indirectamente observable, y que sin embargo, forma parte fundamental de las teorías sociológicas, pudiéndose distinguir dos discursos que le aportan significado: por un lado, el de las ciencias sociales (fundamentalmente a partir de criterios económicos), y por otro, el del sentido común de los actores sociales (Schuster, 2002).

El discurso de la sociología, y los conceptos, teorías y resultados de las otras ciencias sociales, circulan continuamente 'entrando y saliendo' de lo que representan en sí mismos y, al operar de esta manera, reflexivamente reestructuran al objeto de sus análisis. Cuando se aborda la categoría de clase media, se lo hace aclarando que la misma no constituye un objeto de estudio que se condice con la realidad, con límites concretos, sino que se lo hace con la conciencia de la dificultad de definirla como tal (Giddens citado por Ortiz Palacios, 1999: 73).

Como consecuencia de estas complicaciones epistemológicas, la existencia del término "clase media" estaría dada entonces, como construcción estratégica de ciertos discursos que buscan apelar a esta porción de la población agrupándola bajo esta denominación. No obstante, desde nuestra perspectiva, es justamente esta construcción la que le confiere entidad al término "clase media", y por tanto la que las ciencias sociales se deben ocupar de investigar, tratándose de un concepto que opera performativamente sobre las relaciones y prácticas sociales, con lo cual quedaría justificada su existencia como término teórico.

De cualquier modo, la historicidad del término clase media se refleja en el recorrido que hace como presunta variable independiente de procesos de cambio social, o por el contrario, de situaciones de reproducción del status quo. Y estas diferentes

potencialidades que le son atribuidas a la clase media también se presentan en forma indistinta, tanto en el discurso sociológico como en el análisis político. Por ejemplo, la capacidad de motorizar el desarrollo en los `60s; su posicionamiento contradictorio frente a la condición de Puerto Rico como Estado Libre Asociado, engrosando por un lado las filas de los movimientos populares y apoyando por el otro en mayor o menor grado el particular “orden” alcanzado, etc.

En síntesis, el término “Clase media” basa su legitimidad en la polisemia que ha adquirido (y sigue adquiriendo) tanto en el uso que se hace del mismo en el campo de las Ciencias como desde el sentido común. Su poder explicativo no reside pues en criterios de verificabilidad de corte positivista sino en su correlato empírico -aunque no estrictamente “observacional”- constituido por su propio uso (De la Garza Toledo, 2001).

En lo que concierne específicamente a Puerto Rico, resulta conveniente realizar una caracterización de su clase media desde una perspectiva histórica. En este sentido, cabe consignar que a partir de 1945, finalizada la Segunda Guerra Mundial, comienza a incrementarse notablemente la población en los centros urbanos, a raíz de una constante migración de sectores rurales hacia las ciudades más populosas. En efecto, entre 1940 y 1950, la población urbana aumentó en Puerto Rico cerca de un 60 por ciento (Scarano, 2000).

Ya en la década del cincuenta, esta creciente población urbana comenzó a configurar sectores medios cuya aspiración vital era ser propietarios de un automóvil y de una vivienda propia, lo que dio lugar a un nuevo estilo de vida, ligado al llevado a cabo en Estados Unidos. Los centros comerciales comenzaron a reemplazar a las antiguas calles comerciales, constituyéndose en grandes centros de consumo, sustentados en un activo aparato publicitario canalizado por los emergentes y grandes medios de comunicación y los planes de crédito.

Como en casi todo el orbe, y si se aplica el sentido común, es posible plantear que la sociedad actual puertorriqueña se encuentra dividida en tres grandes grupos o estratos: la clase alta, la clase media y la clase baja. En efecto, la idea de que este esquema describe adecuadamente las divisiones básicas del cuerpo social puertorriqueño es generalizada. De acuerdo con esta concepción, existe una desigual distribución de la riqueza, siendo las clases más elevadas las que disfrutan de ciertos privilegios sociales. Según este enfoque, la clase alta está comprendida por una pequeña minoría, que es la que tiene acceso a las mayores riquezas. En contraposición, la clase baja accede a una porción muy pequeña de la riqueza social, por lo cual vive en la pobreza, en muchos casos extremos, rayanos a la indigencia.

En medio de estos dos estratos se ubica la numerosa clase media, trabajadora por definición, la cual está en condiciones de adquirir ciertas comodidades básicas en lo atinente a vivienda, educación, salud, alimentación y recreo. Sin embargo, si uno realiza un examen minucioso, podrá percibir grandes diferencias dentro de la clase media, que van desde aquellos que viven holgadamente, hasta los que a duras penas pueden mantener una vida decorosa. Estos últimos se encuentran al borde de un precipicio social; se aferran a su estilo de vida e intentan no "caer" en el estrato inferior ("volver atrás"), tomando como modelo el estilo y el estándar de vida de los estratos superiores (Picó y Rivera Izcoa, 2001).

En el período 1940-1970, la historia social puertorriqueña se caracteriza, ante todo, por la ampliación de los grupos cuyos valores, actitudes, y orientaciones pueden identificarse con la casi mítica clase media del capitalismo moderno. Es que este fenómeno social –de ampliación de las capas medias, antes de aparecer en Puerto Rico, se manifestó en los Estados Unidos, en gran parte de Europa, Japón y otros países industrializados.

En Puerto Rico, la clase media comienza a consolidarse durante la década de los '60s, a partir del crecimiento económico promovido por los planes de desarrollo

impulsados por Estados Unidos. Si bien durante este período se produjo un crecimiento sostenido del ingreso promedio de los puertorriqueños, este crecimiento no logra erradicar, ni mucho menos, la pobreza de la mayoría de la población.

A fin de deslindar y precisar la identidad de esta clase emergente, en Puerto Rico no se han utilizado criterios tradicionales, como el nivel de ingreso o la escolaridad, sino se adoptaron y valoraron las creencias y actitudes de estos grupos, tal como lo señala Muñoz Hernández (citado por Picó y Rivera Izcoa, 2001; p. 118):

"Nuestra "clase media" es un grupo social formado en torno a una constelación de imágenes que provee la sociedad de consumo; ocupacionalmente se sitúa mayormente en los sectores de servicios, y está altamente identificada con el presente sistema social, habiendo adoptado una actitud conservadora hacia el cuerpo social, político y económico."

Como se puede observar, una de las características esenciales que se suele asociar a la clase media es su adhesión y adopción de un estilo de vida consumista, su concepción credencialista de la educación como medio de ascenso social, su optimismo económico, o en otros términos, su creencia en las bondades del mercado, y un arraigado conservadurismo en materia política, con una profunda aversión a todo lo que pueda referirse al comunismo.

Estos principios o creencias que movilizan y sustentan el modo de vida de la clase media puertorriqueña son una réplica de las creencias y las actitudes de la clase media suburbana de los Estados Unidos, cuyos patrones de vida —reales o ficticios— ingresan a diario en los hogares puertorriqueños a través de la televisión e Internet. En efecto, la irrupción de la televisión en los hogares puertorriqueños durante las décadas de 1950 y 1960 se convirtió en punto de encuentro y reafirmación de la clase media en la isla, y de sus principios ideológicos.

Tal como sucedió en otros países de América Latina y el Caribe para la misma época, las crecientes clases medias asumieron como mecanismo seguro de ascenso social la educación post-secundaria; preferiblemente, la obtención de un título universitario. Si los padres no lo habían alcanzado, con mayor razón sus hijos tendían que obtenerlo para "ser alguien", para ser reconocidos en la sociedad.

Por su parte, el consumo era objetivo y símbolo a la vez. Los bienes materiales no eran anhelados solamente por su utilidad o valor estético sino también (o ante todo) por el mensaje que eran capaces de comunicar a los demás, pasando a adquirir mayor valor el "tener" que el "ser". En otros términos, comprar un buen auto y acceder a una vivienda eran símbolos de pertenecer a la clase media, y de aspirar a más. Este consumismo no se restringía a los autos y televisores, sino se extendía a tocadiscos, máquinas de lavar y secar ropa, unidades de acondicionadores de aire, en fin, toda una amplia gama de aparatos eléctricos importados (Scarano, 2000). A estas comodidades se sumaban los viajes de placer al exterior, las compras habituales en supermercados y en las flamantes tiendas de los centros comerciales que comenzaron a proliferar.

Ahora bien, este crecimiento del consumo, esta ampliación de la clase media puertorriqueña no se sustentó en un crecimiento de la economía y en una distribución de la riqueza más igualitaria, tal como lo indican las cifras y datos registrados en el censo de 1969. En otros términos, se da en Puerto Rico un caso donde el análisis de la clase media no se debe restringir a variables económicas –patrones de riqueza e ingreso–, sino que obedece a factores vinculados con valores y mentalidades.

Por otra parte, el capitalismo industrial multiplicó la variedad de empleos existentes en el país. Del mismo modo, impuso nuevas formas de establecer relaciones a través del mercado y la publicidad, e implantó conductas empresariales novedosas. No es de extrañar que, en consecuencia, se difundiera un estilo de consumo más agresivo, así como una jerarquía de valores que llevaba los principios del neoliberalismo a sus alcances más extremos. En síntesis, el cambio social más significativo del período en

que emerge y se consolida la clase media en Puerto Rico fue la manera en que la mayoría de los puertorriqueños, en especial los de ingresos medianos y altos, internalizó lo el denominado folklore del capitalismo (Lewis, 1978).

El concepto de vivienda independiente, con asistencia continua, no se ha desarrollado en Puerto Rico, y son muy escasas las experiencias en el ámbito internacional. Tiene como fin permitirles a las personas de edad avanzada vivir de la manera más independiente posible. Los solicitantes elegibles son los Estados, unidades de gobierno local, otras entidades gubernamentales como las PHA's, y organizaciones privadas sin fines de lucro. Los subsidios otorgados bajo el programa de Vivienda Asistida se conceden a través de una competencia nacional que se realiza anualmente.

Estas viviendas están diseñadas para promover, como parte de una estrategia local de Atención Continua, el desarrollo de servicios y viviendas asistidas para ayudar a las personas de edad avanzada acceder a un hogar estable. Los objetivos del Programa de Vivienda Asistida son los siguientes:

- lograr estabilidad residencial,
- aumentar sus niveles de habilidad y/o ingresos, y
- obtener mayor autodeterminación (es decir, más influencia sobre decisiones que afectan sus vidas).

Las medidas de desempeño específicas para cada uno de estos tres objetivos son establecidas en base a las necesidades y características de la población de personas sin hogar que se pretende ayudar. Si se toma en cuenta el propósito de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, además de brindarles una oportunidad de realizar una vida independiente, se les provee de una serie de servicios especiales que dan respuesta a sus necesidades para seguridad y asistencia especial. En efecto, la mayoría de los proyectos de viviendas de estas características cuenta con

un club social donde se ofrecen actividades tales como lecturas, juegos, video films y tours (Alameda Lozada, 2006).

Se parte de la idea de que los adultos mayores deberían tener la posibilidad de permanecer en sus propios hogares la mayor cantidad de vida posible; proporcionarles un ámbito social adecuado y de actividades atractivas que eviten el aislamiento social que progresivamente se produce en esta etapa de la vida, y para ello necesitan de un entorno especialmente diseñado para satisfacer las necesidades y requerimientos que plantean los cambios físicos y mentales de la edad, y lograr la independencia de terceras personas (Bosch Meda, 2005).

2.a. Evolución sanitaria, de vivienda y socioeconómica de la población

En cuanto a la vivienda, las siguientes son características fundamentales, observadas por el Proyecto PREHCO (2004):

- Más del 75% de las personas de edad mayor habitan en viviendas de su propiedad y el 10,7% en viviendas alquiladas.
- El 11,6% se alberga en el hogar de otra persona, proporción que aumenta con la edad.
- El 51,9% de los propietarios de sus residencias informaron que sus viviendas estaban valoradas en menos 85.000\$.
- El 18,8% de las personas de edad mayor que son dueños de su residencia paga mensualmente la hipoteca de su propiedad, de los cuales el 57,7% paga menos de 400\$, y el 20,3% de las mujeres y el 13,1% de los hombres pagan menos de 200\$.

- Más de la mitad de las mujeres de edad mayor y 39,2% de los hombres pagan menos de 100\$ de renta por sus viviendas alquiladas.
- El 6,7% de las personas de 60 años o más viven en condominios o edificios de apartamentos, 2,3% en residenciales públicos y 1,4% en pequeños apartamentos adyacentes a unidades de viviendas individuales. De ellos, el 88,8% habita en estructuras separadas, altos o bajos o casas dúplex.
- Más mujeres que hombres residen en condominios o residenciales públicos.
- El 75,1% de las personas de edad mayor residen en viviendas de tres cuartos dormitorios o más.
- El 15,9% de los adultos mayores habitan en hogares en los que más de una persona ocupa un dormitorio.
- A medida que aumenta la edad, las viviendas en que residen las personas de edad mayor se desalojan.

En cuanto al estado de salud, según el Proyecto PREHCO (2004), las siguientes puntualizaciones son de interés relevante:

- El 87,6% de las mujeres y el 78,6% de los hombres padecen de al menos una de las siguientes enfermedades: hipertensión, diabetes, cáncer, asma, enfermedad pulmonar, enfermedad cardíaca, derrame, artritis, osteoporosis, y depresión.
- Las personas de 75 años o más padecen en promedio de más de dos enfermedades.
- El 56,7% de las personas de edad mayor afirmó haber sido diagnosticadas con hipertensión, de las cuales el 90,9% está bajo control y el 84,9% toma medicamentos relacionados.
- El 27,7% tiene diabetes, donde el 71,2% ingiere medicaciones relacionadas.
- La proporción de personas de 60 años o más que informaron haber sido diagnosticadas con cáncer (otro que no sea de piel de útero) aumenta con la edad.

- Casi el 75% de las personas de edad mayor diagnosticadas con asma y enfermedades crónicas del pulmón reciben tratamiento para dichos padecimientos.
- El 13,7% de los hombres y 9,7% de las mujeres de 60 años o más han sufrido un ataque cardíaco. La enfermedad del corazón aumenta según la edad: cerca del 80,0% realiza visitas al médico y alrededor del 75% consume medicamentos relacionados.
- La proporción de personas que sufren síntomas como consecuencia de derrame cerebral aumenta con la edad.
- El 48% padece de artritis o reumatismos, de donde más del 50% ha tomado medicaciones relacionadas o ha recibido terapia física.
- El 65,7% de las mujeres que padecen de osteoporosis toma medicamentos comparado con 55,3% de los hombres.
- Cerca del 20% ha sido diagnosticado con depresión, de donde el 47,8% de los hombres y el 42,2% de las mujeres reciben tratamiento psiquiátrico.
- Cerca de 13,0% de los adultos de edad mayor informó tener úlceras en el estómago o en el duodeno.
- El 19,5% de los hombres y el 23,4% de las mujeres sufren de incontinencia urinaria.
- Más de la mitad de las mujeres y cerca del 40,0% de los hombres se han caído alguna vez después de cumplir los sesenta años.
- El 2,5% de los hombres y el 1,6% de las mujeres han pasado por la amputación de alguna extremidad bien sea piernas, brazos, manos o pies.
- Cerca del 1,6% por ciento de los adultos de edad mayor son sordos o sordas y aproximadamente 2% hace uso de audífonos o aparatos para oír.
- Aproximadamente el 1,8% de las personas de 60 años o más es ciego o ciega.
- Sólo el 3,4% de los adultos de 60 años o más cuenta con todas sus piezas dentarias.

- Cerca del 22,0% de las personas de 60 años o más tiene dificultad al masticar los alimentos.
- Más de una cuarta parte de los adultos mayores sobrelleva 10 síntomas o más, entre los cuales pueden considerarse: adormecimiento de extremidades, dolor en la pierna al caminar, dolor en las rodillas o caderas, cansancio, dolor físico en el cuerpo, palpitaciones, malestar en el pecho, estreñimiento, diarrea y sangre en la excreta.
- Sólo un 2,5% de adultos mayores fuma y bebe, un 5,1% fuma pero no bebe, y un 9,7% bebe pero no fuma.
- Más del 90,0% de los adultos de edad mayor hace dos o más comidas completas diariamente, de los cuales cerca del 75% consume tres o más.

Sumado a estas estadísticas que muestran valores agravados hacia el estado de salud de los puertorriqueños de edad avanzada, debe hacerse énfasis en el hecho que la salud auto percibida por estos actores es correspondiente con dichas observaciones, en donde más del 50% lo categoriza como regular, según muestra la siguiente tabla.

Tabla 8. Estado de salud auto percibido por adultos mayores en Puerto Rico.

Estado percibido	GÉNERO		
	Masculino (%)	Femenino (%)	TOTAL (%)
Excelente	7,3	2,9	4,9
Muy bueno	8,7	5,3	6,8
Bueno	24,3	20,0	21,9
Regular	46,8	57,2	52,6
Mala	12,9	14,6	13,8
TOTAL	100,0	100,0	100,0

Fuente: Proyecto PREHCO (2004). *La salud de los adultos de edad mayor en Puerto Rico. Informe General 2002-2003*. Universidad de Puerto Rico - Universidad de Wisconsin-Madison.

Finalmente, en tanto los aspectos socioeconómicos, pueden considerarse las siguientes caracterizaciones, según el Proyecto PREHCO (2004):

- El 98,0% de los hombres y el 69,4% de las mujeres han participado alguna vez en la fuerza trabajadora.
- El 10,6% de los adultos mayores trabaja en la actualidad, de los cuales el 14,8% refiere al género masculino y el 5,9%, al femenino.
- El 75% de las personas que han trabajado están jubiladas o retiradas.
- La proporción de personas jubiladas aumenta con la edad y es mayor entre los hombres.
- Un 27,0% de los hombres de 60 años o más laboró en producción, transportación y movimiento de materiales, un 19,7% en la construcción, un 19,2% en ventas y servicios, un 16,5% fueron gerentes o profesionales y un 11,3% trabajó en la agricultura durante la mayor parte de su vida laboral.
- De las mujeres que participaron en la fuerza trabajadora un 42,3% lo hicieron en la producción, transportación y movimiento de materiales y un 27,6% en ventas y servicios.
- La proporción de mujeres de edad mayor que fueron profesionales y las empleadas de oficina casi duplica la de los hombres.
- La proporción de personas de edad mayor que se consagraron a trabajos agrícolas o a la gerencia y administración aumenta con la edad.
- La fuente principal de ingresos de las personas de 60 años o más es los beneficios del seguro social (80%). Le siguen en orden de importancia los ingresos recibidos por jubilaciones o pensiones, por el Programa de Asistencia Nutricional y los provenientes de salarios o sueldos. Menos de 10,0% de las

personas de 60 años o más recibe ayuda de los familiares, de subsidios de bienestar social y de otras fuentes.

- Según aumenta la edad disminuye la proporción de personas que reciben ingresos por su trabajo y por jubilación o pensión, ocurriendo lo contrario con las que reciben subsidios de bienestar social, del Programa de Asistencia Nutricional y los que son ayudados económicamente por sus familiares.
- La mediana de ingreso por concepto de trabajo para los hombres sobrepasa por 1.872\$ anuales a la de las mujeres que alcanzan 8.840\$, lo cual disminuye conforme aumenta la edad, al igual que en lo respectivo al seguro social, el Programa de Asistencia Nutricional, las pensiones y los alquileres.
- El 20,3% de las mujeres reciben un ingreso total anual de menos de 3.000\$ comparado con el 7,3% de los hombres. De otra parte, el 16,8% de los hombres se benefician de 18.000\$ anuales contra un 4,4% de las mujeres.
- Según aumenta la edad, mayores son las proporciones de personas en las categorías de ingreso más bajo y menores los por cientos en las categorías de ingreso del hogar más elevadas.
- La situación económica del hogar de los adultos mayores que viven solos parece ser más precaria que la de los que comparten su hogar con otras personas.
- La mitad de los adultos mayores mantienen sus hogares con menos de 12.000\$ anuales.
- Más de la mitad de las personas de edad mayor viven bajo el nivel de pobreza (54,1%), lo cual es mayor en mujeres que en hombres (57,9% y 49,3%, respectivamente).
- Cerca de un 6% de las personas de edad mayor poseen propiedades o acciones y poco menos del 20% cuentas de ahorro o certificados de depósito.
- El 38,5% de los hombres y el 27,8% de las mujeres informaron tener deudas, proporción que disminuye según aumenta la edad.

A partir de estas observaciones, una caracterización de la clase socioeconómicamente intermedia a los fines de nuestra investigación, entendiendo

aquella como la convergencia de la clase media y subclases media-baja y media-alta compuestas por adultos mayores, puede puntualizarse como a continuación:

- Inexistencia (o escasez) de servicios de vivienda (institucionalizados y particulares) y sanitarios acordes a sus necesidades, intereses y capacidades socioeconómicas (precios, calidad percibida y demandada, elección por gusto, etc.), y la posibilidad de elección hacia la construcción de la propia calidad de vida.
- El 79% de personas pertenecientes a este grupo expresaron su intención de trabajar (AARP, 2004).
- Se relaciona el trabajo con la vida saludable, el placer y la significación en la vida.
- El 52,5% de personas de avanzada edad es responsable de la mayoría de las necesidades de sus nietos (Oficina del Censo. Junta de Planificación de Puerto Rico, 2008).
- Escasa oferta de viviendas a alquilar que rondan entre los valores más demandados, en un rango de 200-500\$.
- De 1.418.476 unidades de vivienda censadas en el año 2000, 384.927 (27%) no poseen alguna facilidad sanitaria, facilidad de cocina o teléfono.
- Es muy importante la valoración de las creencias, temores, la tendencia al consumo, a no “bajar” a un estrato socioeconómico inferior, de buscar las comodidades factibles de adquirir, de tener opciones de elección sobre la calidad de vida (Scarano, 2000).
- Existe segregación residencial de este colectivo hacia las zonas donde existe poco desarrollo económico (Nieves Ayala, 2004).
- Aproximadamente el 70% de adultos mayores poseen ingresos anuales del hogar que rondan entre los 6.000\$ y los 36.000\$ (Proyecto PREHCO, 2004).
- Más de la mitad se encuentran por debajo del nivel de pobreza.
- La principal fuente de ingreso es el seguro social, aspecto que disminuye según aumenta la edad.

- Aproximadamente un 15% de adultos mayores poseen frecuentemente dificultades para solventar los gastos diarios, incluyendo las necesidades de salud.

2.b. Soluciones existentes

Para los adultos mayores de Puerto Rico pueden hallarse varias iniciativas (quizá no directamente pero que los incluyen) destinadas a satisfacer las necesidades de vivienda de los estratos de acceso reducido y abundante a la riqueza social, principalmente desde lo estatal o público en el primer caso, y desde lo privado en el segundo. Algunos ejemplos de ello son, conjuntamente con sus características principales y objetivos:

Sector público

- Administración de vivienda pública

Bajo el marco de la Ley Orgánica de la Administración de Vivienda Pública en Puerto Rico (Ley 66 del 17 de agosto de 1989), se plantean los siguientes objetivos principales respecto de las personas de edad avanzada:

- Provisión de viviendas adecuadas para su convivencia, con facilidades físicas acordes a las condiciones necesarias para satisfacer las necesidades especiales de los envejecientes.
 - Mejorar la vivienda con equipos que promuevan su funcionalidad y la auto dependencia.
- Administración de Desarrollo Socioeconómico de la Familia

- Está orientado a facilitar oportunidades de desarrollo a las personas en desventaja social y económica para que las familias en Puerto Rico logren la autosuficiencia, la integración al sistema social de manera productiva, además de la buena convivencia familiar y comunitaria.
 - Cumplir con la tasa de participación establecida por el gobierno federal para los ancianos y otras personas de bajos recursos.
 - A través de su Programa de Rehabilitación Económica y Social de las Familias promueve el desarrollo de proyectos y estrategias que permitan combatir agresivamente el problema de las familias en extrema pobreza, entre lo que debe considerarse el ofrecimiento de servicios de reparación de viviendas y la reubicación en mejores viviendas.
- Ley 171 del 2 de noviembre de 2002
 - Fideicomiso Perpetuo para las Comunidades Especiales.
 - Construcción y rehabilitación de viviendas en estas comunidades.
- Sector de Desarrollo Social del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico
 - En función al crecimiento poblacional se orienta a satisfacer la demanda existente de viviendas a corto y largo plazo de toda la población en coordinación con la industria de la construcción y la banca privada.
 - Estímulo para la construcción y para el traspaso de vivienda pública.
 - Dar alternativas de financiamiento, incluyendo subsidios, para ayudar a familias puertorriqueñas de ingresos bajos y moderados a adquirir, alquilar, construir o mejorar su propia vivienda.
 - Mejoramiento de la calidad de vida entorno a viviendas seguras y adecuadas.

- Ofrecer subsidio de alquiler de vivienda a personas de escasos recursos, a personas mayores de 65 años y más, así como subsidios para la construcción y rehabilitación de viviendas.
- Libración del pago del impuesto sobre ventas y uso en los servicios y el alojamiento que se ofrecen en establecimientos licenciados para personas de edad avanzada.
- Ley 173 del 31 de agosto de 1996
 - Ofrecimiento de subsidios de arrendamiento y mejoras para vivienda a las personas de mayor edad con bajos ingresos.

Sector privado

- Esperanza para la Vejez, Inc. (HOPE)
 - Orientado a rehabilitar y administrar el Centro Integral de Servicios y Vivienda Víctor Hernández en el municipio de Aguadilla, el cual es una propiedad de cuatro pisos y aproximadamente 2787,1 metros cuadrados de construcción.
 - Ofrece anualmente servicios directos a cerca de 3.000 personas de edad mayor a través de múltiples centros en Puerto Rico.
 - Servicios integrados con enfoque comunitario de nutrición, salud, servicios en el hogar, educación, socialización, recreación, transportación y servicios voluntarios.
- The Villages (Florida, Estados Unidos)

- Ofrecimiento de casas para alquilar o comprar en barrios exclusivos y cerrados, específicamente diseñados para llevar una vida confortable y moderna.

No obstante, debe considerarse que estas iniciativas representan planes de acción particulares sobre las que subyacen instancias programáticas estructurales y funcionales que, desde lo conceptual y lo pragmático, pueden incluirse dentro de un modelo o modelos de solución formulados e implementados principalmente desde lo estatal. Al respecto, en Puerto Rico pueden observarse dos modelos principales que atañen a su crecimiento y desarrollo económico, entendiendo el primero como el incremento porcentual del Producto Bruto Interno (PBI) de una economía en un período de tiempo que no representa necesariamente un aumento de bienestar para la mayoría de la población, y el segundo como un concepto más amplio que considera otros factores del crecimiento económico además del PBI, como ser los aspectos estructurales, indicadores de mortalidad, esperanza de vida, etc. (Blanchard, 2000). Estos modelos son:

- Estructuralista:
 - Crecimiento neoclásico.
 - Desarrollo socioeconómico basado en la economía agrícola e industrial.
- De la modernización:
 - Crecimiento endógeno.
 - Desarrollo socioeconómico fundamentado desde una economía del conocimiento.

El modelo estructuralista, orientado a la industrialización y las exportaciones, realmente ha representado el pasado de Costa Rica (principios del siglo XX), en donde

el desarrollo social, político y económico dependía de estos procesos de comercialización. El crecimiento económico neoclásico o exógeno supone una función de producción de dos factores, trabajo y capital, que tiene rendimientos decrecientes de cada factor y rendimientos constantes a escala, además de la competencia perfecta en los mercados de productos y de factores. En este sentido, sus principales implicaciones derivan en las siguientes (De Mattos, 1999):

- El nivel del producto por habitante en el largo plazo (estado estacionario) depende de la tasa de ahorro de la economía, que es la que determina el stock de capital, y de la función de producción que depende del estado de la tecnología.
- En el estado estacionario, la tasa de crecimiento de la producción agregada depende de la tasa de crecimiento de la población y de la tasa de progreso tecnológico. La tasa de crecimiento de la producción per cápita es independiente de la tasa de ahorro (inversión), y depende sólo de un cambio tecnológico exógeno.
- Existe un punto estacionario único y estable, que será alcanzado sean cuales sean las condiciones iniciales, dado que si el progreso técnico se difunde por el mundo entero, es posible prever que habrá convergencia de las tasas de crecimiento per cápita y, aún de los niveles de ingreso per cápita (hipótesis de convergencia).

Pese a las conceptualizaciones quizá válidas derivadas del crecimiento neoclásico como el de convergencia condicional (en donde la convergencia depende de que las economías posean ciertos parámetros similares, como las tasas de ahorro, la depreciación del capital o de crecimiento de la población), sus principales inconvenientes se centran en el reconocimiento del incremento de la productividad de los factores exógenos como fuente principal de crecimiento. En este sentido, actualmente el modelo que rige de forma prioritaria en Puerto Rico remite al otro mencionado, el de la modernización, en donde se reconoce que los valores, las instituciones y los patrones de acción de la sociedad son potenciales causas de subdesarrollo, y donde existen

iniciativas hacia la superación de las estructuras tradicionales, orientadas a la búsqueda de mejoras en la calidad de vida y transformaciones económicas, políticas y sociales en general.

Aquí, debe considerarse el crecimiento endógeno, el cual se estructura entorno a una función de producción donde la tasa de crecimiento depende principalmente del capital físico, el capital humano y los conocimientos o progreso técnico (De Mattos, 1999), factores que pueden ser objeto de acumulación y que generan externalidades. Se asumen supuestos de rendimientos crecientes y competencia imperfecta, es decir, que el crecimiento sostenido del ingreso per cápita depende de condiciones económicas y tecnológicas que enfrentan agentes económicos, lo que estimula o no una mayor inversión, el desarrollo de nuevas tecnologías o ambas cosas. Asimismo, el conocimiento representa un factor productivo específico, resultante de una actividad económica.

Así, aunque los principios del modelo estructuralista representan un aporte importante en el desarrollo socioeconómico actual de Puerto Rico, éstos son interpretados desde un punto de vista de crecimiento endógeno, en el cual pueden considerarse las siguientes puntualizaciones:

- Se endogenizan los determinantes del crecimiento:
 - Se toma en cuenta el conocimiento como factor esencial hacia la eficiencia de las funciones productivas.
 - Se hace énfasis en el capital humano como factor de producción y en la educación como inversión.
 - El conocimiento como factor activo da lugar a la consideración de la cantidad y la calidad del trabajo de forma conjunta y complementaria.
 - El conocimiento representa un bien público o un bien rival, según los parámetros desde los cuales se lo considere.

- El desarrollo es dependiente de la adquisición de capacitación para el uso de las tecnologías.

En este sentido, el desarrollo socioeconómico de Puerto Rico actual puede vislumbrarse desde las siguientes características esenciales:

- Régimen institucional y económico que provee incentivos para un uso eficiente de los conocimientos existentes y nuevos.
- Apoyo al empresarismo.
- Población educada para crear, compartir y utilizar el conocimiento.
- Infraestructura de información dinámica para facilitar la comunicación, diseminación de la información.
- Sistema de innovación eficiente.

En nuestro caso de estudio, este modelo de desarrollo socioeconómico es bastante manifiesto: en la actualidad existen numerosos estudios que analizan principalmente indicadores estadísticos referentes a la calidad de vida de las personas de edad avanzada, los índices de mortalidad, las necesidades medicinales, de vivienda, los hábitos alimenticios, etc., a partir de los cuales se formulan políticas sociales específicas, fundamentadas desde lo legislativo, hacia su consideración, inclusión social, mejoramiento de la calidad de vida y otras variables orientadas al trato no indiferente de este grupo social.

Particularmente en este sentido, el modelo de desarrollo y crecimiento socioeconómico vigente en Puerto Rico puede caracterizarse de acuerdo a las siguientes puntualizaciones, en gran medida de índole internacional:

- Respeto de los derechos humanos de las personas mayores de edad, encontrando sólo indicios de ello en:

- El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (ONU): en donde se garantizan estos derechos respecto de la población general y se prohíbe la discriminación basada en la edad.
 - Los Planes de Acción Internacional sobre el Envejecimiento: directrices generales sobre los modos en que la comunidad internacional puede enfrentar los retos del envejecimiento.
 - Las resoluciones de la Asamblea General de la ONU: principios sobre las personas de edad mayor basados en la independencia, la participación, los cuidados, la autorrealización y la dignidad.
 - La recomendación 162 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT): hacia el bienestar de los trabajadores de edad.
 - La Convención Americana de Derechos Humanos: se incluye la edad en el universo condiciones sociales, en los derechos políticos, y en el derecho a la vida.
 - Organización Panamericana de la Salud (OPS): establece recomendaciones generales atinentes a la salud y el envejecimiento.
 - Protocolo de San Salvador (como instrumento vinculante): regula los derechos básicos de las personas mayores hacia el direccionamiento de las políticas gubernamentales.
- Derechos humanos incluidos en los Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad, bajo el marco jurídico-legal de Puerto Rico.

En el marco jurídico-legal de Puerto Rico, el derecho al cuidado es el único reconocido a nivel constitucional. No obstante, los atinentes a la independencia, la participación, la dignidad, los derechos civiles, políticos, etc. se reconocen desde la inclusión del país en los pactos, planes de acción y convenciones internacionales al respecto, principalmente reguladas por la ONU.

- Políticas de vejez

Entendidas como “aquellas acciones organizadas por el Estado frente a las consecuencias sociales, económicas y culturales del envejecimiento poblacional e individual...” (Huenchuan, 1999), las políticas de vejez se orientan hacia el enfrentamiento y satisfacción las carencias de las personas de edad avanzada, intentando promover la creación de condiciones para propiciar un envejecimiento digno y de respeto de derechos. En este sentido, en Puerto Rico, y como ya hemos visto a través de las distintas iniciativas de orden público, pueden hallarse las siguientes políticas:

- De seguridad económica: hacia la participación económica y el aseguramiento de los derechos laborales en la vejez, la eliminación de la discriminación en el ámbito laboral, mejoramiento del sistema de seguridad social, etc.
 - De salud: hacia el auto cuidado, estilos de vida saludables, disponibilidad asistencial, acceso a medicamentos, etc.
 - Entornos físicos favorables: acceso a vivienda y a espacios públicos.
 - Entornos sociales favorables: ejercicio de derechos, inclusión social, cooperativismo entre las distintas generaciones.
- Específicamente en materia de de vivienda:
 - Residencias sociales para personas de edad avanzada, en las que se facilita el cuidado permanente por parte de personal especializado.
 - Programas de subsidios hacia la residencia individual, orientados hacia la refacción y o compra de viviendas.
 - Exención del pago del impuesto sobre ventas y uso en los servicios y el alojamiento que se ofrecen en establecimientos licenciados para personas de edad avanzada, favoreciendo una mayor cantidad de éstas de recursos bajos.

Ante estas observaciones, hallamos de manera manifiesta que no existe un modelo e iniciativas específicamente dirigido hacia la satisfacción de las necesidades generales de las personas de edad avanzada de 65 o más años de edad pertenecientes a la clase socioeconómica con acceso intermedio a la riqueza social, y específicamente sobre sus requerimientos de viviendas: observamos políticas y programas habitacionales dirigidos a las personas de bajos recursos y, por otro lado, de residencias que ofrecen todas las comodidades para mejorar las condiciones de vida de estas personas; en conclusión, no existen planes de acción bien definidos orientados a ofrecer viviendas en donde la comodidad y la calidad de vida (primeramente en términos materiales) sean más accesibles económicamente que las residencias de por ejemplo The Villages (en el Estado de Florida, Estados Unidos), y que permitan elegir las condiciones habitacionales, al contrario de aquellas dispuestas por el sector público ante la situación de pobreza de muchas de los puertorriqueños de edad avanzada.

Asimismo, podemos observar esta ausencia de recursos de vivienda para la clase socioeconómicamente intermedia de adultos mayores de 65 o más años de edad de Puerto Rico, si analizamos por un lado los tipos de financiamiento disponibles para el cuidado prolongado de estas personas y, por otro, los tipos de facilidades de vivienda disponibles.

En el primer caso, las personas mayores que desean vivir en casas propias o no tienen alternativa alguna para alquilar o adquirir facilidades de vivienda especialmente destinadas a ellos (como ciudadelas o complejos), deben disponer de servicios sociales y sanitarios asistenciales a domicilio o cercanos a la vivienda pero, más importante, los recursos económicos que les permita acceder y satisfacer las necesidades hacia un cuidado prolongado. En este sentido, las principales alternativas se remiten a lo informal (desde lo familiar o lo personal) y a lo privado, en donde debe abonarse la calidad y cantidad de los servicios prestados, tanto domiciliarios como institucionalizados. En las tablas 9 y 10 podemos observar estas facilidades de financiamiento hacia el cuidado prolongado de adultos mayores, las cuales como podemos observar

generalmente, remiten a lo económico de origen personal o familiar, o a lo privado de elevado precio.

Tabla 9. Tipos de financiamiento para el cuidado prolongado 1.

Tipos de Financiamiento Disponibles para el Cuidado Prolongado de los Envejecientes en EE.UU.							
Tipo de Financiamiento	Descripción	Solo Disponible para Gastos de Fondos			Requisito de Elegibilidad	Riesgo de Fondos Insuficientes	Costo
		Cuidado Prolongado de Salud	Adicionales son Disponibles para Herederos	Tasa de Acumulación de Activo			
Apoyo Familiar	Un familiar o conocido ayuda con su tiempo o dinero para cuidar a la persona.	No	No	Ninguna	No	Moderado. Las familias tal vez no estén dispuestas o no puedan pagar	La persona paga por los servicios que la familia no quiere pagar
Ingresos Personales	La persona hace un reserva de sus ingresos personales para financiar su cuidado prolongado. Pare esto existen instrumentos bancarios.	No	Si	Variable	No	Alto. El costo del cuidado prolongado puede exceder los ahorros. Pueden haber penalidades por retirar fondos.	La persona está encargada de crear su propio fondo
Seguro para el Cuidado Prolongado	La persona compra un poliza de seguro y la paga mientras que sigue generando ingresos. Una vez la persona ya no puede cubrir sus gastos por vejez o incapacidad el seguro le paga por sus costos de cuidado. Hay una diversidad de cobertura. Las primas var	Si	No	Fijo	Si	Moderado a Bajo. Los costos puede exceder la cobertura	Primas Mensuales por la vida de la poliza
Seguro para el Cuidado Prolongado Limitado	Igual que anterior pero el pago del seguro se hace por un tiempo pre-establecido	Si	No	Fijo	Si	Moderado a Bajo. Los costos puede exceder la cobertura	Una aportación grande inicial y primas mensuales
Venta de Seguro de Vida "Life Settlement"	Se puede vender el seguro de vida por el valor presente y utilizar el dinero para pagar el cuidado prolongado. Esto generalmente se hace cuando no existe la razón para pagar el seguro de vida. Tiene que ser elegible.	Si	No	Fijo	Si Las personas tienen que estar saludables y estar sobre los 70 años si son mujer y sobre los 74 si son hombres. Por lo general, sólo son polizas con beneficios	Moderado a Bajo. Dinero recibido puede no cubrir los costos	Ninguna
"Viatical Settlement"	Presenta un caso parecido al anterior pero es para las personas que se encuentran en estado terminal. Se paga el valor actual del seguro de vida entre (50% y 80%)	Si	No	Fijo	Si Tienen que comprobar el estado terminal de su salud. Por lo general, para gente que le quedan menos de 5 a 6 años de vida.	Moderado a Bajo. Dinero recibido puede no cubrir los costos	Ninguna
Beneficios Adelantados de Seguro de Vida	Un beneficio que se puede añadir a las polizas de vida. Permite adelantos de dinero contra el seguro de muerte mientras que la persona sigue viva.	Si	No	Fijo	Si	Moderado a Bajo. Dinero recibido puede no cubrir los costos	Ninguna

Tabla 10. Tipos de financiamiento para el cuidado prolongado 2.

Tipos de Financiamiento Disponibles para el Cuidado Prolongado de los Envejecientes en EE.UU.									
Tipo de Financiamiento	Descripción	Solo Disponible para Gastos de Cuidado Prolongado de Salud			Fondos Adicionales son Disponibles para Herederos	Tasa de Acumulación de Activo	Requisito de Elegibilidad	Riesgo de Fondos Insuficientes	Costo
		Salud	Adicionales son Disponibles para Herederos	Tasa de Acumulación de Activo					
"Reverse Mortgages"	Un tipo especial de préstamo hipotecario que permite convertir la equidad de una propiedad en efectivo. Es diferente de una segunda hipoteca porque no requiere repago hasta que la persona ya no utilice como vivienda principal.	No	Si	Variable	Si Tener 62 años y vivir en residencia.	Moderado a Bajo. Dinero recibido puede no cubrir los costos. Existen los costos de mantener el hogar.	Costo de Procesar e Radicar Préstamo		
Comunidad de Retiro de Cuidado Continuo	Es la alternativa de cuidado prolongado más cara. Son comunidades que ofrecen todo tipo de alternativas de vivienda para los envejecientes desde vida independiente hasta enfermería diestra. Es el más caro precio independientemente del tipo de servicio que se recibe.	Si	Si	Variable	Si	Bajo. El cuidado adicional se provee según la necesidad.	Un costo inicial alto y cuotas de mantenimiento. Monto inicial varía entre \$38,000 a \$400,000 y pago mensual de \$650 a \$3,500.		
Beneficios de Veteranos	El Departamento de Asuntos del Veterano puede proveer algunos servicios para veteranos elegibles. Sin embargo, puede haber un lista de espera.	No	No	Ninguna	Si	Moderado a Alto. Dinero recibido puede no cubrir los costos.	Ninguna		
Medicare	Por lo general no cubre los costos de cuidado prolongado. No cubre los costos para ayuda personal. Puede si cualifica pagar por las facilidades con enfermeras diestras o por cuidado en el hogar.	No	No	Ninguna	Si	Moderado a Alto. Dinero recibido puede no cubrir los costos.	Co-pagos y deducibles		
Medicaid	Si tiene bajos ingresos se puede cualificar para medicad. Varía por estado. Los servicios incluyen enfermeras, cuidado en el hogar, costo de recetas.	No	No	Ninguna	Si	Alto. Dinero recibido puede no cubrir los costos. Se le puede recobrar los costos a la herencia.	Se paga por servicios no cubiertos		
Supplemental Security Income (SSI)	Es un pago manejado por el seguro social que le da dinero a las personas elegibles mayores de 65 años que sean ciegos o tengan algún tipo de incapacidad. Se cualifica por ingresos (bajos) y se puede utilizar para cubrir el cuidado prolongado y otras necesidades.	No	No	Ninguna	Si	Alto. Dinero recibido puede no cubrir los costos.	Se paga por servicios no cubiertos		
PACE (Programas de Cuido Todo Incluido para Envejecientes)	PACE proveer servicios de médicos, sociales, de cuidado prolongado para las personas en condiciones frágiles de salud. Puede permitir cuidado en el hogar. Solo disponible en algunos estados. Puede requerir un pago mensual.	Si	No	Ninguna	Si	Moderado a Alto. Dinero recibido puede no cubrir los costos.	Se paga por servicios no cubiertos		

En cuanto a los tipos de facilidades de vivienda disponibles, encontramos que ofrecen una gran variabilidad de servicios que van desde la vida independiente o en complejos residenciales, la asistencia médica continua, hasta la preparación de comida, seguimiento en actividades de recreación, etc. Sin embargo, todas ellas resultan de elevados precios si es que no se cuenta con un subsidio o una seguridad social en particular, como Medicaid. En el caso de poseer subsidios, los precios se disminuyen abruptamente, pudiendo ser accesibles a un mayor dominio de adultos mayores.

Tabla 11. Tipos de facilidades de vivienda disponibles 1.

Tipos de Facilidades de Vivienda Disponibles para los Envejecientes en EE.UU.					
Nombre	Nombre en Inglés	Tipo de Servicios	Requisitos	Costo Promedio	Tipo de Subsidio
Cuidado de Salud en el Hogar	Home Health Care	Tipos de servicios: 1) Cuidado diestro de enfermería 2) Ayudante de Salud- "Health Aide"- provee asistencia médica y personas a personas viviendo en su casa bajo supervisión de una enfermera. 3) Ama de llaves/asistentes personales " home health aides"- limpian el hogar, ayudan con tareas diarias, preparan comida y hace compras, ayuda con el aseo personal, transportar o acompañar al paciente 4) Hospicios "Hospice Care" provee ayuda médica con visitas regulares y están disponibles las 24/7. 5) Arreglos de hogar y modificaciones- se instalan equipos en el hogar que ayudan a envejeciente a continuar con sus rutinas en su casa .		Varia según la necesidad. Se cobra por Hora	Medicad puede cubrir alguno de estos gastos
Vida Independiente (subsidiado)	Senior Only Independent Living	Alquiler de una unidad en condominio de personas con edades parecidas. Solo hay seguridad y administración, es como un condominio de alquileres con excepción de que hay actividades y visita trabajador social.	Mínimo de Edad. Las personas tienen que valerse por si solas o tener a alguien que los asista 24/7 (Bañarse, cocinar, comer, hacer compras etc.)	Depende de Subsidio	Con el subsidio sección 8 el costo es entre \$0 y \$400
Vida Independiente (no-subsidiado)	Senior Only Independent Living	Igual que anterior. A veces se ofrecen otro tipos de servicios por un costo adicional, como alguien para limpiar el hogar, peluquería, lavandería y otros	Las personas tienen que valerse por si solas o tener a alguien que los asista	\$900 a \$3,000	N/A
Vivienda Asistida: Hogar de Adultos	Assisted Living: Adult Homes	Las personas viven en una facilidad en donde le ofrecen el cuidado en habitaciones. Hay empleados que supervisan a los residentes y los ayudan con su cuidado personal. No se provee cuidado médico solo supervisión de medicamentos. Las facilidades están equipadas con sistemas de seguridad médica. Se provee toda la comida, ama de llaves, cuidado personal, asistencia 24/7, seguridad		\$1,800-\$4,200	Con el subsidio sección 8 el costo es entre \$0 y \$400
Vivienda Asistida: Vivienda Enriquecida	Assisted Living: Enriched Housing	Parecido a la vivienda asistida de hogar de adultos con la diferencia que las personas viven en unidades independientes que se asemejan a apartamentos. No requiere asistencia 24/7 ni proveer todas las comidas		\$2,000-\$4,000	Con el subsidio sección 8 el costo es entre \$0 y \$400

Tabla 12. Tipos de facilidades de vivienda disponibles 2.

Tipos de Facilidades de Vivienda Disponibles para los Envejecientes en EE.UU.					
<u>Nombre</u>	<u>Nombre en Inglés</u>	<u>Tipo de Servicios</u>	<u>Requisitos</u>	<u>Costo Promedio</u>	<u>Tipo de Subsidio</u>
Vivienda Asistida: Hogar con Modelo de Servicios	Assisted Living: Housing with Services Model	Unidades independientes de vivienda en una facilidad con algunos servicios integrados. Las unidades están preparadas para los envejecientes. Se prepara una comida diaria. Ayudan a los residentes a contratar asistencia para el cuidado personal y otros		\$1,700a \$3,500	
Facilidad de Alzheimer o de Cuidado de Memorias	Alzheimer/Memory Care Unit	Se encuentran en las facilidades de Hogar de Adultos o de Cuidado Diestro, es una ala separada de la facilidad con medidas de seguridad para este tipo de pacientes. Se le provee una habitación, comidas, ama de llaves, cuidado personal, supervisión 24/7.	Certificado Médico que Diagnostica su Condición		Puede aceptar medicaid o supplemental security income.
Programa de Vivienda Asistida	Assisted Living Program	Es una facilidad intermedia entre una vida asistida y un centro cuidados de enfermería (nursing homes). En algunos estados estas facilidades son reguladas. Tienen cuidado de enfermería en el apartamento, tres comidas diarias, servicio de salud en el hogar, ama de llaves, supervisión 24/7.			Puede solicitar para Medicaid si agotados los fondos privados.
Comunidad de Retiro de Cuidado Continuo	Continuing Care Retirement Community	Es una facilidad en la cual se proveen unidades de todos los tipos de servicios anteriormente mencionados, incluyendo el cuidado diestro de enfermería. Es para los envejecientes que deseen pasar el proceso de envejecimiento en una sola facilidad		Requieren un pago inicial entre \$38,000 y \$40,000 y un pago mensual entre \$650 y \$3,500	
Cuidado Diestro de Enfermería	Skilled Nursing Facility	Provee cuidado con enfermeras diestras las 24 horas al día. Incluye asistencia con actividades diarias, terapia, cuida médico básico, 3 comidas diarias, supervisión de tratamientos, actividades entre otros. Las personas pueden estar en habitaciones solas o compartidas	Requiere una evaluación del paciente		

En este sentido, y a modo de conclusión, hallamos, al igual que en páginas anteriores cuando indagamos sobre las políticas e iniciativas desde los sectores público y privado abocadas a satisfacer las necesidades de vivienda de adultos mayores de 65 o más años de edad, que existen muy pocas facilidades destinadas específicamente a estos sujetos pero de clase socioeconómicamente dependiente. Es cierto que estas personas pueden acceder a muchos de los servicios, pero siempre con condicionantes que, realmente en las condiciones de Puerto Rico, son determinantes: los subsidios y la disponibilidad económica personal o familiar parecen no ser una opción muy probable en este colectivo de adultos mayores. Así, se observa una clara necesidad de implementar un modelo de vivienda integrado destinado a estos individuos, en los cuales los precios sean accesibles y al mismo tiempo se ofrezcan múltiples facilidades hacia la satisfacción de su cuidado prolongado y calidad de vida, atendiendo instancias tanto psico-físicas, como de integración social, seguridad, recreación y posibilidades de desenvolvimiento independiente.

2.c. Calidad de vida percibida en adultos mayores

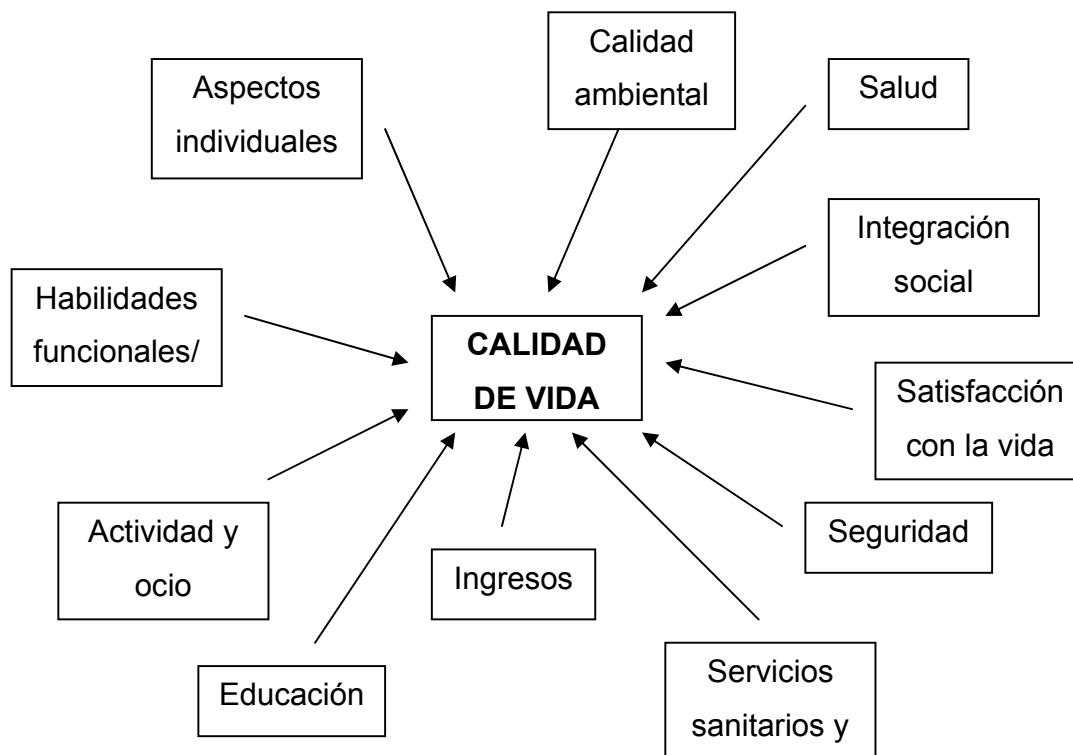
Actualmente, “calidad de vida” es un concepto que la mayor de la veces encuentra interpretación y significado en términos intuitivos, lo que se hace patente cuando se lo pretende definir sintéticamente, así como cuando se pretende sistematizarlo, explicarlo de acuerdo a sus aspectos, elementos y contenidos.

La competencia contemporánea por la determinación, sistematización y valor heurístico de la calidad de vida, se sustenta en varias consideraciones de fondo, sobre todo cuando se la vincula a la salud (Blanco, 1988; Castellón, 1997; Rubio Herrera, 2000): estimación conceptual de la salud como instancia dinámica; incremento de la longevidad, marco en el cual los tratamientos asistenciales disponibles se evalúan a partir de su capacidad para manipular las consecuencias físicas, mentales y sociales (especialmente) de las enfermedades crónicas; legitimidad de medicamentos en base a

su efecto inmediato y los efectos secundarios que repercuten en la vida cotidiana de las personas; no vigencia del mito de un progreso médico continuo y necesariamente bueno; conciencia creciente de que es necesario tener en cuenta las percepciones y las preferencias de los pacientes en lo que respecta a la toma de decisiones sobre su salud; normativas judiciales, de derechos humanos, etc. a nivel nacional e internacional que avalan los derechos particularísimos de los pacientes y su corresponsabilidad en el hecho médico-asistencial; la auto percepción de los pacientes acerca de su vulnerabilidad y evaluación subjetiva de los costes sociales, personales y financieros de la enfermedad son determinantes en la consulta y tratamientos médicos; la mayor parte de las personas se orienta hacia el sistema sanitario en función de su propia concepción de la salud, y no del marco conceptual real de la medicina clínica; lenguaje de la asistencia médica alejado de los modos de expresión de los pacientes, de su apreciación de la salud y la enfermedad, y del significado que para ellos tiene.

En este sentido, la calidad de vida es un concepto multidimensional que integra una serie de áreas y que es necesario circunscribirlo a ciertas variables personales y contextuales. Giusti (1991), Mora (2004), CDC (2002) y Castellón (2004) proveen definiciones que se ajustan bastante a estos requerimientos ontológicos y gnoseológicos, pero que no son satisfactorias ante los fines operacionales de nuestra investigación. De esta manera, desarrollamos una definición de calidad de vida percibida, según la cual puede interpretársela como un *“estado auto percibido que hace referencia a la valoración de los aspectos psicofísico, ambiental y social de la propia persona, que incluye la salud (objetiva y subjetiva), la integración social, las habilidades funcionales, las actividades de recreación, la calidad ambiental, el grado de satisfacción con la vida, la disponibilidad socio-económica, los servicios sociales y sanitarios y la seguridad, todos ellos bajo parámetros de satisfacción de las necesidades del individuo”*.

Figura 1. Multidimensionalidad de la calidad de vida.



Fuente: Castellón, A. y Romero, V. (2004). *Auto percepción de la calidad de vida*. Rev. Mult. Gerontol; 14 (3): 131-137.

Previamente a la caracterización de las dimensiones de la calidad de vida, parece necesario aclarar que su valoración puede ser tanto objetiva como subjetiva, pero que en tanto resulta esencial y determinante conocer los significados de las personas hacia la delimitación de la asistencia médica, la calidad de los servicios sociales, de la vivienda, etc. (ejemplos que hacen a la calidad de vida), la segunda alternativa representa la modalidad de mayor peso o importancia (Cava, 2000).

Bajo estos parámetros, la dimensión de aspectos individuales podría considerarse la única objetiva, en tanto a través de ella pueden considerarse variables que no dependen de lo perceptivo de la persona, como ser la edad, sexo, estado civil, cantidad de hijos, situación laboral y situación de vivienda. Estas variables pueden

aportar información complementaria a la relevante de carácter subjetivo, por ejemplo, al discriminar las habilidades sociales percibidas respecto de la edad y/o el sexo.

Entre las dimensiones subjetivas que hacen a la calidad de vida, no existe verdaderamente una jerarquía: sólo se hace énfasis en unas y otras (quizá eliminando algunas de ellas) según la temática de estudio. Por ejemplo, si se pretende valorar la calidad de vida de personas mayores de edad institucionalizadas en hospitales, quizá muy poco interesen variables que hacen a la seguridad, la calidad ambiental y hasta la integración social, debiendo abocarse principalmente a las de salud, habilidades funcionales, servicios sociales y sanitarios. En nuestro caso, al indagar sobre las posibilidades e impacto social derivados de la implementación de un modelo de vivienda integrado en adultos mayores, consideramos que necesariamente deben arribarse todas las anteriores dimensiones, hecho justificado sobre todo por lo indispensable de querer satisfacer todas las necesidades de aquellos sujetos entorno al ámbito habitacional (Casals, 1982).

Así, consideraremos las siguientes caracterizaciones de las dimensiones subjetivas de la calidad de vida:

- La calidad ambiental refiere al clima, las condiciones geográficas, la región geográfica de residencia, grado de dependencia en la vivienda relacionado con lo ambiental, y las barreras y riesgos a accidentasen dicho ámbito.
- A través de la dimensión salud, se valoran las condiciones existentes y requerimientos relacionados con lo psico-físico de la persona, abarcando desde las enfermedades diagnosticadas hasta el bienestar espiritual, y pasando por el estilo de vida, el deterioro cognitivo, las sensaciones somáticas y el riesgo nutricional.
- Habilidades funcionales/dependencia refiere a las dificultades de desenvolvimiento, principalmente ligadas a lo físico, y el grado de dependencia de

personas y/o artefactos hacia un adecuado comportamiento y satisfacción de necesidades.

- Integración social, al apoyo social funcional percibido, la calidad de las relaciones con el medio social (sea la familia, amigos, vecinos, etc.), las oportunidades sociales como persona integrante de la sociedad, y grado de participación social.
- Actividad y ocio hace referencia al nivel de actividad, la forma en que ocupa el tiempo, y la satisfacción percibida derivada de cómo ocupa el tiempo.
- Satisfacción con la vida, a la significación de la vida pasada y presente, las perspectivas futuras, el bienestar psico-físico percibido, variables que contribuyen de buen modo pero general a la valoración de la calidad de vida.
- La educación, principalmente a través del rendimiento de las herramientas adquiridas por medio de lo académico, para lo cual se hace necesario conocer el nivel educativo.
- A través del ingreso se pretende valorar principalmente la accesibilidad de bienes y servicios percibida por la persona, pero también el origen, la calidad y cantidad de los ingresos, así como las responsabilidades socio-económicas que posee.
- Los servicios sanitarios y sociales se abordan desde la disponibilidad socio-económica hacia su adquisición, así como la calidad y requerimientos percibidos sobre los mismos.
- Finalmente, a través de la seguridad se hace referencia a esta variable percibida en sus aspectos social e individual, hacia la valoración de qué es necesario para que la persona satisfaga este aspecto esencial para la vida comportamental y actitudinal.

Tabla 13. Dimensiones y variables hacia la calidad de vida en el adulto mayor.

DIMENSIÓN	VARIABLES
Aspectos individuales	Edad, sexo, estado civil, cantidad de hijos, situación laboral y situación de vivienda

Calidad ambiental	Clima, condiciones geográficas, región geográfica de residencia, grado de dependencia en la vivienda, barreras y riesgos a accidentes
Salud	Estado físico, estado psíquico, sensaciones somáticas, deterioro cognitivo, estilo de vida, riesgo nutricional, bienestar espiritual
Habilidades funcionales/dependencia	Grado de dependencia, dificultades de desenvolvimiento
Integración social	Apoyo social funcional percibido, calidad de relaciones con la familia, amigos, vecinos, etc., oportunidades sociales, grado de participación social
Actividad y ocio	Nivel de actividad, forma de ocupar el tiempo, satisfacción en cómo ocupar el tiempo
Satisfacción con la vida	Significación de la vida pasada y presente, perspectivas futuras, bienestar psico-físico percibido
Educación	Nivel educativo alcanzado, rendimiento de las herramientas adquiridas
Ingresos	Accesibilidad de bienes y servicios, origen, calidad y cantidad de los ingresos, responsabilidades socio-económicas
Servicios sanitarios y sociales	Disponibilidad socio-económica de servicios sociales y sanitarios
Seguridad	Nivel de seguridad social e individual

	percibida
--	-----------

La calidad de vida guarda estrecha relación con lo que podríamos llamar felicidad de las personas, pero en tanto valoración cuantitativa y principalmente cualitativa, lo que se pretende medir es el grado de bienestar, siempre que sea entendido éste como la satisfacción de necesidades y deseos comunes a la mayor parte de las personas (Castellón, 1997; O'Shea, 2003).

CAPÍTULO 3. MODELO DE VIVIENDA INTEGRADO

1. Descripción física del Modelo

Los principios básicos que contempla un proyecto integrado de Viviendas dirigido a personas de edad avanzada, en el plano teórico, son los siguientes: Autonomía, Socialización y relación con la comunidad, Pertenencia, Dignidad, Prolongación de la vida activa, Independencia, Privacidad y Seguridad. En contrapartida, se debe evitar: aislamiento y soledad, masificación, segregación, abandono de bienes personales, abandono de rango social, pérdida de autoestima (Trilla, 2001).

Entre los espacios funcionales sociales que podría incluir un modelo integrado de viviendas, de tipo ciudadela, se destacan los siguientes: Sala Comunitaria, donde se sirven desayunos, almuerzos, meriendas y cenas, sala de enseñanza de artes y oficios, sala de juegos, sala social de encuentros (charla-café), biblioteca, piscina cubierta climatizada, sucursal de banco, huertas privadas con jardines, vivero, invernadero, taller para hobbies (ajedrez, damas, etc.), práctica de oficios, centro geriátrico, tiendas, parque para atraer personas de la comunidad, campo de golf, etc. (Perkins, 2004).

Para conseguir una mejor descripción de este concepto se tomará como base el proyecto piloto de vivienda integrado Esmeralda Estate en Puerto Rico, a partir del cual podremos observar claramente la propuesta nuestra, y respecto de la cual, en principio deberemos considerar sólo las disposiciones de los espacios funcionales.

Figura 2. Representación completa de Esmeralda Estate, hacia la consideración de la distribución de los espacios funcionales.



En donde:

- A: Entrada
- B: Residencias (vida independiente)
- C: Estacionamiento

- D: Piscina cubierta (Spa) y restaurante
- E: Estudios (cuidado continuo)
- F: Bungalows (vivienda asistida)
- G: Centro de reunión
- H: Espacios recreativos
- I: Centro comercial pequeño y casa de empleados
- J: Edificio de mantenimiento

Por su parte, el concepto de zonificación alude a la determinación de distintas zonas, dentro del modelo de viviendas integrado, según su carácter público o privado (Figuerola, 1987), pudiendo determinarse la siguiente clasificación:

Zona pública: Vestíbulo - Sector de Espera, Vestíbulo General, Oficina del administrador o Central, Área de correo y sucursal de banco/cajero automático, Movilidad vertical, Oficina de Mantenimiento y Depósitos, Circulación Horizontal entre la entrada principal y los elevadores (si los hubiere).

Zona Semipública: Ámbito comunitario: Centro Social o área comunitaria, Cocina de Servicio general para los residentes, Servicios religiosos, Cocina para ser usada por los residentes como área recreativa, Biblioteca, Sala de artes y oficios, Sala de Televisión y video, Sala de juegos, bingo, etc., Sala para piano, canto, etc., Sala de billar y pool, Lavaderos, Área médica: espacios de servicios médicos, Heladería, Cubículos de Fisioterapia, Piscina de agua caliente, Gimnasio, Sauna, Servicio de despacho de bebidas, Sala de planchado, Despensa general.

Zona Semiprivada: Vestíbulos de los elevadores o zonas de distribución (halles), con vistas abiertas a lugares animados con luz natural (muy importantes como focos de encuentro e intercambio social), corredores o pasillos, pequeñas salas de estar por grupos de apartamentos.

Zona privada: Unidad de apartamento.

En cuanto a la organización del espacio, fase de planificación que comprende la zonificación, los espacios comunitarios y sociales deben ser planificados con formas y proporciones apropiadas y liberación de elementos estructurales o interferencias de cualquier tipo con el objetivo de facilitar su utilización para múltiples actividades (Figueroa, 1987).

Las zonas que contengan mesas y sillas para la charla o el café tienen que poseer un alto potencial de interacción social y amplia visual al exterior y a otras zonas de circulación semipública, evitando en lo posible las configuraciones cerradas. Asimismo, es importante poder visualizar las actividades de la Sala Social desde su acceso.

Desde un enfoque global, es recomendable desarrollar un camino primario de circulación que comunique el acceso con la zona privada, y un camino secundario que hilvane las distintas áreas sociales. La longitud óptima del camino primario, que une la entrada principal con los sectores sociales o con un sector de distribución, debería comprender entre los 6 y los 10 metros como máximo (Barta, 1998).

Otro elemento de construcción y diseño que es compatible con el modelo de viviendas asistidas para adultos mayores es una rampa interna de recorrido en el área social (en el caso de que ésta se proyecte en más de un nivel) que sirva también como “balcón dinámico”: a medida que los residentes van caminando hacia el vestíbulo central podrán observar las actividades que se desarrollan en las distintas zonas sociales.

Por otra parte, es conveniente que todas las áreas de la zona social tengan aberturas amplias hacia el camino que intercomunica las zonas sociales para facilitar la interacción de los residentes a partir de ángulos de visión amplios. Estas aberturas

pueden tener puertas dobles con planos transparentes o directamente ser aberturas francas. Se debe evitar la generación de espacios muy largos para no dificultar la audición y/o la visión entre personas que participan de una determinada actividad social (Perkins, 2004).

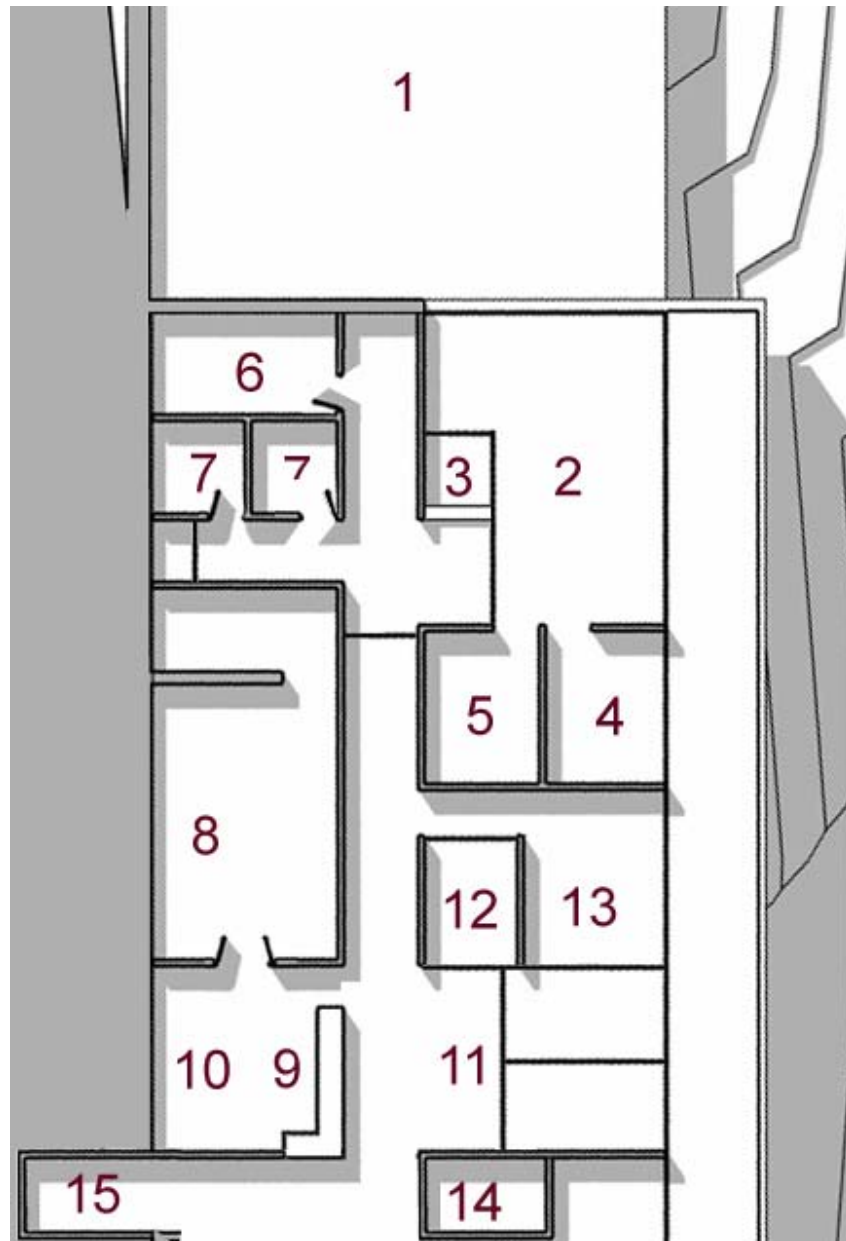
En la fase de planificación y organización del espacio, se han de desarrollar todas las posibilidades de Personalización del Espacio que sean posibles. En este sentido, se procurará evitar por todos los medios visuales, organizativos y estéticos cualquier semejanza con la estética institucional y despersonalizada de muchas residencias geriátricas. A tal efecto, es recomendable utilizar el color como elemento que brinda personalización, guía y contraste (Puerto Rico's Bankers Association, 2005).

Todas las áreas deben tener amplias superficies vidriadas y entradas de luz en los planos verticales y cenitales para aumentar el índice de luminosidad de los locales y su capacidad receptiva, ya que la literatura demuestra que los lugares con poca luz pueden provocar tristeza y decaimiento. Es por ello que se debe crear a través de la organización de los espacios de circulación (caminos), de la entrada de la luz, de las plantas interiores y de la disposición de equipamientos como sillones y mesitas, puntos focales de atracción y aumento de la interacción social (Quiles, 1997).

En síntesis, se debe posibilitar que las áreas sociales combinen sectores amplios destinados a interacción social: reuniones generales, fiestas, bingos, etc. y sectores más acotados que favorezcan y permitan la reunión más íntima e informal de pequeños grupos (que haya privacidad entre familiares). En este sentido, se debe alcanzar una interconexión entre todas las zonas residenciales y brindar equidistancia respecto de la zona social. Desde nuestra perspectiva, la interacción social debe ser estimulada mediante las disposiciones espaciales, pero no ser forzadas. Resulta conveniente crear espacios de observación en las zonas de los vestíbulos e intermedias, puesto que muchas personas de edad avanzada disfrutan de observar las actividades desarrolladas por otros residentes.

Es conveniente organizar un área de “espera” en la cercanía de la entrada principal. La relación visual exterior-interior debe tener amplitud pero también debe poseer privacidad, por lo que se aconseja dejar libre una distancia de 6 metros desde la ventana a un camino exterior, con pantallas de vegetación de distintas alturas y densidades. Las vistas deben dar a un lugar animado, no a un patio cerrado o a un frente con otras casas de residentes (Figueroa, 1987).

Figura 3. Organización del sector social de estudios.



En donde:

1: Zona de descanso

2: Vestíbulo

- 3: Recepción
- 4: Oficina Dental
- 5: Oficina Oftalmológica
- 6: Almacén
- 7: Baños
- 8: Cuarto de medicinas
- 9: Estación de enfermeras
- 10: Área de registro médico
- 11: Área de observación
- 12: Área de examen médico
- 13: Oficina de médico
- 14: Ascensor
- 15: Escaleras

Respecto del estacionamiento, conviene sectorizarlo teniendo en cuenta que un 20% de los espacios para estacionar debe ser semicubierto, protegido de vientos y con un ancho no inferior a 3,50 m. A la vez, si se cuenta con la infraestructura y los fondos suficientes, es aconsejable organizar un sistema de transporte interno, con combis o carros de golf, para uso exclusivo de los residentes (Emmons, 2004).

En cuanto a la organización de los espacios internos, deben ser simples, con circulaciones claras y cortas, libres de elementos sueltos o salientes (que interfieran la circulación). Cada 4 departamentos de personas solas, se aconseja disponer una unidad para matrimonio o pareja. La cantidad de unidades recomendadas es de 25 a 45 por edificio, a fin de evitar la masificación y posibilitar que todos se conozcan e interactúen (Barta, 1998).

En el proceso de planificación de un modelo de viviendas integrado –que sea a la vez independiente, continuo y asistido- también intervienen cuestiones atinentes al diseño. En este sentido, la identificación gráfica de zonas, áreas y locales debe ser clara

y con un atinado uso de colores contrastantes y signos de alto impacto visual (Perkins, 2004).

El adulto mayor tiende a apegarse a viejas asociaciones: fotos/muebles/hábitos/objetos, por lo cual se debe prever suficiente lugar para albergar todos los elementos anteriores, que son fuertes constituyentes de la identidad del espacio privado (Barta, 1998).

Los departamentos tendrán que aliviar los problemas de los adultos mayores durante su vida útil, de allí la suma importancia de la flexibilidad, la amplitud y el diseño ergonómico de los ambientes. Una pareja es la cantidad más grande de personas para la cual un departamento debe ser planeado como residentes fijos.

En principio, es recomendable caracterizar el usuario en función de edades y grados de independencia y autonomía para el correcto desarrollo del equipamiento interior de las tipologías de unidades.

La circulación entre la cama y el baño debe ser recta, amplia y libre de obstrucciones. Es imprescindible contar con una luz de noche accesible y cómoda. Los dormitorios deberán ser lo suficientemente amplios para permitir el tendido de camas, la limpieza, la iluminación y la ventilación. La cama se colocará de tal forma que su ocupante pueda ver a través de la ventana y pueda recibir una visita. Ocasionalmente, durante una convalecencia o enfermedad habrá que proporcionar las comodidades necesarias para una persona extra, por períodos breves (Perkins, 2004).

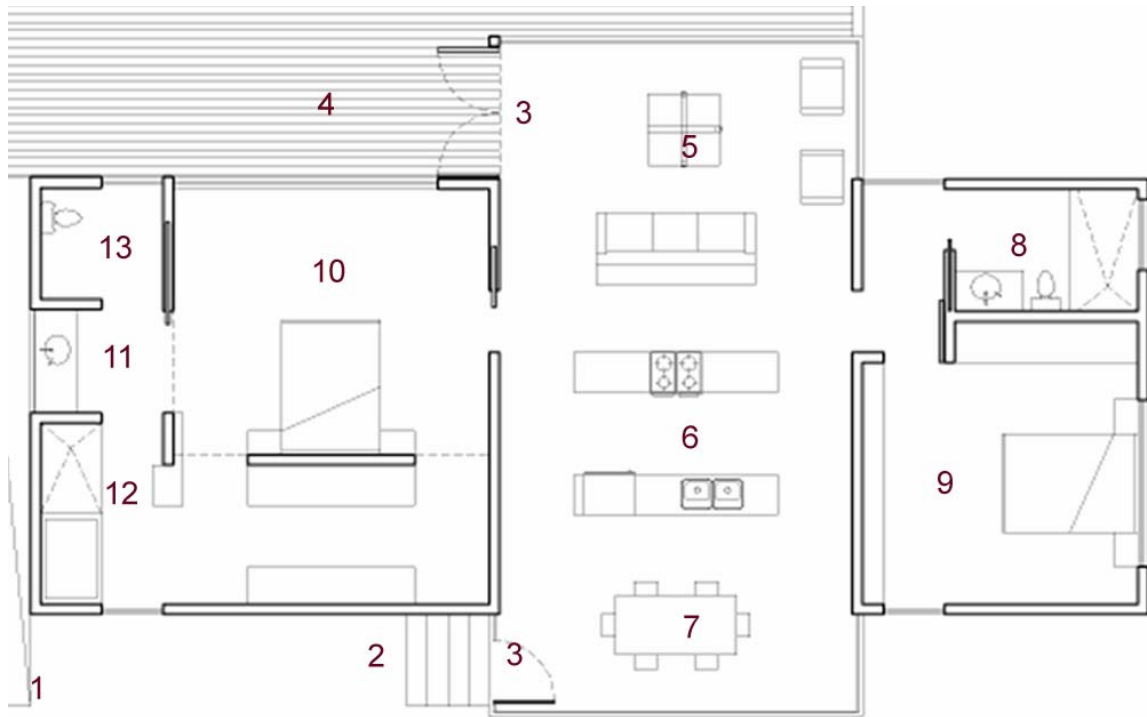
Los baños pueden estar dentro de las habitaciones. La ventilación mecánica de los mismos debe estar conectada a la misma llave de luz. A continuación se exponen algunas especificaciones más concretas para su diseño (Barta, 1998; Figueroa, 2004; Perkins, 2004):

- Altura del lavatorio: 80 cm.
- Botiquín y espejo de $h = 0.60$ m a 1.20 m.
- Grifería monocomando (domotización del hábitat)
- Pisos antideslizantes
- En caso de tener que utilizar sillas de ruedas: reemplazar bañera por zona de duchado con silla rebatible.
- Grifería con duchador
- Eliminar bidet o aumentar la superficie del baño para permitir un giro libre de la silla de ruedas de 150 cm.
- Puerta corrediza con manija suplementaria o puerta que abra hacia fuera.
- Se recomienda la ubicación de algunos bárrales en puntos estratégicos del baño en el 100% de las unidades (dado su bajo costo y su importante prestación de seguridad).

Las cocinas de cada unidad pueden ser abiertas en un 30% y cerradas las restantes; o bien tener la suficiente flexibilidad como para lograr la disposición de cocina abierta simplemente eliminando un muro divisorio. Con el mismo concepto, un 2% de las unidades por conjunto deberán poseer baños adaptados para el uso por parte de personas con silla de ruedas, andadores u otra forma de ayuda técnica para la locomoción (Barta, 1998).

Se recomiendan anchos de puertas superiores a los 80 cm en todas las aberturas interiores y exteriores de las unidades. Por su parte, los antepechos de las ventanas deben ser bajos, no mayores de 60 cm. En el diseño de todos los ambientes se deben contemplar factores ergonómicos y antropométricos, teniendo muy en cuenta las alturas y profundidades de alcance, ancho de paso y grados de libertad de maniobra, como así también vistas que den una percepción de amplitud.

Figura 4. Organización interna de las viviendas.



En donde:

- 1: Rampa
- 2: Escalera
- 3: Entrada
- 4: Terraza
- 5: Sala
- 6: Cocina
- 7: Comedor
- 8: Baño
- 9: Habitación
- 10: Habitación principal
- 11: Lavamanos
- 12: Ducha/Jacuzzi

13: Armario principal

Asimismo, se han de incorporar los conceptos de Franqueabilidad y Transitabilidad (capacidad de visitabilidad para todos los residentes) en todas las unidades del conjunto edilicio: por ejemplo, a través de la colocación de bárrales (pasamanos) continuos en pasillos y previendo en los mismos las necesidades de tránsito y maniobra de una persona con silla de ruedas o con otro tipo de ayuda técnica como un andador (Emmons, 2004).

Se recomienda, por otra parte, un mínimo de 6,5 m³ de volumen de almacenamiento por residente. Los corredores deberán tener ventanas al final para ayudar a la orientación. Como medidas de precaución y evitación de accidentes, se recomienda el uso de solados antideslizantes, evitar elementos sueltos, bordes, puntas, desniveles, paredes y pisos reflectantes, encandilamientos y cambios bruscos de intensidad lumínica.

La relación exterior-interior debe plasmarse a través de puertas - ventanas con marco interior rehundido o con umbrales menores a 1,5 cm y sistema de burletería y desnivel para protección de la humedad, los cuales proveen las siguientes ventajas (Barta, 1998; Emmons, 2004; Perkins, 2004):

- Para una mejor accesibilidad
- Para aumentar las visuales
- Para aumentar el ingreso de la luz natural
- Para favorecer el egreso-ingreso de elementos con ruedas a través de estas aberturas, como sillas o camas ortopédicas.

Las escaleras deberán componerse por 14/16 escalones de 28 cm de alto, con pasamanos continuos. Las rutas de evacuación de incendio deberán estar facilitadas por circulaciones sencillas y señalización suficiente. En los ambientes internos también se

ha de considerar la inclusión de plantas interiores (además de los jardines con luminarias de piso para señalización, con bordes de caminos con baldosas de distinto color para una mejor orientación). Los balcones, jardines y canteros de ventana para la práctica de la jardinería deberán estar a una altura accesible (Barta, 1998; Perkins, 2004).

Otras recomendaciones importantes son colocar un asiento junto a la puerta principal para descansar si algún residente viene con paquetes o para fomentar la socialización. Esta área deberá ser adyacente a la zona de circulación, en un ensanchamiento o dársena. También se dispondrán sitios de reunión al aire libre, cada 10 departamentos o cada 2 conjuntos. Su tamaño será para 15 personas como máximo. No deben dar directamente a la calle principal distribuidora. Se recomienda lugares soleados, pero protegidos del viento y de una exposición tanto pública como climática (Figueroa, 1987).

Los jardines deberán contar con algunas unidades con espacio para guardar herramientas. Se designará un espacio tipo armario exterior para dejar la basura y la ropa sucia, con puerta y de fácil alcance. Asimismo, se deben evitar cambios de nivel, escalones altos, alfombras sueltas, puertas pesadas o con cierre hidráulico y picaportes pomela. Las puertas de baño tendrán pestillos manejables desde afuera por medio de limas, tijeras o cualquier utensilio doméstico común. Ninguna puerta tendrá herrajes que no se puedan abrir de ambos lados en caso de emergencia (internas y externas). Todas las puertas que requieran llaves serán abiertas por una sola llave maestra (apertura hacia el exterior ADA) (Figueroa, 1987; Perkins, 2004).

Otro factor a prever es la existencia de mascotas y los servicios necesarios las mismas. La superficies de máxima para las unidades funcionales ha de ser de 150 m² mientras que la superficie mínima será de 60/80 m².

En relación con las medidas de seguridad, el complejo deberá poseer alarmas contra incendio, robo y escape de gas sonoro y luminoso interconectadas a zona de guardia, oficina de mantenimiento, oficina de manager y dependencias policiales y de bomberos (sensores) (domotización del hábitat) (Figueroa, 1987).

El control de luces -encendido, apagado e intensidad-, el encendido de aparato de climatización frío-calor y la apertura-cierre de mecanismos de control de la luz (cortinados livianos), se planificarán mediante operación centralizada y alternativa a control remoto (domótica). La ubicación de los interruptores eléctricos y tomas se dispondrá a 40-80-100 cm de altura, con llaves fuera de la habitación para no ingresar a oscuras, timbre de emergencia cerca de la cama, baño y cocina. La luz eléctrica se debe integrar con la luz cenital para producir aspectos similares entre el día y la noche, ayudando al movimiento y orientación. Se contará con una llave de corte general para todas las luces y disyuntor termo magnético general (Barta, 1998).

Otro aspecto a considerar es el cuidado de la renovación, humectación y pureza del aire. El grado de humedad del ambiente puede afectar las vías respiratorias, acelerar problemas de presiones por decúbito y complicaciones en la humedad ocular. Si se cuenta con aparatos acondicionadores de aire, la temperatura recomendada es de 23° grados. En épocas invernales, se recomienda instalar una calefacción regulable por el residente. Siempre en las medidas de las posibilidades, se aconseja la adquisición de un grupo electrógeno (Emmons, 2004).

Entre los servicios que puede proveer el modelo integrado -independiente, continuo y asistido- se incluyen (Barta, 1998; Emmons, 2004; Figueroa, 1987):

- Servicios de comidas
- Administrador o Central que vive o se encuentra en el lugar y provee cuidado personal a las necesidades individuales de los residentes.
- Servicio de llamado de emergencia 24 hs. conectado a la Central.

- Limpieza de áreas comunes, escaleras y sede social.
- Jardinería
- Refacciones y mantenimiento dentro de los departamentos y en áreas comunes.
- Trabajador o asistente social que aconseje a los residentes en áreas legales y beneficios sociales.

2. Descripción organizativa

Todo lo anterior representó la caracterización de la estructura física del modelo de vivienda integrado así como de sus hábitats internos y externos, individuales, de interacción social, de esparcimiento, asistencia y mantenimiento. No obstante, para hacer una presentación completa de esta propuesta debemos considerar su estructura organizativa, desde la cantidad de residentes posible hasta el personal total, discriminado este último por ocupación y disponibilidad, y un panorama, aunque sea algo superficial pero lo más abarcativamente posible, de los costos implicados.

Primero consideramos que debemos remitirnos a las diferentes tipologías habitacionales existentes en el modelo de vivienda integrado, así poder contar con parámetros de distribución que luego harán a la estructura organizativa. En este sentido, a continuación se presentan las diferentes instancias espaciales con capacidades superficiales (Barta, 1998; Emmons, 2004; Perkins, 2004):

- **Vivienda independiente:** vivienda que ofrece algunos servicios de apoyo (servicios sociales y actividades, mantenimiento del hogar, 1 comida al día y transportación) para personas que no necesitan ningún tipo de supervisión, o atención médica. En nuestro caso tiene capacidad para 100 residentes, 50 unidades de 90 m² c/u, con un total de 4.500m².

- **Vivienda de cuidado continuo (estudio):** ofrece vivienda y servicios relacionados a la salud y le permite a la persona pasar su proceso natural de envejecimiento dentro de la misma comunidad, ya que ofrece distintos niveles de ayuda y cuidado. En nuestro caso posee capacidad para 80 residentes, 40 unidades de 45 m² c/u, con un total de 1800 m².

- **Vivienda asistida (Bungalows):** se provee supervisión 24-horas al día y ayuda con las actividades de la vida diaria (comer, bañarse y vestirse, tomar medicamentos, transportación, mantenimiento de la casa, etc.) a personas de edad avanzada que ya no pueden ser totalmente independientes, pero que no necesitan atención médica continuamente. En nuestro caso posee capacidad para 70 residentes, 35 apartamentos de 40 m² c/u, con un total de 1400 m².

- **Total de superficie de viviendas:** 7700 m².

- **Áreas comunes generales:**
 - Vestíbulo: 139 m².
 - Baños: 28 m².
 - Recepción: 13 m².
 - Banco/ATM: 13 m².
 - Patio: 177 m².
 - Servicios religiosos: 46 m².

- **Administración:** total de 86 m² + 10%: 95 m².
 - Oficina Desarrollo: 9 m².
 - Recursos Humanos: 9 m².
 - Área de trabajo: 14 m².
 - Área de reuniones: 19 m².

- Área de Staff con baños: 35 m².

- **Mantenimiento:** total de 242 m² + 10%: 266 m².
 - Lavandería: 46 m².
 - Carga y Descarga: 111 m².
 - Almacén: 46 m².
 - Oficina: 9 m².
 - Basura: 28 m².

- **Restaurante:** total de 474 m² + 10%: 521 m².
 - Comedor interior: 186 m².
 - Comedor exterior: 93 m².
 - Cocina: 93 m².
 - Almacén: 37 m².
 - Mantenimiento y basura: 9 m².
 - Bar y salón: 56 m².
 - Baños/Vestíbulo: 28 m².
 - Salón de Actividades: 84 m².

- **Piscina cubierta (spa) y centro de atención:** total de 228 m² + 10%: 250 m².
 - Recepción: 5 m².
 - Spa: 28 m².
 - Nutricionista: 9 m².
 - Gimnasio: 60 m².
 - Baños/Duchas: 37 m².
 - Terapia Física: 12 m².
 - Salón de Belleza: 42 m².

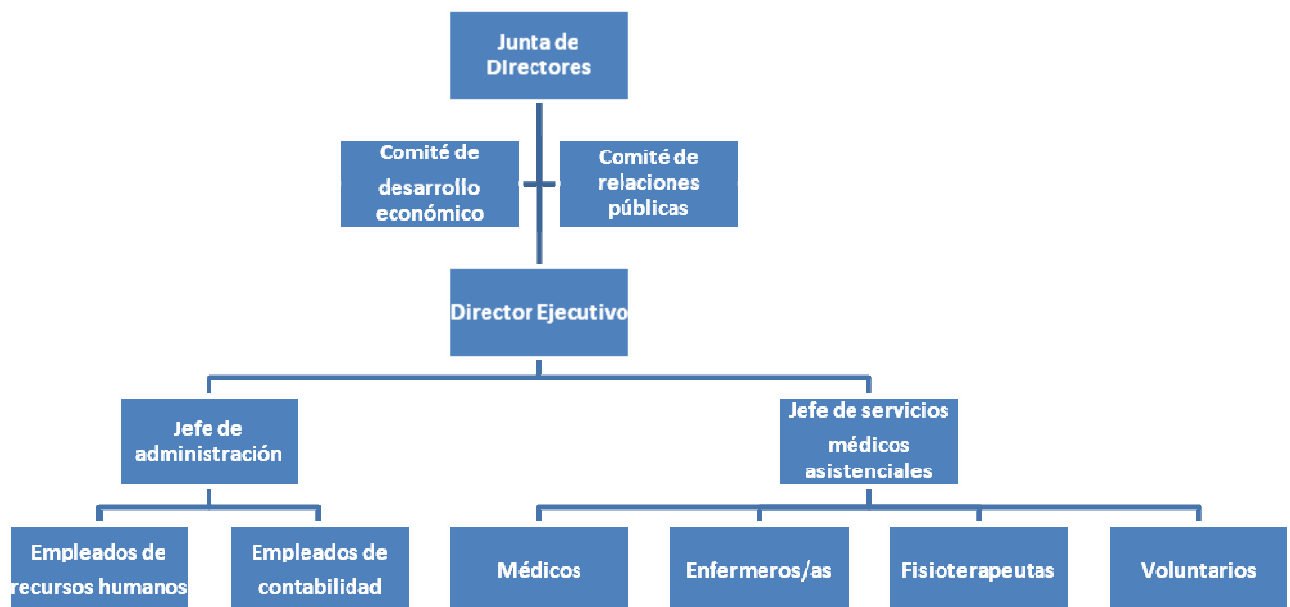
- Piscina: 88 m².
- **Servicios Médicos Básicos:** total de 241 m² + 10%: 265 m².
 - Estación de enfermeras: 7 m².
 - Oficina médico res.: 16 m².
 - Cuarto de medicamentos: 46 m².
 - Expedientes médicos: 13 m².
 - Director enfermería: 11 m².
 - Examen médico: 8 m².
 - Dental y Oftalmología: 25 m².
 - Observación: 19 m².
 - Baños: 12 m².
 - Salón de Actividades: 84 m².
- **Centro de reunión:** total de 232 m².

Antes de plantear el organigrama del modelo de vivienda integrado propuesto, en el cual se considerará la cantidad de recursos humanos necesarios por sectores, consideraremos las estructuras organizativas de muchos de los modelos ya mencionados en el apartado de Antecedentes, los más relevantes y de los cuales se tuvo acceso a la información pertinente, para así hacernos de un fundamento para la propuesta de aquél. Las facilidades y servicios denominados Cuidado de Salud en el Hogar (Home Health Care), Vivienda Independiente –subsidiado y no subsidiado (Senior Only Independent Living), Vivienda Asistida Hogar para Adultos (Assisted Living Adult Homes), Vivienda Asistida Vivienda Enriquecida (Assisted Living Enriched Housing), Vivienda Asistida Hogar con Modelo de Servicios (Assisted Living Housing with Services Model), Facilidad de Alzheimer o de Cuidado de Memorias (Alzheimer/Memory Care Unit), Programa de Vivienda Asistida (Assisted Living Program)

y Cuidado Diestro de Enfermería (Skilled Nursing Facility), no fueron consideradas dado que son servicios parcializados cuya estructura organizativa puede bien formar parte de algunas de las siguientes, que proveen facilidades y servicios integrados a adultos mayores.

Esperanza para la Vejez, Inc. es una fundación comunitaria, privada y sin fines de lucro que ofrece anualmente servicios directos e integrados con enfoque comunitario de nutrición, salud, servicios en el hogar, educación, sociabilización, recreación y transportación aproximadamente a 3.000 personas de edad mayor a través de múltiples centros en Puerto Rico. Posee fondos federales, estatales y municipales, apoyo del sector privado y de individuos, y de las colaboraciones y alianzas que han desarrollado con otras organizaciones de intereses y propósitos similares. Su fuerza laboral asciende a 138 empleados y cerca de 417 voluntarios. Su presupuesto anual es de aproximadamente 5.335.905\$ administrado en un periodo de año fiscal federal (octubre a septiembre). En proyecto se encuentra el Centro Integral de Vivienda y Servicios Víctor Hernández en el Municipio de Aguadilla. Los servicios de mantenimiento son realizados por personal voluntario o por contrataciones externas. La estructura organizativa de esta organización puede representarse por medio del siguiente organigrama:

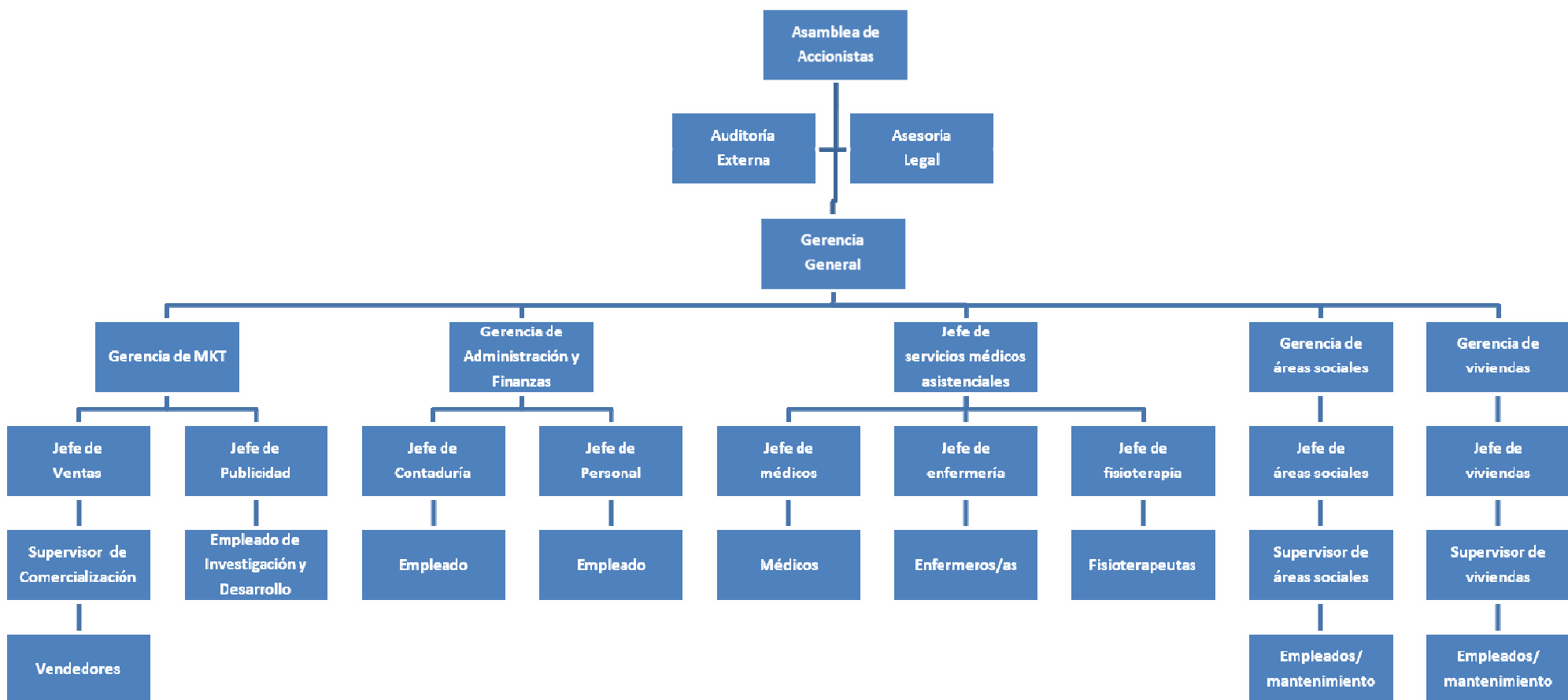
Figura 5. Organigrama de *Esperanza para la Vejez, Inc.*



The Villages es una organización con fines de lucro, que ofrece a adultos mayores distintos tipos de vivienda para alquilar o adquirir (ubicadas en barrios exclusivos y cerrados), recursos recreativos de elevada calidad (campo de golf, actividades acuáticas, deportivas, de baile, de arte, etc.), y servicios sanitarios integrados, con un total de 26.000 acres. Las viviendas son de elevada calidad y están destinadas especialmente hacia el confort y un estilo de vida moderno. Asimismo, hay un teatro, un enorme centro comercial, restaurantes y pubs, servicios religiosos, etc. Cuenta con infinidad de recursos de elevado costo hacia el aseguramiento de una calidad de vida adecuada para personas mayores de clase alta. Los servicios sanitarios integrados abarcan las necesidades de los adultos mayores en cualquier situación de dependencia. En tanto sus características organizativas y de disponibilidades físicas: para el periodo 2008-2009 el presupuesto es de 20.000.000\$; en la actualidad la empresa cuenta con 4.500 residencias, y residen 138.500 adultos mayores; finalmente, posee una plantilla de 12.000 trabajadores directos y una cantidad similar como indirectos (terciarios); percibiendo de esta manera la enorme cantidad de recursos, y bienes y servicios de elevada calidad que posee, y también comparándolos con sus pares en la anterior facilidad (Esperanza para la Vejez, Inc.). En este sentido, su

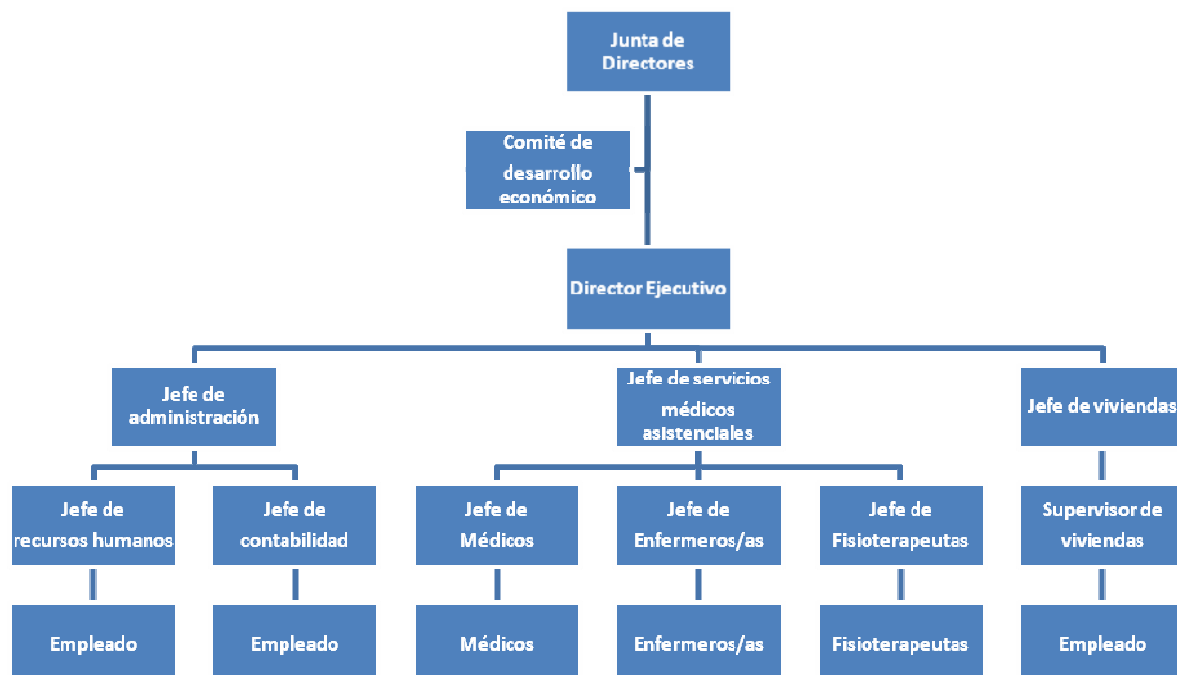
estructura organizativa responde a la de una empresa de gran volumen, que ofrece todo tipo de servicios y bienes a sus clientes, la cual podría representarse como a continuación:

Figura 6. Organigrama de *The Villages*.



Comunidad de Retiro de Cuidado Continuo (Continuing Care Retirement Community) es una facilidad en la cual se proveen unidades relacionadas con los servicios de cuidado domiciliario, vida independiente, vivienda asistida y cuidado diestro de enfermería. En ellas, respectivamente se brindan los siguientes servicios: asistencia médica, supervisión de enfermería (permanente y regular), limpieza, preparación de comidas, transportación, actividades domésticas, instalación de equipos que faciliten el desenvolvimiento del adulto mayor; seguridad, administración, actividades generales, trabajo social, limpieza de casa, actividades domésticas; supervisión de medicamentos, seguridad médica, comida, limpieza de casa, actividades domésticas, supervisión médica y de enfermería las 24 hs. o de forma regular; cuidado con enfermeras diestras las 24 hs., también asistiendo en las actividades domésticas y de desenvolvimiento cotidiano, así como en la preparación de la comida y la limpieza del hogar. Esta facilidad requiere de un pago inicial de 38.000-40.000\$ y un pago mensual de 650-3.500\$. La cantidad de empleados está en función de los distintos servicios prestados, la cual asciende a cerca de 500 individuos. Los servicios de mantenimiento son derivados a personal externo. La estructura organizativa de esta facilidad puede representarse como a continuación:

Figura 7. Organigrama de *Comunidad de Retiro de Cuidado Continuo*.



Considerando las descripciones organizativas de los anteriores modelos, observamos claramente que nuestro modelo de vivienda integrado se asemeja más al de The Villages, pero con recursos materiales y tecnológicos de menor calidad y cantidad, en donde aquél posee áreas sociales, distintos tipos de vivienda (de acuerdo a las necesidades y grado de dependencia de los adultos mayores), sectores propios de administración comercial y de recursos humanos, de mantenimiento y una exhaustiva asistencia sanitaria, basada en la atención continua, permanente y a pedido por parte de médicos, enfermeras y fisioterapeutas.

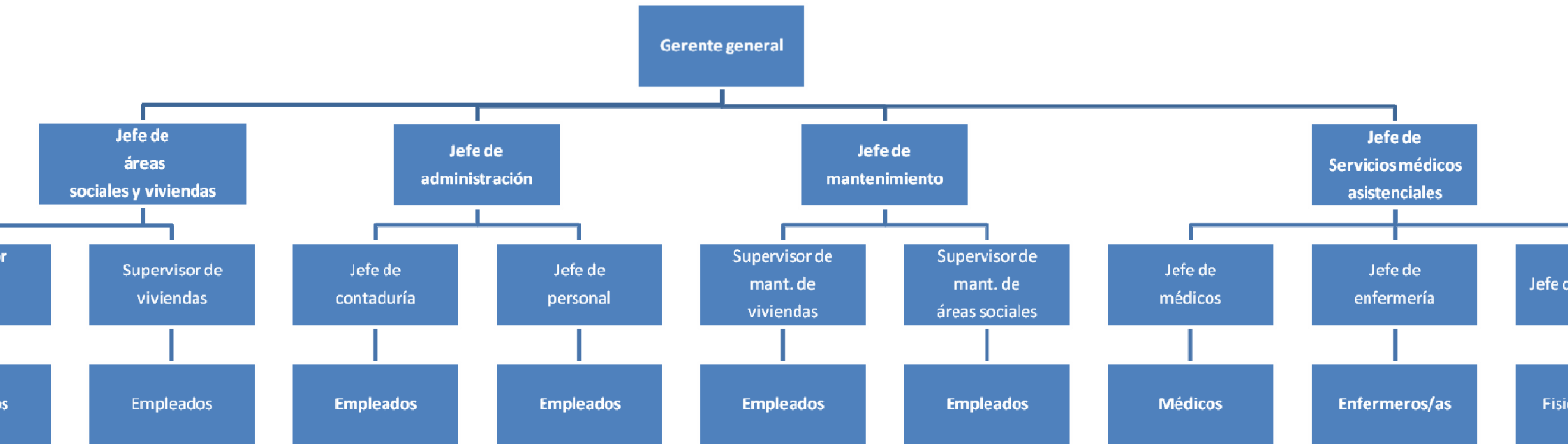
En este sentido, se provee una facilidad de viviendas y cuidados sanitarios integrados limitada en número de residentes potenciales (141 en total) y de algunos recursos de recreación como los acuáticos, pero con instancias de desarrollo personal y social, tanto en espacios abiertos como cerrados, siempre resguardadas desde una seguridad médica excepcional, en la cual participan profesionales de todas las áreas necesarias ante las vicisitudes posibles de los adultos mayores.

Asimismo, respecto del modelo de The Villages, el nuestro no posee un trasfondo tan profundo como empresa, principalmente debido a la poca oferta de residencias y a las posibilidades de los adultos mayores a los cuales están dirigidas, de clase socioeconómicamente intermedia. Sin embargo, lo que se quita en sectores de publicidad, ventas y comercialización, se suma a lo organizativo administrativo, de sectores sociales, de viviendas, de mantenimiento, y de asistencia médica institucional y domiciliar.

Respecto de los modelos de Esperanza para la Vejez, Inc. y Comunidad de Retiro de Cuidado Continuo, hemos incluido sectores propios destinados a la administración de áreas sociales, viviendas, y mantenimiento de ambos, principalmente en función de las disposiciones espaciales del modelo propuesto y de la propia exigencia de calidad en las prestaciones de servicios y de bienes. La cantidad de empleados, sin embargo, es reducida en nuestro modelo respecto de los tres anteriores (337), dada la menor capacidad de residentes potenciales: el modelo es un entorno semicerrado autoabastecible, pero con recursos espaciales, variados, de poca cantidad. A este respecto: Esperanza para la Vejez, Inc. abarca varios municipios de Puerto Rico; The Villages representa un espacio de gran amplitud con una gran variabilidad de bienes y servicios prestados; y Comunidad de Retiro de Cuidado Continuo, ofrece prácticamente los mismos bienes y servicios que los nuestros, pero abarcando una cantidad de residentes potenciales aproximadamente 3 veces superior.

Así, la siguiente figura representa el organigrama de nuestro modelo de vivienda, el cual explicaremos en detalle seguidamente:

Figura 8. Organigrama de recursos humanos necesarios por sector del modelo integrado de vivienda propuesto.



Respecto del anterior organigrama deben considerarse las siguientes acciones específicas de los integrantes de los diversos sectores, teniendo en cuenta que se especifica la cantidad de ellos entre paréntesis:

Gerente general (1)

- Controla y coordina todas las actividades que se desarrollan.
- Toma las decisiones finales a largo plazo sobre los distintos sectores.
- Dedicación completa, lunes a viernes, 8 horas diarias, de 09:00-17:00 hs.

Jefe de administración (1)

- Controla las funciones de los supervisores de áreas sociales y de viviendas.
- Toma las decisiones a corto plazo dentro del sector.
- Dedicación completa, lunes a viernes, 8 horas diarias, de 09:00-17:00 hs.
- Controla las funciones de contaduría y el Jefe de personal.
- Toma las decisiones a corto plazo en el sector de administración.
- Dedicación completa, lunes a viernes, 8 horas diarias, de 09:00-17:00 hs.
- Controla los desempeños de los empleados en los sectores de recepción, los servicios religiosos, campo de golf, biblioteca, el restaurante, la piscina cubierta (spa), el centro de reunión, los espacios recreativos y el centro comercial.
- Organiza y regula los espacios sociales mencionados.
- Dedicación completa, lunes a sábados, 2 supervisores por cada turno de trabajo, 8 horas diarias cada uno, de 07:00-15:00 hs. y 15:00-23:00 hs.

Empleados de áreas sociales (15)

- Desempeño en las actividades particulares de cada sector.
- Atención de los adultos mayores en las distintas áreas sociales.

- Cuidado de los adultos mayores en dichos sectores (cuidado en términos de observación).
- Mantenimiento estético y superficial de los sectores.
- Recepción: dedicación completa, lunes a domingos, 1 empleado por cada turno de trabajo, 12 horas diarias, de 07:00-19:00 hs. y 19:00-07:00 hs. Horarios rotativos, siempre 1 empleado tiene 24 hs. de descanso.
- Servicios religiosos: 1 ministro y 2 ayudantes, dedicación completa, todos ellos de 08:00-16:00 hs. todos los días, pero a disposición de los residentes las 24 hs., todos los días.
- Campo de golf: dedicación completa, martes a domingos, 8 horas diarias, de 09:00-17:00 hs. Lunes se dedica al acondicionamiento del campo, además del mantenimiento diario.
- Biblioteca: dedicación completa, lunes a sábados, 8 horas diarias, de 10:00-18:00 hs.
- Restaurante: dedicación completa, lunes a domingos, 3 empleados en cada turno (1 cocinero y 2 mozos), 8 horas diarias, de 07:00-15:00 hs. y 16:00-24:00 hs. Turnos rotativos.
- Piscina cubierta (spa): dedicación completa, lunes a sábados, 8 horas diarias, de 09:00-17:00 hs. Domingo se dedica al acondicionamiento de la piscina, además del mantenimiento diario.
- Centro de reunión: dedicación completa, lunes a domingos, 1 empleado por día, 8 horas diarias, de 11:00-19:00 hs.
- Espacios recreativos: dedicación completa, lunes a domingos, 1 empleado por día, 8 horas diarias, de 11:00-19:00 hs.
- Centro comercial: dedicación completa, lunes a sábados, 8 horas diarias, de 09:00-13:00 hs. y de 16:00-20:00 hs.

Empleados de viviendas (50)

- Vivienda de cuidado continuo (30): dedicación completa, lunes a domingos, 10 empleados por cada turno, para los 28 estudios, 8 horas diarias, de 07:00-15:00 hs. y 15:00-23:00 hs. Turnos rotativos. Asistencia continua pero no permanente en labores domésticas para los residentes.
- Vivienda independiente (5): dedicación completa, lunes a domingos, 2 empleados por cada turno, para las 50 residencias, 8 horas diarias, de 07:00-15:00 hs. y 15:00-23:00 hs. Turnos rotativos. Asistencia diaria pero no permanente y circunstancial (a pedido) de diversas tareas domésticas.
- Bungalows (15): dedicación completa, lunes a viernes. Asistencia continua y permanente en las labores domésticas para los residentes.

Empleados de administración (4)

- Ejecución y control del Presupuesto Económico y Financiero de la entidad.
- Supervisión del Sistema Contable para el manejo de los recursos financieros.
- Elaboración del Presupuesto Anual.
- Verificación de los depósitos a realizar.
- Adquisición de Activos Fijos.
- Distribución de utilidades.
- Realización de informes para el Gerente General.
- Control de las facturas por gastos realizados.
- Registro de los ingresos y gastos.
- Realización el balance general y el cuadro de resultados.
- Flujo de caja.
- Realización de la conciliación bancaria
- Ingreso de las facturas en los programas.
- Dedicación completa, lunes a viernes, 8 horas diarias, de 09:00-17:00 hs.

Empleados de mantenimiento de viviendas (4)

- Empleados (4): dedicación completa, lunes a domingos, 2 empleados por cada turno de trabajo, 8 horas diarias cada uno, de 07:00-15:00 hs. y 15:00-23:00 hs. Turnos rotativos. Manutención y refacción de los recursos materiales existentes en las viviendas.

Jefe de médicos y enfermeras (1)

- Organiza y regula las actividades asistenciales y necesidades de los médicos.
- Realiza el inventario de los elementos utilizados y necesarios para la actividad.
- Controla las medidas asistenciales llevadas a cabo y resultados de las mismas.
- Organiza los espacios dedicados a la asistencia médica.
- Coordina las actividades con el Jefe de enfermería y de fisioterapia, de ser necesario.
- Dedicación completa, lunes a sábados, 9 horas diarias, 09:00-18:00 hs.

Médicos (4)

- Médicos clínicos: dedicación completa, lunes a domingos, 1 médico por cada turno de trabajo, 12 horas diarias cada uno, de 08:00-20:00 hs., 20:00-08:00 hs. Turnos rotativos.
- Resto de profesionales: dedicación completa, lunes a sábados, 12 horas diarias, de 08:00-20:00 hs.
- Realizan las distintas actividades asistenciales por área, en el espacio asistencial específico y a domicilio.
- Comunican las necesidades y problemáticas al Jefe de médicos.

Enfermeros/as (8)

- Asisten al paciente por prescripción médica.
- Asisten al médico y fisioterapeuta en todas sus actividades, cuando es necesario.
- Comunican las necesidades y problemáticas al Jefe de enfermería.
- Asistencia a médicos y fisioterapeutas en el horario de 08:00-20:00 hs : dedicación completa, lunes a sábados.
- Asistencia a médicos clínicos en el horario de 20:00-08:00 hs: dedicación completa, lunes a domingos, 2 enfermeros/as por turno, 12 horas diarias. Turnos rotativos.

Fisioterapeutas (3)

- Asisten al paciente por medios naturales y mecánicos, como aire y agua, masajes y gimnasia, respectivamente, por lo general complementariamente al tratamiento del médico.
- Deben llevar una relación más íntima que los otros profesionales asistenciales, dados sus metódicas.
- Asistencia en espacios médicos específicos y a domicilio.
- Comunican las necesidades y problemáticas al Jefe de fisioterapia.
- Dedicación completa, lunes a sábados, 12 horas diarias, de 08:00-20:00 hs.

Inversión Inicial

Con respecto a la inversión inicial estimamos que se requieren 10.000.000 de dólares, los cuales serán invertidos en función del siguiente cuadro.

2008	
Detalle	Monto Total
Inmuebles Terrenos	1.500.000
Inmuebles Edificados	4.000.000
Instalaciones	2.500.000
Muebles y Utiles	2.000.000
Total	10.000.000

Fuente: Elaboración Propia

Hemos estimado que la adquisición del terreno requiera un desembolso de aproximadamente 1.500.000\$, la construcción de todos los edificios requiera aproximadamente de unos 4.000.000\$ adicionales. Con respecto a las instalaciones que comprenden los equipos de aire, electricidad, gas y otras estimamos que se deberán desembolsar aproximadamente 2.500.000\$ adicionales. Por último para equipar a los inmuebles se harán necesarios unos 2.000.000\$.

Ingresos

Con respecto a los ingresos tenemos 6 fuentes de ingresos, que a su vez pueden ser agrupados en 2 categorías. Por un lado está todo lo relacionado con la prestación del servicio esencial para las personas de edad avanzada y en la segunda categoría podemos agrupar a los servicios auxiliares o complementarios como el Campo de Golf, el Restaurante y Confitería, el Spa, por último el Gimnasio.

A continuación podemos observar la estimación que hemos efectuado de nuestros precios en función de los distintos servicios para los distintos años, hay que tener en cuenta que el primer año los valores, sobre todo los de los servicios auxiliares son más bajo debido a la política de promocionar los mismos.

Precios Promedios	2009	2010	2011	2012	2013
Vivienda Independiente	15.000	15.500	16.000	16.250	16.500
Vivienda cuidado continuo	20.000	21.000	21.500	22.000	22.250
Vivienda asistida	25.000	26.000	26.500	27.000	27.250
Campo de Golf	30	35	40	40	45
Restaurant y Confiteria	30	31	32	33	34
Spa	20	23	25	26	26
Gimnasio	8	9	10	11	12

Fuente: Elaboración Propia

Las variaciones de los precios, en relación al año anterior, lo podemos observar en la siguiente tabla. Las variaciones no son homogéneas para todos nuestros

servicios, esto se debe principalmente a que algunos servicios parten de valores muy reducidos para promocionarlos en los primeros años.

Variaciones % en Precios	2009	2010	2011	2012	2013
Vivienda Independiente	0,00%	3,33%	3,23%	1,56%	1,54%
Vivienda cuidado continuo	0,00%	5,00%	2,38%	2,33%	1,14%
Vivienda asistida	0,00%	4,00%	1,92%	1,89%	0,93%
Campo de Golf	0,00%	16,67%	14,29%	0,00%	12,50%
Restaurant y Confitería	0,00%	3,33%	3,23%	3,13%	3,03%
Spa	0,00%	12,50%	11,11%	4,00%	0,00%
Gimnasio	0,00%	12,50%	11,11%	10,00%	9,09%

Fuente: Elaboración Propia

Con respecto a las cantidades hemos estimado que el complejo no utilizara su capacidad plena en el primer año, en el segundo año la misma estará casi al 100%. Para el año 2011 la misma estará al 100% en relación a la actividad principal. Hay tener en cuenta que los servicios auxiliares pueden ser utilizados por visitantes que no residen en el complejo. Es decir que los ingresos provenientes de las actividades provienen en su totalidad, excepto por el campo de golf, de personas que habitan fuera del complejo. El campo de golf esta arancelado para todos y no está incluido en la tarifa base para los residentes. En el siguiente cuadro se pueden observar las cantidades de cada servicio utilizadas en función de nuestras estimaciones.

TOTALES EN CANTIDADES	2009	2010	2011	2012	2013
Vivienda Independiente	80	95	100	100	100
Vivienda cuidado continuo	60	75	80	80	80
Vivienda asistida	60	65	70	70	70
Campo de Golf	3.600	5.400	7.200	7.920	8.640
Restaurant y Confitería	7.200	7.920	8.640	9.000	9.180
Spa y Sauna	1.800	2.520	3.600	4.320	5.040
Gimnasio	2.880	3.600	4.320	5.400	5.760

Fuente: Elaboración Propia

En la siguiente tabla podemos ver las tasas de crecimiento esperadas con respecto al año anterior.

Variaciones % en Cantidades	2009	2010	2011	2012	2013
Vivienda Independiente	0,00%	18,75%	5,26%	0,00%	0,00%
Vivienda cuidado continuo	0,00%	25,00%	6,67%	0,00%	0,00%
Vivienda asistida	0,00%	8,33%	7,69%	0,00%	0,00%
Campo de Golf	0,00%	50,00%	33,33%	10,00%	9,09%
Restaurant y Confiteria	0,00%	10,00%	9,09%	4,17%	2,00%
Spa	0,00%	40,00%	42,86%	20,00%	16,67%
Gimnasio	0,00%	25,00%	20,00%	25,00%	6,67%

Fuente: Elaboración Propia

Por último hemos estimado en función de la información contenida en las tablas anteriores los ingresos por cada servicio prestado, además de los ingresos totales estimados para cada año. De forma que para el primer año se estima ingresos totales por 4.283.040\$, para los siguientes años los mismos se incrementan por una mayor utilización de la capacidad instalada pero también por el aumento en los precios cobrados por los servicios, de forma que se estima una facturación de 6.238.580\$ para el año 2013.

TOTALES EN PESOS	2009	2010	2011	2012	2013
Total Ingresos por Servicios	4.283.040	5.261.120	5.872.680	6.060.520	6.238.580
Vivienda Independiente	1.200.000	1.472.500	1.600.000	1.625.000	1.650.000
Vivienda cuidado continuo	1.200.000	1.575.000	1.720.000	1.760.000	1.780.000
Vivienda asistida	1.500.000	1.690.000	1.855.000	1.890.000	1.907.500
Campo de Golf	108.000	189.000	288.000	316.800	388.800
Restaurant y Confiteria	216.000	245.520	276.480	297.000	312.120
Spa	36.000	56.700	90.000	112.320	131.040
Gimnasio	23.040	32.400	43.200	59.400	69.120

Fuente: Elaboración Propia

Personal

La siguiente tabla se encuentra detallado la composición del personal y sus respectivas remuneraciones. En la misma se encuentra detallado el sueldo bruto mensual para cada categoría, además de las retenciones que se efectúan al sueldo básico, además de computarse los aportes que tiene que hacer el empleador a las distintas cajas. Hay que tener en cuenta que la última columna está conformada por el

sueldo básico más las contribuciones patronales multiplicado por trece ya que se tiene en cuenta el aguinaldo que representa un sueldo completo más en el año calendario.

N°	Cargo del Personal	Sueldo Básico	Total Sueldos	Retenciones			Total Ret.	Sueldo Neto	Cont. Patr.	Totales Anuales
				5%	3%	3%				
1	Gerente general	5.000	5.000	250	150	150	550	4.450	1.195	80.535
1	Jefe de administración	3.000	3.000	150	90	90	330	2.670	717	48.321
1	Jefe de Medicos y Enfermeras	2.800	2.800	140	84	84	308	2.492	669	45.100
15	Empleados de áreas sociales	1.200	18.000	900	540	540	1.980	16.020	4.302	289.926
5	Empleados de vivienda independiente	1.400	7.000	350	210	210	770	6.230	1.673	112.749
15	Empleados de vivienda asistida	1.500	22.500	1.125	675	675	2.475	20.025	5.378	362.408
30	Empleados vivienda cuidado continuo	1.600	48.000	2.400	1.440	1.440	5.280	42.720	11.472	773.136
4	Empleados de administracion	1.500	6.000	300	180	180	660	5.340	1.434	96.642
4	Mantenimiento	1.200	4.800	240	144	144	528	4.272	1.147	77.314
4	Seguridad	1.200	4.800	240	144	144	528	4.272	1.147	77.314
4	Médicos	4.500	18.000	900	540	540	1.980	16.020	4.302	289.926
8	Enfermeras	1.500	12.000	600	360	360	1.320	10.680	2.868	193.284
3	Fisioterapeutas	2.600	7.800	390	234	234	858	6.942	1.864	125.635
95	Total	29.000	159.700	7.985	4.791	4.791	17.567	142.133	38.168	2.572.288

Fuente: Elaboración Propia

En el siguiente cuadro lo que hemos realizado es clasificar los gastos del personal en tres categorías que son los costos de prestar el servicio (CMV), los Gastos de Administración (ADM) y por último los Gastos de Comercialización (COM). Esta clasificación se realiza para poder luego imputar los gastos de personal en el estado de resultados en estas tres categorías.

El grueso de las erogaciones que se efectúan en el transcurso del año se imputan a costos de prestación del servicio, el segundo componente en importancia corresponde a los gastos de administración, el último ítem en importancia corresponde a los gastos de comercialización.

Nº	Cargo del Personal	Totales Anuales	Porcentual %			Asignacion de Gastos Personal		
			Cmv	Adm	Com	Costos	Adm.	Come.
1	Gerente general	80.535	34	33	33	27.382	26.577	26.577
1	Jefe de administración	48.321	50	25	25	24.161	12.080	12.080
1	Jefe de Medicos y Enfermeras	45.100	100	0	0	45.100	0	0
15	Empleados de áreas sociales	289.926	100	0	0	289.926	0	0
5	Empleados de vivienda independiente	112.749	100	0	0	112.749	0	0
15	Empleados de vivienda asistida	362.408	100	0	0	362.408	0	0
30	Empleados vivienda cuidado continuo	773.136	100	0	0	773.136	0	0
4	Empleados de administracion	96.642	0	80	20	0	77.314	19.328
4	Mantenimiento	77.314	85	5	0	65.717	3.866	0
4	Seguridad	77.314	100	0	0	77.314	0	0
4	Médicos	289.926	100	0	0	289.926	0	0
8	Enfermeras	193.284	100	0	0	193.284	0	0
3	Fisioterapeutas	125.635	100	0	0	125.635	0	0
95	Total	2.572.288				2.386.735	119.836	57.985

Fuente: Elaboración Propia

Calculo de Depreciación

En la siguiente sección calcularemos el valor de la depreciación o amortización de los bienes de uso que hemos adquirido en el año 2008 para poder realizar el proyecto. Para eso hemos efectuado las siguientes tablas

Valor Origen	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Inmuebles Terrenos	1.500.000	1.500.000	1.500.000	1.500.000	1.500.000	1.500.000
Inmuebles Edificados	4.000.000	4.000.000	4.000.000	4.000.000	4.000.000	4.000.000
Instalaciones	2.500.000	2.500.000	2.560.000	2.680.000	2.800.000	2.920.000
Muebles y Utiles	2.000.000	2.000.000	2.060.000	2.180.000	2.300.000	2.420.000
Total	10.000.000	10.000.000	10.120.000	10.360.000	10.600.000	10.840.000

Fuente: Elaboración Propia

Alzas y Bajas	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Inmuebles Terrenos	0	0	0	0	0	0
Inmuebles Edificados	0	0	0	0	0	0
Instalaciones	0	60.000	120.000	120.000	120.000	120.000
Muebles y Utiles	0	60.000	120.000	120.000	120.000	120.000
Total	0	120.000	240.000	240.000	240.000	240.000

Fuente: Elaboración Propia

Valor despues de Alzas y Bajas	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Inmuebles Terrenos	1.500.000	1.500.000	1.500.000	1.500.000	1.500.000	1.500.000
Inmuebles Edificados	4.000.000	4.000.000	4.000.000	4.000.000	4.000.000	4.000.000
Instalaciones	2.500.000	2.560.000	2.680.000	2.800.000	2.920.000	3.040.000
Muebles y Utiles	2.000.000	2.060.000	2.180.000	2.300.000	2.420.000	2.540.000
Total	10.000.000	10.120.000	10.360.000	10.600.000	10.840.000	11.080.000

Fuente: Elaboración Propia

Amortizaciones del Periodo		2008	2009	2010	2011	2012	2013
Inmuebles Terrenos	0%		0	0	0	0	0
Inmuebles Edificados	2%		200.000	200.000	200.000	200.000	200.000
Instalaciones	5%		128.000	134.000	140.000	146.000	152.000
Muebles y Utiles	10%		206.000	218.000	230.000	242.000	254.000
Total			534.000	552.000	570.000	588.000	606.000

Fuente: Elaboración Propia

Centro de Costos		2008	2009	2010	2011	2012	2013
Costo de Servicios	85%		453.900	469.200	484.500	499.800	515.100
Administrativos	10%		53.400	55.200	57.000	58.800	60.600
Comercializacion	5%		26.700	27.600	28.500	29.400	30.300
Total	100%		534.000	552.000	570.000	588.000	606.000

Fuente: Elaboración Propia

El primer cuadro representa el valor nominal de cada cuenta al comienzo de cada año en función de las variaciones nominales que pudiendo haber surgido en el año anterior por ventas de bienes de uso o compras de bienes de uso. Dichas compras o ventas se pueden observar en el segundo cuadro denominado Alzas y Bajas. El tercer cuadro nos indica el valor nominal total que es la base para el caculo del valor de las amortizaciones. En el ante último cuadro se calcula las amortizaciones del periodo que luego son distribuidas en función de su importancia en Costos de Servicios, Gastos de Administración y Gastos de Comercialización en la última tabla.

Estructura de costos

En la siguiente tabla podemos observar la distribución final de los costos y gastos de proveer los servicios y mantener el complejo funcionando, que han sido clasificados en costos de proveer el servicio, gastos de administración y por último los gastos de comercialización.

Estos costos y gastos a su vez están conformados por tres temas que son las amortizaciones, las erogaciones del personal y por último los costos de proveer cada

servicio en función de los insumos. Este último punto se detalla en la subsiguiente tabla en donde se expresan los costos totales de proveer cada servicio sin incluir las amortizaciones, ni el gasto en personal.

TOTALES EN PESOS	2009	2010	2011	2012	2013
Costos (inc. Amortizaciones)	3.697.243	4.027.496	4.265.351	4.396.408	4.554.701
Administrativos (inc. Amortizaciones)	173.236	181.028	187.861	193.587	200.778
Comercialización (inc. Amortizaciones)	84.685	88.484	91.820	94.619	98.128
Total	3.955.165	4.297.008	4.545.032	4.684.615	4.853.607

Fuente: Elaboración Propia

TOTALES EN PESOS	2009	2010	2011	2012	2013
Total Costos por Servicios	856.608	1.052.224	1.174.536	1.212.104	1.247.716
Vivienda Independiente	240.000	294.500	320.000	325.000	330.000
Vivienda cuidado continuo	240.000	315.000	344.000	352.000	356.000
Vivienda asistida	300.000	338.000	371.000	378.000	381.500
Campo de Golf	21.600	37.800	57.600	63.360	77.760
Restaurant y Confeitería	43.200	49.104	55.296	59.400	62.424
Spa	7.200	11.340	18.000	22.464	26.208
Gimnasio	4.608	6.480	8.640	11.880	13.824

Fuente: Elaboración Propia

Para la estimación de los valores anteriores hemos utilizado las siguientes dos tablas en donde en la primera se observan las cantidades demandadas de cada servicio.

TOTALES EN CANTIDADES	2009	2010	2011	2012	2013
Vivienda Independiente	80	95	100	100	100
Vivienda cuidado continuo	60	75	80	80	80
Vivienda asistida	60	65	70	70	70
Campo de Golf	3.600	5.400	7.200	7.920	8.640
Restaurant y Confeitería	7.200	7.920	8.640	9.000	9.180
Spa	1.800	2.520	3.600	4.320	5.040
Gimnasio	2.880	3.600	4.320	5.400	5.760

Fuente: Elaboración Propia

En esta tabla lo que se observa el costo promedio que hemos estimado para proveer cada servicio, de forma que el costo total de vivienda independiente surge de multiplicar los 80 por los 3.000 lo que implica una erogación anual de 240.000\$, dicho valor se puede encontrar en la tabla correspondiente. Para las demás prestaciones el procedimiento elegido es el mismo.

Costos Promedios	2009	2010	2011	2012	2013
Vivienda Independiente	3.000	3.100	3.200	3.250	3.300
Vivienda cuidado continuo	4.000	4.200	4.300	4.400	4.450
Vivienda asistida	5.000	5.200	5.300	5.400	5.450
Campo de Golf	6	7	8	8	9
Restaurant y Confeiteria	6	6	6	7	7
Spa	4	5	5	5	5
Gimnasio	2	2	2	2	2

Fuente: Elaboración Propia

La siguiente tabla vuelve a resumir los gastos de personal y su clasificación en función de la categoría seleccionada en la sección de personal. Dicha tabla simplemente nos es de utilidad para poder adicionar el costo de personal a cada clasificación.

Costos Personal	2009	2010	2011	2012	2013
Costos Servicios	2.386.735	2.506.072	2.606.315	2.684.504	2.791.885
Administrativos	119.836	125.828	130.861	134.787	140.178
Comercializacion	57.985	60.884	63.320	65.219	67.828

Fuente: Elaboración Propia

Para los años 2010, 2011, 2012 y 2013 los costos del personal han sido calculados en función del año anterior más un aumento salarial que se detalla en la siguiente tabla.

Variaciones % Costo Personal	2009	2010	2011	2012	2013
Costos	0,00%	5,00%	4,00%	3,00%	4,00%
Administrativos	0,00%	5,00%	4,00%	3,00%	4,00%
Comercializacion	0,00%	5,00%	4,00%	3,00%	4,00%

Fuente: Elaboración Propia

Por ultimo tenemos las amortizaciones que hemos calculada en la sección anterior en función de la asignación.

Amortizaciones	2009	2010	2011	2012	2013
Costos Servicios	453.900	469.200	484.500	499.800	515.100
Administrativos	53.400	55.200	57.000	58.800	60.600
Comercializacion	26.700	27.600	28.500	29.400	30.300

Fuente: Elaboración Propia

Estado de Resultados

Como se puede observar las estimaciones efectuadas en función de los ingresos y egresos el proyecto obtiene para todos los años valores positivos de forma que el proyecto genera recursos todos los años. El primer año después de impuestos el mismo genera una utilidad de 213.119\$.

Para los demás años los resultados se incrementan debido a la alza de los precios, además por el mayor uso de la capacidad instalada.

No hemos considerado gastos financieros por considerar que el proyecto se financia con recursos propios.

Detalle	2009		2010		2011		2012		2013	
Ventas	100,00%	4.283.040	100,00%	5.261.120	100,00%	5.872.680	100,00%	6.060.520	100,00%	6.238.580
Costo de Servicios	86,32%	3.697.243	76,55%	4.027.496	72,63%	4.265.351	72,54%	4.396.408	73,01%	4.554.701
Utilidad Bruta	13,68%	585.797	23,45%	1.233.624	27,37%	1.607.329	27,46%	1.664.112	26,99%	1.683.879
Gastos de Administración	4,04%	173.236	3,44%	181.028	3,20%	187.861	3,19%	193.587	3,22%	200.778
Gastos de Comercialización	1,98%	84.685	1,68%	88.484	1,56%	91.820	1,56%	94.619	1,57%	98.128
Resultado Operativo	7,66%	327.875	18,33%	964.112	22,61%	1.327.648	22,70%	1.375.905	22,20%	1.384.973
Resultados Financieros	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0
Generados por Activos	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0
Intereses		0		0		0		0		0
Generados por Pasivos	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0
Intereses	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0
Otros Ingresos y Egresos	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0
Resultado antes de Impuesto	7,66%	327.875	18,33%	964.112	22,61%	1.327.648	22,70%	1.375.905	22,20%	1.384.973
Impuesto a la Ganancia	2,68%	114.756	6,41%	337.439	7,91%	464.677	7,95%	481.567	7,77%	484.741
Resultado después de impuesto	4,98%	213.119	11,91%	626.673	14,69%	862.971	14,76%	894.339	14,43%	900.232

Fuente: Elaboración Propia

Viabilidad del Proyecto en términos Económicos y Financieros

Por último hemos efectuado un análisis de viabilidad económico – financiero, para ello hemos utilizado y calculado los tradicionales indicadores conocidos como Valor Actual Neto (VAN) y la Tasa Interna de Retorno (TIR). Como se puede observar los resultados son favorables de forma que tanto el VAN como la TIR nos arrojan valores positivos.

El VAN resulta de unos 2.399.489\$ lo que implica que el proyecto no solo recupera la inversión sino que además genera un excedente de 2.399.489\$, hay que tener en cuenta que la proyección efectuada tiene en consideración lo que se denomina en la jerga económica – financiera valor terminal, el mismo ha sido calculado en función del último año de ingresos descontado a la tasa de descuento aplicada.

La tasa de descuento utilizada ha sido calculada en base al modelo CAPM. Por último debemos mencionar que la TIR del proyecto es de 12.93% siendo dicha tasa una tasa acorde al mercado.

Equity Cash Flow	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Resultado Operativo	0	327.875	964.112	1.327.648	1.375.905	1.384.973	
Amortizacion	0	534.000	552.000	570.000	588.000	606.000	
Capex	10.000.000	120.000	240.000	240.000	240.000	240.000	
Cash Flow Operativo	-10.000.000	741.875	1.276.112	1.657.648	1.723.905	1.750.973	
Impuestos	0	114.756	337.439	464.677	481.567	484.741	
Intereses	0	0	0	0	0	0	
Cancelacion de Deuda	0	0	0	0	0	0	
Emision de Deuda	0	0	0	0	0	0	
FF Netos	-10.000.000	627.119	938.673	1.192.971	1.242.339	1.266.232	13.328.762

Tasa de Descuento	1,0000	0,9132	0,8340	0,7617	0,6956	0,6352	0,6352
-------------------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

FF Descontados en U\$S	-10.000.000	572.711	782.863	908.631	864.139	804.346	8.466.799
-------------------------------	--------------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	------------------

TIR	12,93%
Tasa de Descuento	9,50%
V.A.N.	2.399.489

Tasa de libre riesgo	4,00%
Beta del Sector	1,00
Risk Premium	9,50%

Fuente: Elaboración Propia

CAPÍTULO 4. ANÁLISIS/ESTUDIO DE LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO DE VIVIENDA INTEGRADO EN PUERTO RICO

Previamente a la presentación y análisis de los resultados obtenidos mediante nuestra encuesta, haremos algunas breves aclaraciones o recordatorios que hacen a lo metodológico del estudio.

Las finalidades de nuestra investigación, trabajo de campo principalmente, conciernen a la valoración de las posibilidades e impacto social derivados de una potencial implantación del modelo de vivienda integrado propuesto en el Capítulo 3 sobre adultos mayores de 65 o más años de edad de clase socioeconómicamente intermedia, siendo el parámetro esencial la calidad de vida percibida por estas personas.

En este sentido, intentamos observar y analizar relaciones valorativas entre las necesidades y limitaciones de los adultos mayores que forman parte de nuestro dominio o muestra en relación a su calidad de vida percibida, para compararlas sistemática y puntualmente con las características pertinentes de nuestro modelo de vivienda integrado. Los 83 ítems del cuestionario de la encuesta remiten a la exploración de la calidad de vida percibida por todos los adultos mayores encuestados; sin embargo, hacen falta parámetros particulares que relacionen directamente esta última con las capacidades de nuestro modelo de vivienda.

Para ello, hemos circunscrito el análisis a la medición de una actitud social de los encuestados, el grado de satisfacción de la calidad de vida percibida por los adultos mayores de 65 o más años de edad socioeconómicamente intermedios respecto del Modelo integrado de vivienda propuesto, el cual será analizado a través de la relación

entre porcentuales de opciones de respuesta y ciertos parámetros cualitativos ya establecidos, y en tanto la relación dimensión de calidad de vida/características del modelo de vivienda propuesto; es decir, estos parámetros cualitativos nos proveerán de los fundamentos de valoración necesarios para llevar los resultados obtenidos hacia el análisis de la implantación e impacto social de aquel modelo.

Así, los parámetros cualitativos, dispuestos en el subapartado de Metodología en el Capítulo 1, serán presentados al comienzo de cada dimensión de la calidad de vida percibida analizada, para luego considerar los resultados de los ítems correspondientes y las inferencias analíticas que de ello pueden derivarse: la presentación y análisis de los resultados serán discriminados por dichas dimensiones y por ítem, presentando estos últimos de acuerdo a su contenido cualitativo.

1. Formulario de la encuesta a adultos mayores de Puerto Rico

ASPECTOS INDIVIDUALES

Encierre con un círculo la respuesta que considera adecuada, y responda libremente en el caso que corresponda.

- Sexo/género:
 - Femenino
 - Masculino

- Edad: _____ años.

- Estado Civil:

- Casado
 - Separado
 - Soltero
 - Viudo
 - Concubino
- Cantidad de hijos: _____
 - ¿Trabaja actualmente? En caso afirmativo, ¿cuál es su profesión?

- Situación de su vivienda:
 - ¿Dónde y con quién vive actualmente?

- Es propietario de su vivienda:
 - Sí
 - No

CUESTIONARIO

Encierre con un círculo la respuesta que considera adecuada, y responda libremente en el caso que corresponda.

- **CALIDAD AMBIENTAL**

1. ¿Cuál es el tipo de clima en el que le gustaría vivir?

- a. Cálido
- b. Templado
- c. Frío

2. ¿Cuál es la condición geográfica en la que le gustaría vivir?

- a. Llanura
- b. Sierras
- c. Montañas
- d. Cerca del mar

3. ¿Considera que le gustaría vivir en un complejo de viviendas?

- a. De acuerdo
- b. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- c. En desacuerdo

4. ¿En un complejo de vivienda, le gustaría tener la opción de vivir solos o acompañados en el ámbito habitacional, pudiendo cambiar cuando usted lo desee?

- a. De acuerdo
- b. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- c. En desacuerdo

5. ¿Considera que le gustaría vivir en una vivienda de una o más plantas, disponibilidad de ascensor, decoración con alfombras y plantas, buena iluminación y ventilación, disponibilidad de tener animales en la casa, estufa a gas, medidas de seguridad como agarraderas en la bañera?

a. De acuerdo

b. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

c. En desacuerdo

• **SALUD**

6. Responder:

- ¿Qué fecha es hoy? _____

- ¿Qué día de la semana es hoy? _____

- ¿Cuál es su fecha de nacimiento? _____

- ¿Cuál es el apellido de su madre? _____

7. ¿Considera que su salud actual es peor o igual comparada con la de un año atrás?

a. De acuerdo

b. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

c. En desacuerdo

8. ¿Considera que está preocupado por ello?

a. De acuerdo

b. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

c. En desacuerdo

9. ¿Considera que su salud actual es un factor limitante para realizar actividades?

- a. De acuerdo
- b. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- c. En desacuerdo

10. ¿Cuál es la actividad limitada que resulta de mayor importancia para usted?

- a. Conducir
- b. Caminar
- c. Correr
- d. Nadar
- e. Andar en bicicleta
- f. Trabajar
- g. Esquiar

11. ¿Realiza con frecuencia menos actividades o tareas de que lo hubiera querido hacer?

- a. De acuerdo
- b. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- c. En desacuerdo

12. ¿Ha tenido que reducir el tiempo que hubiera querido dedicar para realizar cosas, hecho menos de lo que hubiera querido hacer o dejado completamente de hacer cosas a causa de estar triste, deprimido o nervioso?

- a. De acuerdo

b.Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

c.En desacuerdo

13. Hablando en general, ¿considera que su salud física y emocional le ha acarreado dificultades en sus tareas cotidianas?

a.De acuerdo

b.Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

c.En desacuerdo

14. ¿Considera que posee dolencias físicas con frecuencia?

a.De acuerdo

b.Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

c.En desacuerdo

15. ¿Considera que estas dolencias le han dificultado sus actividades cotidianas?

a.De acuerdo

b.Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

c.En desacuerdo

16. ¿Últimamente se ha sentido desanimado y triste, nervioso, con la moral baja y/o cansado en relación a la vida en general?

a.De acuerdo

b.Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

c.En desacuerdo

17. ¿Considera que los problemas de salud física y estado de ánimo han afectado o afectarían sus actividades sociales, como visitar amigos y/o la familia?

- a. De acuerdo
- b. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- c. En desacuerdo

18. ¿Considera que se enferma más fácil y frecuentemente que el común de las personas?

- a. De acuerdo
- b. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- c. En desacuerdo

19. ¿Considera que su salud en general va a empeorar?

- a. De acuerdo
- b. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- c. En desacuerdo

20. ¿Posee alguna enfermedad diagnosticada por un médico? ¿Cuál es la que considera de mayor importancia?

- a. Cardiopatía
- b. Hipertensión
- c. Artritis
- d. Diabetes
- e. Osteoporosis
- f. Depresión
- g. No posee

21. ¿Está en tratamiento de dicha/s enfermedad/es? ¿Cuál/es son las modalidades de tratamiento en relación a médico a domicilio o visitas al médico?

- a.** Institucional
- b.** Domiciliar
- c.** No está en tratamiento

22. ¿Cree que el tratamiento y la atención médica en general deben mejorar para satisfacer adecuadamente sus necesidades?

- a.** De acuerdo
- b.** Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- c.** En desacuerdo

23. ¿Cuántas medicinas diferentes toma?

- a.** No toma
- b.** 1
- c.** 2 a 5
- d.** 6 a 10
- e.** Más de 10
- f.** No sabe

24. ¿Considera que se siente con paz, en armonía dentro de su ser?

- a.** De acuerdo
- b.** Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- c.** En desacuerdo

25. ¿Considera que tiene una razón para vivir, un propósito? Seleccione sólo una de las siguientes opciones.

- a. Vivir sano
- b. Familia
- c. Religión
- d. Trabajar
- e. Viajar
- f. No posee

26. ¿Acude a servicios religiosos?

- a. Sí
- b. No

27. ¿Considera que el acudir a servicios religiosos/iglesia le ha permitido o permitiría tener un propósito de vida, un modo de enfrentar las dolencias físicas y problemas en general?

- a. De acuerdo
- b. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- c. En desacuerdo

28. ¿Posee algún vicio? ¿Cuál es el de mayor frecuencia?

- a. Fumar
- b. Beber
- c. No posee

29. ¿Considera que debe cuidarse en lo que respecta a la dieta alimenticia, fuera de cualquier indicación médica?

- a. De acuerdo
- b. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- c. En desacuerdo

30. ¿Cuántas comidas realiza al día?

- a. 1
- b. 1 a 3
- c. Más de 3

31. ¿Qué cantidad de agua considera que bebe en un día?

- a. Menos de 2 vasos
- b. De 2 a 5 vasos
- c. De 5 a 8 vasos
- d. Más de 8

32. ¿Considera que lleva una vida sedentaria?

- a. De acuerdo
- b. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- c. En desacuerdo

33. ¿Considera que una alimentación adecuada es esencial para sentirse física y emocionalmente bien?

- a. De acuerdo

b.Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

c.En desacuerdo

- **HABILIDADES FUNCIONALES/DEPENDENCIA**

34. ¿Considera que sus condiciones de salud le impide salir a la calle?

a.De acuerdo

b.Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

c.En desacuerdo

35. ¿Sus condiciones de salud le impone dificultades para poder valerse de sí mismo?

a.De acuerdo

b.Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

c.En desacuerdo

36. ¿Posee dificultades para mantener una conversación adecuada debido a algunas de dichas condiciones, como podría ser una deficiente audición?

a.De acuerdo

b.Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

c.En desacuerdo

37. ¿Considera necesaria la presencia de alguien que lo ayude a menudo en las labores cotidianas?

a.De acuerdo

b.Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

c. En desacuerdo

38. ¿Podría afirmar que no cuenta con las personas que quisiera para tal apoyo?

a. De acuerdo

b. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

c. En desacuerdo

• **INTEGRACIÓN SOCIAL**

39. ¿Prefiere vivir solo o acompañado? ¿Cuáles son sus causas?

a. Solo para independizarse de los familiares

b. Solo para no molestar a los demás

c. Solo para tener tranquilidad

d. Solo para trabajar más eficientemente

e. Acompañado por necesidades psico-físicas

f. Acompañado para no sentirse solo

g. Acompañado para divertirse y compartir cosas con los demás

40. En caso de poseer hijos, ¿cuál es la situación social de ellos? ¿Están casados, trabajan, estudian?

a. Casado, trabaja, bien socioeconómicamente

b. Casado, trabaja, mal socioeconómicamente

c. Soltero, trabaja, bien socioeconómicamente

d. Soltero, trabaja, mal socioeconómicamente

e. Casado no trabaja

f. Soltero no trabaja

41. ¿Ayuda en la economía de sus hijos?

a. Sí

b. No

42. En caso de no vivir con sus hijos, ¿se comunica y realiza actividades con ellos tan a menudo como considera necesario?

a. De acuerdo

b. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

c. En desacuerdo

43. ¿Cree que resulta importante tener amigos?

a. De acuerdo

b. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

c. En desacuerdo

44. ¿Podría afirmar que las visitas de amigos o familiares son poco frecuentes?

a. De acuerdo

b. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

c. En desacuerdo

45. ¿Y respecto de las invitaciones para distraerse y salir con otras personas?

a. De acuerdo

b. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

c. En desacuerdo

46. ¿Cuál es su actividad social más frecuente?

- a. Paseos
- b. Juegos de mesa
- c. Visita a amigos
- d. Visita a familiares
- e. Comidas
- f. Cumpleaños

47. ¿Considera que recibe poco amor y afecto por parte de otras personas?

- a. De acuerdo
- b. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- c. En desacuerdo

48. ¿Considera que recibe poco respeto y consideración por parte de otras personas?

- a. De acuerdo
- b. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- c. En desacuerdo

49. ¿Cómo podrían describir su relación con el medio social general?

- a. Conforme
- b. Ni conforme, ni disconforme
- c. Disconforme

50. ¿Considera que posee desiguales oportunidades de participación en las actividades del medio social en general?

- a. De acuerdo
- b. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- c. En desacuerdo

51. ¿Considera que la cantidad de personas con las que puede contar es insuficiente?

- a. De acuerdo
- b. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- c. En desacuerdo

52. ¿Se siente insatisfecho con sus interacciones, intercambios y relaciones sociales?

- a. De acuerdo
- b. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- c. En desacuerdo

• **ACTIVIDAD Y OCIO**

53. ¿Considera necesaria la práctica de deportes para sentirse física y emocionalmente bien?

- a. De acuerdo
- b. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- c. En desacuerdo

54. ¿Considera beneficioso pasar el tiempo realizando tareas de jardinería o alguna labor manual?

- a.**De acuerdo
- b.**Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- c.**En desacuerdo

55. ¿Y con respecto a las salidas como al cine?

- a.**De acuerdo
- b.**Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- c.**En desacuerdo

56. ¿Se siente aburrido con frecuencia?

- a.**De acuerdo
- b.**Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- c.**En desacuerdo

57. ¿En los momentos de ocio prefiere realizar actividades personales, que no incluyan la visita a familiares y/o amigos?

- a.**De acuerdo
- b.**Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- c.**En desacuerdo

58. ¿Considera que las reuniones sociales son esenciales para los momentos de ocio?

- a.**De acuerdo
- b.**Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- c.**En desacuerdo

59. ¿Considera que el cuidado de familiares, como los nietos, es una adecuada actividad cuanto tiene tiempo libre?

- a. De acuerdo
- b. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- c. En desacuerdo

60. ¿Considera el trabajo voluntario como una opción de actividad en su tiempo libre?

- a. De acuerdo
- b. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- c. En desacuerdo

• **SATISFACCIÓN CON LA VIDA**

61. ¿Siente que ha o está desperdiciando su vida?

- a. De acuerdo
- b. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- c. En desacuerdo

62. ¿Se siente insatisfecho con su vida actual?

- a. De acuerdo
- b. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- c. En desacuerdo

63. ¿Considera que podría tener mejores cosas y aspectos de los que tiene, tanto físicas como espirituales, respectivamente?

- a. De acuerdo
- b. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- c. En desacuerdo

64. ¿Siente que la vida tiene sentido?

- a. De acuerdo
- b. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- c. En desacuerdo

65. ¿Siente que sus familiares no lo quieren?

- a. De acuerdo
- b. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- c. En desacuerdo

66. ¿Siente que no es integrado en actividades sociales?

- a. De acuerdo
- b. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- c. En desacuerdo

67. ¿Cómo se siente en relación a la soledad, una finalidad en la vida, la cumplimentación de objetivos planteados?

- a. Conforme
- b. Ni conforme, ni disconforme

c. Disconforme

68. ¿Cómo se siente en relación al estado del cuerpo en la vida diaria?

a. Conforme

b. Ni conforme, ni disconforme

c. Disconforme

• **EDUCACIÓN**

69. ¿Cuál es el nivel educativo que ha alcanzado hasta el momento?

a. Ninguno

b. Elemental incompleta

c. Elemental completa

d. Intermedia incompleta

e. Intermedia completa

f. Superior incompleta

g. Superior completa

h. Postsecundario incompleto

i. Postsecundario completo

70. ¿Considera que le ha sido útil en las actividades que ha realizado y en las que realiza en la actualidad?

a. De acuerdo

b. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

c. En desacuerdo

71. ¿Le hubiese gustado haber obtenido un mayor nivel educativo?

- a. De acuerdo
- b. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- c. En desacuerdo

72. ¿Le parece apropiada la idea de continuar estudiando a esta edad?

- a. De acuerdo
- b. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- c. En desacuerdo

• **INGRESOS**

73. ¿De dónde recibe sus ingresos?

- a. No recibe ingresos
- b. Salario propio o de cónyuge
- c. Seguro social
- d. Programa asistencia social
- e. Pensión/retiro
- f. Ayuda de familiares
- g. Renta de propiedades/negocios

74. ¿Considera que sus ingresos son suficientes para cubrir sus necesidades básicas (alimentos, ropa, medicinas, gastos del hogar, etc.)?

- a. De acuerdo
- b. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- c. En desacuerdo

75. ¿Considera que posee disponibilidades para adquirir bienes y servicios que desea?

- a. De acuerdo
- b. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- c. En desacuerdo

76. ¿Considera que sus ingresos son suficientes para cubrir necesidades económicas en general?

- a. De acuerdo
- b. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- c. En desacuerdo

• **SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES**

77. ¿Actualmente posee seguro médico? ¿Cuál?

- a. Medicare
- b. Tarjeta Reforma
- c. Seguro Complementario
- d. Asociación Maestros
- e. Hospital Veteranos
- f. No posee

78. ¿Considera que la asistencia sanitaria y social brindada no se ajusta a sus necesidades reales?

- a. De acuerdo
- b. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

c. En desacuerdo

79. ¿Qué reformas considerarían en estos servicios hacia su mejoramiento?

a. Mejor atención

b. Menos burocracia y espera

c. Mejor calidad

d. Más profesionales

• **SEGURIDAD**

80. ¿Considera que se siente inseguro en el medio social general?

a. De acuerdo

b. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

c. En desacuerdo

81. ¿Podría decir que las personas en general se dirigen a usted con indiferencia y hasta perjuiciosamente?

a. De acuerdo

b. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

c. En desacuerdo

82. ¿Se siente seguro en su vivienda actual?

a. De acuerdo

b. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

c. En desacuerdo

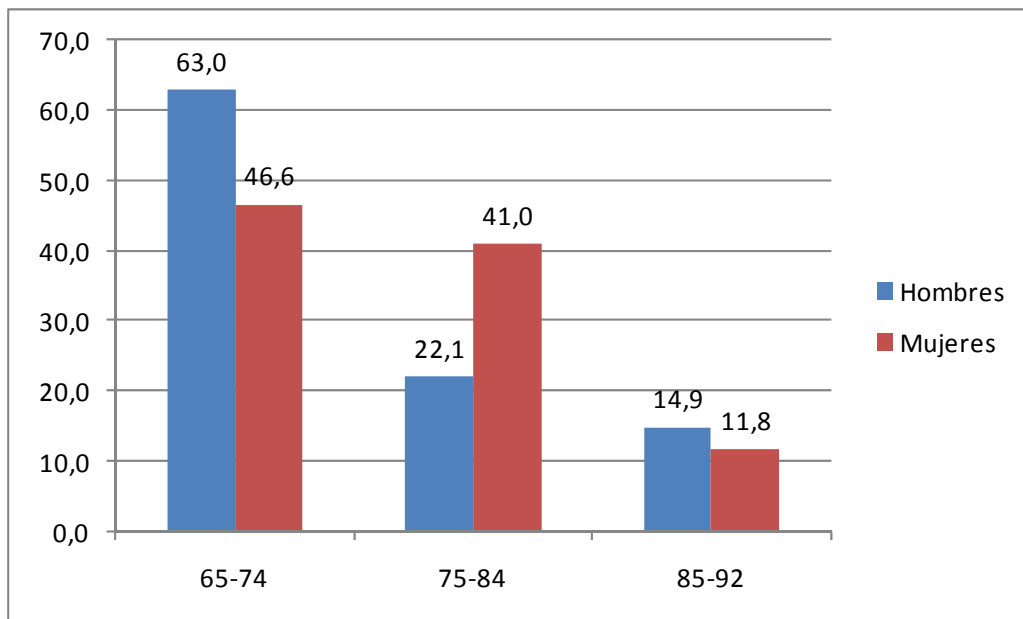
83. ¿Qué cosas o características debería tener una vivienda para que se sientan seguros?

- a. Ascensor
- b. Buena iluminación
- c. Ambientes espaciosos
- d. Pocas escaleras

2. Aspectos individuales

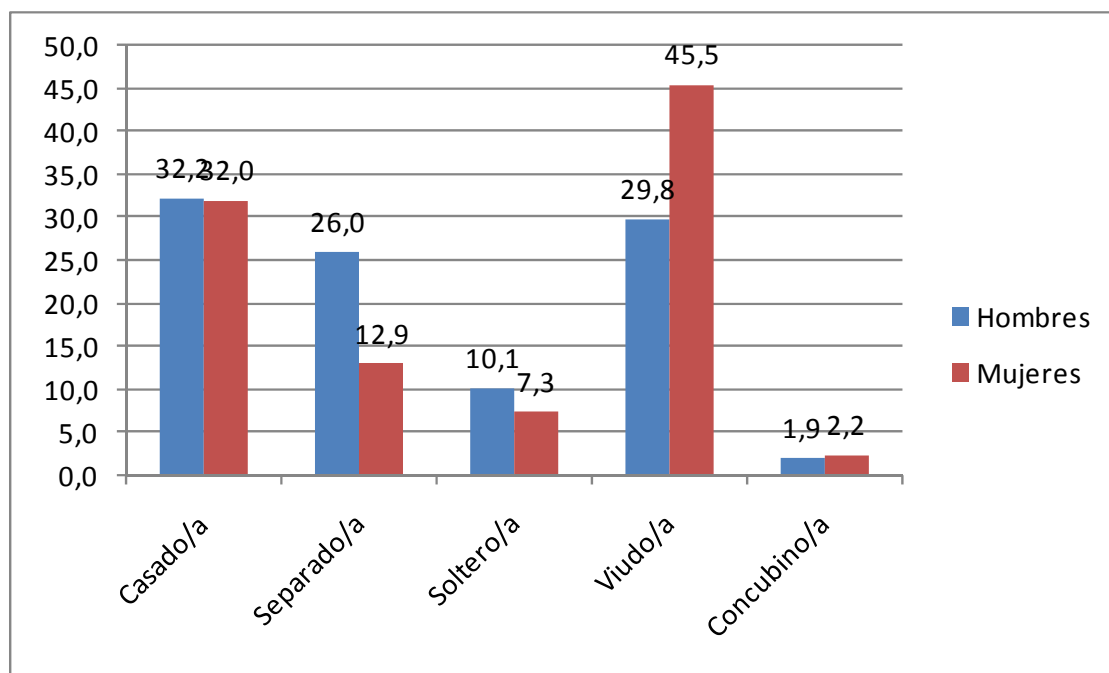
De un total de 386 adultos mayores encuestados, el 53,9% (208 individuos) son hombres. De ellos, el 62,9% (131) poseen entre 65 y 74 años de edad, el 22,1% (46), entre 75 y 85 años de edad, y el 14,9% (31), entre 85 y 92 años de edad. De las mujeres participantes, 46,1% (178), el 47,2% (83) poseen entre 65 y 74 años de edad, el 41,0% (73), entre 75 y 84 años de edad, y el 11,8% (21), entre 85 y 89 años de edad.

Gráfico 6. Distribución porcentual de hombres y mujeres encuestados por rangos de edad.



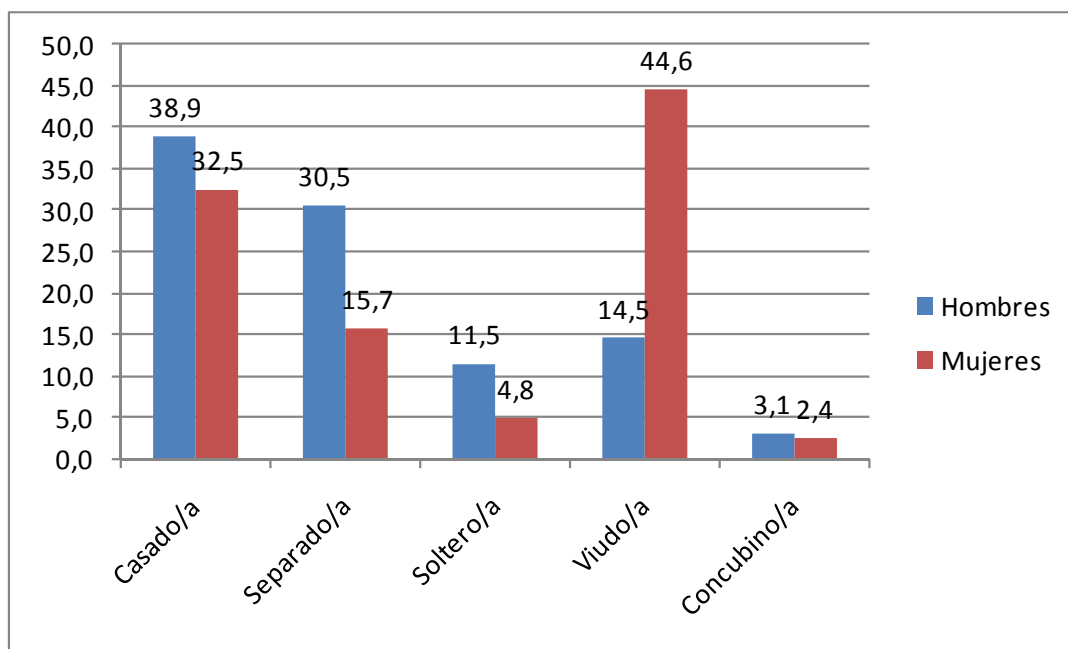
De los 208 adultos mayores hombres, el 32,2% (67) afirmó estar casado, el 26,0% (54), separado, el 10,1% (21), soltero, el 29,8% (62), viudo, y el 1,9% (4), concubino. Por su lado, de las 178 mujeres, el 32,0% (57), afirmó estar casada, el 12,9% (23), separada, el 7,3% (13), soltera, el 45,5% (81), viuda, y el 2,2% (4), concubina.

Gráfico 7. Distribución porcentual de hombres y mujeres encuestados por estado civil.



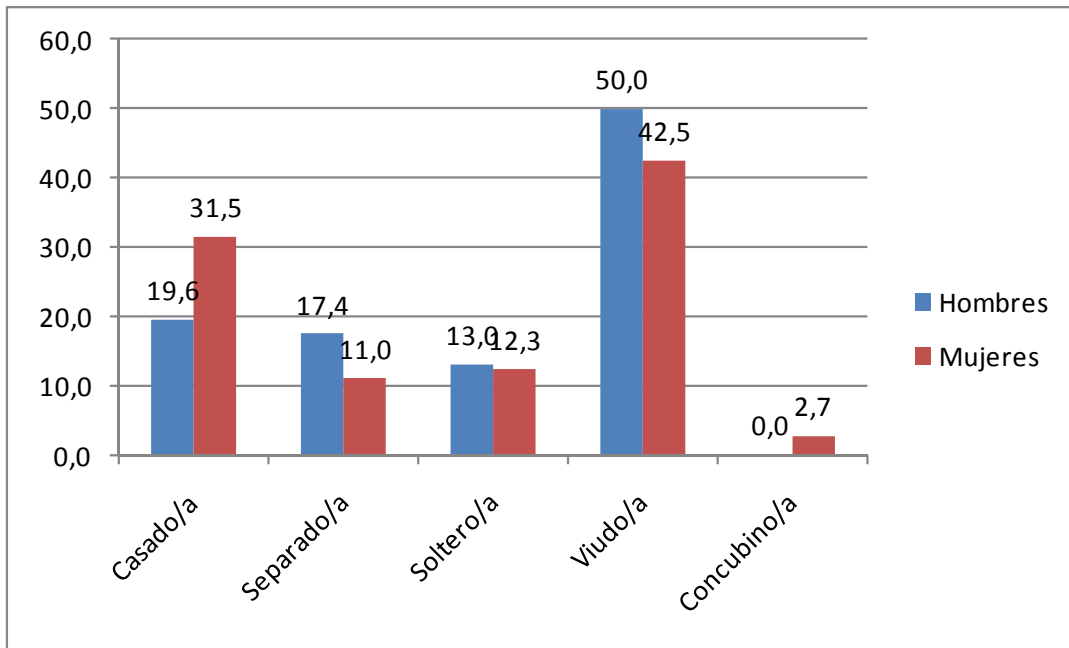
No obstante, también consideraremos la distribución de estas categorías por los rangos de edad antes discriminados. En el rango de 65-74, hallamos que son considerablemente más los hombres casados, solteros y separados, mientras que las mujeres superan por mucho en cuanto a la viudez. Las proporciones de concubinato son similares.

Gráfico 8. Distribución porcentual de hombres y mujeres casados, separados, solteros, viudos y concubinos en el rango de edad de 65-74 años.



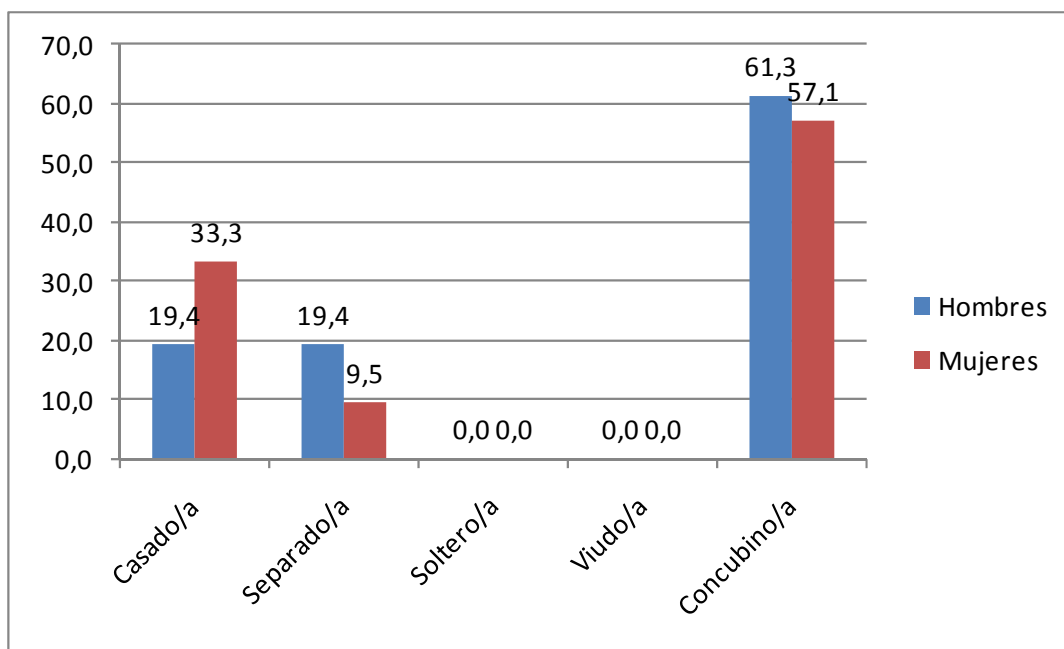
En el rango de 75-84 años, los valores fluctúan bastante: aunque ahora son más los hombres viudos, sus proporciones son equiparables, y la proporción de mujeres casadas es mayor. La proporción de hombres separados sigue siendo mayor en hombres que en mujeres. Las proporciones de hombres y mujeres solteros son similares, y no hay hombres en estado de concubinato.

Gráfico 9. Distribución porcentual de hombres y mujeres casados, separados, solteros, viudos y concubinos en el rango de edad de 75-84 años.



Finalmente, en el rango de edad de 85-92 no se hallaron hombres ni mujeres solteros/as y concubinos/as. La tasa de viudez es superior en mujeres, al igual que la de casadas. Pero la proporción de hombres separados sigue siendo mayor en hombres.

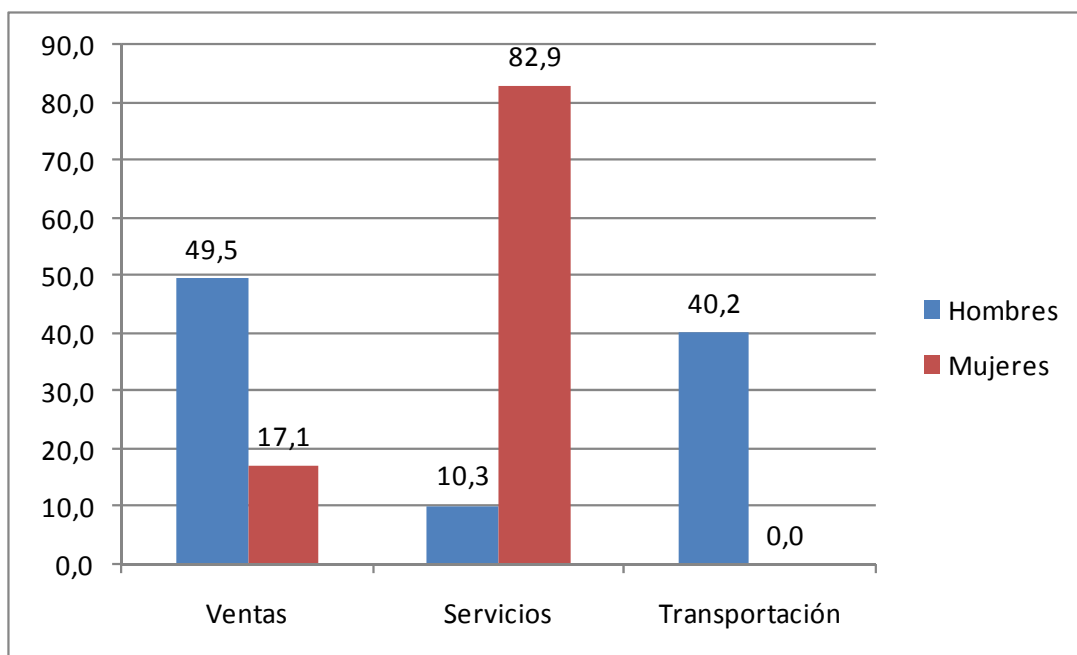
Gráfico 10. Distribución porcentual de hombres y mujeres casados, separados, solteros, viudos y concubinos en el rango de edad de 85-92 años.



La cantidad de hijos informada en todos los casos ha sido de 1 en el 21,5% (83) de los adultos mayores encuestados, 2 en el 64,5% (249), 3 en el 10,4% (40) y 4 en el 3,6% (14).

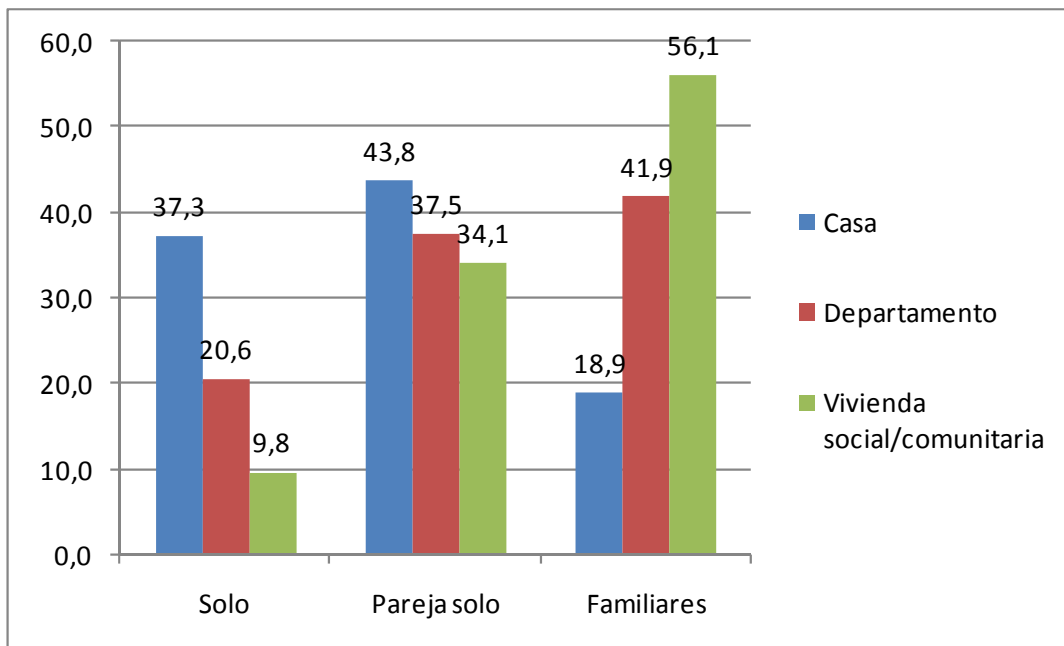
En cuanto a la fuerza trabajadora, sólo el 21,0% (81) de los adultos mayores afirmó estar realizando alguna actividad remunerada, las cuales remitieron a ventas, servicios (incluyendo limpieza de casas) y transportación, según la siguiente distribución respectiva: 40,7% (33), 30,9% (25) y 28,4% (23). La fuerza trabajadora sólo se distribuyó entre los rangos de edad de 65-74 y 75-84 años, siendo del 61,7% (132) en el primero y de 37,8% (45) en el segundo. Mayor es la proporción de hombres que conforman tal fuerza, 71,2% (94) y 28,9% (13), respectivamente, y de acuerdo a la siguiente distribución por tipo de trabajo.

Gráfico 11. Distribución porcentual de fuerza trabajadora por género y tipo de trabajo informado.



En cuanto a la situación de vivienda, un 47,9% (185) de adultos mayores vive en casas, un 41,4% (160) en departamentos y un 10,6% (41) en viviendas sociales/comunitarias. Respecto de los primeros, el 74,0% (137) son hombres; respecto de los segundos, el 41,2% (66) son hombres; y de los terceros, sólo el 24,4% (10) son hombres. La distribución por tipo de casa y clase acompañamiento es:

Gráfico 12. Distribución porcentual de adultos mayores por tipo de vivienda y de acompañamiento.



Por último, hallamos que sólo el 13,5% (52) de los adultos mayores encuestados era propietario de la vivienda. En conclusión, la muestra de 386 adultos mayores de 65 o más años de edad socioeconómicamente intermedios de Puerto Rico, es variada principalmente en lo que hace a sus características de estado civil, fuerza trabajadora actual y situación de vivienda. Sus principales rasgos son que se hallan entre los 65 y 74 años de edad, están casados o son viudos, no trabajan (pero los que lo hacen se desenvuelven en las áreas de ventas y servicios), viven en casas con la pareja, en departamentos con los familiares y en viviendas sociales con los familiares, y no son propietarios de las viviendas.

3. Calidad ambiental

Parámetro cualitativo: Tiende a lo favorable y satisfacción de la actitud social cuanto más preferido sea el clima cálido y seco, la condición geográfica cerca del mar, la

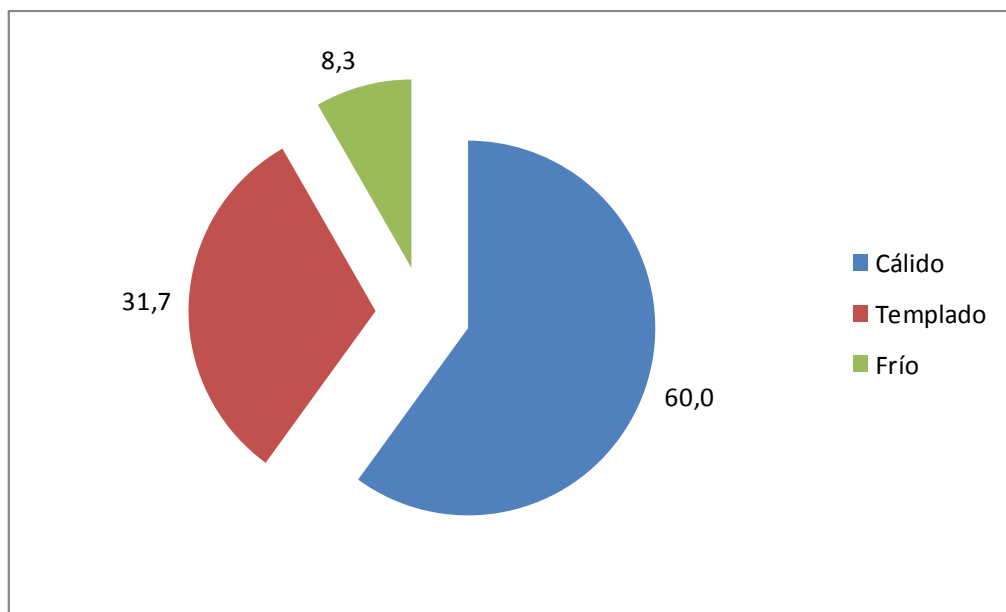
tendencia a vivir en complejos de viviendas, y éste con recursos materiales variados y personas con diversos gustos y estilos de vida.

Esta dimensión de la calidad de vida percibida está compuesta por los ítems 1-5 de la encuesta.

ÍTEM 1

Respecto del clima preferido por adultos mayores se obtiene la siguiente distribución porcentual de respuestas de acuerdo a las sugeridas en el cuestionario:

Gráfico 13. Porcentajes de opciones de respuesta sobre los climas preferidos por los adultos mayores encuestados.



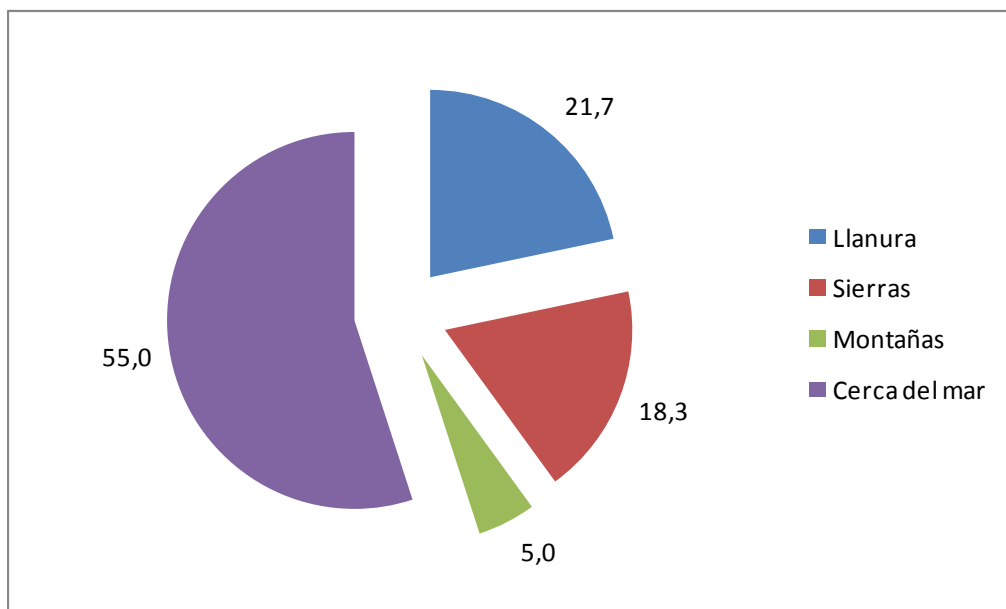
Esto muestra que las preferencias sobre condiciones climáticas se muestran como favorables respecto de la cumplimentación de los requerimientos de calidad de vida percibida por las características del modelo de vivienda integrado propuesto (actitud

social), ya que más del 50% de los encuestados han indicado que el clima donde les gustaría vivir es cálido, condición existente en nuestro modelo.

ÍTEM 2

Respecto de las condiciones geográficas, la distribución porcentual de respuestas sugeridas, fue:

Gráfico 14. Porcentajes de opciones de respuesta sobre condiciones geográficas de preferencia de los adultos mayores encuestados.

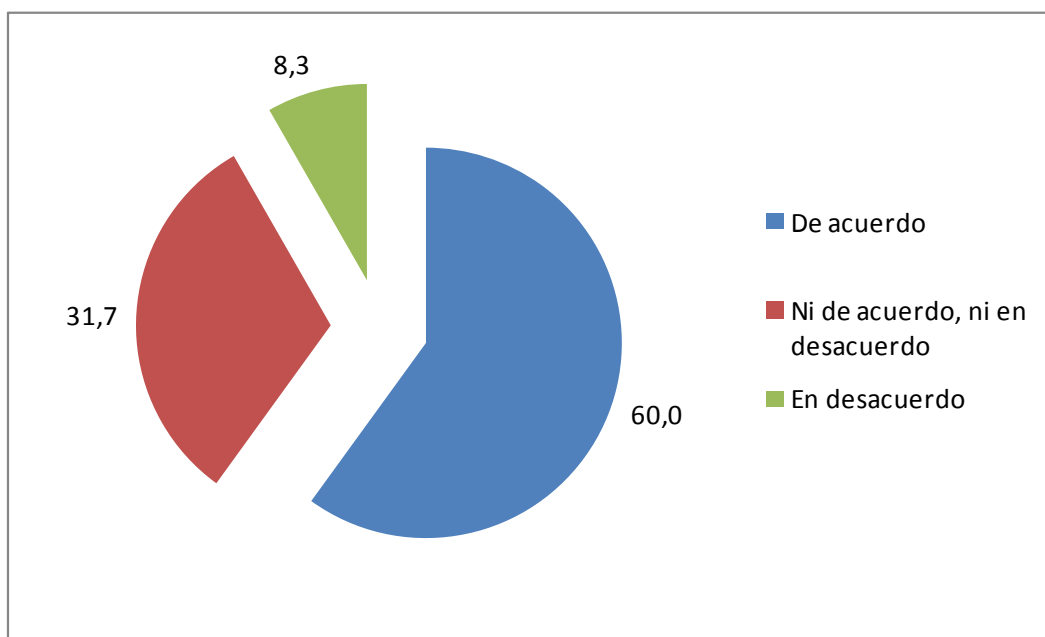


En este ítem sucede lo mismo que en el 1, donde más del 50% de los encuestados han respondido que cerca del mar es su condición geográfica de preferencia, característica que ofrece nuestro modelo; por lo tanto, las condiciones geográficas se muestran como favorables a la actitud social.

ÍTEM 3

Se halla la siguiente distribución de opciones de respuesta respecto de la preferencia de vivir en un complejo de viviendas:

Gráfico 15. Porcentajes de opciones de respuesta sobre preferencias de vivir en un complejo de viviendas.

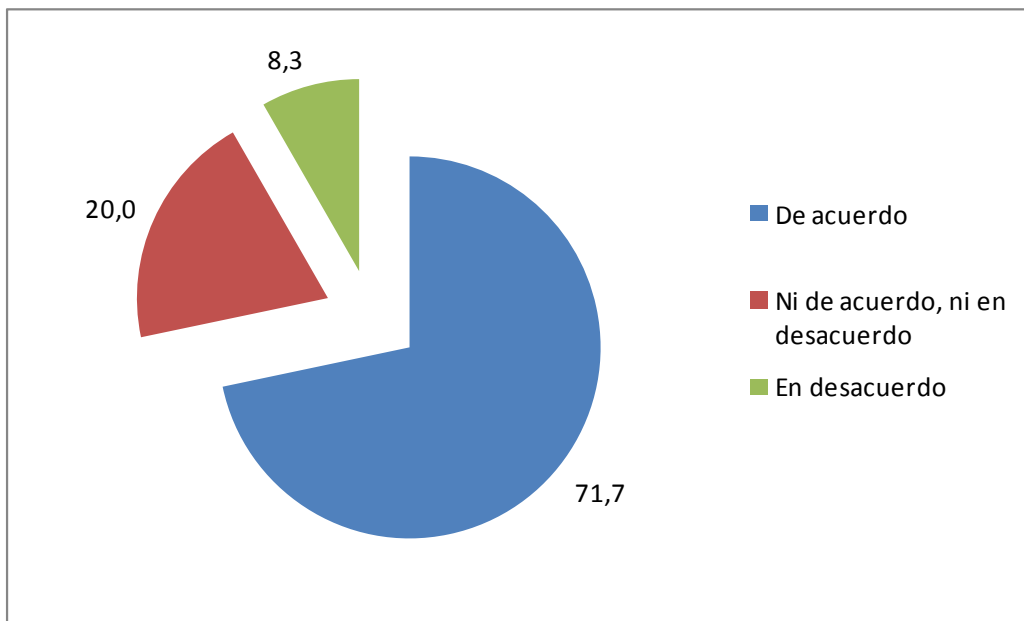


Se halla que a más del 50% de los encuestados le gustaría vivir en un complejo de viviendas, aspecto compatible con la propuesta dada del modelo, por lo que esta instancia es favorable respecto de su implementación.

ÍTEM 4

En tanto pregunta sobre la disponibilidad de vivir solo o acompañado en un complejo de viviendas y poder variar esta condición cuando lo desee, se hallan la siguiente distribución de opciones de respuesta:

Gráfico 16. Porcentajes de opciones de respuesta sobre la disponibilidad de cambio de la calidad habitacional, en tanto solo o acompañado.

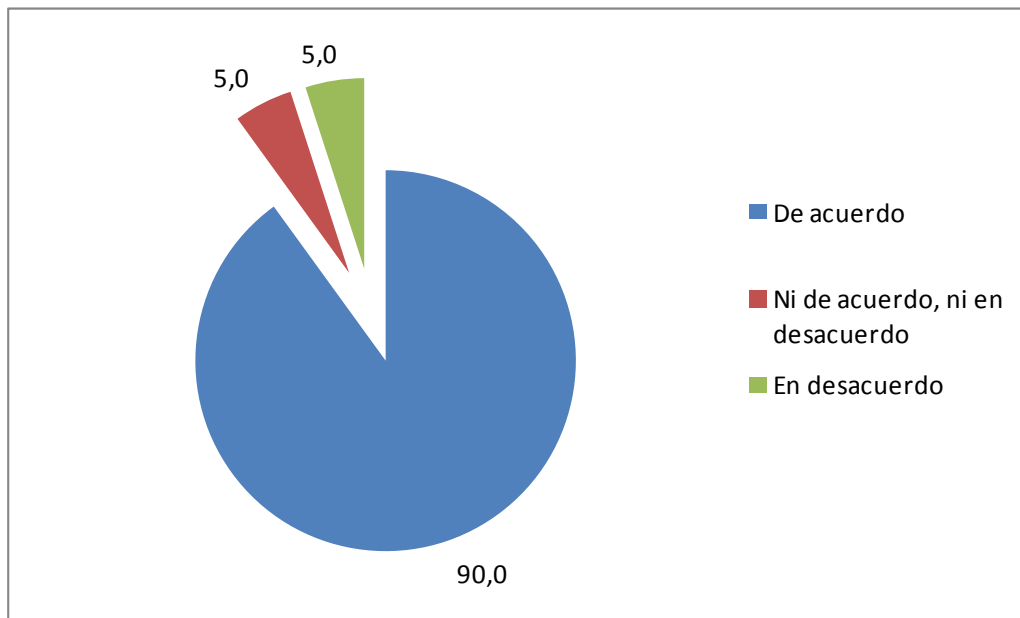


Al respecto puede bien observarse que el modelo de vivienda integrado propuesto ofrece estas disponibilidades, en tanto el ofrecimiento de distintos modos habitacionales. Dado un porcentaje mayor al 50% de encuestados que prefieren esta disponibilidad, este aspecto se presenta como favorable respecto de la actitud social. Debemos aclarar que de todas formas, al ser una indagación sobre preferencias, el modelo se ajusta a todas las necesidades de los adultos mayores, sin embargo, consideramos la interior instancias, por ser la de mayor versatilidad.

ÍTEM 5

Respecto de las características físicas y dispositivos dentro del ámbito habitacional relacionadas con una o más plantas, disponibilidad de ascensor, decoración con alfombras y plantas, buena iluminación y ventilación, disponibilidad de tener animales en la casa, estufa a gas, medidas de seguridad como agarraderas en la bañera, hallamos la siguiente distribución de opciones de respuesta:

Gráfico 17: Porcentajes de opciones de respuesta sobre las características habitacionales en general.



Respecto de estos resultados, observamos que los encuestados son conscientes de sus necesidades, optando casi unánimemente por condiciones habitacionales de gran calidad. En este sentido, el modelo de vivienda propuesta satisface todas las anteriores, en tanto se presenta como una alternativa moderna diseñada específicamente para el colectivo social que es indagado, de manera general, los adultos mayores. En este sentido, este aspecto indagado es favorable respecto de la actitud social.

CONCLUSIÓN PARCIAL

Al haberse demostrado, a través de todas las temáticas de esta dimensión, la tendencia a la satisfacción de la actitud social medida (el grado de satisfacción de la calidad de vida percibida por los adultos mayores de 65 o más años de edad socioeconómicamente intermedios respecto del modelo integrado de vivienda propuesto), es decir, porcentajes siempre mayores al 50% y favorables en tanto el

parámetro cualitativo, podemos concluir parcialmente que la calidad ambiental es satisfecha por las propiedades de nuestro modelo de vivienda integrado.

4. Salud

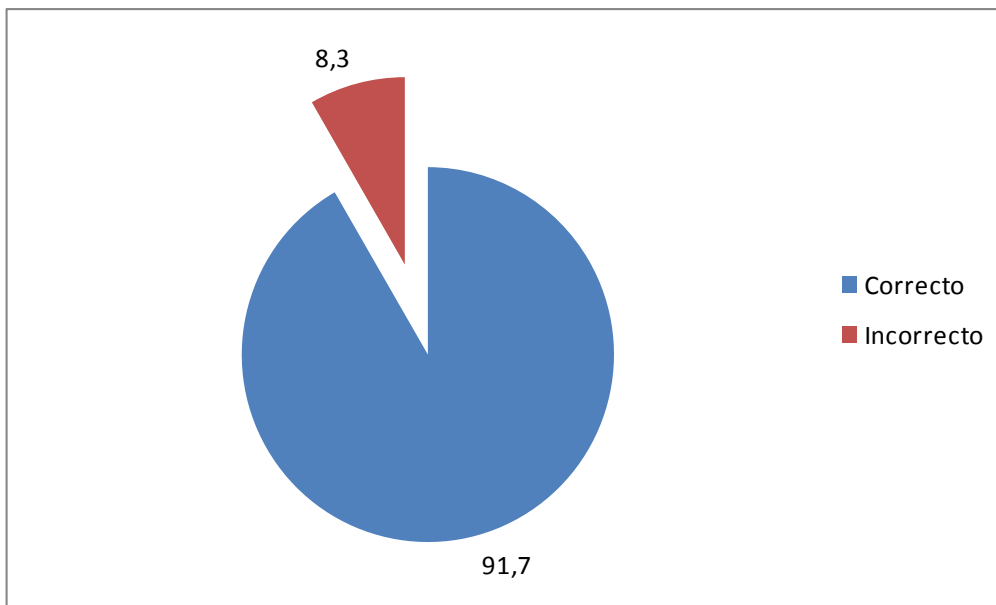
Parámetro cualitativo: Tiende a lo favorable y satisfacción de la actitud social cuanto más condiciones y requerimientos relacionados con las necesidades psicofísicas, espirituales, somáticas, de riesgo nutricional y de estilo de vida pueden ser satisfechas por los recursos destinados a ello del modelo de vivienda propuesto.

Esta dimensión de la calidad de vida percibida está compuesta por los ítems 6-33 de la encuesta.

ÍTEM 6

Respecto del deterioro cognitivo, se ha obtenido la siguiente distribución porcentual de las respuestas dadas, evaluándolas en correcto o incorrecto de acuerdo a todas las respuestas adecuadas o al menos una inadecuada, respectivamente:

Gráfico 18. Porcentajes de correcto o incorrecto en las respuestas de evaluación del deterioro cognitivo.

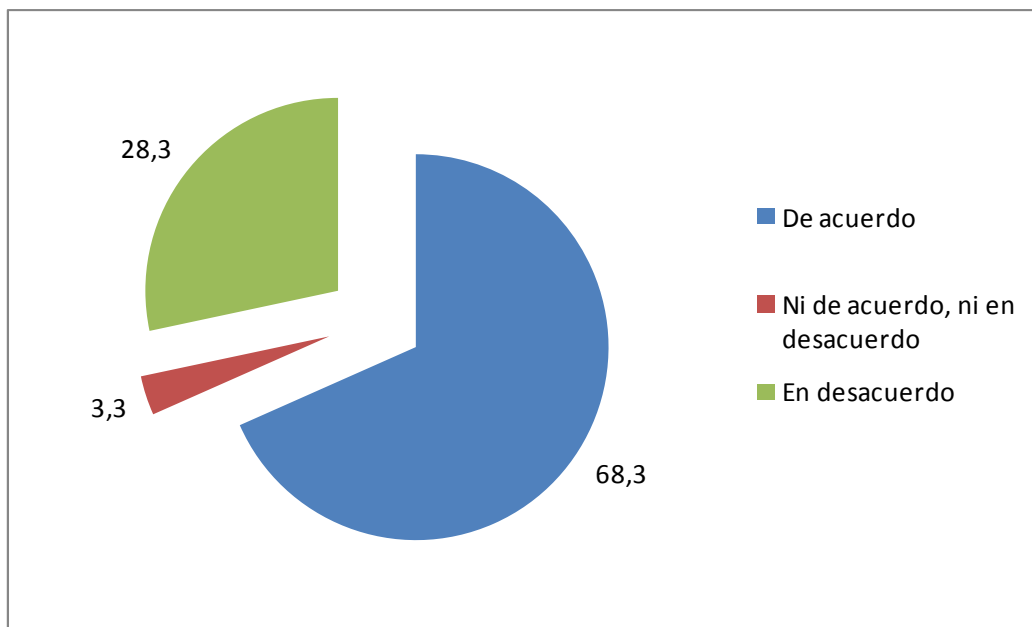


Aproximadamente todos los adultos mayores encuestados respondieron correctamente a las cuatro preguntas incluidas en el ítem 6 hacia la evaluación de su estado cognitivo, siendo sólo 32 los que se equivocaron o no respondieron a una de aquellas cuatro, en el primer caso relacionado principalmente con la que refería al apellido de la madre. En este sentido, observamos que la gran variabilidad de recursos disponibles en el modelo de vivienda integrado puede ser aprovechada por estas personas, en términos cognitivos, lo cual compatibiliza favorablemente (teniendo en cuenta que más del 50% ha respondido de manera adecuada) con la actitud social valorada. Resulta esencial, antes que las limitaciones físicas, que los adultos mayores se percaten de las posibilidades que poseen, las diferentes actividades y recursos que pueden utilizar y disfrutar.

ÍTEM 7

Respecto de las percepciones de los adultos mayores en tanto la pregunta que enuncia que su estado de salud es peor o igual comparado con la de un año atrás, se obtiene la siguiente distribución de respuestas:

Gráfico 19. Porcentajes de opciones de respuesta sobre lo peor o igual del estado de salud respecto de un año atrás.

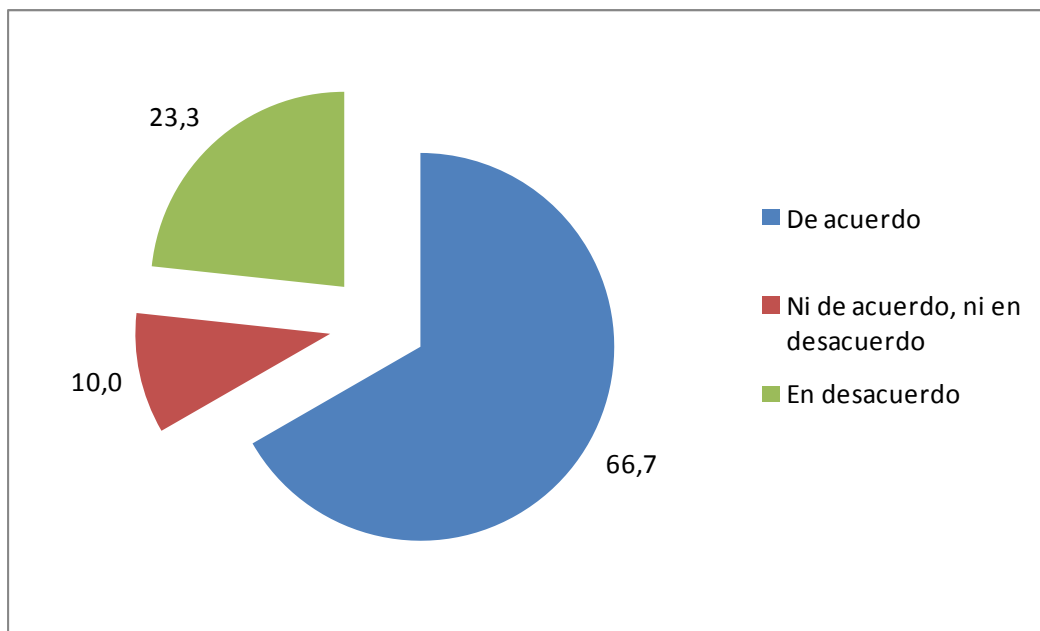


Hallamos que más de un 50% de los encuestados afirman percibir que su estado de salud es peor o igual que el de un año atrás. Esto puede interpretarse como favorable desde un punto de vista de los ofrecimientos del modelo de vivienda integrado, en todas sus opciones (vivienda independiente, de cuidado continuo- estudios- o asistida –bungalows-), caracterizada por la existencia de servicios sanitarios cuantiosos y cualificados, hacia el aseguramiento de la calidad de vida de los adultos mayores. En otras palabras, lo favorable se presenta relacionado con la presencia de dispositivos orientados a satisfacer las principales necesidades relacionadas con la salud de aquellos actores.

ÍTEM 8

En tanto las percepciones sobre la pregunta de existencia de preocupación respecto del anterior estado de salud, se halla la siguiente distribución de respuestas:

Gráfico 20. Porcentajes de opciones de respuesta sobre preocupaciones relacionadas con la salud.

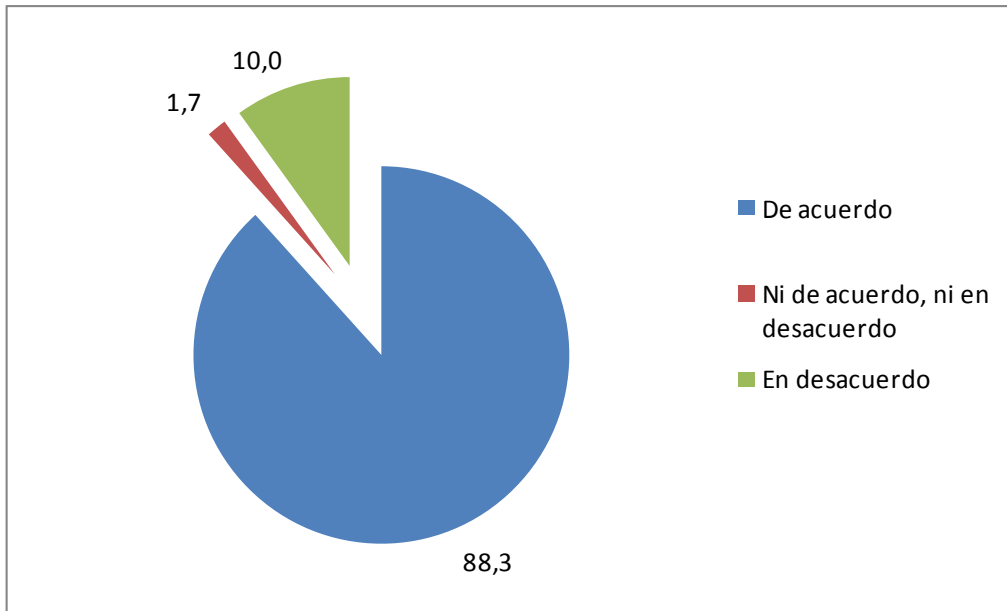


Es decir, que mucho más del 50% de los adultos mayores encuestados manifiestan estar preocupados por la evolución de su estado de salud, lo cual se relaciona íntimamente con los ofrecimientos comentados en el ítem anterior, al contar con servicios sanitarios de todas las especialidades y dirigidas a satisfacer las necesidades de una población específica, aquella circunscrita en el modelo de vivienda propuesto. La calidad, cantidad y disposición permanente de estos servicios bien puede satisfacer adecuadamente las preocupaciones de estos actores, razón por la cual este aspecto es favorable respecto de la actitud social medida.

ÍTEM 9

En cuanto a las percepciones de los adultos mayores relacionadas con la pregunta sobre la existencia de limitaciones desde su actual estado de salud para realizar actividades, hallamos lo siguiente:

Gráfico 21. Porcentajes de opciones de respuesta sobre limitaciones derivadas del estado de salud.

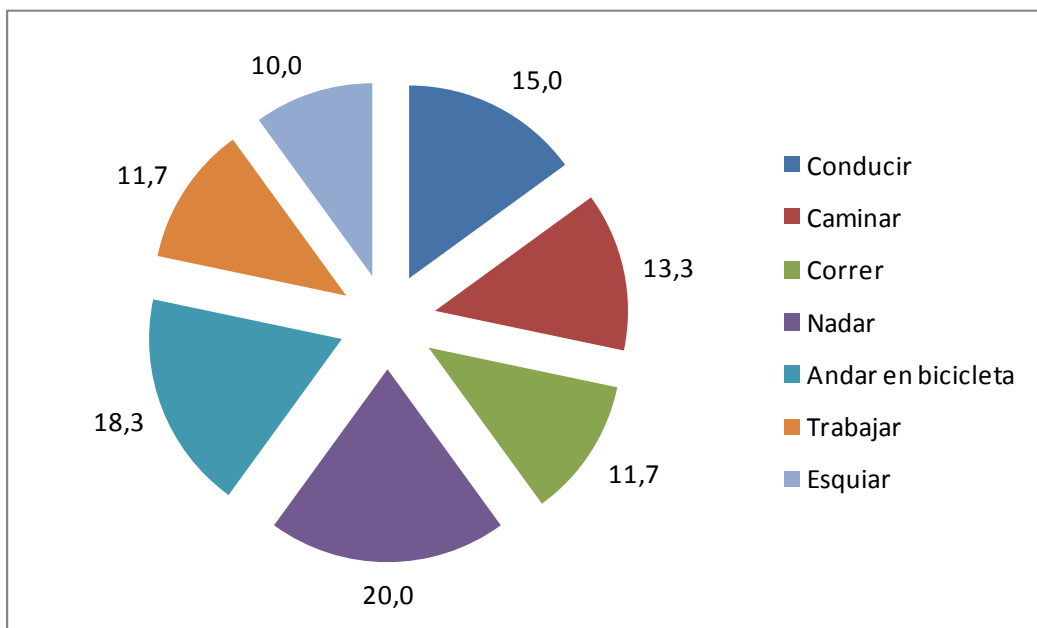


Casi la totalidad de los encuestados afirman poseer limitaciones para realizar actividades en función a su actual estado de salud. Esto es favorable respecto de la actitud social considerada en los mismos respectos comentados anteriormente: el modelo de vivienda integrado propuesto se dispone programática y principalmente hacia la satisfacción de las necesidades relacionadas con la salud de los habitantes, a partir de numerosos y rigurosos focos atencionales, hacia lo asistencial permanente. En este sentido, la recreación, las instancias de contacto social, etc., no se conciben sin el potencial asesoramiento y acompañamiento médico adecuado, lo cual es precisamente lo que estas personas manifiestan necesitar.

ÍTEM 10

Respecto de las limitaciones orgánicas, se ha obtenido la siguiente distribución porcentual de respuestas dadas, que abarcan las actividades limitadas por el estado de salud de mayor importancia, de acuerdo al grado de aparición.

Gráfico 22. Porcentajes de actividades limitadas según su grado de aparición (mayor importancia).



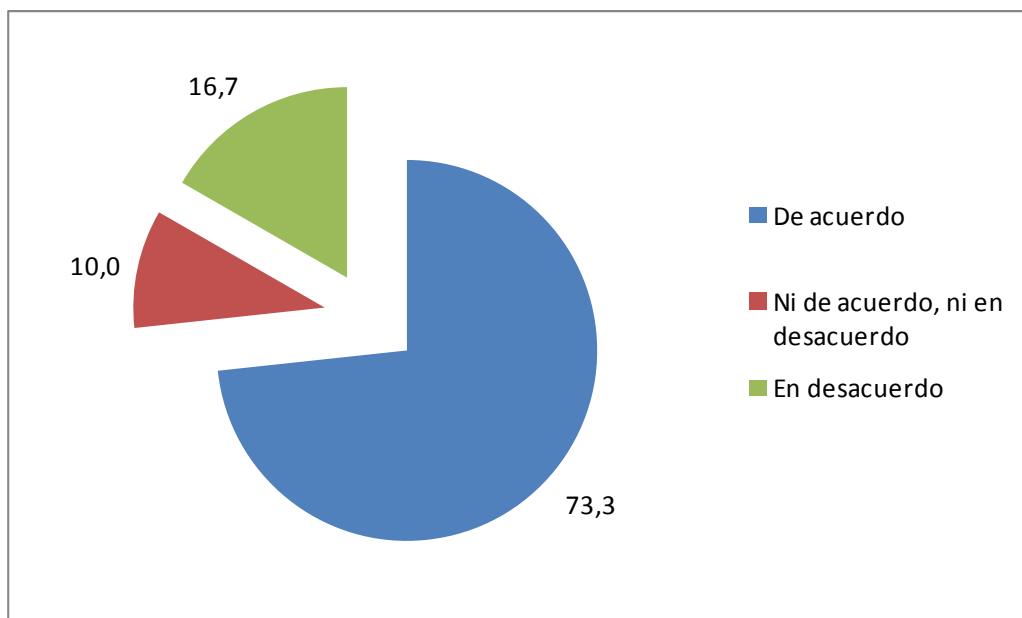
Observamos claramente que actividades como esquiar y conducir no pueden ser desarrolladas en nuestro modelo de vivienda integrado, pero las restantes, las cuales suman más del 50% de las respuestas dadas (75,0%) pueden llevarse a cabo en el recinto (en cuanto a trabajar, pueden considerarse distintas actividades personales, trabajos manuales, de jardinería, etc.). Sin embargo, estas actividades deben pensarse desde las limitaciones de los adultos mayores, razón por la cual las han mencionado (Figuroa, 1987). En este sentido, que los intereses de estos actores se aboquen a estas actividades, resulta favorable hacia la actitud social cuantificada, ya sea por aquel porcentaje como porque los servicios sanitarios y sociales están abocados a estimular y

regular la práctica de todas las actividades potenciales de realizar, entre las que se encuentran las de mayor preferencia.

ÍTEM 11

De acuerdo a la pregunta sobre la realización de menos actividades respecto de las que se desearía hacer, obtuvimos la siguiente distribución de respuestas:

Gráfico 23. Porcentajes de opciones de respuesta sobre la realización de menos actividades respecto de las que se desean.

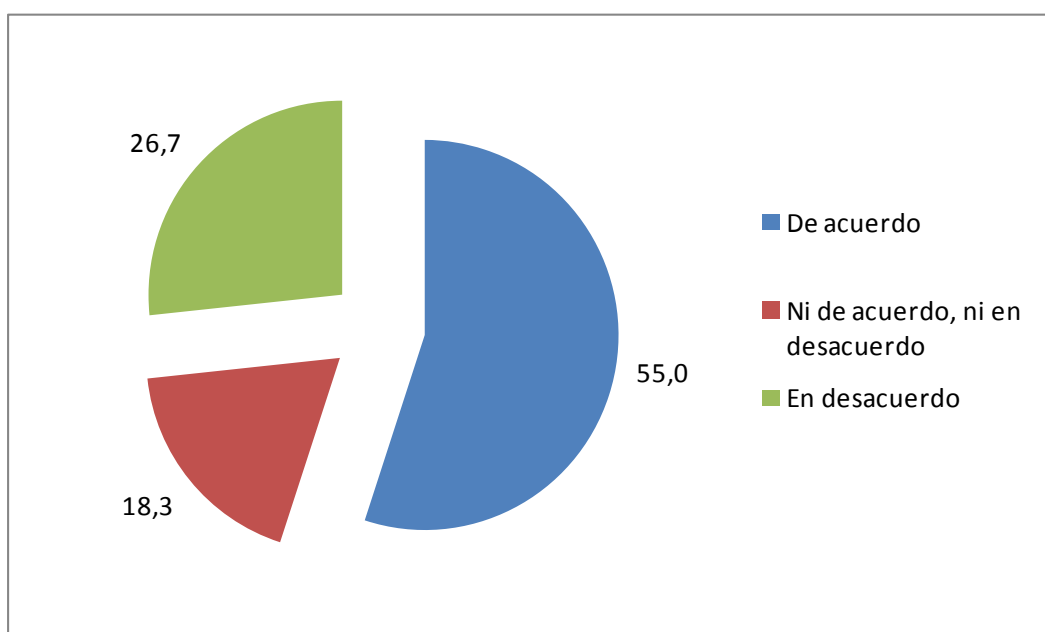


En este sentido, un porcentaje mayor de 50% que se corresponde con tal afirmación, resulta favorable ante la actitud social considerada, ya que el modelo de vivienda propuesto se orienta principalmente a solventar las limitaciones derivadas de los estados físico y psicológico de los adultos mayores, a través de sus extensos servicios sanitarios y sociales.

ÍTEM 12

En cuanto a la pregunta relacionada con los efectos de estar triste, deprimido o nervioso sobre el estado de realización de actividades, se obtuvo la siguiente distribución de respuestas:

Gráfico 24. Porcentajes de opciones de respuesta sobre influencia del estado psico-físico respecto de la realización de actividades.

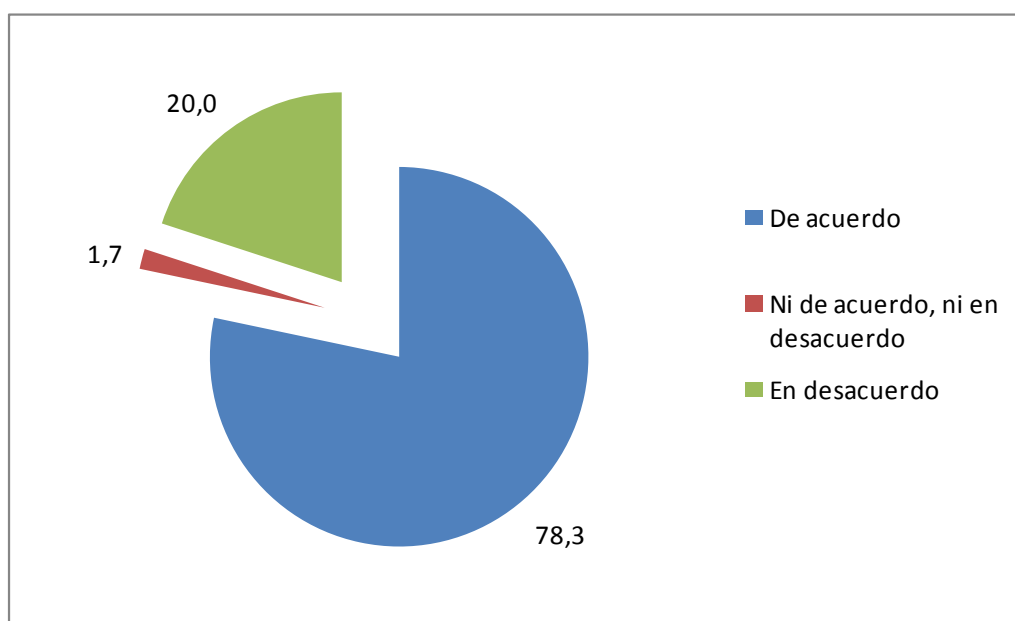


Se observa que la realización de actividades se encuentra claramente influenciada de manera negativa por el estado psico-físico de los adultos mayores, lo que se traduce en un menor tiempo de dedicación, realización de menos actividades o directamente la no realización de las mismas. Un mayor porcentaje a 50% se presenta como favorable ante la actitud social a cuantificar en tanto la disponibilidad de servicios sanitarios y sociales destinados a satisfacer estas necesidades de los adultos mayores.

ÍTEM 13

Respecto de la aseveración que el estado físico y emocional acarrea dificultades en las tareas de índole cotidiana, se halló la siguiente distribución de respuestas:

Gráfico 25. Porcentajes de opciones de respuesta sobre las dificultades derivadas desde la calidad del estado físico y emocional.

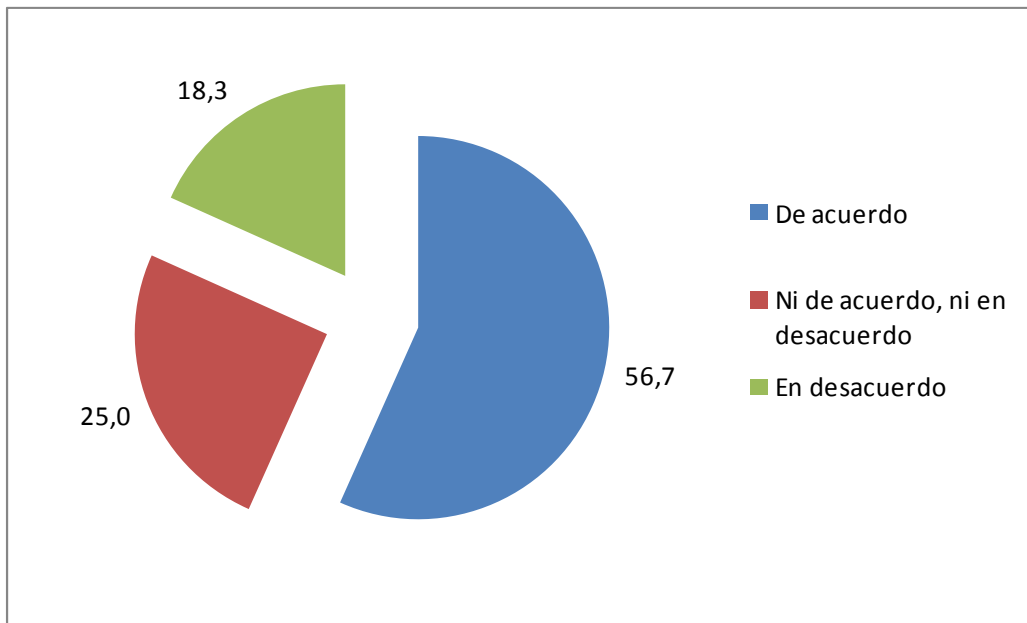


Un considerable porcentaje mayor a 50% ha afirmado la anterior pregunta, en tanto los adultos mayores reconocen que su estado físico y emocional representa una gran barrera hacia la consecución de tareas de la vida cotidiana. En este sentido, tal aspecto se presenta como favorable ante los fines del modelo de vivienda propuesto dado que se cuenta con asesoramiento y seguimiento permanente relacionado con el desenvolvimiento y bienestar general de los adultos mayores.

ÍTEM 14

Respecto del interrogante sobre la presencia de dolencias físicas con frecuencia, se halló la siguiente distribución de respuestas:

Gráfico 26. Porcentajes de opciones de respuesta sobre la presencia frecuente de dolencias físicas.



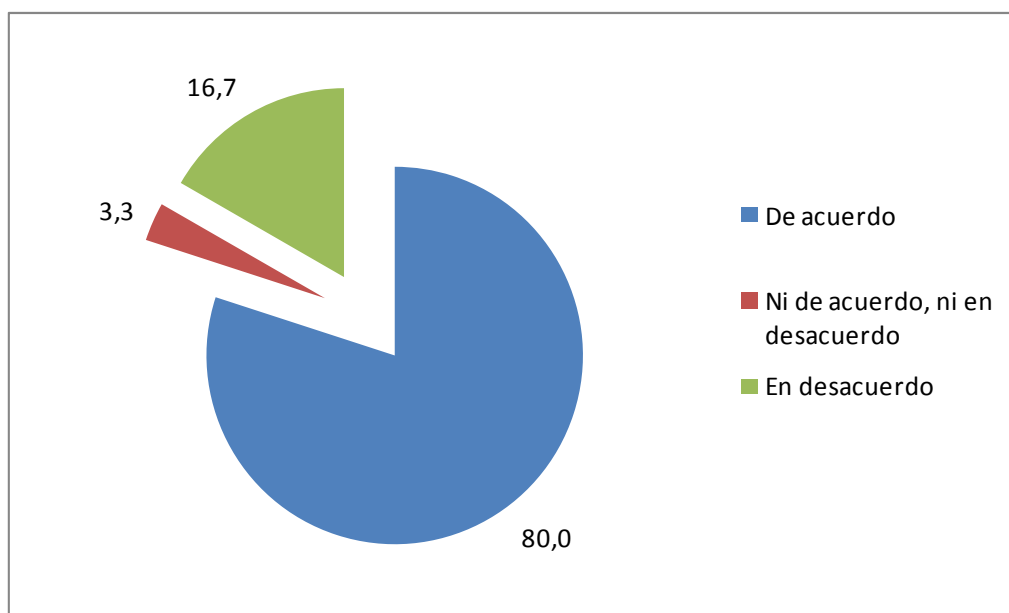
Observamos que más del 50% de los adultos mayores encuestados afirman poseer dolencias físicas con frecuencia, lo cual debe correlacionarse directamente con los que están en duda, pudiendo interpretarse ello con una menor frecuencia. En este sentido, el aspecto indagado es favorable ante la actitud social a cuantificar, ya que el modelo de vivienda propuesto dispone de dispositivos y servicios directamente relacionados con el bienestar de las personas, no sólo físico sino también emocional. Al respecto, aquellos que no poseen dolencias frecuentes también se presentan como favorables respecto del modelo anterior, dado la gran diversidad de actividades susceptibles de ser realizadas, las que bien podría resultar un factor limitante para los

que sí poseen dolencias si es que no son asesoradas y acompañadas de manera adecuada.

ÍTEM 15

Respecto de la afectación de estas dolencias en tanto la realización de tareas cotidianas, se halló la siguiente distribución de respuestas:

Gráfico 27. Porcentajes de opciones de respuesta sobre el grado de afectación de las dolencias físicas en la realización de actividades cotidianas.

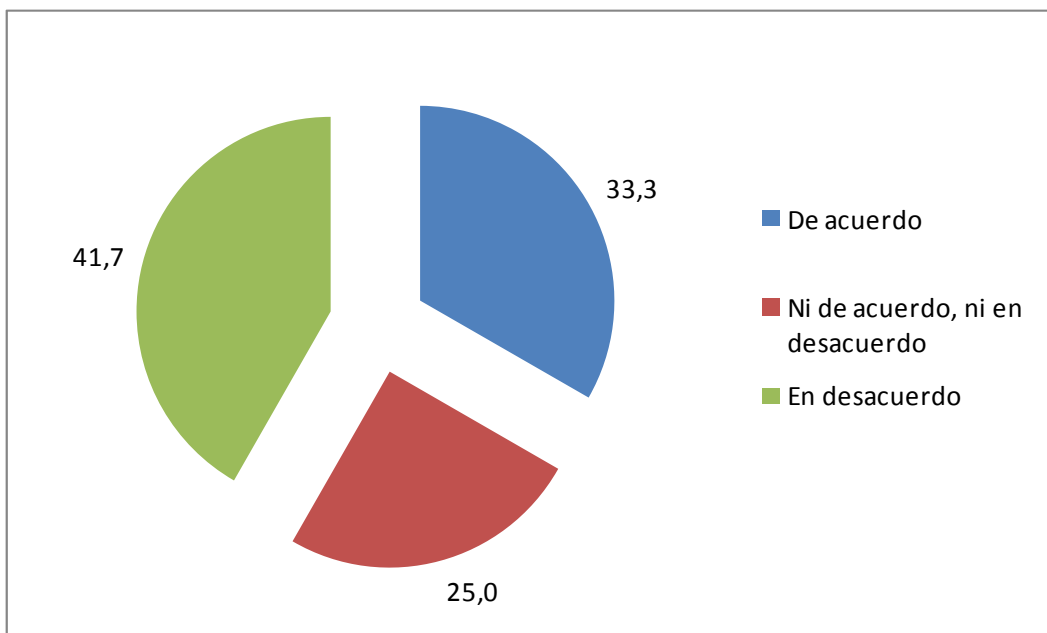


Específicamente sobre la calidad de realización de actividades cotidianas en función de la presencia de dolencias físicas, hallamos que casi la totalidad de los adultos mayores encuestados afirman tal interferencia. Este valor mayor a 50% se presenta como favorable en tanto la actitud social considerada, ya que, como hemos venido mencionando, el modelo de vivienda propuesto se aboca principalmente hacia la satisfacción de las necesidades integrales del adulto mayor y la garantía de una adecuada calidad de vida, ajustada a sus necesidades particulares.

ÍTEM 16

En tanto la existencia de una inadecuada calidad emocional, se hallaron las siguientes respuestas:

Gráfico 28. Porcentajes de opciones de respuesta sobre el estado emocional relacionado con la vida en general.

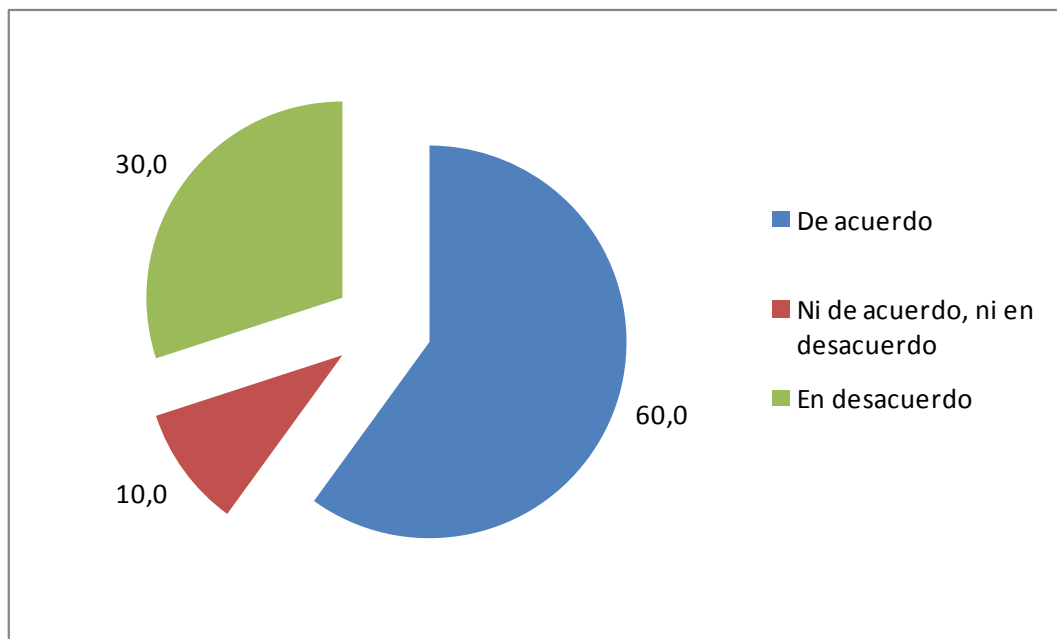


En este caso, lo favorable del aspecto indagado proviene de la consideración de las opciones de respuesta “De acuerdo” y “Ni de acuerdo, ni en desacuerdo”. Ello se justifica desde lo manifiesto de la presencia de estados de desánimo, tristeza, nervios, con la moral baja y/o cansancio, en términos relativos (no absolutos negativos), así considerando una participación total de 58,3%. En este sentido, el aspecto es favorable ante la presencia de servicios sanitarios y sociales desde el modelo de vivienda propuesto, orientados a la satisfacción de estas necesidades relacionadas con la calidad de vida en general.

ÍTEM 17

En tanto la afectación del estado físico y emocional sobre la realización de actividades sociales, se halló la siguiente distribución de respuestas:

Gráfico 29. Porcentajes de opciones de respuesta sobre la afectación del estado psico-físico en las actividades de carácter social.

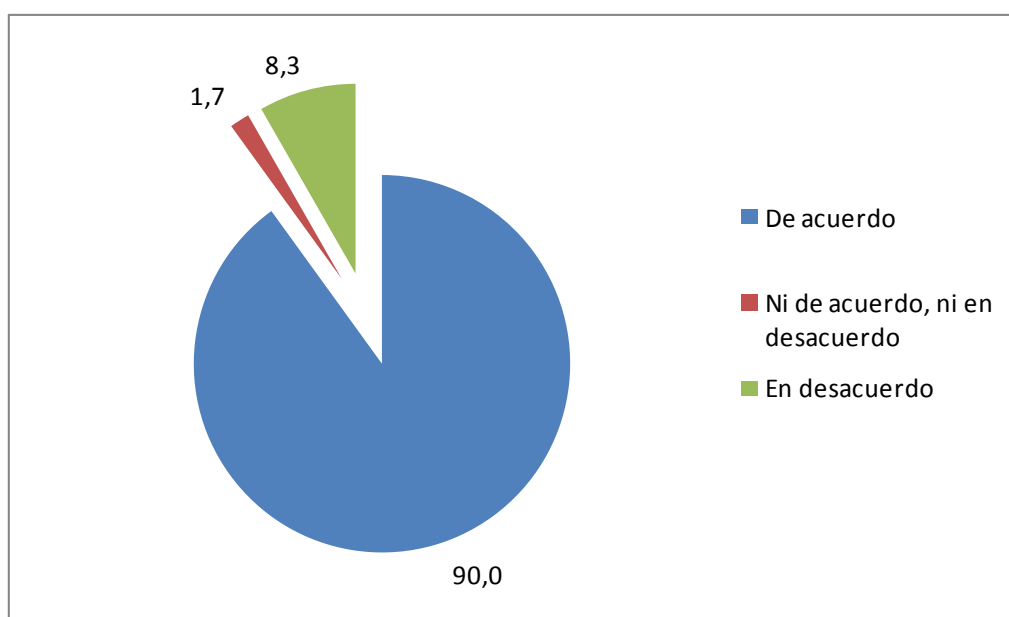


Los adultos mayores han manifestado que el estado psico-físico afecta determinantemente el desarrollo de actividades de carácter social. A través de un porcentaje mayor a 50%, este aspecto se presenta como favorable respecto de la actitud social medida, ya que el modelo de vivienda propuesto cuenta con distintas instancias de desenvolvimiento social, independiente o acompañada, siendo por ejemplo, el centro de reunión general, campo de golf, restaurante, etc. Así, el modelo anterior se presenta como una alternativa de desarrollo social, a la vez que se orienta a satisfacer todas las necesidades restantes, pero íntimamente relacionadas.

ITEM 18

En tanto la presencia de enfermedades de manera más fácil y frecuente respecto del resto de las personas, se halló la siguiente distribución de respuestas:

Gráfico 30. Porcentajes de opciones de respuesta sobre el surgimiento fácil y frecuente de enfermedades.

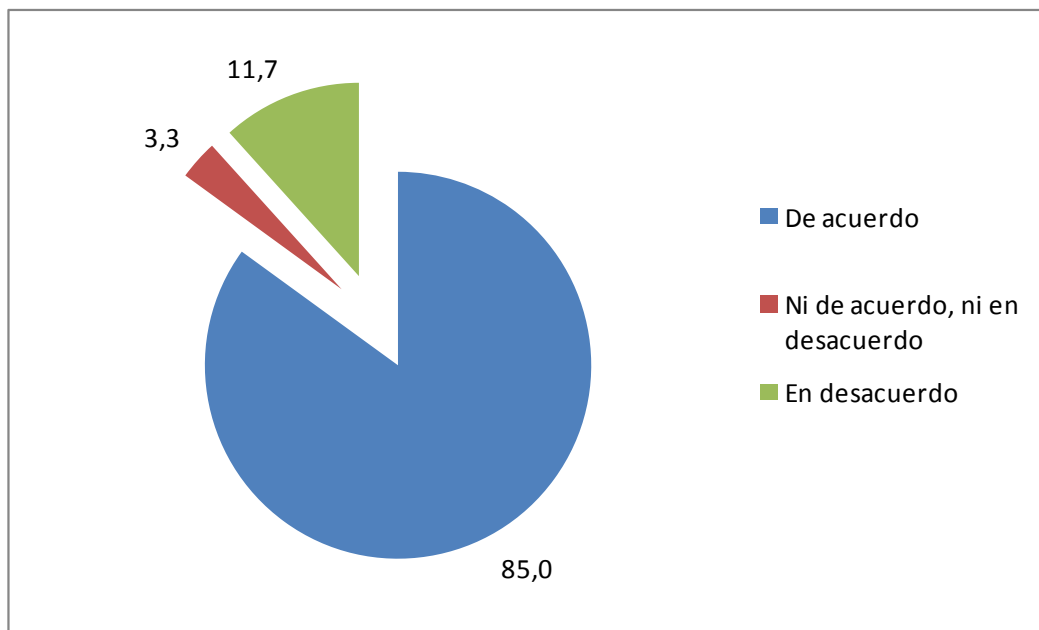


Esto muestra que los adultos mayores encuestados precisan de cuidados sanitarios y sociales con bastante frecuencia, lo que se presenta como favorable respecto de la actitud social medida ya que en el modelo de vivienda propuesto se cuenta con dispositivos asistenciales las 24 horas del día, específicamente hacia la resolución de problemática de toda índole relacionadas con el bienestar de sus habitantes. En este sentido, los adultos mayores cuentan con una gran seguridad relacionada con la presencia de enfermedades.

ÍTEM 19

En tanto la consideración que la salud ha de empeorar, se hallaron las siguientes percepciones:

Gráfico 31. Porcentajes de opciones de respuesta sobre el empeoramiento de la salud en general.

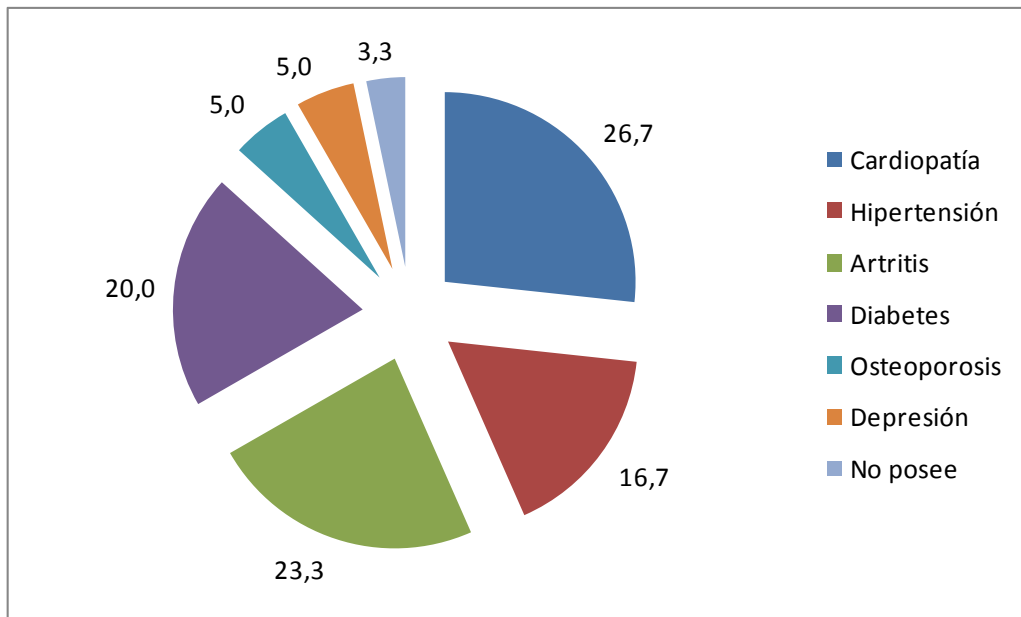


Casi la totalidad de los adultos mayores encuestados consideran que su salud ha de empeorar en el corto lapso. Ello se relaciona favorablemente con la actitud social medida, ya que no se presenta como necesario que el empeoramiento de la salud en general conlleve una reducción considerable de la calidad de vida. En este sentido, el modelo de vivienda propuesto, ante el ofrecimiento de una variada gama de servicios asistenciales pretende satisfacer estos hechos, garantizando una adecuada calidad de vida frente a los sucesos de mayor adversidad.

ÍTEM 20

Respecto de las enfermedades de los adultos mayores, hallamos los siguientes porcentajes de respuestas brindadas, atinentes a las enfermedades diagnosticadas que los adultos mayores poseen:

Gráfico 32. Porcentajes de enfermedades diagnosticadas.

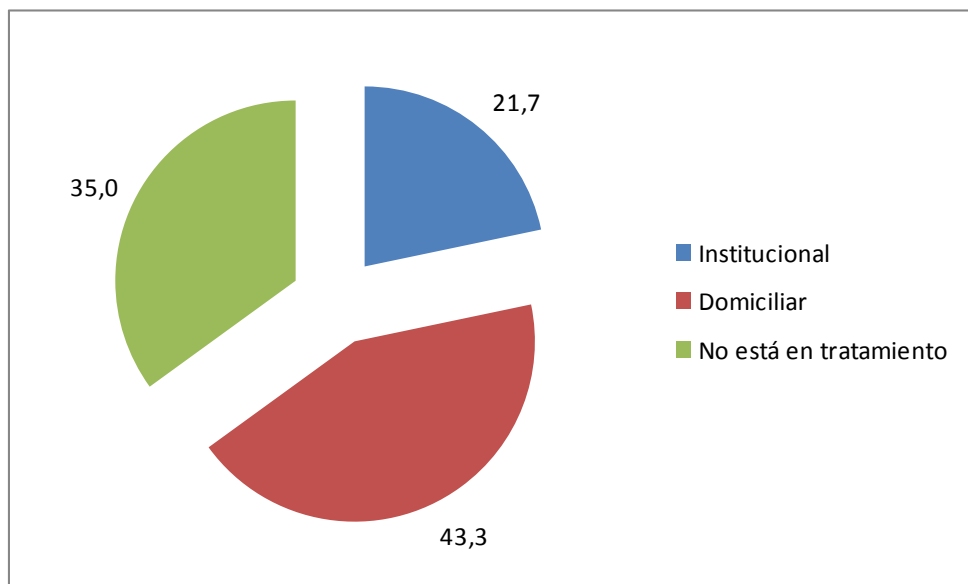


En este aspecto, el modelo de vivienda integrado no presenta problema alguno, ya que tanto los servicios sanitarios en casas asistidas, de cuidado continuo como los de consulta circunstancial, cuentan con profesionales que abarcan estas patologías (y más, como la flebología, la traumatología y la gastroenterología). Por ello, este aspecto resulta enteramente favorable respecto de la actitud social que estamos valorando.

ÍTEM 21

Respecto al tratamiento de las enfermedades, hallamos los siguientes porcentajes en cuanto a la modalidad del mismo.

Gráfico 33. Porcentajes de tratamiento de enfermedades.

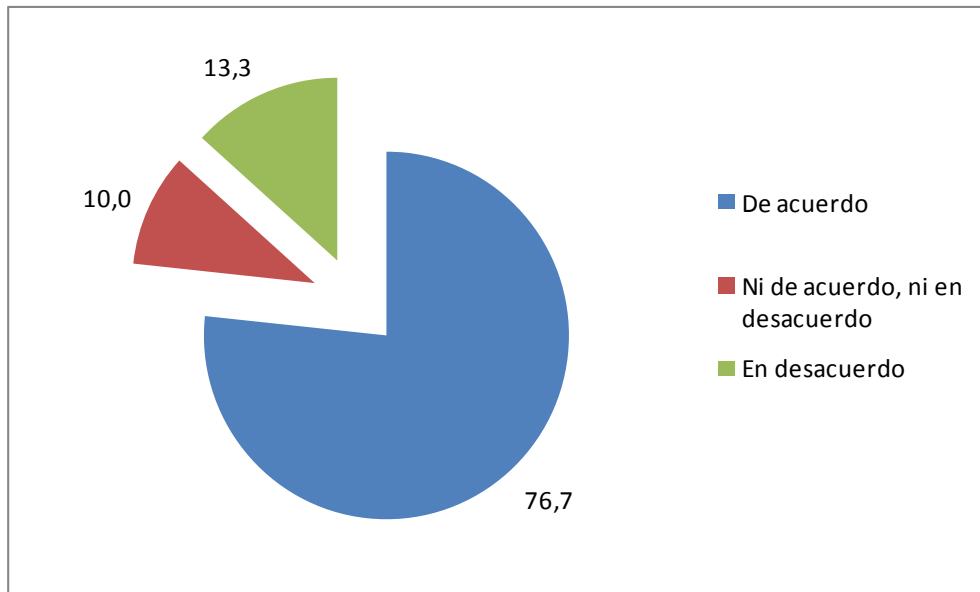


La mayoría se encuentra en tratamiento dentro de la modalidad domiciliar, gran parte de la población aunque con un porcentaje menor no está en tratamiento y el menor porcentaje se encuentra en tratamiento institucional.

ÍTEM 22

En cuanto a la calidad de la atención médica, se preguntó si se considera que debería mejorar para satisfacer las necesidades.

Gráfico 34. Porcentajes de la calidad de la atención médica.

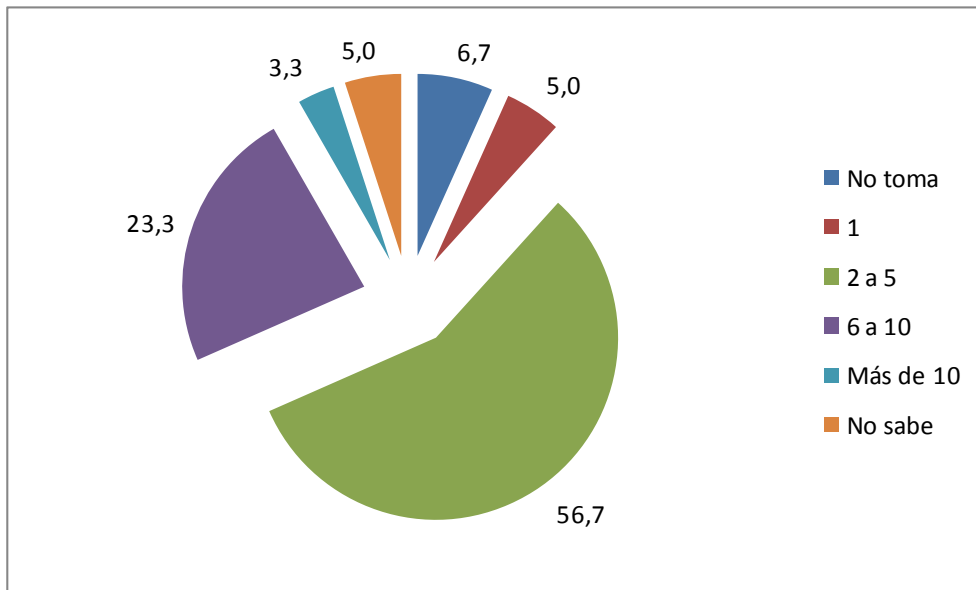


Como se observa en el gráfico hay un 76,7 %, la porción más significativa que está de acuerdo con que la atención médica y el tratamiento deben mejorar. En desacuerdo se ubica en un porcentaje mucho menor del 13,3 % y los que no está ni en acuerdo ni en desacuerdo se encuentra dentro de una proporción del 10 %.

ÍTEM 23

En lo que respecta a la cantidad de medicina que toma vemos que:

Gráfico 35. Porcentajes de la cantidad de medicamentos que toma.

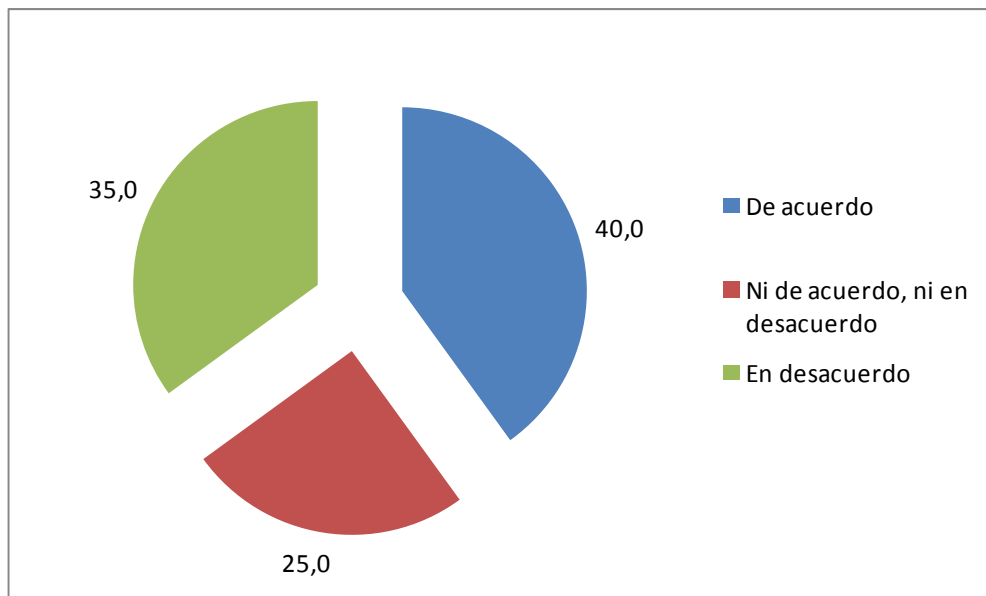


Más de la mitad de la muestra, un 56,7 % aseguró tomar entre 2 a 5 medicamentos; entre 6 a 10 se encuentra un porcentaje significativo, aunque mucho menor que el anterior, del 23,3 %. Los que no toman medicina representan un grupo del 6,7 % y con valores poco representativos se encuentran los que toman 1, más de 10 y los que no saben.

ÍTEM 24

Teniendo en cuenta si se sienten en armonía consigo mismo, encontramos que:

Gráfico 36. Porcentajes del estado de salud.

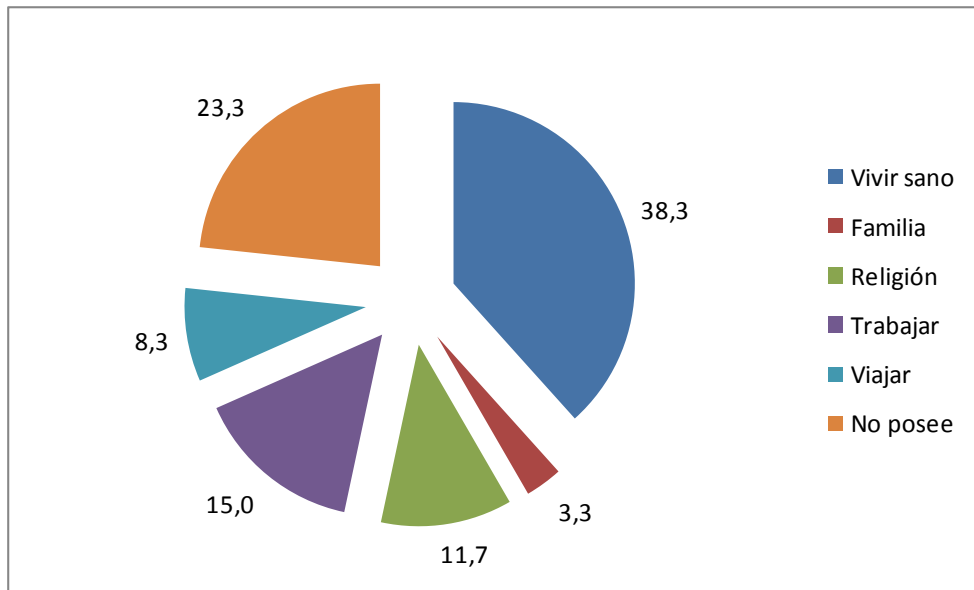


Casi la misma proporción, donde ambas son significativas, vemos que un 40 % asegura encontrarse en armonía y en paz dentro de su ser y un 35 % está en desacuerdo, esto es que no se sienten bien o armónicos consigo mismos. El 25 % no está ni de acuerdo ni en desacuerdo.

ÍTEM 25

Respecto a las razones o propósitos para vivir:

Gráfico 37. Porcentajes de la razón para vivir.

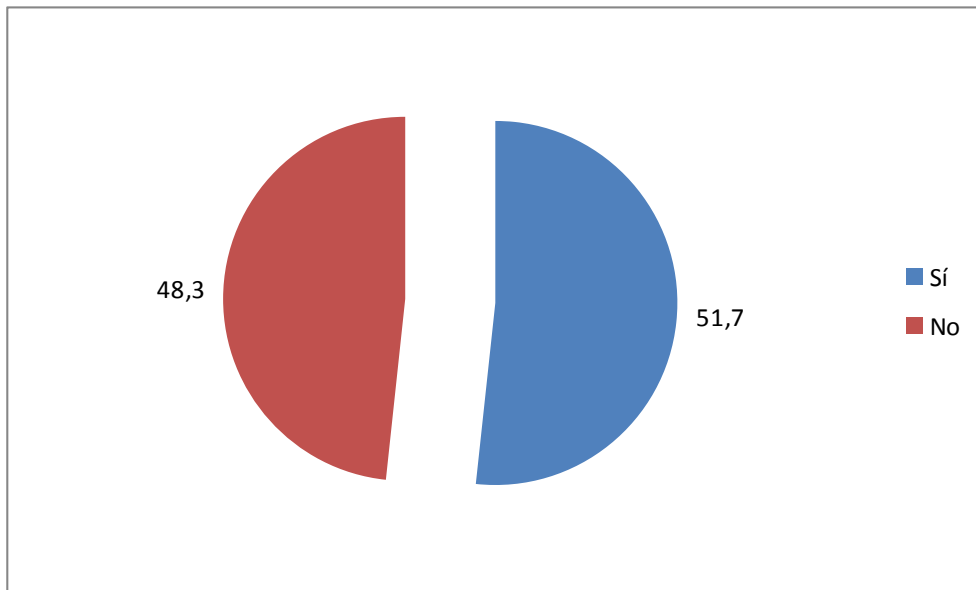


La razón para vivir más relevante fue vivir sano (38,3 %) aunque se puede ver que hay un porcentaje muy representativo que no posee (23,3 %). Estas dos elecciones fueron las más elegidas por la muestra. En tanto el trabajo (15 %) y la religión (11,7 %) con menor proporción fueron bastante elegidos, y viajar (8,3 %) y la familia (3,3 %) resultó lo menor importante.

ÍTEM 26

En tanto si acuden a servicios religiosos podemos ver que:

Gráfico 38. Porcentajes de asistencia a los servicios religiosos.

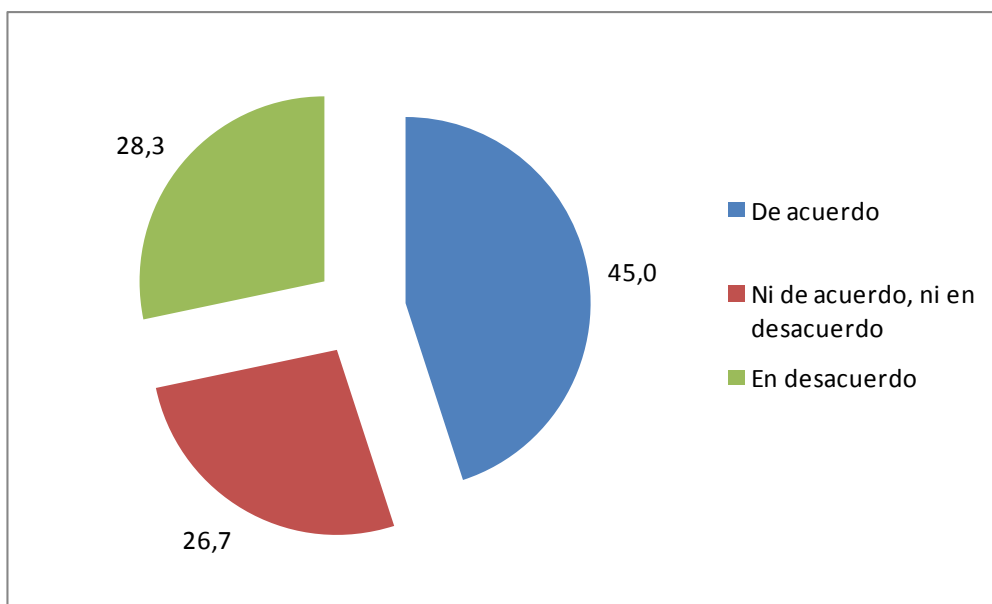


Más de la mitad (51,7 %) de la muestra acude a servicios religiosos mientras que el resto 48,3 % no.

ÍTEM 27

Se analizará aquí que índice de la población utiliza a la religión como forma de enfrentar sus malestares y dolencias.

Gráfico 39. Porcentajes de los servicios religiosos como forma de enfrentar las dolencias.

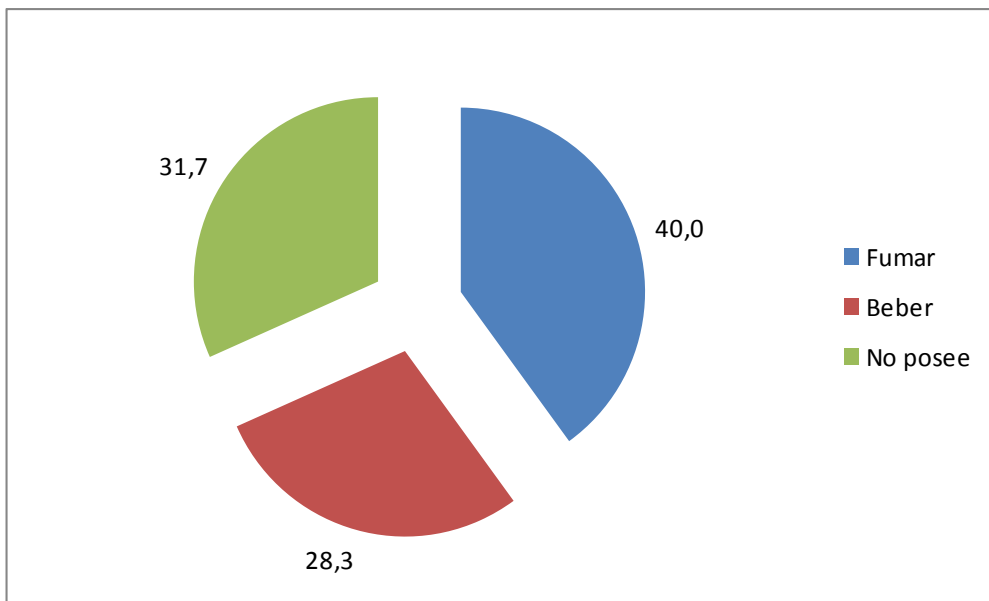


Evidentemente la religión es muy importante para esta población, para respaldarse en ella ante malestares físicos y problemas en general, ya que la porción mayormente significativa está de acuerdo con esto.

ÍTEM 28

En la siguiente pregunta se les consultó acerca de si tienen algún vicio, y en ese caso que seleccionen el más frecuente.

Gráfico 40. Porcentajes de los vicios.

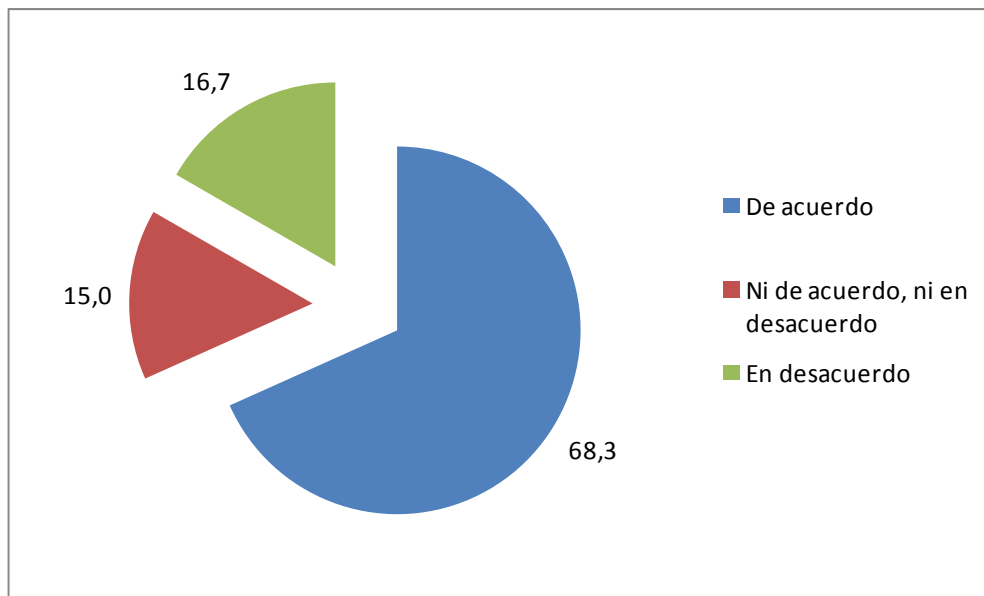


El vicio más frecuente resultó ser el de fumar con el 40 %, luego un porcentaje elevado aseguró no tener ningún vicio 31,7 % y el 28,3 % posee el vicio de beber.

ÍTEM 29

Además de las indicaciones médicas se preguntó si consideraban que a esto había que complementarlo con una dieta sana y equilibrada.

Gráfico 41. Porcentajes en cuanto a la consideración de tener una alimentación sana además de las indicaciones médicas.

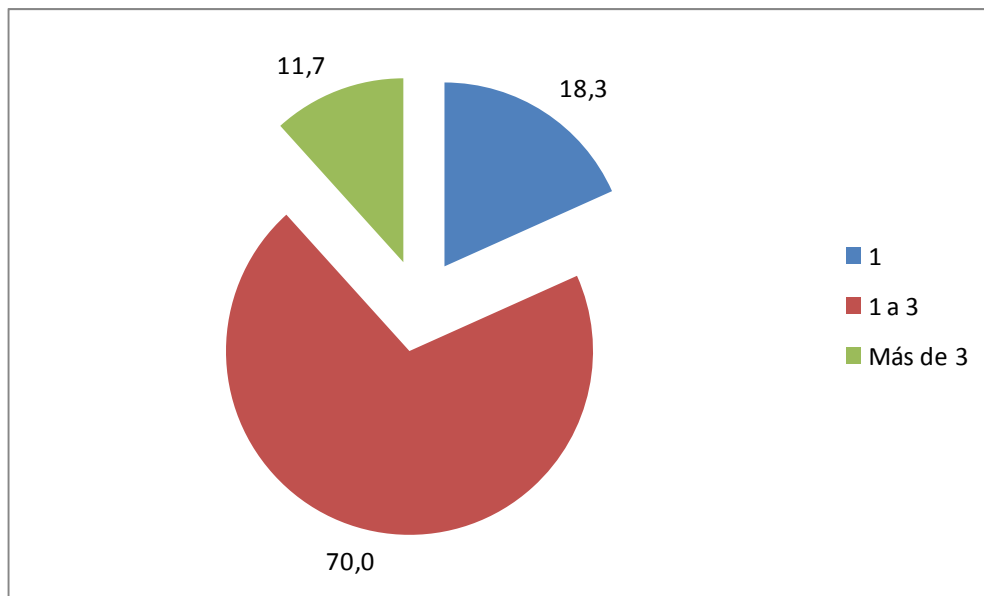


La gran mayoría representada por el 68,3 % está de acuerdo con seguir una dieta equilibrada para complementar las indicaciones médicas. La población que no está de acuerdo ni en desacuerdo suma un porcentaje del 15 % y los que están en desacuerdo 16,7 %.

ÍTEM 30

En cuanto a la cantidad de comidas que realizan por día:

Gráfico 42. Porcentajes de comidas que realizan por día.

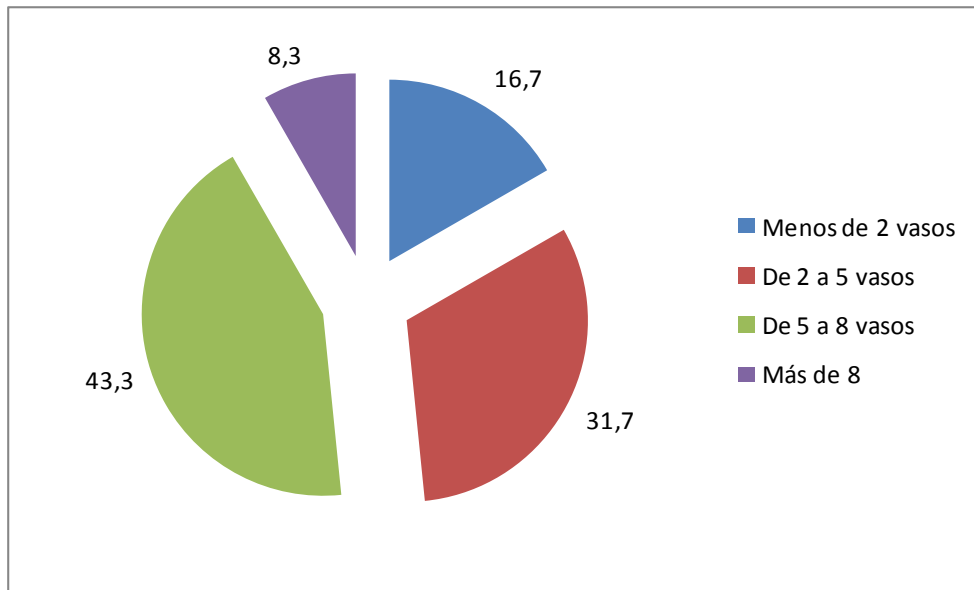


El 70 % realiza entre 1 a 3 comidas, mientras que el 18,3 % hace una sola y el 11,7 % más de 3.

ÍTEM 31

En cuanto a la cantidad de agua que consideran que deben tomar por día vemos que:

Gráfico 43. Porcentajes de agua que considera que debe tomar por día.

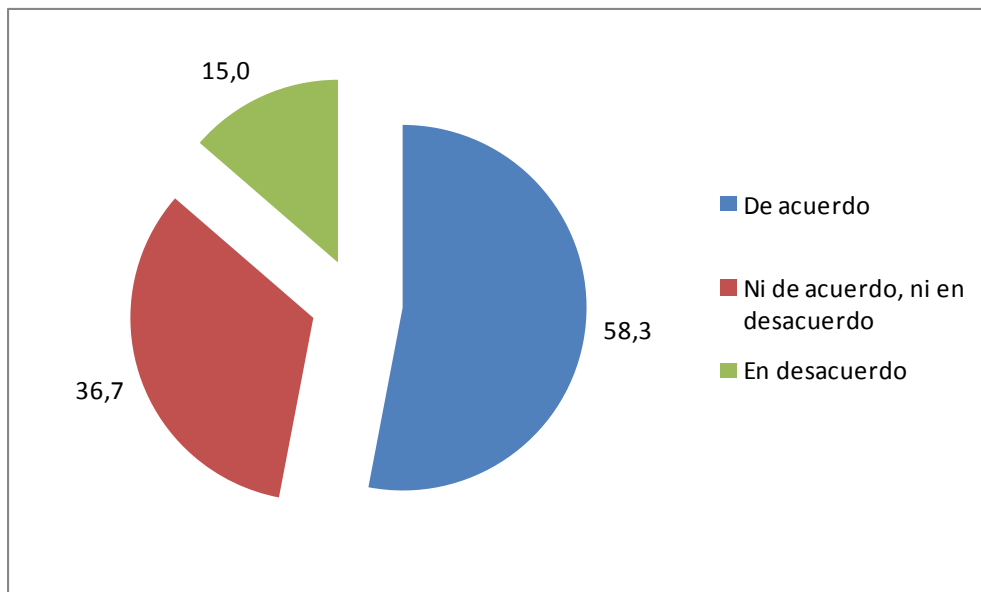


La mayoría considera que se tienen que tomar entre 5 a 8 vasos de agua, luego con están con un índice representativo los que consideran que deben tomar entre 2 a 5 vasos de agua. Y una población bastante menos representativas asegura que más de 8 vasos y otro grupo menos de 2 vasos.

ÍTEM 32

En cuanto a si consideran que tienen una vida sedentaria, han respondido de la siguiente manera:

Gráfico 44. Porcentajes de vida sedentaria que tienen.

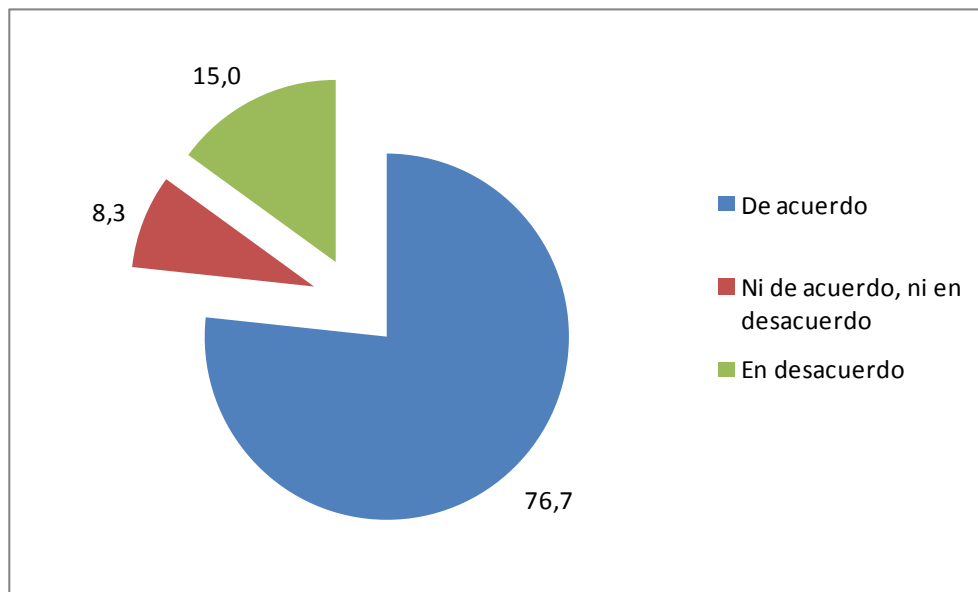


Más de la mitad de la población representada por el 58,3 % aseguran que están de acuerdo en que tienen una vida sedentaria. Los que no está ni de acuerdo ni en desacuerdo representan un gran porcentaje, aunque menor, del 36,7 % y los que están en desacuerdo porque no tienen una vida sedentaria son el menor grupo de personas representadas por el 15 %.

ÍTEM 33

Se les preguntó si piensan que una buena alimentación pueden ayudar a sentirse sanamente tanto física como emocionalmente.

Gráfico 45. Porcentajes con respecto a si considera que con una alimentación sana ayuda a sentirse bien física y emocionalmente.



Casi la totalidad de la población dice estar de acuerdo, una alimentación sana y equilibrada es fundamental como complemento para el bienestar físico y emocional. Con el 15 % están quienes están en desacuerdo con esto y con el 8,3 % los que no está ni de acuerdo ni en desacuerdo.

Conclusión parcial

Las distintas temáticas trabajadas en esta dimensión de la calidad de vida percibida, demostraron que los requerimientos y necesidades de salud (física y emocional) de los adultos mayores encuestados pueden ser muy bien satisfechos por los recursos del modelo de vivienda integrado, lo cual permite concluir parcialmente que la dimensión salud es considerada en su completitud por las estipulaciones de aquél.

Se pudo analizar cuál es la consideración de la población estudiada con respecto a la dieta equilibrada como complemento de los requerimientos médicos, la cantidad de agua que considera que deben tomar. Se pudo investigar cuál es el lugar que ocupa la religión en tanto apoyo en momentos de problemas o dolencias físicas.

Consideran muy importante tener una vida sana en tanto alimentación con el fin de que esta contribuya al buen rendimiento físico y a la salud mental.

5. Habilidades funcionales/dependencia

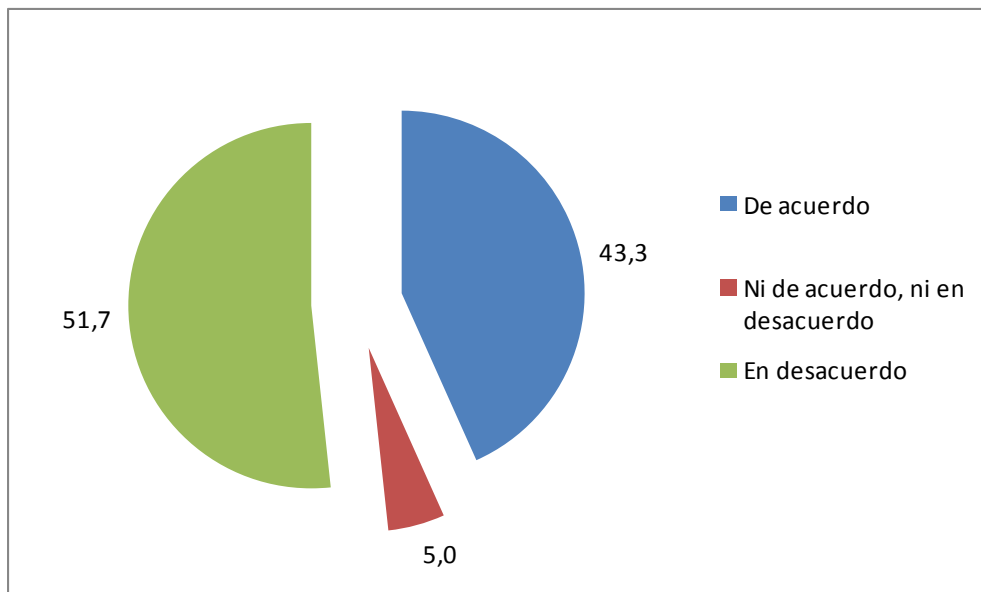
Parámetro cualitativo: Tiende a lo favorable y satisfacción de la actitud social cuantos más recursos tecnológicos y humanos se hallen hacia la consideración y tratamiento de las dificultades de desenvolvimiento, sean físicas y/o psíquicas, y la cumplimentación de todas las necesidades implicadas de los adultos mayores.

En esta dimensión está compuesta por los ítems 34-38 de la encuesta.

ÍTEM 34

En cuanto a si el estado de salud es un determinante para salir o no a la calle, las respuestas fueron las siguientes:

Gráfico 46. Porcentajes respecto a si las condiciones de salud le impiden salir a la calle.

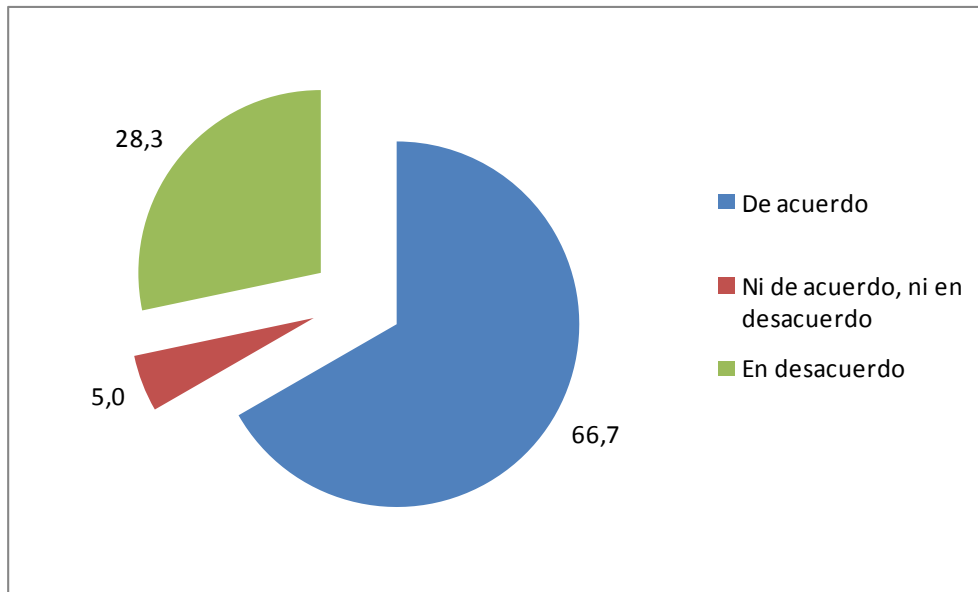


Más de la mitad asegura que el estado de salud no es un impedimento para realizar salir a la calle, mientras que un porcentaje menor a la mitad pero muy representativo está de acuerdo en que sí tiene dificultades para salir a la calle a causa de su estado de salud. En una instancia de ni de acuerdo no en desacuerdo hay un porcentaje que no resulta significativo.

ÍTEM 35

En cuanto a si pueden valerse por ellos mismos o si se encuentran en un estado tal que no lo pueden hacer, las respuestas obtenidas fueron las siguientes:

Gráfico 47. Porcentajes en lo que respecta a si la salud es un impedimento para valerse por ellos mismo.

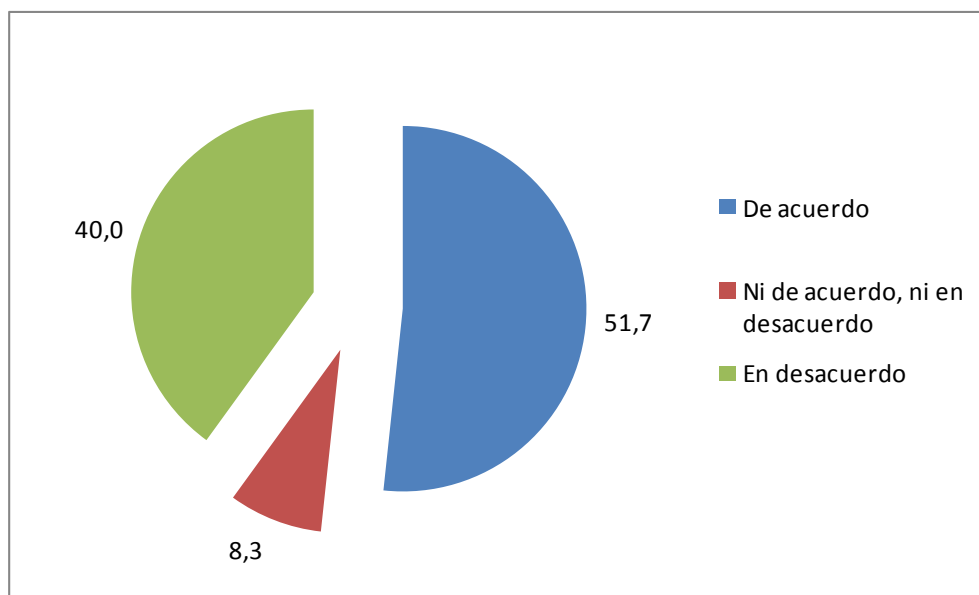


Estuvieron de acuerdo con esta pregunta un 66,7 %, más de la mitad de la muestra superando ampliamente al resto, esto quiere decir que la mayor parte de la población no puede valerse por sí misma. Sólo un 28,3 % estuvo en desacuerdo y considera que puede ser independiente sin tener que valerse necesariamente de otras personas. Y en un ni de acuerdo ni en desacuerdo hay un mínimo porcentaje del 5 %.

ÍTEM 36

Se pregunto si poseían dificultades para mantener una conversación debido alguna dificultad por ejemplo en la audición. Los datos obtenidos fueron los siguientes:

Gráfico 48. Porcentajes respecto a si posee algún deficiente en la audición.

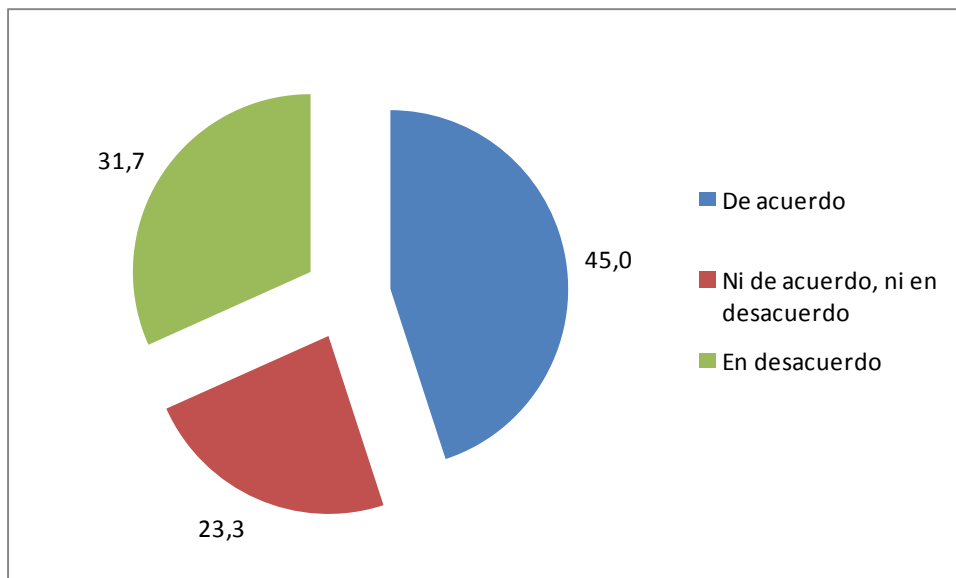


Podemos observar que muchas personas de esta muestra poseen problemas para mantener una conversación considerándose una de las posibles causas el hecho de que tengan problemas en la audición. A pesar del gran porcentaje que presenta inconvenientes encontramos otra gran parte (aunque menor) que aseguran no tener ninguna dificultad para mantener una conversación. Un porcentaje que no resulta representativo respondió que no está ni de acuerdo ni en desacuerdo.

ÍTEM 37

En relación a si consideran necesario que alguien los ayude en lo que concierne a labores cotidianas, dijeron que:

Gráfico 49. Porcentajes respecto a si considera que necesita a alguien que lo ayude en labores cotidianas.

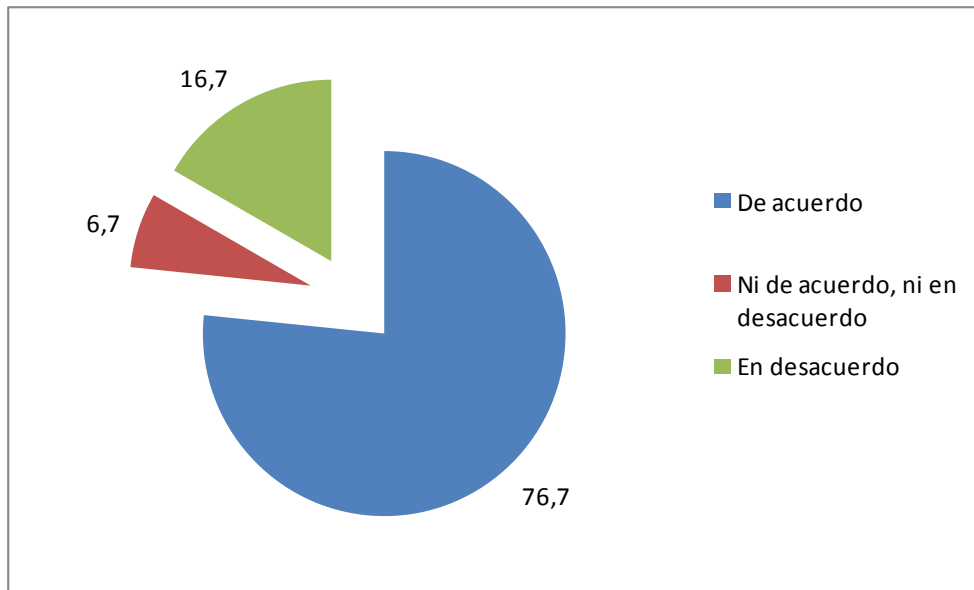


El 45 % estuvo de acuerdo en necesitar ayuda para las labores domésticas, el 31,7 % estuvo en total desacuerdo y el 23,3 % dijo no estar ni de acuerdo ni en desacuerdo.

ÍTEM 38

En relación a la pregunta anterior, se les consultó si la persona que necesitan para ese apoyo no es la que ellos quisieran.

Gráfico 50. Porcentajes en relación a si no cuentan con la persona que necesitan de apoyo.



Se podría decir que casi la totalidad de la población no cuenta con el apoyo que desea para las tareas mencionadas en la pregunta anterior, y una porción muy pequeña en relación a está dice estar conforme con la persona que tiene de apoyo. Muy poco fueron los que respondieron que no están ni de acuerdo ni en desacuerdo con este tema.

Conclusión parcial

Reducida pero más manifiestamente que en otras dimensiones de la calidad de vida percibida, el modelo de vivienda integrado se ajusta muy adecuadamente a las necesidades y requerimientos de los adultos mayores en tanto habilidades funcionales/dependencia, lo cual permite afirmar la satisfacción de la actitud social cuantificada a través de esta dimensión.

La población analizada no está conforme con sus condiciones de vida en general, dependen en su mayoría de otros para poder llevar una vida normal y estas personas que las ayudan no son, en casi la totalidad de los casos, las personas que ellos elegirían para que los apoyen en las tareas que no pueden realizar. Las

condiciones en las que se encuentran no son buenas ya que presentan dificultades importantes como no poder entablar una conversación a causa de sus problemas de audición.

6. Integración social

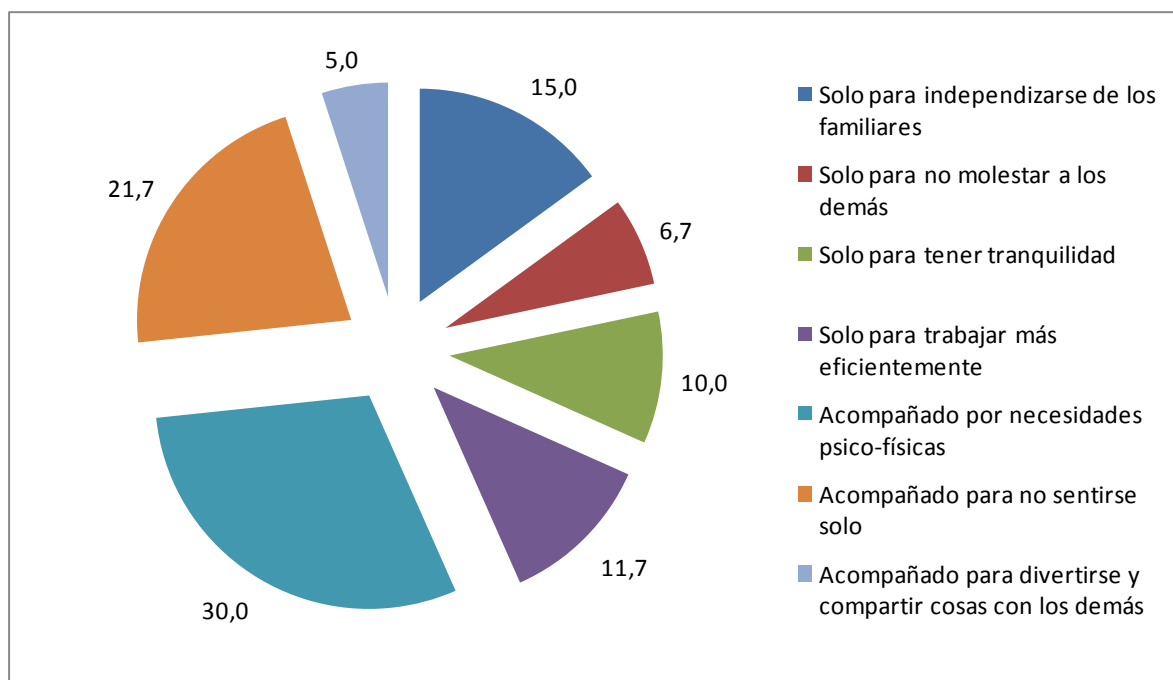
Parámetro cualitativo: Tiende a lo favorable y satisfacción de la actitud social cuanto más recursos y alternativas existan desde el modelo de vivienda integrado en relación al apoyo social funcional, oportunidades y participación social, y disponibilidades de que seres queridos acudan a su auxilio cotidiano.

Esta dimensión de la calidad de vida percibida está compuesta por los ítems 39-52.

ÍTEM 39

En relación a la forma de vivir, en tanto si prefieren que sea solos o acompañados y el motivo por el cual lo eligen las respuestas fueron las siguientes:

Gráfico 51. Porcentajes en relación a la preferencia en la forma de vivir.

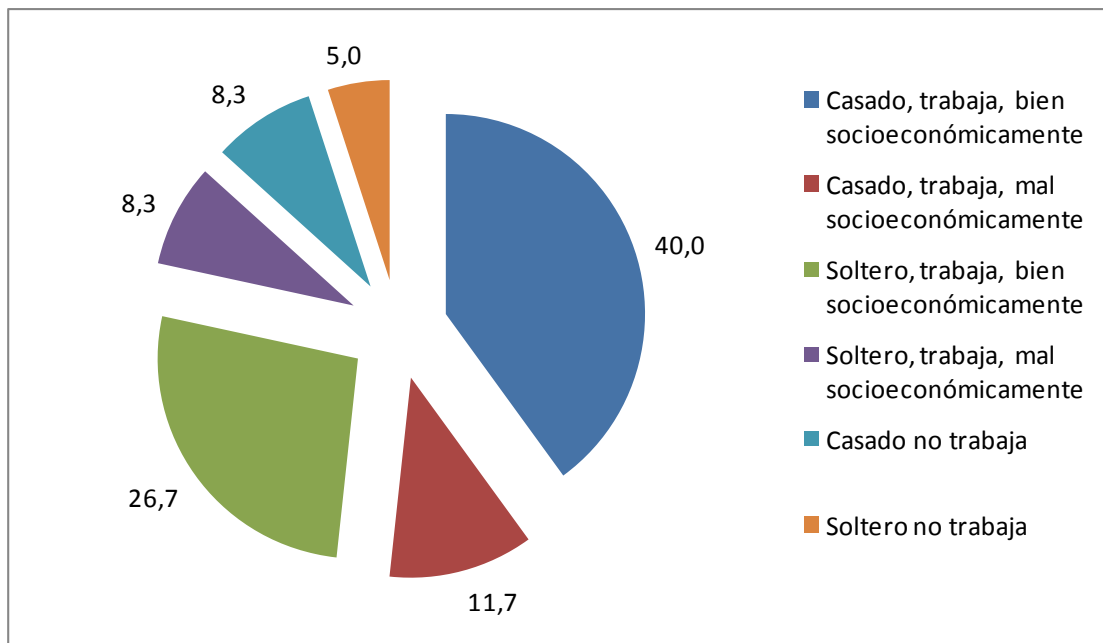


Las respuestas obtenidas fueron: con un 30 % acompañado por necesidades psicofísicas, 21,7 % acompañado para no sentirse solo, 15 % solo para independizarse de los familiares, 11,7 % solo para trabajar más eficientemente, 10 % solo para tener tranquilidad, 6,7 % solo para no molestar a los demás, 5 % acompañado para divertirse y compartir cosas con los demás.

ÍTEM 40

En relación a los hijos, en caso de poseerlos, se preguntó por la situación social de ellos. Qué es lo que hacen, trabajan, estudian, etc.

Gráfico 52. Porcentajes en relación con la situación de los hijos.

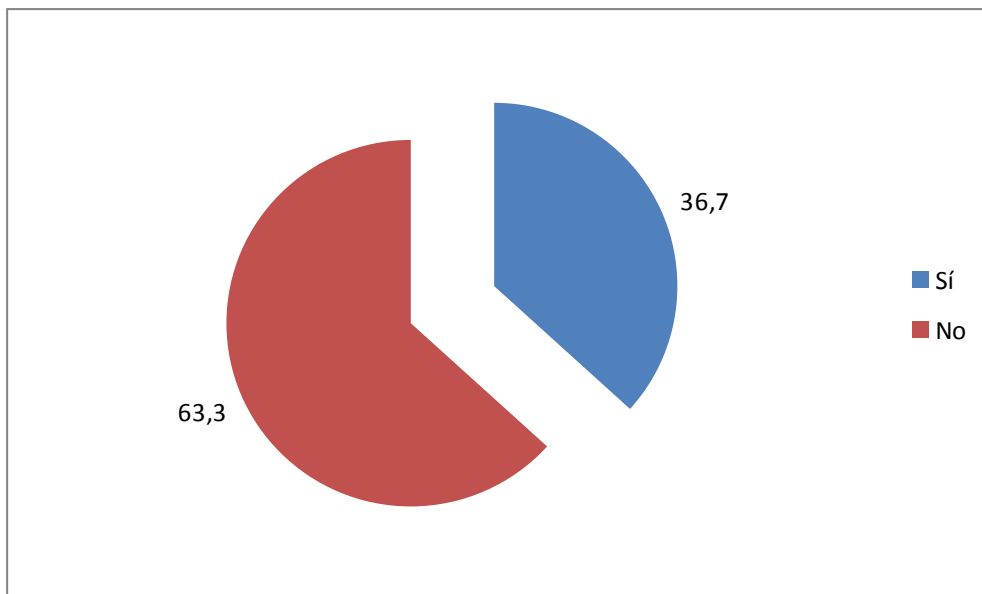


La mayoría tiene hijos casados que trabajan y están bien socioeconómicamente, este porcentaje es el más significativo de la muestra junto con los que tienen hijos solteros que les va bien socioeconómicamente. El resto de los porcentajes no resultan significativos y lo componen: los que tienen hijos casados que trabajan pero les va mal socioeconómicamente, los que son solteros y les va mal socioeconómicamente, el que tiene hijos casados que no trabajan y los que tienen hijos solteros que no trabajan.

ÍTEM 41

Se les preguntó si recibían algún tipo de ayuda económica por parte de los hijos y obtuvimos las siguientes respuestas:

Gráfico 53. Porcentajes en relación a si reciben ayuda de los hijos.

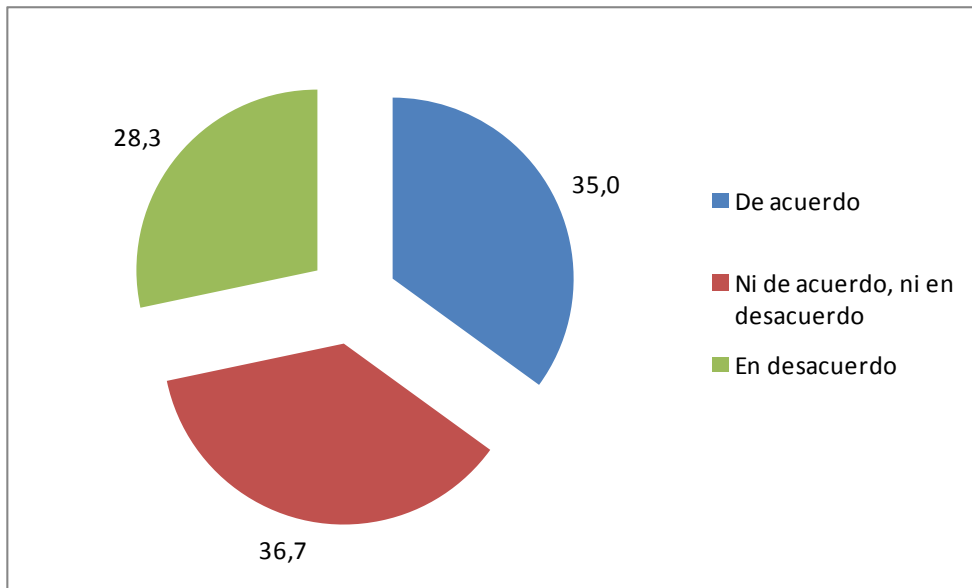


El 63,3 % de la población no recibe ayuda económica por parte de los hijos mientras que el 36,7 % sí.

ÍTEM 42

En lo que respecta a la relación con los hijos se les preguntó acerca de si estaban, en el caso de no vivir con ellos, comunicados y si realizaban actividades juntos.

Gráfico 54. Porcentajes en relación a si realiza actividades con sus hijos.

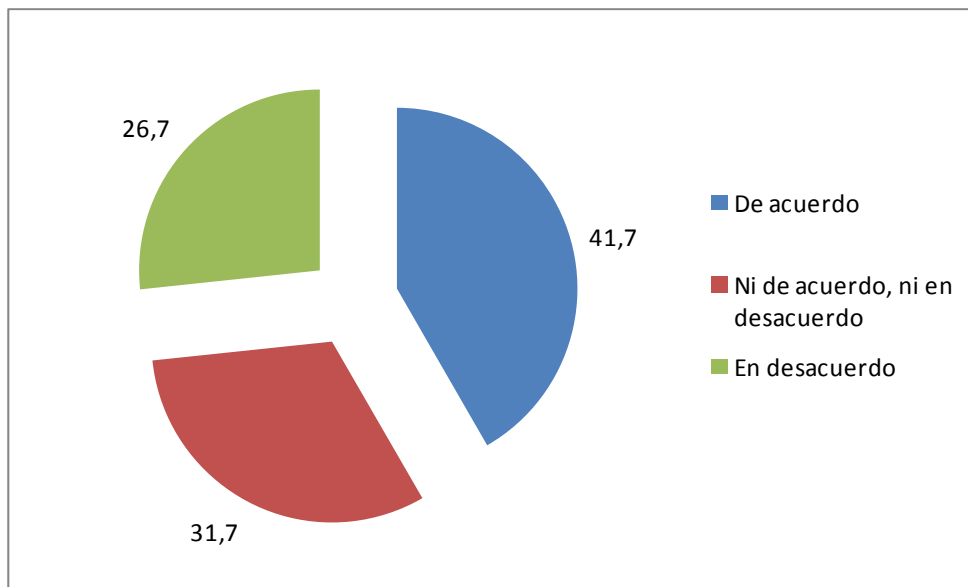


Las respuestas fueron muy variadas casi en mismas porciones, es la misma cantidad los que realizan actividades con los hijos que los que no y los que no están de acuerdo ni en desacuerdo,

ÍTEM 43

Se les preguntó qué tan importante es para ellos tener amigos.

Gráfico 55. Porcentajes según la importancia de tener amigos.

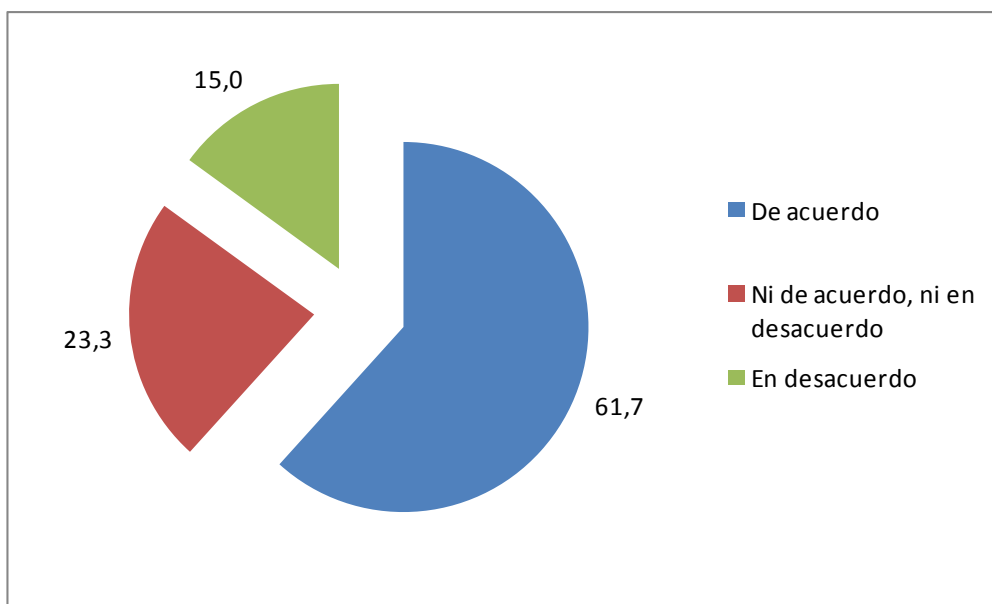


Para la población analizada resulta importante tener amigos, si bien hubo un porcentaje que estuvo en desacuerdo este no es significativo en comparación con el resto.

ÍTEM 44

En relación con las visitas ya sean familiares o amigos se preguntó si la frecuencia de las mismas era poca.

Gráfico 56. Porcentajes según frecuencia de visitas de amigos o familiares.

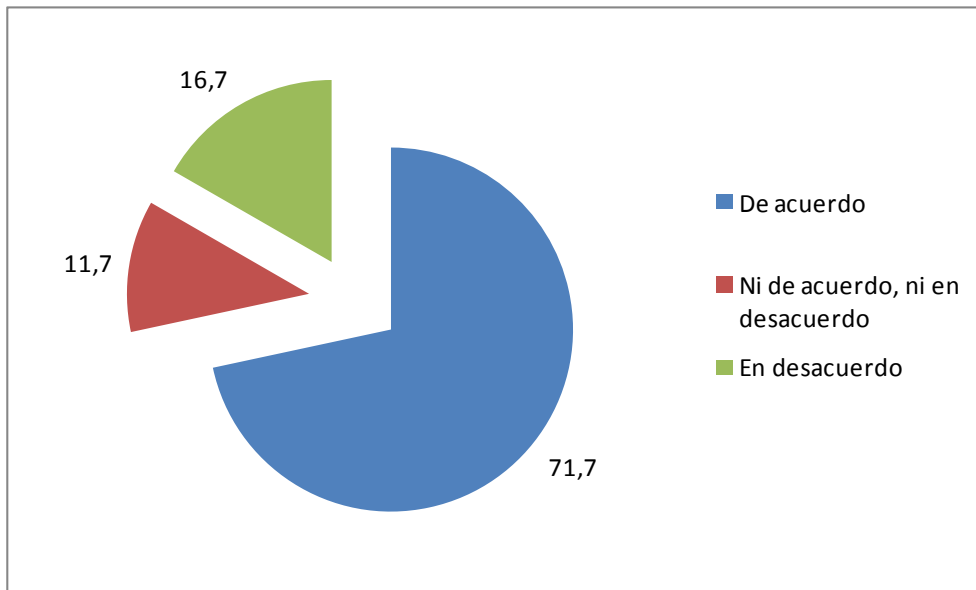


Hubo un alto índice que estuvo de acuerdo, donde este resulta relevante en relación del resto con cual se puede establecer que efectivamente la frecuencia de visitas por parte de familiares y amigos es poca.

ÍTEM 45

Siguiendo la pregunta anterior se repreguntó pero en este si eran pocas las salidas con otras personas que no fueran familiares o amigos.

Gráfico 57. Porcentajes según salidas con otras personas que no sean familiares y amigos.

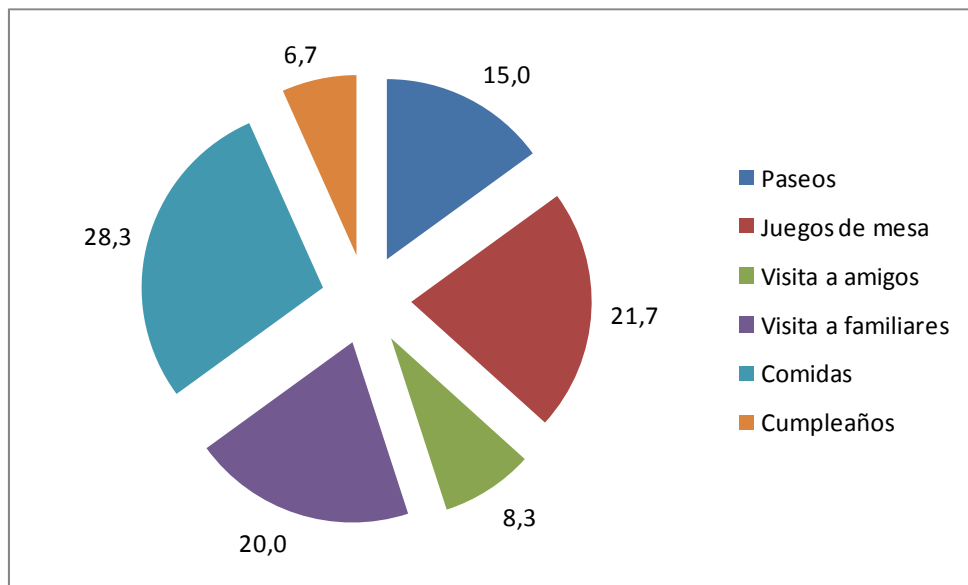


Al igual que en la pregunta anterior las salidas con otras personas también resulta de poca frecuencia ya que estuvieron e acuerdo un 71,7 % de la población, mientras que solo un 16,7 % estuvo en desacuerdo que conformaría la población que sale con más frecuencia con otras personas y un 11,7 % no está ni de acuerdo ni en desacuerdo.

ÍTEM 46

Con el fin de investigar cuestiones que tienen que ver con lo social de dicha población se les preguntó cuál era la actividad social más frecuente.

Gráfico 58. Porcentajes según actividad social más frecuente.

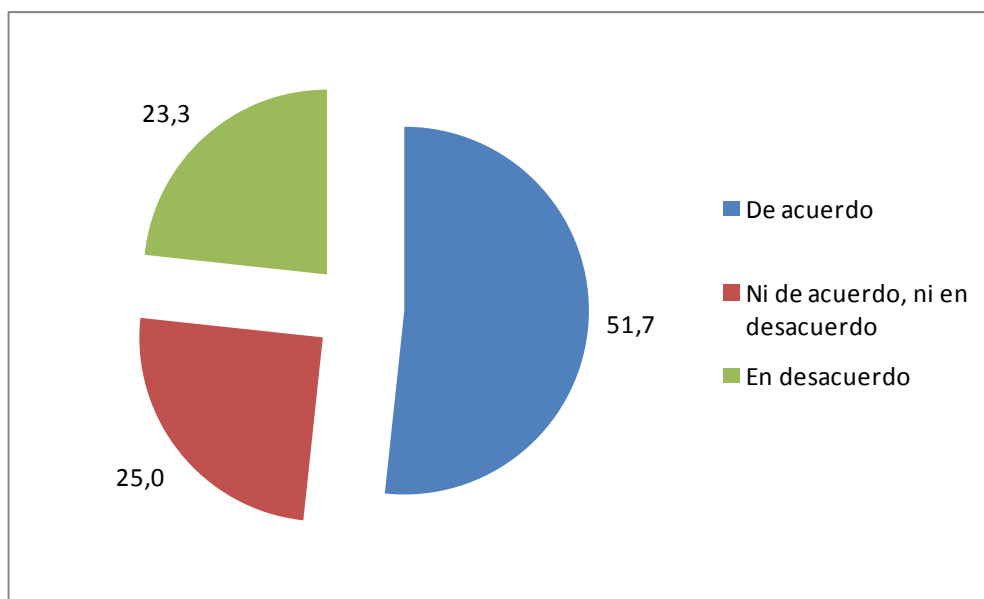


Las actividades sociales más frecuentes resultaron ser: comidas, visitas familiares y juegos de mesas. Otras actividades con mucha menor participación fueron: paseos, visitas de amigos y cumpleaños.

ÍTEM 47

Con respecto al afecto y al amor que ellos perciben que reciben se preguntó si consideraban que era poco y las respuestas obtenidas fueron:

Gráfico 59. Porcentajes según afecto y amor recibido.

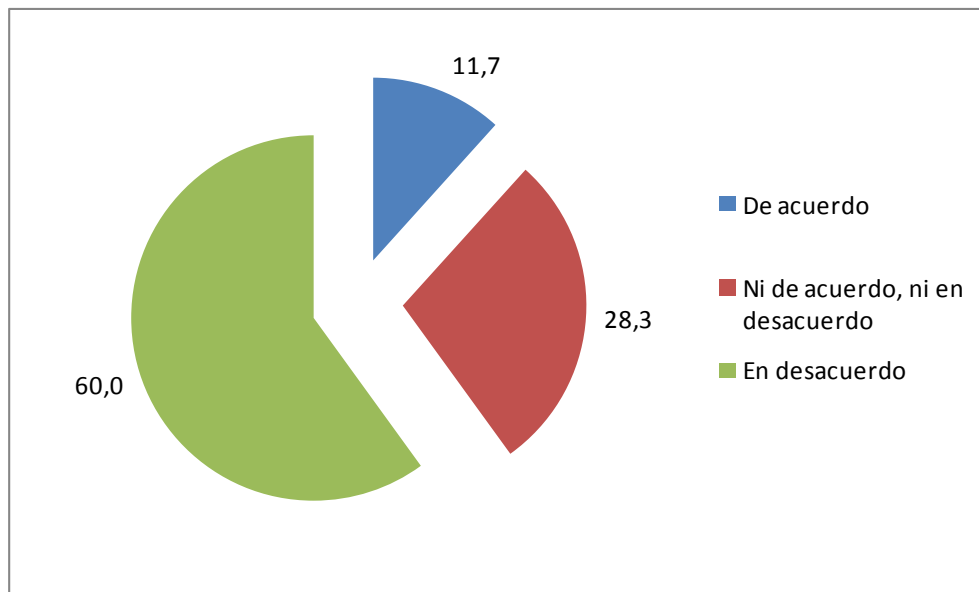


La mitad de la población con un 51,7 % aseguró estar de acuerdo, con lo cual la percepción que ellos tienen es que reciben poco afecto y cariño. Con menor porcentaje están lo que dijeron no estar ni de acuerdo ni en desacuerdo (25 %) y con el menor porcentaje los que aseguraron estar en desacuerdo (23,3 %).

ÍTEM 48

Se les preguntó si consideraban que recibían poco respeto y consideración por parte de otras personas.

Gráfico 60. Porcentajes según respeto por parte de otras personas.

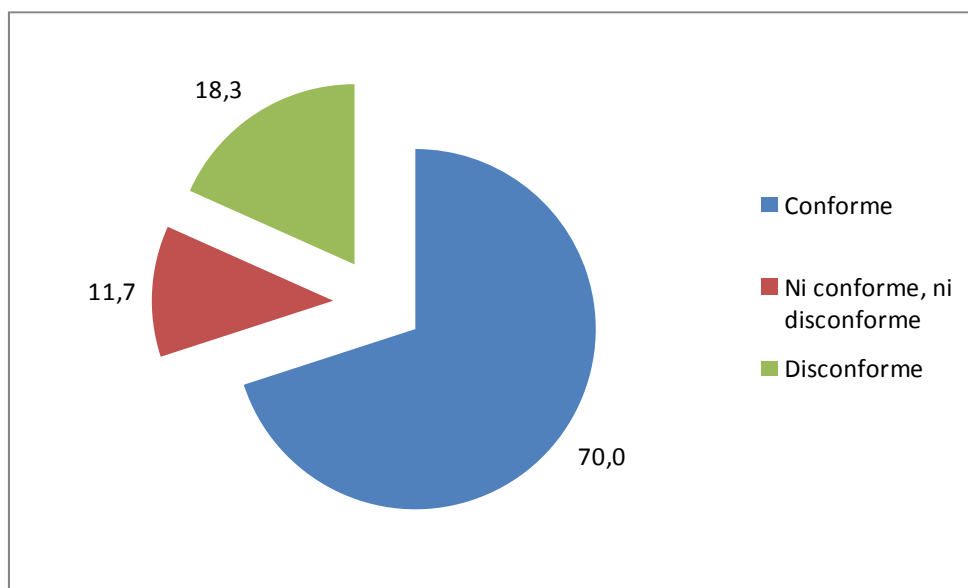


En este caso aseguraron que no sienten que reciben poco respeto y consideración por parte de las otras personas sino más lo contrario ya que aseguraron estar en desacuerdo.

ÍTEM 49

Con respecto a su relación con el medio social general se les preguntó cómo podrían describirla. Las respuestas obtenidas fueron:

Gráfico 61. Porcentajes según su relación con el medio social general.

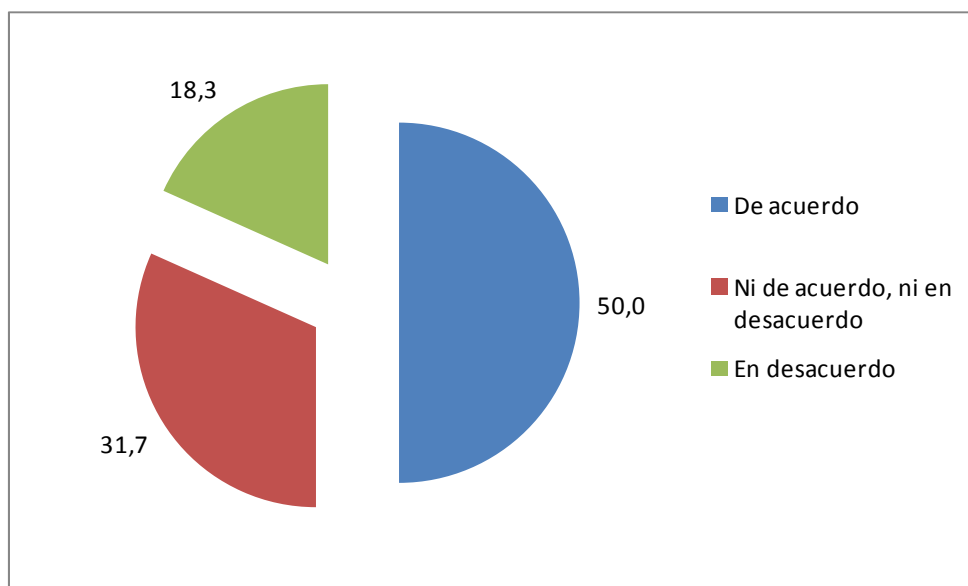


Con un 70 % aseguraron estar conformes con el medio social en general, y con porcentajes no significativos encontramos a los que se encuentran disconformes con el 18,3 % y ni conforme ni disconforme con el 11,7 %.

ÍTEM 50

En lo que respecta a las posibilidades de participación en el medio social en general se le preguntó si consideraban que era desigual.

Gráfico 62. Porcentajes según posibilidades de participación en el medio social en general.

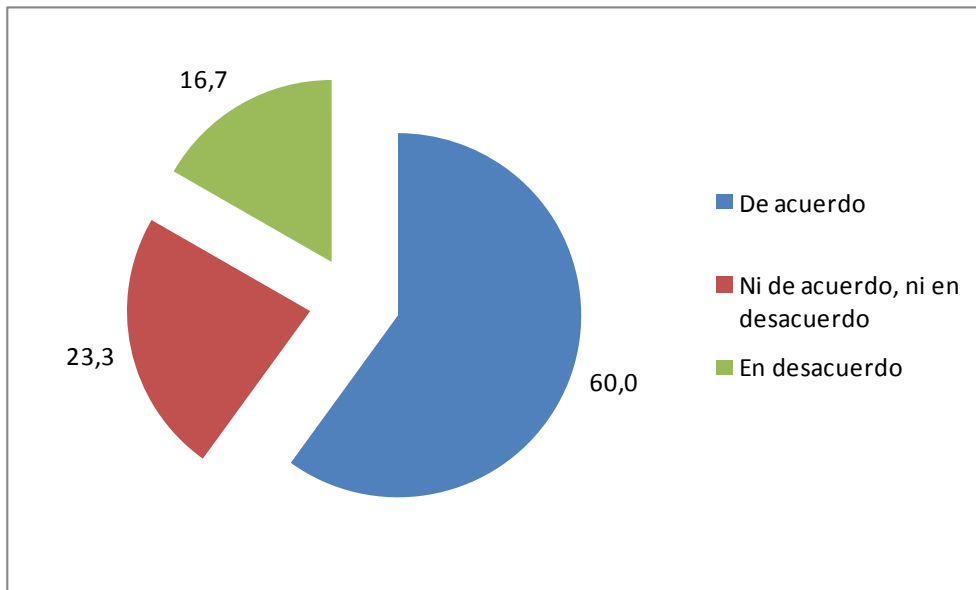


La mitad y parte representativa aseguró que la participación en el medio social en general es desigual, no todos tienen las mismas posibilidades, es decir ellos se encuentran en desventaja en este aspecto.

ÍTEM 51

En relación a la cantidad de personas con las que puede contar se les preguntó si consideraban que era insuficiente.

Gráfico 63. Porcentajes según cantidad de personas con las que puede contar.

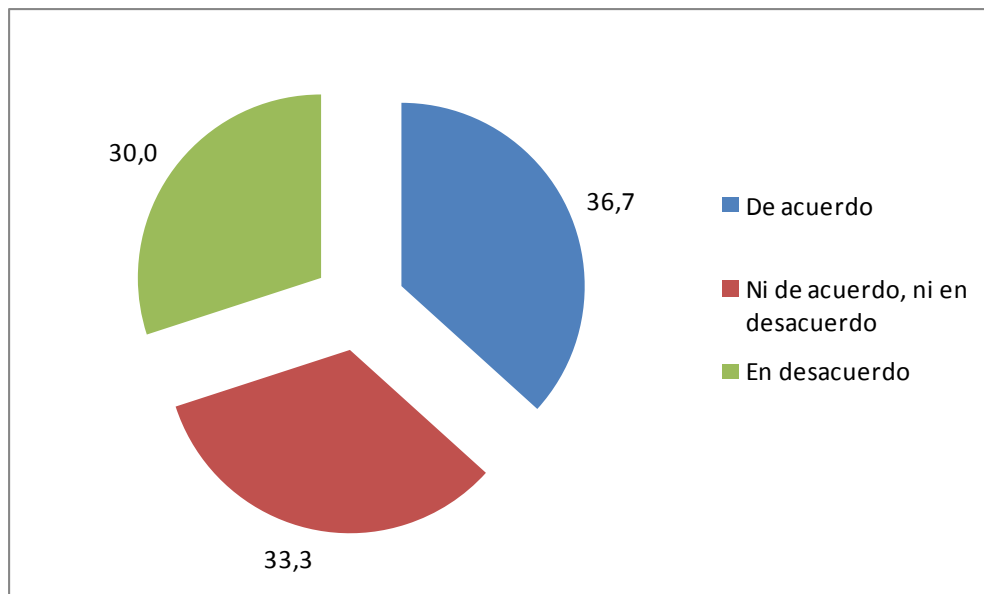


Más de la mitad aseguró que las personas con las que podía contar eran efectivamente insuficientes. Mientras que un porcentaje mucho menor considero que estaba en desacuerdo.

ÍTEM 52

Se preguntó si sentían insatisfechos con sus interacciones, intercambios y relaciones sociales, las respuestas fueron:

Gráfico 64. Porcentajes en relación a si se siente insatisfecho con sus interacciones, intercambios y relaciones sociales.



Las respuestas fueron muy variadas ya que en casi la misma proporción hay gente satisfecha, insatisfecha y quienes no están ni de acuerdo ni en desacuerdo.

Conclusión parcial

En todas las temáticas mostradas y trabajadas se ha demostrado su tendencia hacia la satisfacción de la actitud social cuantificada, lo cual hace que esta dimensión de la calidad de vida percibida, de integración social, sea satisfecha por los recursos y funciones del modelo de vivienda integrado propuesto, salvo, recordando, en aquellos aspectos ligados a las problemáticas potenciales de surgir en los adultos mayores desde su las situaciones sociales y económicas de sus hijos.

Este grupo de personas no siente en su mayoría contención por parte de la gente, cuentan con pocas personas a las cuales recurrir y siente que en el medio social en general están en desigualdad con respecto al resto.

7. Actividad y ocio

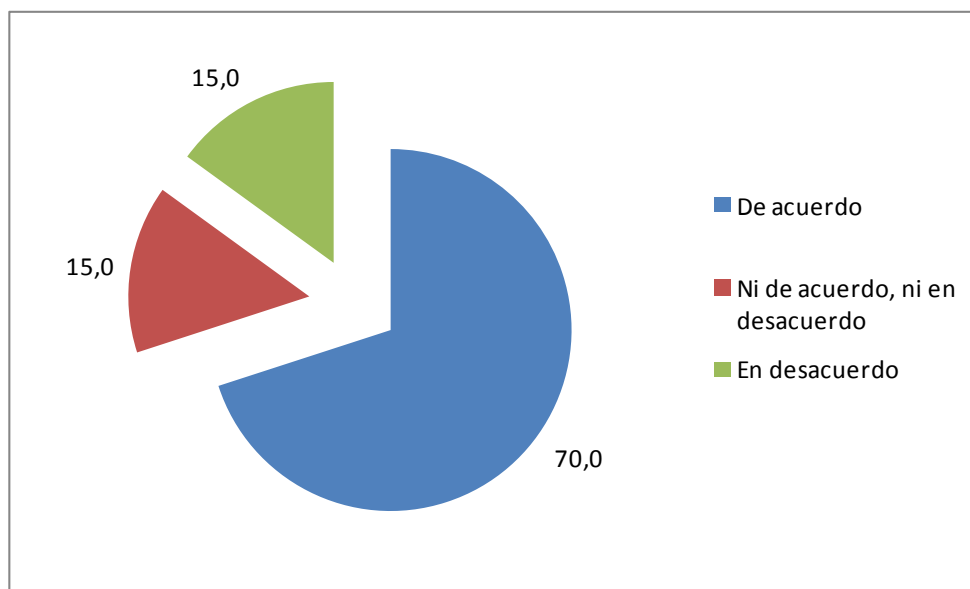
Parámetro cualitativo: Tiende a lo favorable y satisfacción de la actitud social cuanto más compatibles sean los recursos y alternativas de esparcimiento del modelo de vivienda integrado respecto de los niveles de actividad de los adultos mayores, sus preferencias y necesidades.

Esta dimensión de la calidad de vida percibida está compuesta por los ítems 53-60.

ÍTEM 53

Con respecto a la actividad física se pregunto si consideraban que era beneficioso para la salud mental y física.

Gráfico 65. Porcentajes en relación a si considera beneficioso pasar el tiempo realizando deportes para sentirse mejor física y emocionalmente.

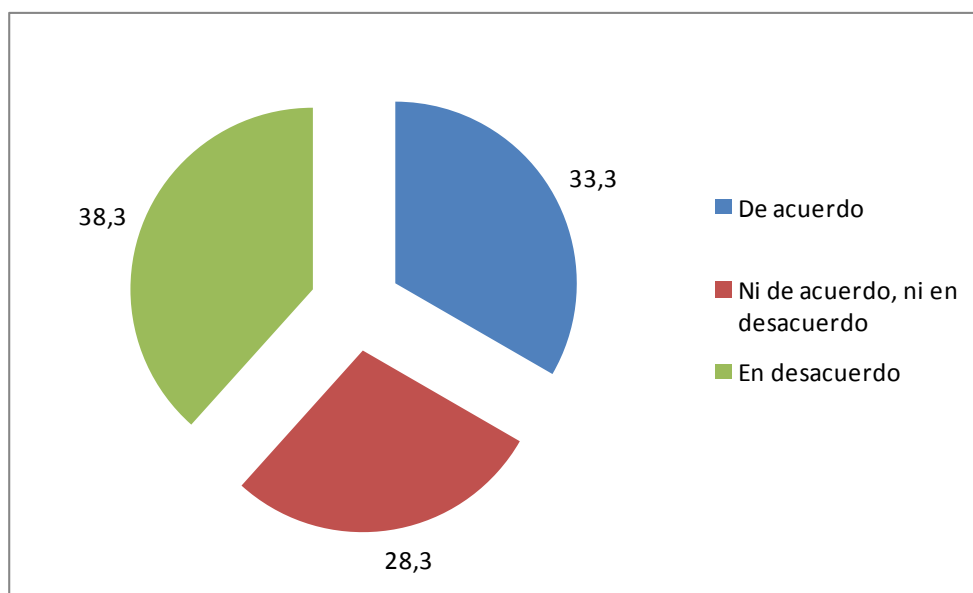


La población coincide y asegura en su mayoría que el deporte los ayuda para optimizar su vida física y emocional.

ÍTEM 54

La pregunta realizada, similar a la anterior, se les consulta si les resulta beneficioso pasar el tiempo realizando labores manuales y trabajos de jardinería.

Gráfico 66. Porcentajes en relación a si considera beneficioso pasar el tiempo realizando trabajos de jardinería o labores manuales.

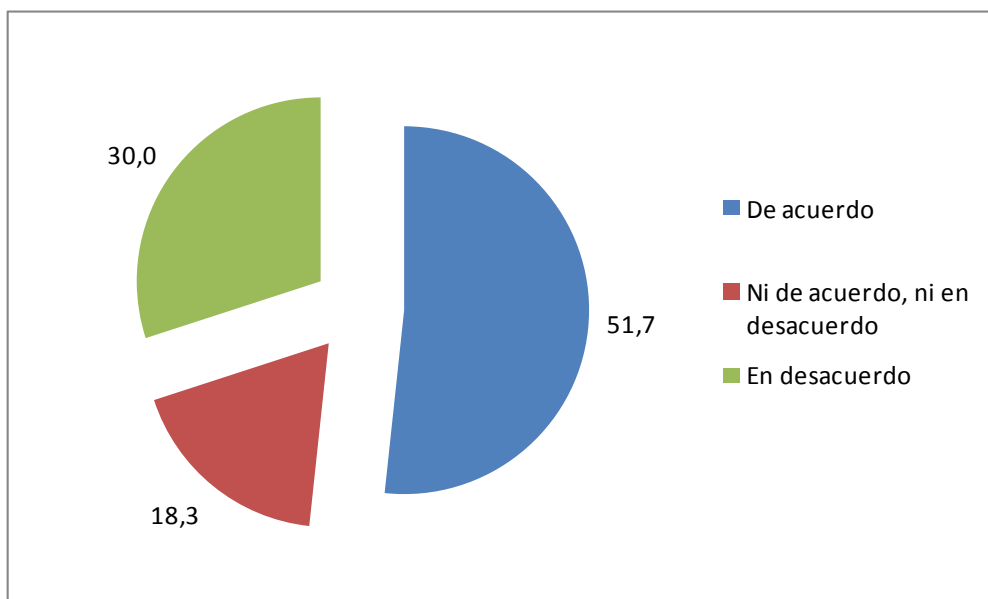


En este caso hubo índices más parejos donde encontramos: el 38,3 % está en desacuerdo, 33,3 % está de acuerdo y el 28,3 % no está ni de acuerdo ni en desacuerdo.

ÍTEM 55

Siguiendo con la misma línea se pregunta en tanto salidas al cine.

Gráfico 67. Porcentajes a si considera beneficioso pasar el tiempo yendo al cine.

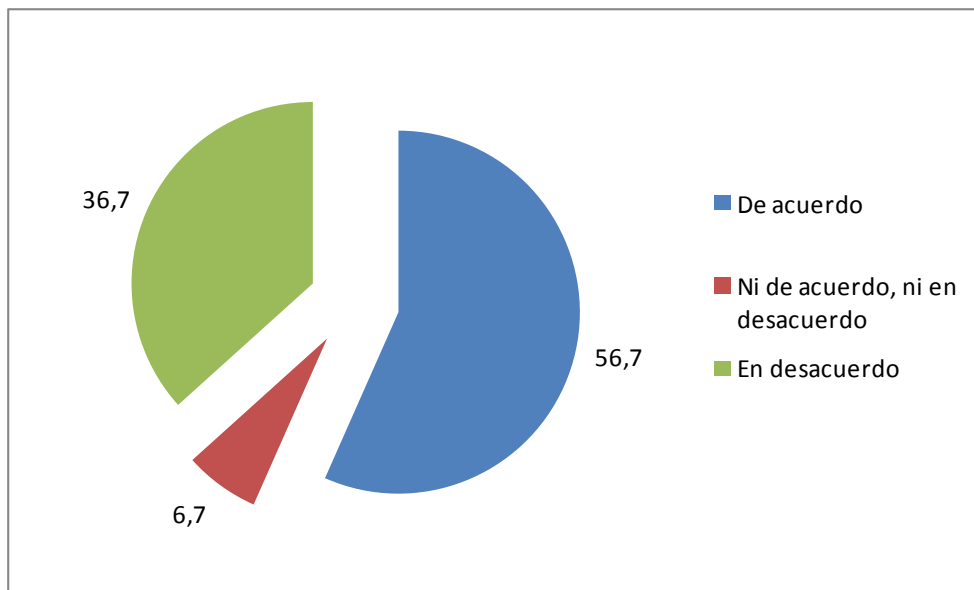


Hay coincidencia en que sí resulta beneficioso realizar salidas al cine, lo asegura la mayoría y parte significativa de la población encuestada.

ÍTEM 56

Se preguntó en relación a si se siente aburrido con frecuencia.

Gráfico 68. Porcentajes en relación a si se siente aburrido.

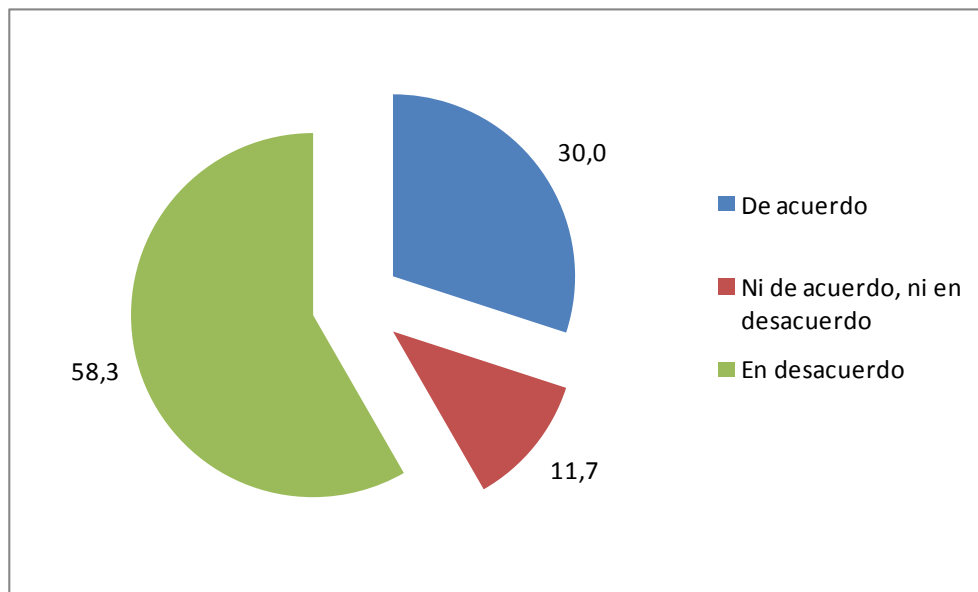


El 56,7 % aseguró encontrarse aburrido con frecuencia, representando esta la parte mayormente significativa.

ÍTEM 57

En los momentos de ocio se les preguntó si preferían realizar actividades personales que no incluyan familiares ni amigos.

Gráfico 69. Porcentajes en relación a qué actividades prefiere realizar en los momentos de ocio.

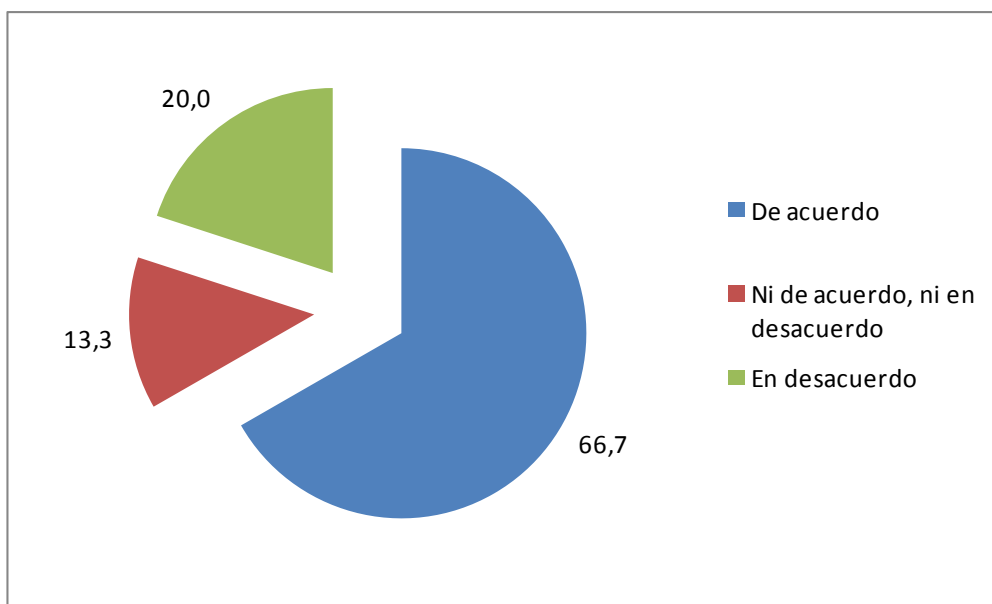


La población encuestada prefiere salir y realizar actividades con familiares y amigos en vez de hacer actividades personales en forma individual, esto se ve claramente reflejado en el cuadro con las personas que están en desacuerdo con el 58,3 %.

ÍTEM 58

En relación a los momentos de ocio, se preguntó si consideran a las reuniones sociales como esenciales.

Gráfico 70. Porcentajes en relación a si considera que las reuniones sociales son esenciales para los momentos de ocio.

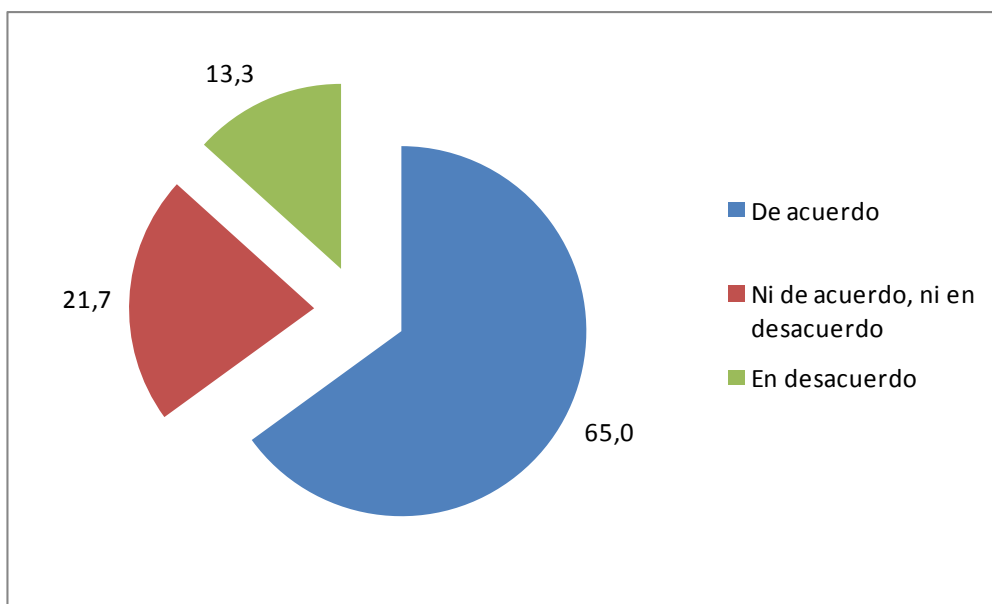


El 66,7 % aseguró estar de acuerdo en que las reuniones son esenciales para los momentos de ocio, esta porción representa el porcentaje mayormente significativo con respecto al resto de las respuestas.

ÍTEM 59

En relación a los nietos se preguntó si consideraban que este cuidado era una opción de actividad para el tiempo libre.

Gráfico 71. Porcentajes relación a si considera que el cuidado de familiares, como nietos, es una opción para el tiempo libre.

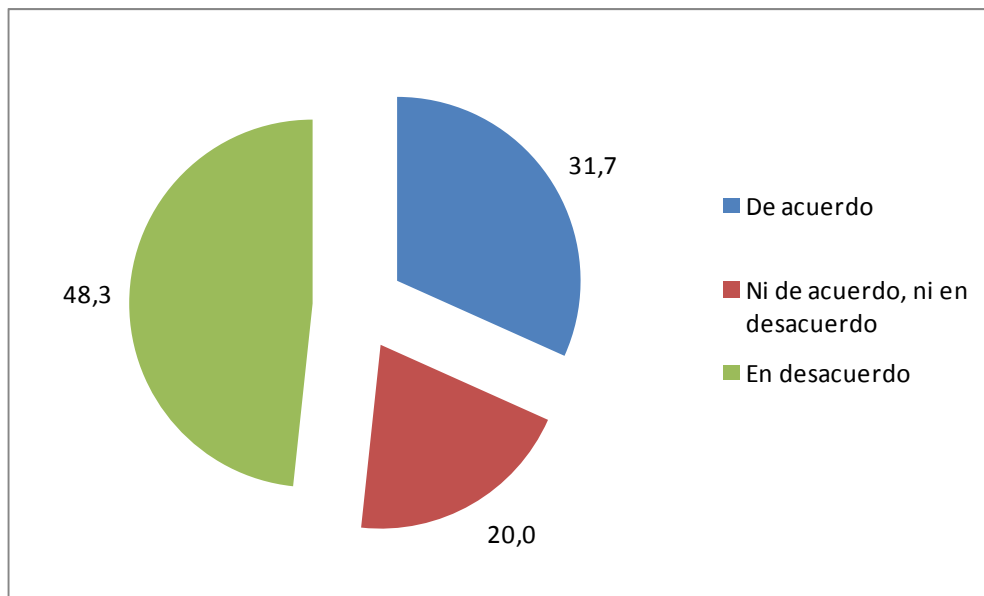


Efectivamente consideran que es una actividad para el tiempo libre, dicen estar de acuerdo en un 65 % y es no representativo y muy pequeño el índice de respuestas que asegura que no (13,3 %).

ÍTEM 60

En relación al trabajo voluntario se preguntó si consideran una opción para el tiempo libre.

Gráfico 72. Porcentajes en relación a si considera que el trabajo voluntario es una opción para el tiempo libre.



Definitivamente no consideran que está sea una opción viable para el tiempo libre y se ve reflejado en el 48,3 % de respuestas que contestaron estar en desacuerdo.

Conclusión parcial

Los sentimientos de aburrimiento y preocupaciones manifestadas por los adultos mayores acerca de las modalidades de esparcimiento, permiten al modelo de vivienda propuesto sobresalir entre otros, dadas sus múltiples alternativas, como hemos visto. Esto permite afirmar que tal modelo satisface la actitud social cuantificada en lo que hace a la dimensión de actividad y ocio de la calidad de vida percibida.

El único divertimento que encuentran más o menos viable para su tiempo libre es pasar un rato con los nietos o realizar actividad física con el fin de sentirse mejor física y emocionalmente.

8. Satisfacción con la vida

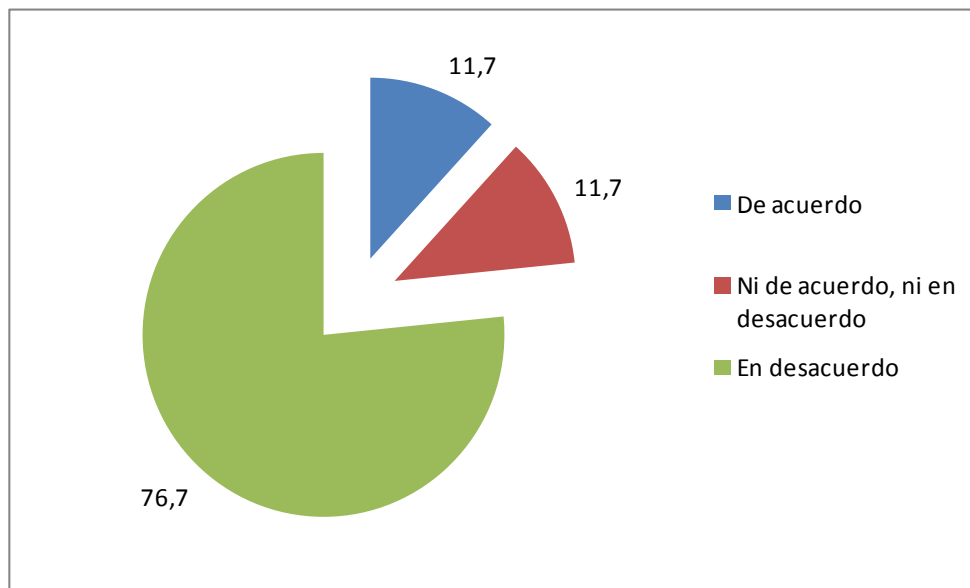
Parámetro cualitativo: Tiende a lo favorable y satisfacción de la actitud social cuanto más se ajusten los programas funcionales y estructurales del modelo de vivienda a las percepciones de los adultos mayores sobre su bienestar psico-físico, significación de la vida y perspectivas futuras.

Esta dimensión está compuesta por los ítems 61-68 de la encuesta.

ÍTEM 61

Se les preguntó si consideraban que habían desperdiciado su vida, a lo que respondieron:

Gráfico 73. Porcentajes en relación a si cree que ha desperdiciado su vida.

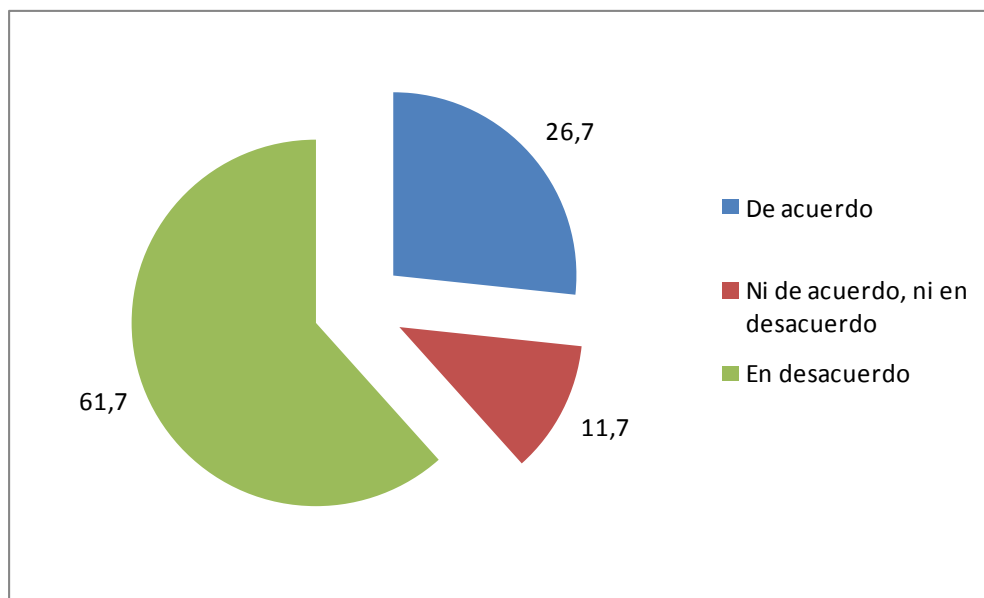


Casi por unanimidad coincidieron en que están en desacuerdo con esta afirmación y aseguran no haber desperdiciado su vida, se ve reflejado en el 76,7 % de las respuestas.

ÍTEM 62

Se les preguntó si se sentían satisfechos con su vida actual y las respuestas fueron:

Gráfico 74. Porcentajes en relación a si se siente insatisfecho con su vida actual.

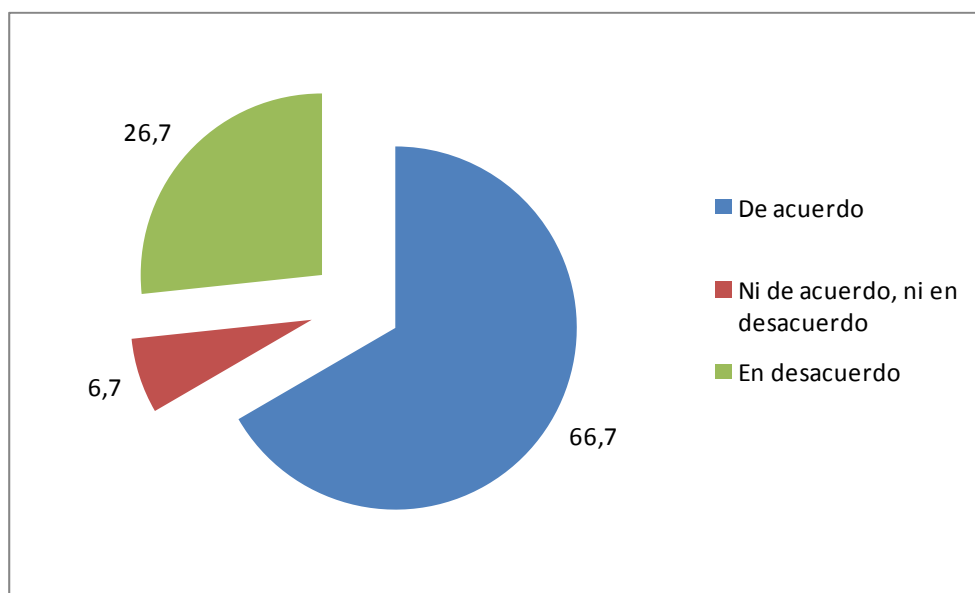


El 61,7 % aseguró estar en desacuerdo ya que están satisfechos con sus vidas, esta proporción es la que resulta significativa por su alto porcentaje en la respuesta. Las otras respuestas al tener un porcentaje mucho más inferior no resultan representativas.

ÍTEM 63

Se les preguntó si consideraban que podrían tener mejores cosas de las que tienen tanto física como espiritualmente.

Gráfico 75. Porcentajes en relación a si considera que podría tener mejores cosas de las que tiene.

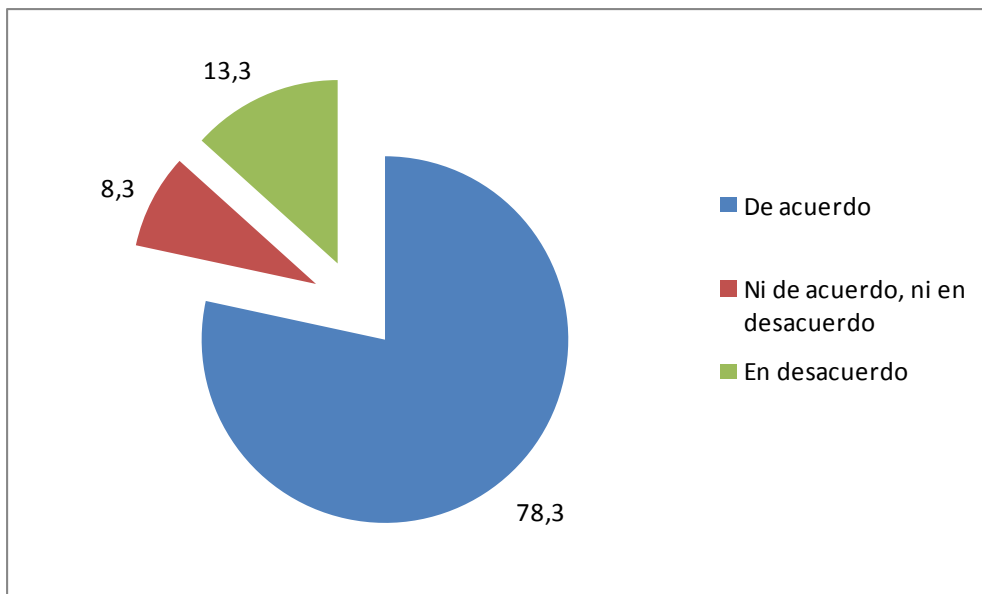


El 66,7 % aseguró que efectivamente podría tener mejores cosas en todos los aspectos tanto física como espiritualmente. Sólo un 26,7 % aseguró estar en desacuerdo y un 6,7 % ni de acuerdo no en desacuerdo.

ÍTEM 64

Se les preguntó acerca de si sentía que la vida tiene sentido.

Gráfico 76. Porcentajes en relación a si siente que la vida tiene sentido.

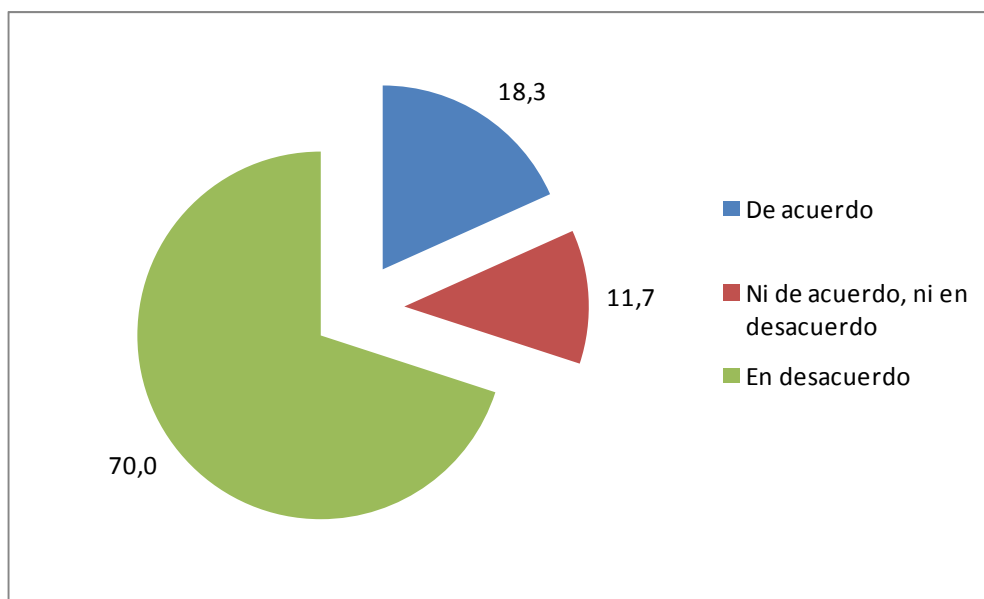


Efectivamente la respuesta con amplio margen fue estar de acuerdo en que la vida tiene sentido, coincidieron con ello el 78,3 % de la población, haciendo que el resto de las respuestas resultara sin relevancia.

ÍTEM 65

Se les preguntó si pensaban que sus familiares no lo quería a lo que respondieron:

Gráfico 77. Porcentajes en relación a si siente que sus familiares no lo quieren.

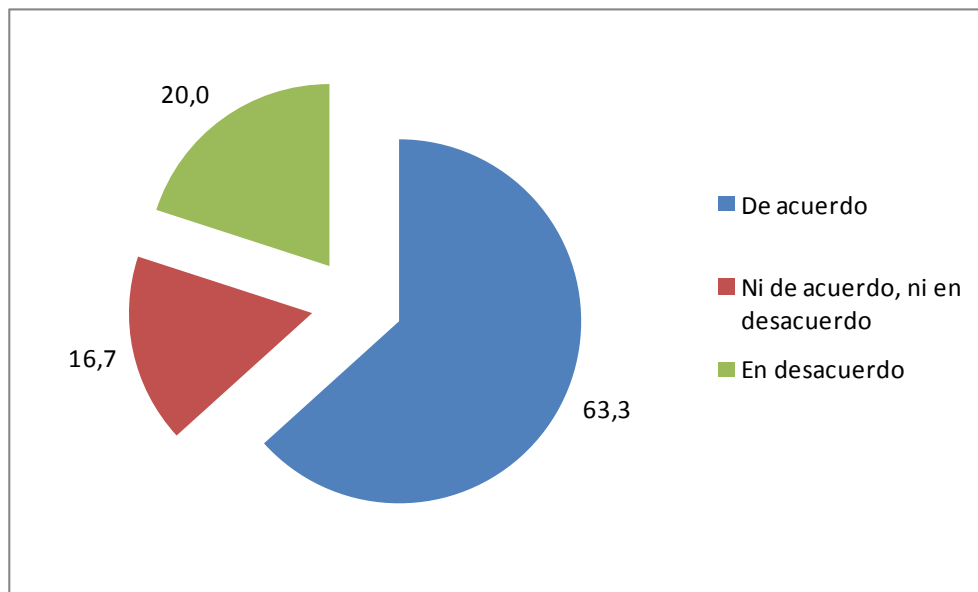


Esta población asegura que sus familiares lo quieren y se ve reflejado en un 70 % que aseguran estar en desacuerdo con la afirmación de la pregunta realizada. El porcentajes al ser mucho más pequeños carecen de relevancia.

ÍTEM 66

En referencia a si se sienten integrados dentro de las relaciones sociales, si sienten que los incluyen en estas podemos ver que:

Gráfico 78. Porcentajes en relación a si se siente integrado en las actividades sociales.

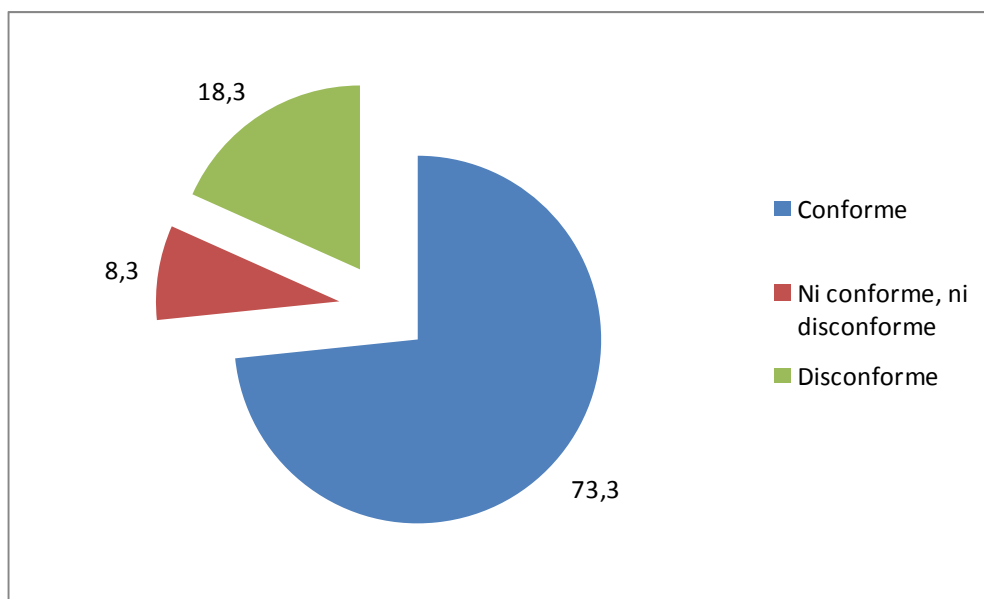


Un 63, % está de acuerdo en que se sienten integrados dentro de las relaciones sociales, sólo un 29 % aseguró no encontrarse dentro de estas relaciones y tener un sentimientos de exclusión hacia ellos por parte de estos grupos. EL porcentaje representado por los que respondieron en ni de acuerdo ni en desacuerdo fue del 16,7 %.

ÍTEM 67

En relación a sus sentimientos al estar en soledad y estar en la finalidad de la vida, dijeron que:

Gráfico 79. Porcentajes en relación a cómo se siente en soledad, a la cumplimentación de objetivos logrados.

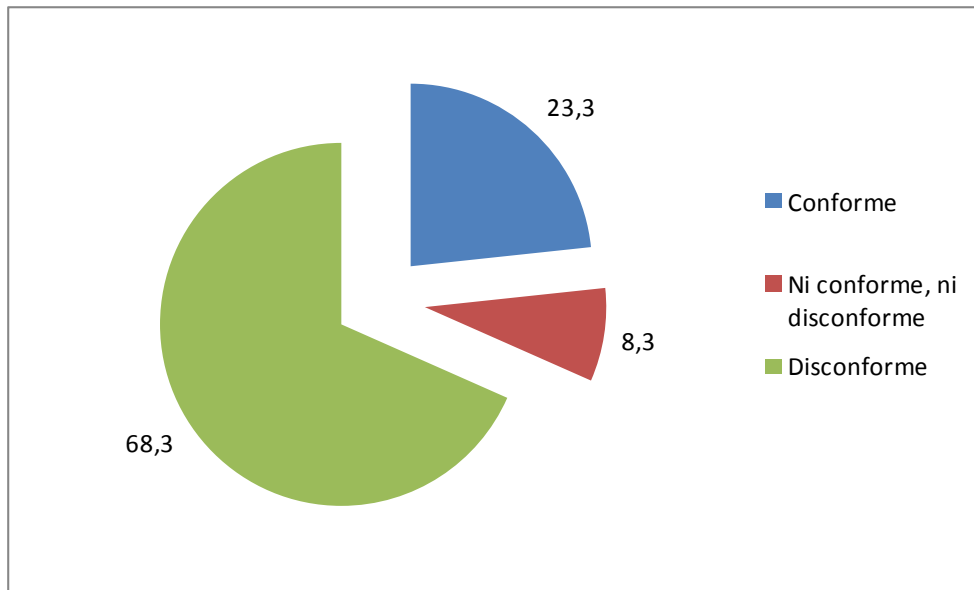


En su gran mayoría están conformes, se encuentran realizados, habiendo cumplido con todos los objetivos propuestos y estar bien en este momento de la vida. Una pequeña proporción aseguró estar disconforme, pero es un índice poco representativo. Y una menor parte aún dijo no estar ni conforme ni disconforme con esta situación de estar en soledad.

ÍTEM 68

En relación a cómo es vivir el día a día con el estado en que tienen el cuerpo y el estado de salud, obtuvimos las siguientes respuestas:

Gráfico 80. Porcentajes en relación a cómo se siente el estado del cuerpo en la vida diaria.



Aquí vemos que la mayoría coincidiendo notoriamente aseguró estar disconforme con el estado en el que se encuentra su cuerpo en la vida cotidiana, sólo un 23,3 % está conforme con el estado de su cuerpo para vivir todos los días. Con la respuesta ni conforme ni disconforme hay una pequeña proporción que no resulta relevante.

Conclusión parcial

Esta dimensión resultó crucial para integrar los resultados obtenidos hasta el momento, a través de lo cual pudo afirmarse que el modelo de vivienda integrado tiene el potencial de satisfacer todas las necesidades y requerimientos planteados por los encuestados. En materia de satisfacción con la vida, el modelo propuesto es satisfactorio respecto de la actitud social cuantificada, hecho demostrado en términos potenciales funcionales, ante los elevados índices de adultos mayores que se presentaron como insatisfechos con la vida. No están conformes con su cuerpo y su estado de salud, les pesa seguir realizando actividades pese a que en su mayoría la soledad no les parece un inconveniente ni un motivo de decaimiento psicológico.

9. Educación

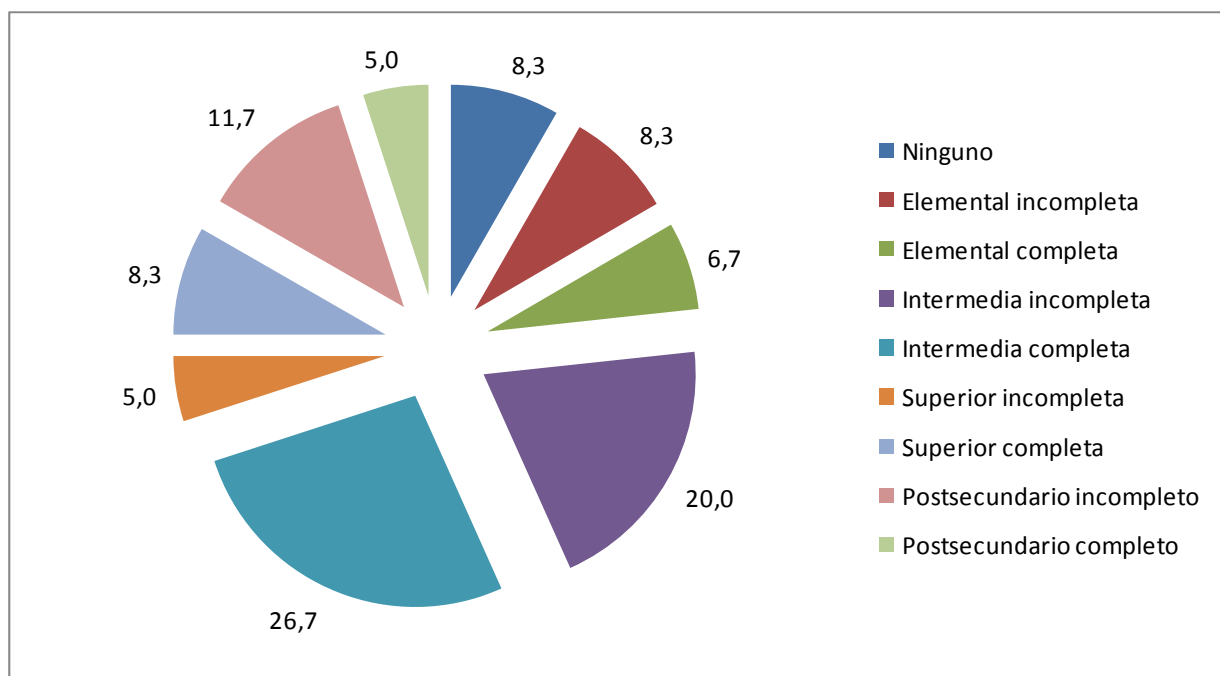
Parámetro cualitativo: Tiende a lo favorable y satisfacción de la actitud social cuanto más compatibles son los recursos y alternativas operacionales del modelo de vivienda integrado respecto del rendimiento percibido de las herramientas adquiridas a través de lo académico por los adultos mayores: las tecnologías y diversos dispositivos, aunque modernos, deben ajustarse a las capacidades de operación y conocimientos de los adultos mayores.

Esta dimensión está compuesta por los ítems 69-72.

ÍTEM 69

Con respecto al nivel de estudios alcanzados, tenemos las siguientes respuestas:

Gráfico 81. Porcentajes en relación al nivel de estudios alcanzado.

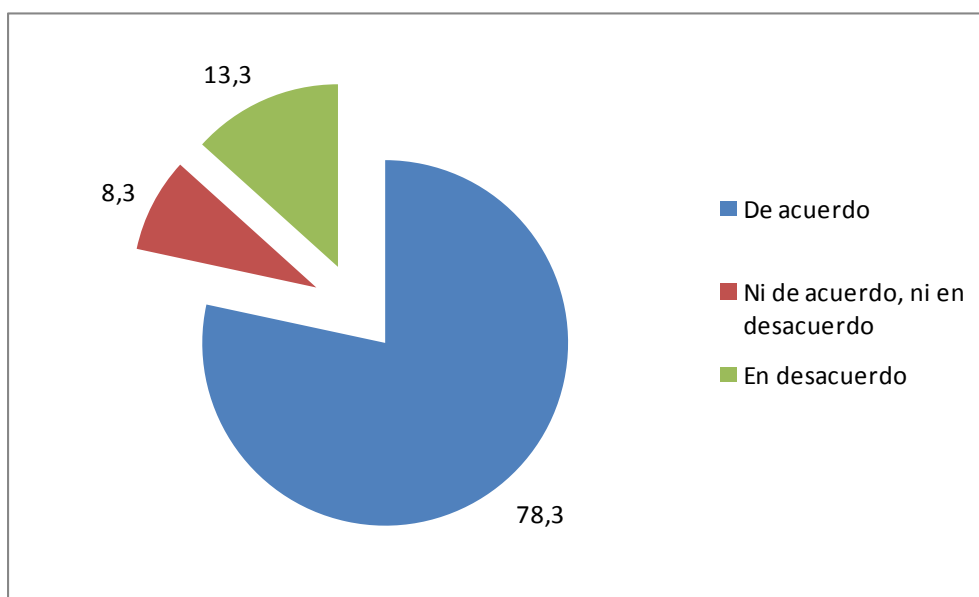


Con el 26,7 % y el porcentaje más alto alcanzaron un intermedio completo, otro índice muy representativo está formado por el 20 % que es el nivel intermedio incompleto. Con el 11,7 % encontramos un postsecundario incompleto y le siguen con porcentajes similares: 8,3 % superior completo, ninguno y elemental incompleto. Le sigue con el 6,7 % elemental completo y con el 5 %: superior incompleto y postsecundario completo.

ÍTEM 70

Teniendo en cuenta las actividades que realizaron en su época productiva y en la actual se les preguntó si consideran que han sido útiles y los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Gráfico 82. Porcentajes de acuerdo a si considera que ha sido útil en las actividades que ha realizado y en la actualidad.



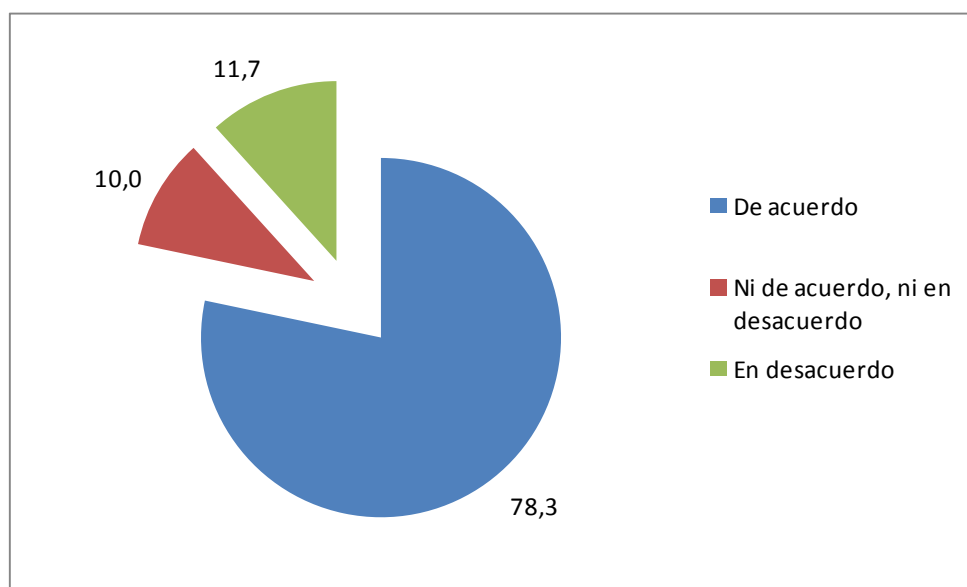
Con un 78,3 % casi la totalidad de la muestra aseguró haberse considerado útil en las actividades realizadas y serlo en la actualidad. Sólo el 13,3 % dijo estar en

desacuerdo, esto es que no se consideran útiles ni tampoco en actividades realizadas anteriormente. Y una pequeña parte de la muestra representada por el 8,3 % dijo no estar de acuerdo ni en desacuerdo.

ÍTEM 71

Ante la pregunta si les hubiera gustado tener un mayor nivel educativo nos encontramos con las siguientes respuestas:

Gráfico 83. Porcentajes acerca de si le hubiera gustado obtener un mayor nivel educativo.

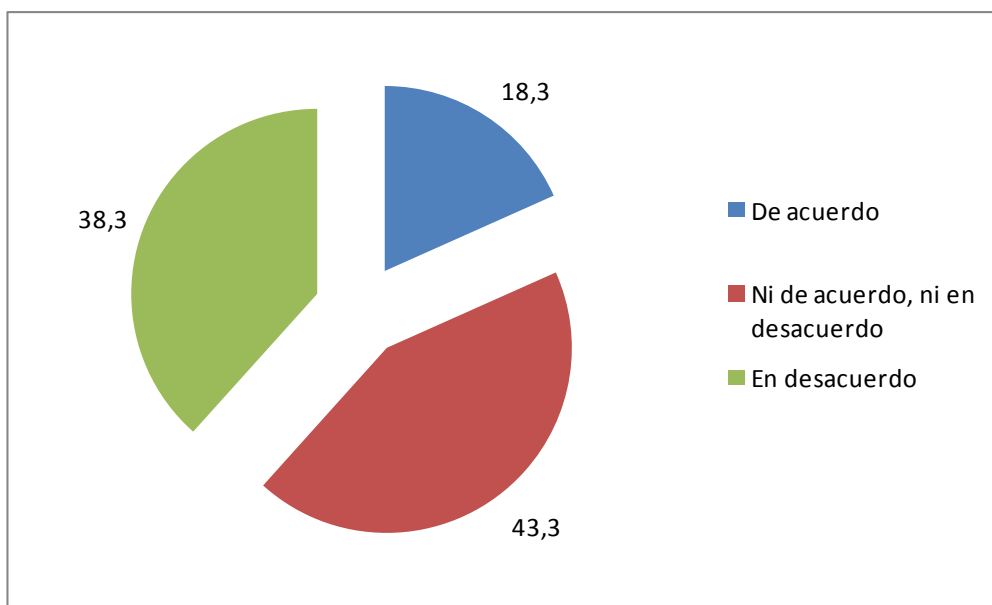


Casi la totalidad aseguró que les hubiera gustado tener un mejor nivel de educación, y una parte muy pequeña consideró estar en desacuerdo ya que están conformes con su nivel adquirido casi en la misma proporción están aquellos que dijeron no estar ni de acuerdo ni en desacuerdo.

ÍTEM 72

Considerando la edad que tienen se les preguntó si les parecía apropiado seguir estudiando pese a ser personas mayores.

Gráfico 84. Porcentajes acerca de si le parece apropiado seguir estudiando a esta edad.



La mayoría no les pareció ni correcto ni incorrecto continuar estudiando con la edad que tienen, no les pareció inapropiado pero tampoco aseguraron que fuera correcto. Luego con un porcentaje igualmente considerado están quienes manifestaron está en desacuerdo con esta pregunta es decir que consideran que está bien si uno lo desea continuar estudiando. La menor proporción está representada por quienes consideran estar de acuerdo en que estudiar a una determinada edad resulta inapropiado.

Conclusión parcial

En esta dimensión pudieron observarse algunos factores condicionantes que hacen al desenvolvimiento cotidiano por un lado, y algunas expectativas a futuro, como bien lo es el estudiar. Sea porque los recursos y dispositivos materiales para los usuarios del modelo de vivienda integrado se ajustan tecnológicamente a un gran dominio de capacidades, sea porque se provee ayuda para el paso inicial hacia la continuación de los estudios, la dimensión educación de la calidad de vida percibida es satisfecha por las disponibilidades de aquél modelo.

Los niveles de estudio resultan bastante bajos, no hay gente de edad avanzado con estudios importantes sin embargo se consideran útiles en sus actividades y en las que realizaron anteriormente. Aseguraron que les hubiese gustado adquirir un mejor nivel de estudios pero no les parece inapropiado continuar con estudios en esas edades.

10. Ingresos

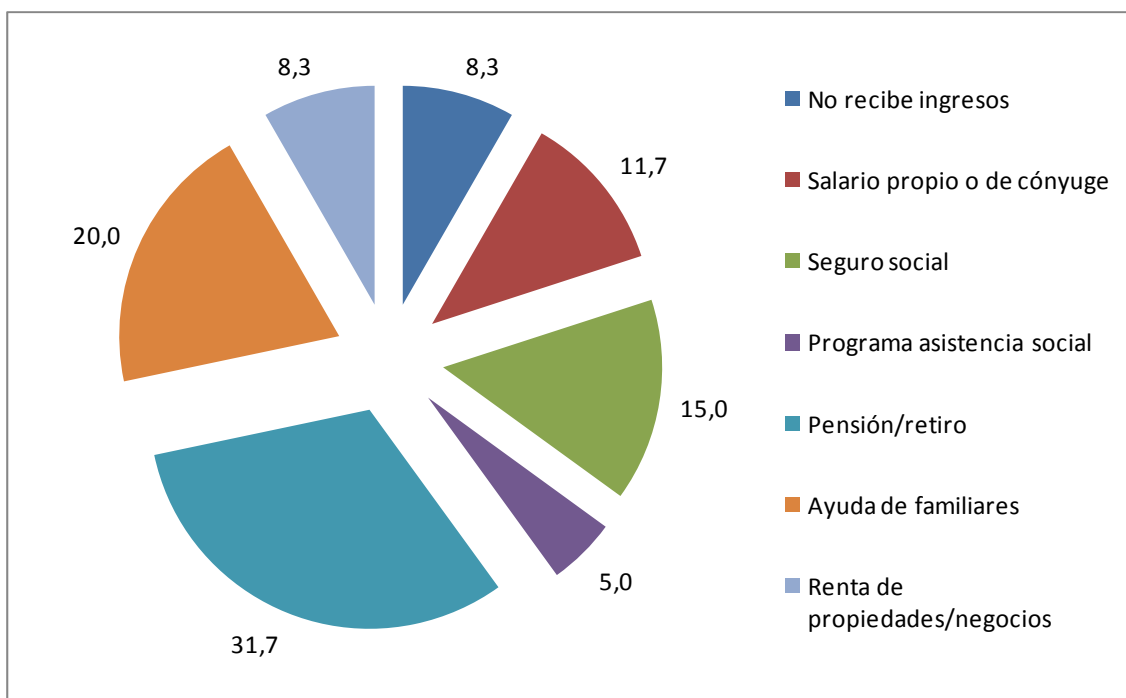
Parámetro cualitativo: Tiende a lo favorable y satisfacción de la actitud social cuanto más se ajustan las tarifas de alquiler y adquisición de viviendas y servicios sociales y sanitarios del modelo de vivienda propuesto, a las disponibilidades de los adultos mayores para adquirir bienes y servicios que desean.

Esta dimensión está compuesta por los ítems 73-76.

ÍTEM 73

Para determinar la fuente de los ingresos que perciben se le preguntó de qué lugar obtienen sus ingresos y los resultados que obtuvimos fueron los siguientes:

Gráfico 85. Porcentajes del lugar donde recibe sus ingresos.

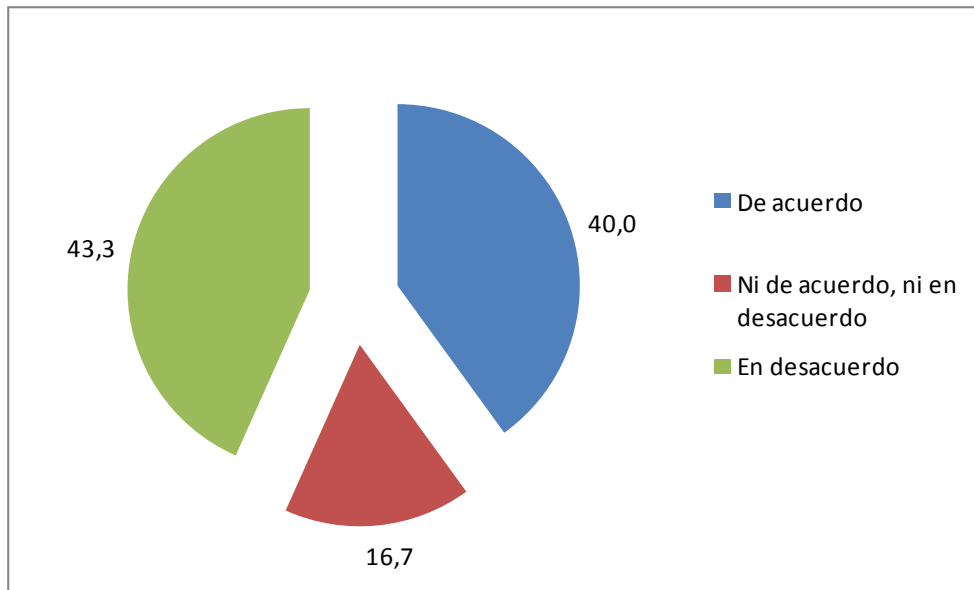


La mayoría representada por el 31,7 % tienen una pensión o retiro, luego encontramos al 20 % que recibe la ayuda de los familiares, el 15 % que tiene un seguro social, el 11,7 % tiene salario propio o del cónyuge. Con porcentajes muy poco representativos encontramos: 8,3 % no reciben ingresos y con el mismo porcentaje los que tienen rentas de propiedades o negocios. Por último con el 5 % aquellos que están dentro de programas de asistencia social.

ÍTEM 74

En cuanto a si son suficientes los ingresos que reciben para vivir pudimos extraer estos resultados:

Gráfico 86. Porcentajes acerca de si considera que los ingresos son suficientes para cubrir necesidades básicas.

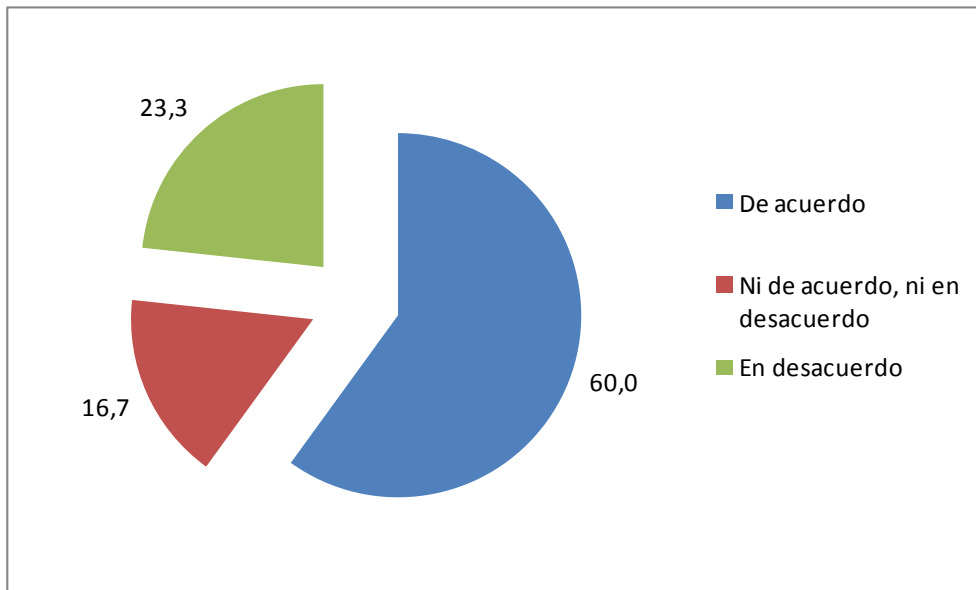


La mayoría asegura que los ingresos que recibe no son suficientes para vivir que no les alcanza para cubrir sus necesidades básicas, con casi la misma proporción pero en menor medida aseguran que están de acuerdo esto es que las necesidades básicas se llegan a cubrir. Un porcentaje mucho menor expresó no estar ni de acuerdo ni en desacuerdo.

ÍTEM 75

En relación a si considera que tiene disponibilidad para adquirir bienes o servicios dijeron que:

Gráfico 87. Porcentajes de acuerdo a si considera que tiene disponibilidad de adquirir bienes o servicios.

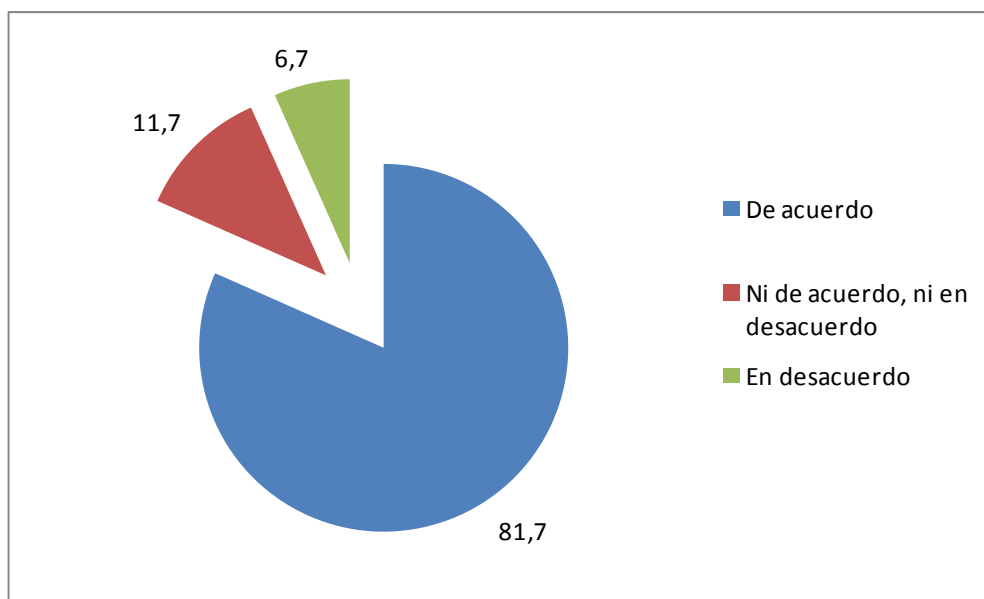


El 60 % está de acuerdo en que tiene disponibilidad para adquirir bienes o servicios, el 23,3 % aseguró estar en desacuerdo ya que no posee la disponibilidad para adquirir bienes o servicios, y sólo un 16,7 % dijo no estar ni de acuerdo ni en desacuerdo.

ÍTEM 76

Como última pregunta referente a los ingresos se les preguntó acerca de si consideran que los ingresos son suficientes para cubrir las necesidades económicas en general.

Gráfico 88. Porcentajes con respecto a si considera que los ingresos son suficientes para cubrir las necesidades económicas en general.



Casi la totalidad de la población representada por el 81,7 % aseguró estar de acuerdo afirmando que efectivamente se pueden cubrir las necesidades económicas en general. Con porcentajes no representativos encontramos a quienes no están de acuerdo ni en desacuerdo con el 11,7 % y los que están en desacuerdo con el 6,7 %.

Conclusión parcial

A través de esta dimensión pudimos analizar las percepciones de los adultos mayores sobre su propia capacidad adquisitiva de bienes y servicios, la cual fue favorable respecto de sus aspectos deseados. Asimismo, las fuentes de ingresos se mostraron como vastas ante los requerimientos comerciales del modelo de vivienda integrado, por lo que puede considerarse que el mismo es satisfactorio respecto de la dimensión ingresos de la calidad de vida percibida.

Los ingresos que reciben les permiten mantenerse cubriendo todas las necesidades básicas y con la posibilidad, en su mayoría, de adquirir bienes o servicios.

Tanto el ingreso como la calidad de vida que perciben se encontraron como satisfactorios.

11. Servicios sanitarios y sociales

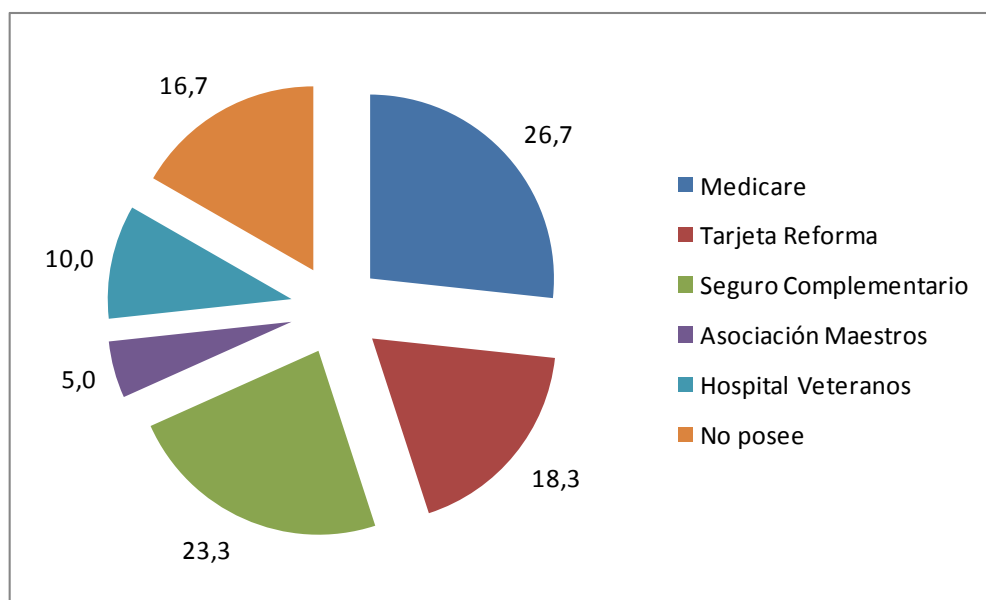
Parámetro cualitativo: Tiende a lo favorable y satisfacción de la actitud social cuanto más se ajuste la calidad de los servicios sociales y sanitarios a las necesidades de los adultos mayores.

Esta dimensión está compuesta sólo por los ítems 77-79.

ÍTEM 77

En relación a los seguros médico que poseen vemos que:

Gráfico 89. Porcentajes de seguros médicos que poseen.

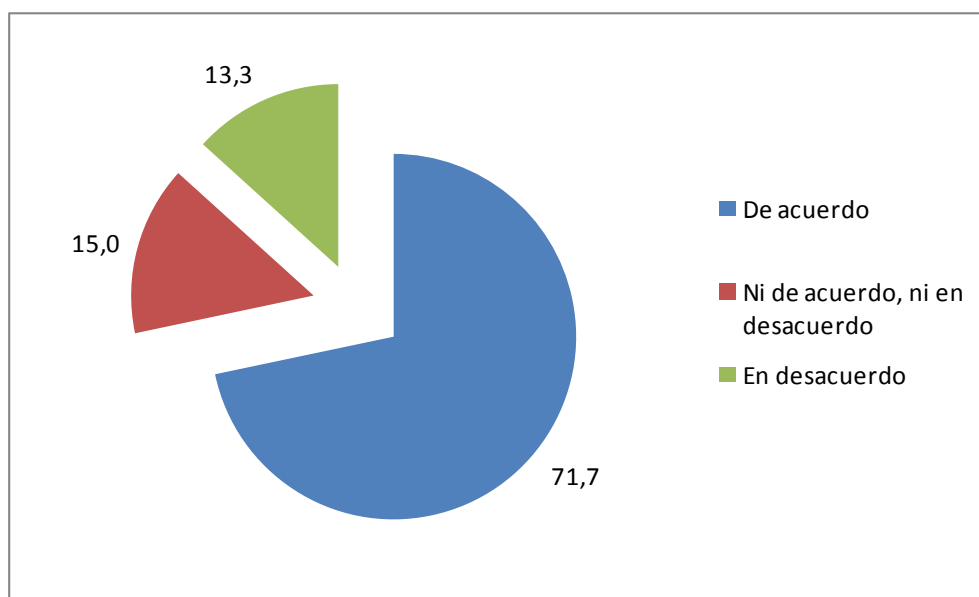


Dentro de los servicios médicos vemos que la proporción es: con el mayor porcentaje del 26,7 % Medicare, luego le sigue con el 23,3 % Seguro Complementario, con el 18,3 % Tarjeta Reforma. Con menores porcentajes encontramos a: con el 16,7 % no posee, 10 % Hospital Veteranos y con el 5 % Asociación Maestros.

ÍTEM 78

Se preguntó si las asistencias sanitarias no se ajustan a las necesidades reales con el fin de saber si cumple con sus funciones y con las atenciones que requieren.

Gráfico 90. Porcentajes de acuerdo a si la asistencia sanitaria se ajusta a las necesidades reales.

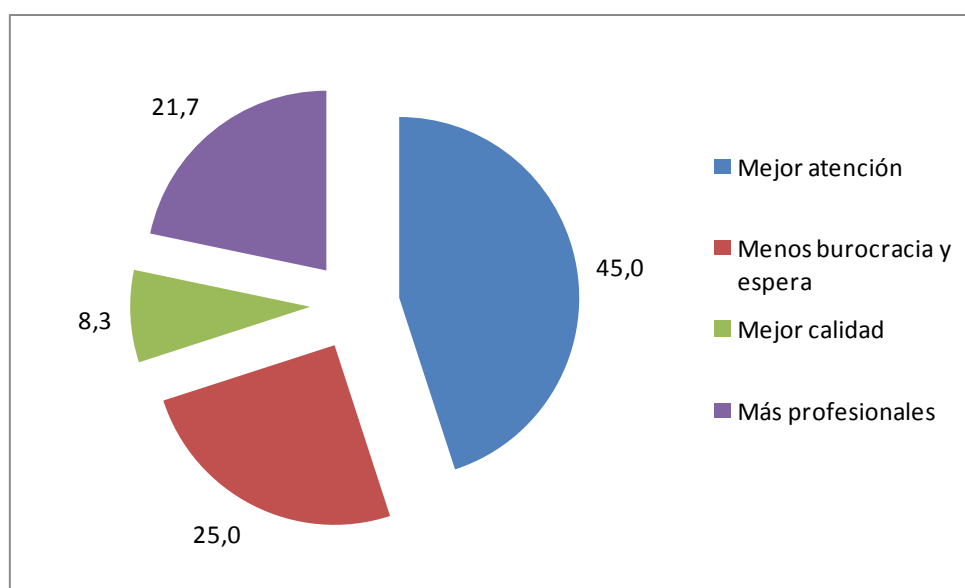


Aseguraron en su mayoría y con el índice mayormente representativo que las asistencias sanitarias no se ajustan a las necesidades reales. Un pequeño porcentaje dijo no estar de acuerdo ni en desacuerdo y un porcentaje aún menor y no representativo dijo no estar de acuerdo.

ÍTEM 79

En cuanto a las modificaciones que realizarían con el fin de mejorar la asistencia sanitaria dijeron que:

Gráfico 91. Porcentajes de las reformas para el mejoramiento de la asistencia sanitaria.



Con el mayor porcentaje representado por el 45 % mejor atención, luego con el 25 % encontramos menos burocracia y menos espera. Con índices no significativos se optó por: con el 21,7 % más profesionales y con el 8,3 % mejor calidad.

Conclusión parcial

Observamos claramente que la tan demandada asistencia social y sanitaria por los adultos mayores, es satisfecha adecuadamente según las percepciones de los mismos. Aseguraron que está cubre todas las necesidades reales que puedan tener, más allá de cambios que harían a un mejor servicio. En este sentido, el modelo de vivienda integrado se presenta como un potencial satisfactor de estas necesidades de

calidad de vida percibida, al estar diseñado en función a los requerimientos y capacidades específicas de estos sujetos.

12. Seguridad

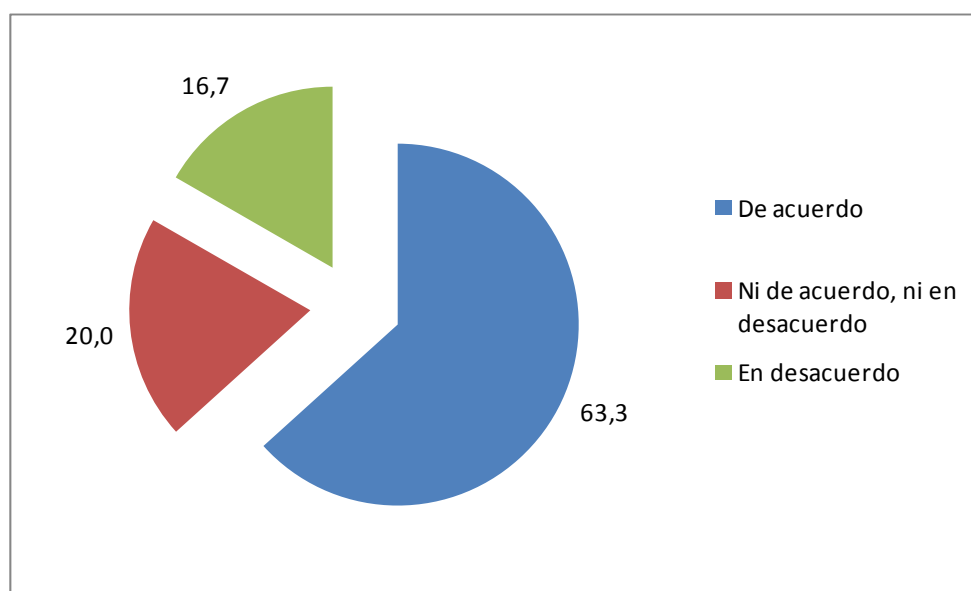
Parámetro cualitativo: Tiende a lo favorable y satisfacción de la actitud social cuanto más se ajusten los recursos y alternativas ofrecidas por el modelo de vivienda integrado a las necesidades de seguridad personal y social percibida.

Esta dimensión de la calidad de vida percibida está compuesta por los ítems 80-83.

ÍTEM 80

Se les preguntó por la seguridad en el medio social, qué tan seguros se sienten allí, las respuestas obtenidas fueron las siguientes:

Gráfico 92. Porcentajes en cuanto si se siente inseguro en el medio social.

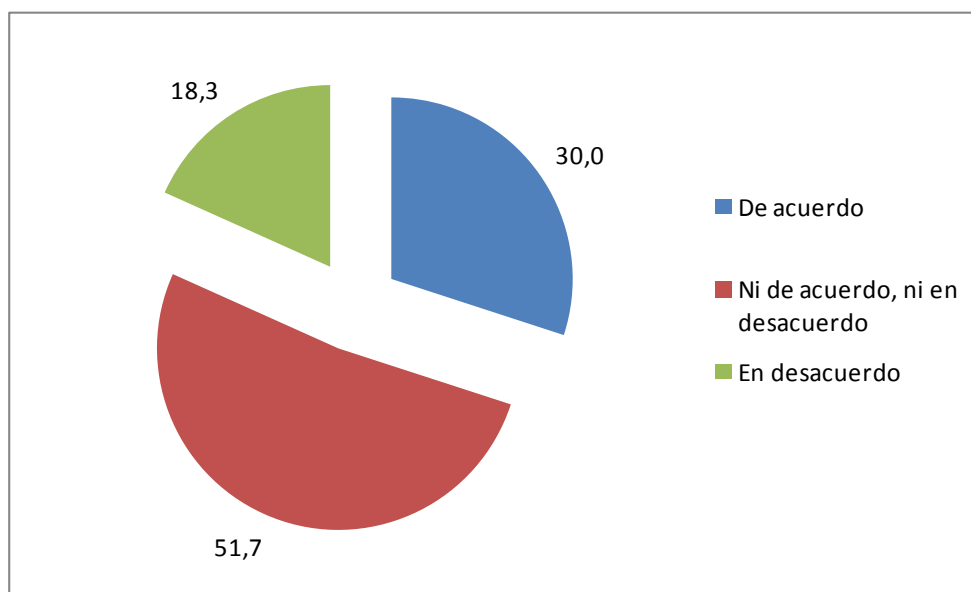


El 63,3 % aseguró estar de acuerdo esto es que el porcentaje más representativo asegura sentirse inseguro en el medio social en el que está. Con un porcentaje menor y no representativo encontramos con el 20 % los que dijeron no estar ni de acuerdo ni en desacuerdo y con el menor porcentaje del 16, 7 % los que aseguraron estar en desacuerdo ya que se sienten seguros en el medio social.

ÍTEM 81

Respecto a si las personas se dirigen en forma indiferente y hasta perjudiciosamente los encuestados respondieron que:

Gráfico 93. Porcentajes con respecto a si las personas se dirigen en forma de indiferencia.



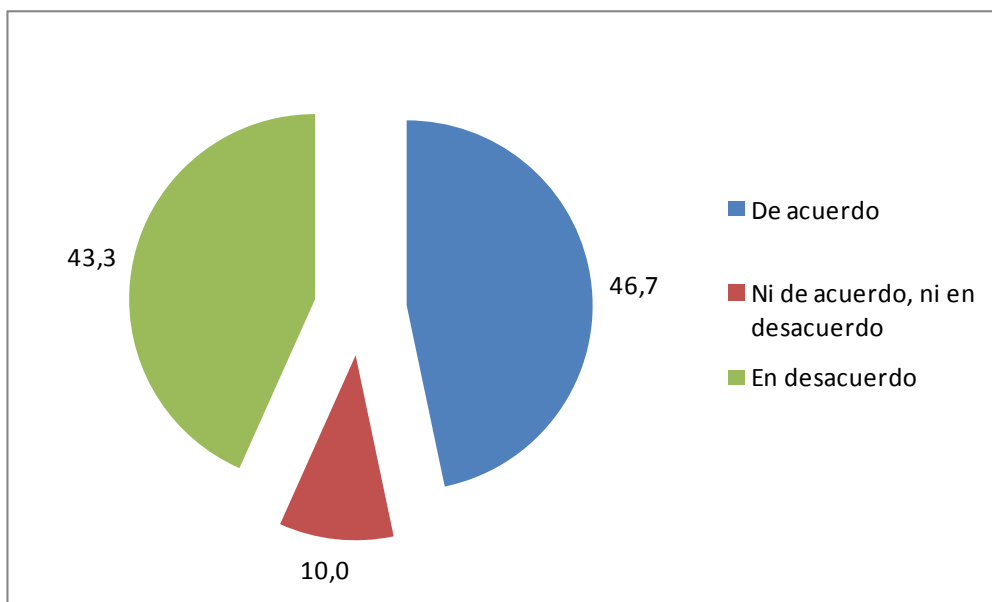
En su mayoría no están ni de acuerdo ni en desacuerdo (51,7 %), de acuerdo (30 %) hay un porcentaje representativo con lo cual afirman la indiferencia de la gente ocasionándoles a ellos perjuicios. Con un porcentaje que no resulta significativo

encontramos a los que están en desacuerdo (18,3 %) y dicen que no ven dicha indiferencia.

ÍTEM 82

En cuanto a si se sienten seguros en sus viviendas las respuestas fueron las siguientes:

Gráfico 94. Porcentajes en relación a si se sienten seguros en su vivienda.

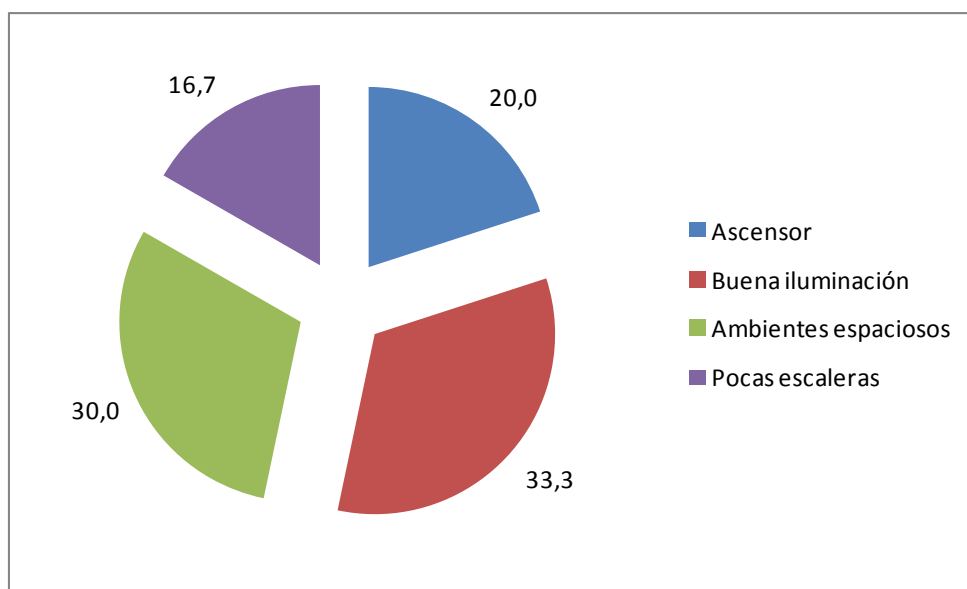


El porcentaje que aseguró sentirse segura en su vivienda (46,7 %) es casi el mismo de los que aseguraron no estar seguros (43,3 %). Un porcentaje muy pequeño dijo no estar de acuerdo ni en desacuerdo (10 %).

ÍTEM 83

Se preguntó que debería tener una vivienda para que sea segura y las respuestas fueron las siguientes:

Gráfico 95. Porcentajes de características que debe tener una vivienda para que sea segura.



Las características que debe tener una vivienda para que sea segura según la población encuestada: buena iluminación (33,3 %), ambientes espaciosos (30 %), ascensor (20 %) y pocas escaleras (16,7 %).

Conclusión parcial

La seguridad social y personal percibida puede ser fácilmente inadecuada en el medio social general, ya sea por las relaciones con las personas en general, el medio ambiente cotidiano al realizar actividades de rutina, o las tratativas con personas frecuentadas como los médicos y personal asociado. Asimismo, los requerimientos de seguridad dentro de la vivienda son pocos pero esenciales. En todos los sentidos, el modelo de vivienda integrado se muestra como favorable y satisfactorio hacia la dimensión seguridad de la calidad de vida percibida, en todas las variables subjetivas presentadas por los adultos mayores.

Las viviendas deben cumplir ciertas características como las consultadas a la población estudiada para que sean seguras, cuestiones nada fuera de lo comunes. Por lo general dicen sentirse seguros aunque perciben indiferencia por parte de la gente lo cual puede ser en algunos casos perjudicial.

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES

A lo largo de todo el trabajo realizado hemos dado respuestas concretas a las preguntas de investigación que remitieron a la caracterización de la clase socioeconómicamente intermedia de adultos mayores de 65 o más años de edad de Puerto Rico, y al estado del arte acerca de las políticas sociales y sanitarias existentes destinadas a satisfacer sus necesidades de salud, vivienda y economía. Sin embargo, trabajo de campo mediante, todavía no hemos dado respuesta a los interrogantes que relacionan aquellas necesidades con las posibilidades e impacto social derivados de la implementación del modelo de vivienda integrado propuesto en el Capítulo 3, así como la corroboración o no de la hipótesis de trabajo.

Recordamos, las respuestas a estos interrogantes y la hipótesis de trabajo, sólo tienen validez desde una perspectiva programática, es decir, desde la intervención potencial, futura: hemos indagado los requerimientos y necesidades atinentes a la calidad de vida percibida de los adultos mayores de aquel colectivo social, lo cual nos ha permitido inferir lo adecuado o inadecuado del modelo de vivienda propuesto, hacia la satisfacción o no de aquellos. Pero ello realmente encontrará resultados concretos en la aplicación e implantación real del modelo, y la efectividad y evaluación por parte de los usuarios.

Hechas estas aclaraciones, la hipótesis de trabajo, la cual dice: *“La implementación de un modelo integrado de vivienda, independiente y con asistencia continua, destinado a puertorriqueños de 65 o más años de edad socioeconómicamente intermedios, y basado en la satisfacción de sus percepciones sobre vivienda y condiciones de salud, incrementará su calidad de vida percibida”*; fue satisfactoriamente corroborada por todos los análisis realizados en el trabajo de campo. Sin embargo, lo

importante de este capítulo, y del trabajo en su totalidad, soslaya en los factores causales de tal corroboración.

Tales factores, que dan hacia las posibilidades, impacto social y requerimientos estructurales y funcionales del modelo de vivienda integrado, se relacionan íntimamente con las condiciones que hacen a una adecuada calidad de vida, según las percepciones de los propios adultos mayores encuestados. En este sentido, a continuación indagaremos sobre las principales conclusiones obtenidas por cada una de las dimensiones analizadas de la calidad de vida percibida:

- **Calidad ambiental**

El 60,0% de los adultos mayores prefiere vivir en una zona geográfica de clima cálido, y el 55,0% en una ubicada cerca del mar. Asimismo, más del 50% ha estado de acuerdo con vivir en un complejo de viviendas, en el cual cuenten con una gran variabilidad de recursos y de opciones de residencia, incluyendo, entre otros, medidas de seguridad y ascensor en los lugares que así lo necesiten.

- **Salud**

Casi la totalidad de los adultos mayores encuestados (91,7%) poseen un adecuado estado cognitivo en función a las preguntas contextuales realizadas. Las actividades de mayor importancia que son limitadas por sus condiciones psico-físicas remiten a caminar, correr, nadar, andar en bicicleta, trabajar y conducir. Las principales enfermedades mencionadas como diagnosticadas por un médico fueron presión alta, diabetes, artritis, cardiopatía y osteoporosis. Los tratamientos de dichas enfermedades son necesaria o preferentemente domiciliarios. Los principales propósitos de vida remiten a la vida sana, el cuidado de la familia, viajar y la religión. Son prácticamente tantos adultos que tienen vicios (fumar y/o beber) como los que no tienen. El 56,7% de los adultos mayores

encuestados ingiere entre 2 y 5 medicinas diferentes al mismo tiempo. Un 51,7% de estas personas acude con frecuencia a servicios religiosos. Las cantidades de comidas realizadas y la ingesta de agua en un día, son relativamente adecuadas, pero tienden a la deficiencia. Un 68,3% de adultos mayores encuestados tiende al acuerdo respecto de una mala percepción sobre la salud orgánica, un 73,3% respecto del encuentro de limitaciones frecuentes que hacen desarrollar menos actividades y un 76,7% en tanto lo adecuado de deber considerar la realización de ejercicios y dietas para mejorar tal estado.

- **Habilidades funcionales/dependencia**

Un 66,7% de adultos mayores muestran un elevado grado de dependencia funcional, pero no sólo en lo que hace a lo físico, al desplazamiento, sino en la necesidad de alguien para que los acompañe en las salidas de su casa, posiblemente ante la falta de seguridad social.

- **Integración social**

Una mayor parte de adultos mayores (30,0%), prefiere vivir acompañado, justificándolo por necesidades psico-físicas. Sin embargo, un 21,7% de ellos prefiere vivir acompañado para no sentirse solo, un 15% solo para independizarse de los familiares, y un 11,7% solo para trabajar más eficientemente. El estado socioeconómico de los hijos de los encuestados remitieron principalmente a la categoría “casado, trabaja, bien socioeconómicamente”, razón por la cual un 63,3% de adultos mayores afirmó no ayudar en sus economías, lo que conlleva una menor probabilidad de surgimiento de problemáticas derivadas desde la familia. Las actividades sociales más frecuentes son los juegos de mesa con amigos o familiares, las comidas, los paseos y las visitas a familiares. Son más los adultos mayores que afirmaron estar conformes respecto de la relación con el medio social general (relaciones satisfactorias con el medio cercano), siendo

hasta 4 veces mayor al porcentaje de personas que opinan lo contrario (maltrato e indiferencia desde el medio general), siendo de un 70,0% en el primer caso y de un 18,3% en el segundo. Son similares las cantidades de encuestados que tienden a mantener contacto frecuente con sus familias respecto de las que no (35,0% y 36,7%, respectivamente), lo cual se correlaciona hacia lo negativo con el reconocimiento de la importancia de interactuar con el medio social, la realización de actividades de tal índole en la frecuencia deseada, así como con el recibimiento de amor y respeto de la manera esperada.

- **Actividad y ocio**

El 70,0% de adultos mayores manifiesta claramente la necesidad y preferencia de ocupar su tiempo de esparcimiento realizando actividades físicas (sean deportivas, manuales, etc.), y que incluyan el contacto social (58,3%).

- **Satisfacción con la vida**

Son más los adultos mayores (73,3%) que se sienten conformes respecto de la soledad y la cumplimentación de objetivos planteados hasta el momento, pero sucediendo lo contrario (68,3% de disconformidad) con la auto percepción sobre el estado del cuerpo. En este sentido, un 61,7% de encuestados estuvo en desacuerdo en lo relacionado con sentimientos de insatisfacción con la vida, y lo respectivo a sentirse poco queridos, lo que se relaciona con un 66,7% de encuestados que afirma la necesidad de mejoras en todos los aspectos psico-físicos. Hallamos que los objetivos no cumplimentados se relacionaban con las necesidades y requerimientos de salud, esparcimiento e integración social, deficientemente o no satisfechos hasta el momento.

- **Educación**

Un 78,3% de adultos mayores poseen adecuadas herramientas académicas pero manifiestan la inquietud de seguir estudiando. Todo ello se relaciona favorablemente con la disponibilidad y utilización de los recursos y dispositivos existentes en el modelo de vivienda integrado.

- **Ingresos**

Más del 50% de adultos mayores recibe sus ingresos desde la jubilación, el seguro social y la ayuda de familiares. A este respecto, un 60,0% de estos actores afirma que posee disponibilidades de adquisición de bienes y servicios deseados. Todo ello muestra lo viable de los precios involucrados en nuestro modelo de vivienda integrado.

- **Servicios sanitarios y sociales**

Un 83,3% de adultos mayores posee seguro médico, y de ellos el más frecuente (26,7%) es Medicare; le siguen el Seguro Complementario (Triple S, Cruz Azul, MMM) (23,3%), y la Tarjeta Reforma (18,3%). Sin embargo, un 71,7% de estos actores afirma que la asistencia sanitaria y social brindada no se ajusta a sus necesidades reales, encontrando factores deficientes principales en una mala atención, demasiadas tramitaciones y tiempos de espera y la necesidad de más profesionales médicos.

- **Seguridad**

Un 63,3% de encuestados está de acuerdo respecto de los sentimientos de inseguridad social, y prácticamente iguales frecuencias de encuestados se muestran como de acuerdo y en desacuerdo respecto de la seguridad personal

(46,7% y 43,3%, respectivamente). Los principales requerimientos que hacen a una adecuada seguridad personal, intravivienda, remiten a una buena iluminación y ambientes espaciosos.

Esta descripción detallada de los factores que hacen a la calidad de vida percibida por adultos mayores de 65 o más años de edad socioeconómicamente intermedios de Puerto Rico, constituye bien los requerimientos estructurales y funcionales que el modelo de vivienda integrado de satisfacer, que debe tomar en cuenta en su diseño y formulación hacia una implantación satisfactoria (Figueroa, 1987; Barta, 1998). Para analizar las posibilidades e impacto social relacionado con la calidad de vida percibida desde la implantación del diseño de modelo de vivienda integrado propuesto, analizaremos de manera global la cuantificación de la actitud social dada a través de los ítems cerrados. En este sentido, recordemos que la actitud social refería al *grado de satisfacción de la calidad de vida percibida por los adultos mayores de 65 o más años de edad socioeconómicamente intermedios respecto del Modelo integrado de vivienda propuesto*.

Así, observamos claramente que las percepciones de los encuestados se presentan como favorables en todos los ítems de la encuesta. Esto significa, según nuestras especificaciones de análisis, que los requerimientos y necesidades que hacen a la calidad de vida percibida de los adultos mayores de 65 o más años de edad socioeconómicamente intermedios de Puerto Rico (aquellos encuestados) son cumplimentados satisfactoriamente por el diseño del modelo de vivienda integrado propuesto, lo cual afirma rotundamente las grandes posibilidades de implementarlo y de mejorar así la calidad de vida de este colectivo, siempre y cuando se lleven a cabo adecuadamente, de acuerdo a su formulación propuesta.

Estudiamos la viabilidad e impacto social del modelo de vivienda integrado propuesto a partir de las necesidades a satisfacer que hacen a la calidad de vida de las personas a las que está dirigido, para lo cual analizamos los requerimientos integrales

de aquella, como vimos, los que hacen a la calidad ambiental, la salud, la dependencia funcional, la integración social, la satisfacción con la vida, la actividad y ocio, la educación, los ingresos, los servicios sanitarios y sociales, y la seguridad percibida (Giusti, 1991; Mora, 2004; CDC, 2002; Castellón, 2004). En cuanto a los aspectos individuales, no mencionados hasta el momento pero analizados en el comienzo del Capítulo 4, no interfirieron de manera discriminante respecto de las percepciones de la calidad de vida: aunque fueron mayores los porcentajes de adultos mayores de 65-74 años de edad, que están casados o son viudos, que no trabajan (labor remunerada), que viven en casas con la pareja, en departamentos con los familiares y en viviendas sociales con los familiares, y no son propietarios de las viviendas, no se hallaron tendencias de alguno u otro grupo respecto de las dimensiones de la calidad de vida, sino que se presentaron como equivariables.

El modelo de vivienda integrado fue formulado, de esta manera, a partir de la consideración del adulto mayor como un ser con necesidades integrales, a partir de lo cual se dispusieron recursos y alternativas variadas orientadas a satisfacerlas sistémica y complementariamente. En este sentido, no sólo debemos considerar los tres tipos de viviendas ofrecidos (independiente, asistida y de cuidado continuo), en los cuales hay buena iluminación, ambientes espaciosos, distribución adecuada de los mismos, atención en las labores domésticas (permanente o circunstancial), sino también las alternativas de esparcimiento, de contacto social, de seguridad (personal y social) percibida, a través de los múltiples focos de sociabilización, que van desde la compra de víveres hasta las actividades deportivas, pasando por centros de reunión, restaurante y el spa. Asimismo, lo atencional sanitario y social cuenta con un vasto equipo de profesionales (médicos, enfermeras y fisioterapeutas), cuyos servicios pueden ser consultados permanente o circunstancialmente (Perkins, 2004; Emmons, 2004).

Sumado a ello, un factor determinante es de los precios de adquisición de bienes y servicios habitacionales y sanitarios y sociales dentro del modelo de vivienda integrado. Hallamos que el poder adquisitivo de los adultos mayores es mayormente,

sino todos, adecuado a tales requerimientos económicos. Los precios fueron fijados de acuerdo a los costos de mantenimiento del modelo, y ajustados a las disponibilidades socioeconómicas vislumbradas desde lo analítico oficial en Puerto Rico (Alameda Lozada, 2006; Proyecto PREHCO, 2004). En definitiva, el modelo de vivienda integrado posee grandes posibilidades de implantación en el contexto delimitado, y puede conllevar el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores a los que está dirigido, esto justificado desde la contemplación de sus necesidades y requerimientos en el diseño de aquel.

Otros aspectos de impacto social sobre los adultos mayores del colectivo social considerado por parte del modelo de vivienda integrado propuesto, derivan rotundamente de lo adecuado o inadecuado de la calidad de vida. Entre ellos pueden considerarse las relaciones con los familiares y con el medio social en general, y el mejoramiento de la salud de los allegados. El modelo de vivienda integrado está destinado, como ya se ha mencionado, a satisfacer las necesidades y requerimientos integrales de los adultos mayores a los que va dirigida y, de esta manera, la producción de una calidad de vida mejor conlleva efectos secundarios sobre todo el entorno de estas personas, ya que los mismos poseen la posibilidad de desarrollar muchas actividades, de sentirse bien consigo mismo y, por ende, con el entorno circundante (Marín, 2001; Parsons, 1999).

Por otro lado, la efectividad de los resultados de tal modelo tiene el potencial de interferir en futuros diseños hacia la satisfacción de necesidades de adultos mayores en otros contextos espaciales y temporales, ante la imitación de su implantación (Figuroa, 1987). En este sentido, son características esenciales una integral y multidisciplinar atención sanitaria y social (tendiente hacia lo domiciliario), múltiples alternativas de esparcimiento (orientadas hacia la cumplimentación de actividades que parecen insatisfechas en los adultos mayores), y variables posibilidades de interacción e intercambio social, teniendo en cuenta principalmente que los adultos mayores tienden

al aislamiento y la confinación dentro de la vivienda, y que muchas de sus percepciones indican preferencias relacionadas con esta temática.

Finalmente, en base a los distintos análisis y hallazgos logrados a lo largo de la investigación, consideraremos las siguientes recomendaciones generales y particulares, orientadas a la consecución de una adecuada calidad de vida en adultos mayores:

A. Recomendaciones para futuras investigaciones

1. Analizar los crecimientos demográficos y la disponibilidad de recursos públicos y privados destinados a satisfacer las necesidades integrales de los adultos mayores puertorriqueños.
2. Indagar sobre el ajuste de los recursos existentes (sean sanitarios, de vivienda, de esparcimiento, etc.), a la disponibilidad socioeconómica de los adultos mayores.
3. Estudiar las posibilidades de implantación de modelos de vivienda integrados para adultos mayores en Puerto Rico de acuerdo a su nivel socioeconómico, destinados a satisfacer todas sus necesidades de modo complementario. Tomar en cuenta que en la actualidad son más frecuentes los destinados a la clase baja y alta, observando que la clase media (y de acceso a la riqueza similar, como la clase media-baja y media-alta, individuos socioeconómicamente intermedios), cuenta con poca oferta de los mismos.
4. Para conocer las necesidades y requerimientos reales de los adultos mayores, debe indagarse sobre los factores que hacen al bienestar relacionado con la calidad de vida percibida, cuestión principalmente justificada porque las instancias gerontológicas tienen por finalidad primera producir mejores condiciones de vida percibidas.

5. Al igual que en cualquier ser humano, las medidas destinadas a producir un incremento del bienestar auto percibido debe ir acompañado de un estudio de cohorte de las necesidades manifestadas por ellos mismos: deben crearse condiciones satisfactorias contextualizadas en un entorno micro sociológico específico.
6. Para conocer las necesidades que hacen a la calidad de vida, desarrollar estudios transversales y horizontales sobre las percepciones relacionadas de los adultos mayores, y así poder observar comparativa y complementariamente las distintas instancias evolutivas valorativas.
7. Los modelos de vivienda integrados deben formularse considerando la existencia de recursos internos (preferentemente) o externos relacionados con la salud integral, múltiples opciones de esparcimiento y contacto social, la autonomía y la seguridad (personal y social) percibida. Estos pueden ser de reducida cantidad, pero cualitativamente deben satisfacer de manera determinante todas las necesidades y requerimientos que hacen a la calidad de vida percibida de los adultos mayores.
8. Las principales necesidades de los adultos mayores puertorriqueños (y del mundo también), remiten a la vivienda, la salud y el esparcimiento. En función de ellas, estudiadas micro sociológicamente, los modelos de vivienda integrados y las intervenciones gerontológicas deben diseñarse y formularse.
9. Son amplias las disponibilidades socioeconómicas de los adultos mayores puertorriqueños socioeconómicamente intermedios, condicionamientos que proveen de posibilidades de enriquecidos diseños de modelos de vivienda integrados.

B. Recomendaciones para Puerto Rico

Incentivos para estimular la oferta de servicios:

Es imperativo identificar incentivos adecuados para estimular la oferta de servicios de ayuda a las personas de edad avanzada. Estos incentivos deben contribuir a compensar los altos costos de operación de los proveedores de servicios, por un lado, y a facilitar el financiamiento comercial del desarrollo de instalaciones de servicios, por otro. Se recomiendan las siguientes acciones concretas:

1. Enmendar la Ley 140 para darle un incentivo especial al desarrollo de viviendas e instalaciones de cuidado de personas de edad avanzada, además de la provisión de créditos contributivos para el desarrollo.
2. Enmendar la ley de Fideicomisos de Inversión en Bienes Raíces (REIT's) para crear una modalidad especial de REIT's para vivienda de personas de edad avanzada, en donde los dividendos tributen a una tasa preferencial de 8%, es decir, dos puntos porcentuales menos que la tasa de 10% aplicable a los REIT's regulares.
3. Enmendar la Ley 113 de 1999 (Ley de Patentes Municipales) para eximir del pago de patentes municipales a las instalaciones de cuidado de ancianos, y así reducir los costos de operación.
4. Enmendar la Ley 80 de 1991 (Ley del CRIM) para eximir del pago de contribuciones sobre la propiedad mueble e inmueble a las instalaciones de cuidado de los ancianos.
5. Flexibilizar el Reglamento Número 112 del Departamento de Salud para facilitar el

desarrollo de nuevas instalaciones de servicios a los ancianos, principalmente en lo ateniendo a parámetros cuantitativos (1 programa de servicios de salud en el hogar por cada 100.000 habitantes para cada Región y más de 500 pacientes sobrepasados para la consideración de programas adicionales).

6. Optimizar la coordinación entre agencias para la aprobación, regulación y supervisión de instalaciones de servicios para los ancianos, principalmente en lo que refiere a la agilización de los permisos en las solicitudes para el establecimiento de desarrollos de vivienda con un sistema que integre las necesidades para una mejor calidad de vida en esta población.

Incentivos para viabilizar la demanda:

7. Enmendar la Ley de Contribución sobre Ingresos para permitir una deducción por gastos en adaptaciones a hogares de personas de edad avanzada, hecho particular desde hijos de padres ancianos.
8. Enmendar la Ley de Contribución sobre Ingresos para autorizar una deducción por gastos en el cuidado de dependientes al anciano, ya que no es reducida la cantidad de adultos mayores que dependen de sus hijos y la legislación contributiva no realiza deducciones por el cuidado de ellos, no sucediendo lo mismo en el caso de niños.
9. Coordinar, junto a la Administración de Fomento Cooperativo, la legislación necesaria para la creación de vivienda cooperativa para las personas de edad avanzada, mediante la exploración de la promoción de proyectos de vivienda, programas que deberían contar con apoyos financieros del gobierno federal y estatal, o con financiamientos en condiciones preferenciales por parte de las cooperativas de ahorro y crédito.

10. Coordinar, junto a la Administración de Fomento Cooperativo, la creación de cooperativas de servicios para las personas de edad avanzada, incluyendo desde servicios de ayuda en el hogar hasta centros de cuidado especializado, y pudiendo reducir los costos de desarrollo y operación estimulando la asociación de proveedores individuales en unidades cooperativas, hacia la unificación de los recursos en una organización sin fines de lucro.
11. Lanzar una campaña de orientación sobre alternativas para sufragar los gastos de los ancianos, incluyendo el adelanto de pagos de seguros de vida, seguros de cuidado a largo plazo, hipotecas revertidas y otros, educando a la población sobre estas alternativas y estimulando a las instituciones financieras y de seguros para que los incluyan en su cartera de productos.
12. Establecer un banco de información sobre las instalaciones de servicios a personas de edad avanzada, mediante el establecimiento de un directorio de todas las entidades que ofrecen servicios a los ancianos, clasificadas de acuerdo a un sistema de calificación que tome en cuenta los servicios ofrecidos, el costo, la preparación profesional del personal y la evaluación de las agencias reguladoras.
13. Desarrollar un programa de capacitación para el personal de servicios de ayuda a los ancianos, ante lo frecuente de la falta de preparación en aquél.

C. Recomendaciones para la sociedad y la Administración Pública

1. Convivencialidad versus institucionalización: cuidado informal antes que formal, y este último sólo cuando sea necesario.
2. Los cuidados deben ser para, con y por la integración social del adulto mayor

respecto del medio ambiente circundado por él.

3. Propiciar programas educacionales dirigidos a infantes, sobre la edad avanzada, el valor de la ancianidad, pudiendo hacer visitas a instituciones dedicadas a estos cuidados.
4. Fomentar programas de desarrollo y actividades comunitarias donde se integren distintas generaciones, hacia la consideración recíproca de sus necesidades, capacidades y limitaciones.

D. Recomendaciones generales

1. Se deben investigar las posiciones geográficas para la búsqueda de extensiones de tierra a bajo costo, con buen clima y tratados internacionales favorables para el desarrollo de ciudadelas para las personas de edad avanzada.
2. Los programas sociales destinados a adultos mayores deben considerar esenciales las variables que hacen a la salud, el esparcimiento, la integración social y el aspecto económico.
3. Proveer las medidas necesarias hacia el mejoramiento de la atención del sistema de previsión, principalmente en cuanto a la entrega de información focalizada, implementando programas de seguimiento y atención personalizada y capacitada en el área.
4. Se debe satisfacer la demanda de recursos humanos destinados específicamente a la atención de enfermedades crónicas de la vejez, cuyo aspecto insatisfactorio actúa como un factor que dificulta una atención oportuna.

5. Promover la participación y protagonismo del adulto mayor en las actividades de desarrollo de la sociedad en general, para así reducir su estigmatización y marginación, y propiciar las bases hacia una sociedad más inclusiva y cosmopolita.

6. Estrategias para fortalecer redes sociales hacia la integración social y la calidad de vida del adulto mayor son: animación sociocultural; campañas de información y sensibilización; actuaciones dirigidas a la mejor ocupación del ocio y tiempo libre; actuaciones integrales que favorezcan la coordinación de todos los sistemas de protección social; acciones encaminadas a potenciar las relaciones intergeneracionales.

7. Continuar y fomentar las investigaciones hacia las necesidades, capacidades y limitaciones gerontológicas, y sobre sistemas de viviendas para las personas de edad avanzada, haciendo énfasis en la clase media.

BIBLIOGRAFÍA

AARP (2004). *Cambios en las Tendencias Laborales*. Disponible en: <http://www.aarp.org/states/pr/>

Agar Corbinos, L. (2001). *Envejecimiento en América Latina y el Caribe: Hechos sociodemográficos y reflexiones éticas*. *Acta Bioética*; 7 (1): 27-41, Santiago de Chile.

Alameda Lozada, J. I. y Rivera Galindo, C. A. (2006). *La Vivienda de Interés Social en Puerto Rico*. Departamento de la Vivienda, Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

Alonso, T. (2004). *Necesidad del Desarrollo de Servicios Especializados de Atención al Anciano Frágil*. *Revista de Geriátría y Gerontología*. Mayo-Junio. Vol. 39, N°. 3, Págs.193-205.

Ander-Egg, E. (1995). *Técnicas de investigación social*. Lumen, Buenos Aires.

Arribas, M. (2004). *Diseño y validación de cuestionarios*. *Matronas Profesión*; 5 (17): 23-29.

Ballester, L.; Santiago, J y Sastre, T. (1996). *Representaciones sociales de las necesidades de las personas mayores*. *Pedagogía Social*. En *Revista Interuniversitaria*. 13: 59-67.

Baltes, P. B. & Smith, J. (2002). *New Frontiers in the Future of Aging: From Successful Aging of the Young Old to the Dilemmas of the Fourth Age*. The Valencia Form. Valencia, España.

Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción: Fundamentos sociales*. Martínez Roca, Barcelona.

Barrón, A. (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Siglo XXI. Madrid.

Barta, S. y Woods, M. D. (1998). *Constructing a Community Housing Profile: Estimating Supply and Demand in Your Local Housing Market*. Oklahoma Cooperative Extension Service, F-919, Oklahoma.

Blanchard, O. y Pérez Enrí, D. (2000). *Macroeconomía, Teoría y Política Económica con aplicaciones a América Latina*. Prentice Hall Iberia, Buenos Aires.

Blanco, A. (1988). *Calidad de Vida*. Editorial Anthropos. Barcelona.

Bogdan, R. y Taylor, S. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós Studio, Barcelona.

Bofill Valdés, J. (1997). *La importancia de las encuestas en los asuntos económicos*. Ponencia presentada en el Seminario “La importancia de las encuestas de opinión pública en una sociedad democrática”, Colegio Universitario del Este, Carolina, P.R.

Bosch Meda, J. (2005). *Envejecimiento y vivienda. El problema residencial de las personas mayores en Cataluña*. Fundación La Caixa, Barcelona.

Caplan, G. y Killilea, M. (1976). *Support systems and mutual help: multidisciplinary explorations*. Gruney & Stratton, New York.

Casals, I. (1982). *Sociología de la ancianidad*. Mezquita, Madrid.

Cassileth, B. R.; Lusk, E. J.; Miller, D. S.; Brown, L. L. y Miller, C. (1985) *Psychosocial correlates of survival in advanced malignant disease?* N Engl J Med 1985; 312: 1551-1555.

Castellón, A. y Alexandre, M. (1997). *Calidad de vida y senectud, estudio comparativo en función del sexo.* Geriatrika; 13: 8.

Castellón, A. y Romero, V. (2004). *Autopercepción de la calidad de vida.* Rev Mult Gerontol; 14 (3): 131-137.

Cava y Musitu (2000). *Bienestar psicosocial en ancianos institucionalizados y no institucionalizados.* Rev Mult Gerontol; 10: 4.

CDC (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades) (2002) *Calidad de vida relacionada con la salud, Puerto Rico 1996-2000.* MMWR; 51 (8): 166-168.

CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2004). *Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (LC/G.2228).* Santiago de Chile, 19 al 21 de noviembre del 2003.

Crompton, R. (1994). *Clase y Estratificación. Una introducción a los debates actuales.* Madrid: Tecnos.

Davies, A. R. y Ware, J. E. (1983). *Measuring health perceptions in the Health Insurance Experiment.* The RAND Corporation, Santa Monica, California.

De la Garza Toledo, E. (2001). *La epistemología crítica y el concepto de configuración: Alternativas a la estructura y función estándar de la teoría.* En Revista Mexicana de

Sociología. Disponible en:

<http://docencia.izt.uam.mx/egt/publicaciones/articulos/index.htm>.

De Mattos, C. (1999). *Nuevas teorías del crecimiento: lectura desde la perspectiva de los territorios de la periferia*. Territorios. Revista de Estudios Regionales y Urbanos, 3.

Departamento de Salud. Estado Libre Asociado de Puerto Rico (2008). Estadísticas. Disponible en: <http://www.salud.gov.pr/Pages/default.aspx>

Dolto, F. (1986). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Ed. Paidós, Buenos Aires.

Dorland (1992). *Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina*. Madrid: McGraw-Hill.

Emmons, W.; Vaughan, M y Yeager, T. (2004). *The Housing Giants in Plain View*. En The Regional Economist, Federal Reserva Bank of Saint Louis, July, 2004.

Erikson, R. y Goldthorpe, J. (1993). *The Constant Flux: A Study of Class Mobility in Industrial Societies*. Oxford: Clarendon Press.

Fernández, E. (2004-a). *Baby Boomers Becoming Senior Boomers*. Caribbean Bussiness Special Edition. February. Págs. 20-25.

Fernández, E. (2004-b). *A Glimpse at Puerto Rico's Population*. Caribbean Business Special Edition. February. Págs. 28-29.

Fernández, E. (2004-c). *Government Officials Address Aging*. Caribbean Business Special Edition. February. Págs. 32-35.

Fernández, E. (2004-d). *What Puerto Rico Needs: A Model of Long Term Care*. Caribbean Business Special Edition. February. Págs. 40-41.

Figueroa, P. (1987). *La Vivienda: El Escenario Físico Ambiental y sus Implicaciones en los Cambios Normales del Envejeciente*. Documento inédito. Enero de 1987.

Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Ediciones Morata, Madrid.

Giusti, L. (1991). *Calidad de vida, estrés y bienestar*. Ed. Psicoeducativa: San Juan, Puerto Rico.

Gottlieb, B. H. (1988). *Marshalling social support*. Newbury Park: Sage.

Grau, G. (1995). *Metodología para la validación de cuestionarios*. Medifam; 5 (6).

Guber, R. (1991). *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Editorial Paidós, Buenos Aires.

Guzmán, J. M. (2002). *Redes de Apoyo Social a Personas Mayores*. CEPAL. Santiago de Chile.

Hener, A. D. (2004). *Sobre la clase media - desde la clase media: dualidades entre los términos teóricos y el lenguaje de los actores*. En IV Jornadas de Jóvenes Investigadores. Instituto Gino Germani, UBA, Buenos Aires.

Herderson, H.; Lickerman, J. y Flynn, P. (2000). *Quality of Life Indicators*. Editorial Calvert - Henderson. Maryland.

Hernández Sampieri, R. y otros (1998). *Metodología de la investigación*. Mc-Graw-Hill, México.

Huenchuan, S. (1999). *De objetos de protección a sujetos de derecho: trayectoria y lecciones de las políticas de vejez en Europa y Estados Unidos*. Revista de trabajo social perspectivas: notas sobre intervención y acción social; 8.

Kenny, D. A. (1976). *An empirical application of confirmatory factor analysis to the multitrait-multimethod matrix*. Journal of Experimental Social Psychology; 12: 247-252.

Kessel, H. (2003). *Ancianos Multi Ingresadores: no hay peor ciego que quien no quiere ver... ni oír*. Revista de Geriátría y Gerontología. Septiembre-Octubre, 38 (5): 294-299.

Lara, J. (2004). *Generación Gris*. Disponible en: <http://www.aarp.org/states/pr/>

Lara, J. (2007). *Puerto Rico's Housing Market: Looking beyond the Recession*. Advantage Business Consulting. Disponible en: <http://www.advantagepr.net/puerto-rico-s-housing-market-looking-beyond-recession>

Lehr, U. (2004). *Participación de las Personas Mayores en el Mercado de Trabajo*. Revista de Geriátría y Gerontología. Mayo-Junio, Vol.39 #3, Págs. 180-184.

Lewis, G. K. (1978). *Puerto Rico, freedom and power in the Caribbean*. Harper & Row, New York.

Lin, N.; Dean, A. y Ensel, W. M. (1986). *Social support, life events and depression*. Nueva York: Academic Press.

March Cerdá, J. C.; Prieto Rodríguez, M. A.; Hernán García, M.; Solas Gaspar, O. (1999). *Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas*. Gaceta Sanitaria; 13 (4): 312-319.

Marín, M.; Troyano, Y. y Vallejo, A. (2001). *Percepción social de la vejez*. En Revista Multidisciplinar de Gerontología. 11(12): 88-90.

Mora, M.; Villalobos, D.; Araya, G.; y Ozols, A. (2004). *Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa*. MH Salud; 1 (1).

Navas, G. y Luigi, P. (1980). *Indicadores de la calidad de vida, municipios de Puerto Rico*. Universidad de Puerto Rico: Ed. Universitaria.

Nieves Ayala, L. E. (2004). *Segregación Residencial por Nivel Socioeconómico en las Áreas Metropolitanas de Puerto Rico: 1990-2000*. Oficina de la Gobernadora. Junta de Planificación.

Oficina del Censo. Junta de Planificación de Puerto Rico (2008). Disponible en: <http://www.gobierno.pr/Censo/Inicio/Default>

ONU (2004). *Los Principios de las Naciones Unidas a Favor de las Personas de Edad*. Ginebra.

Ortiz Palacios, L. (1999). *Acción, Significado y Estructura en la Teoría de A. Giddens*. En *Convergencia*, Revista de Ciencias Sociales, Año 6 Nro. 20, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca.

O'Shea, E. (2003). *La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes*. Universidad Nacional de Irlanda, Galway.

Parsons, T. (1999). *El sistema social*. Alianza Editorial Esping-Andersen.

Pearlman, R. A. y Uhlmann, R. F. (1988). *Quality of life in chronic diseases: perceptions of elderly patients*. J Gerontol. 1988 Mar; 43(2): M25–M30.

Perkins, B. (2004). *Building Types Basics for Senior Living*. Hoboken, Wiley & Sons, New Jersey.

Pico, F. y Rivera Izcoa, C. (2001). *Tierra Adentro y Mar Afuera. Historia y cultura de los puertorriqueños*. Río Piedras, San Juan.

Pla, M. (1999). *El rigor en la investigación cualitativa*. Aten Primaria, Madrid.

Proyecto PREHCO (2004). *La salud de los adultos de edad mayor en Puerto Rico. Informe General 2002-2003*. Universidad de Puerto Rico-Universidad de Wisconsin-Madison.

Puerto Rico Banker's Association (2006). *Demand for Housing in Puerto Rico*. Estudios Técnicos, Inc., San Juan.

Quiles, E. R. (1997). *Medio ambiente urbano en Puerto Rico: contexto socio-espacial*. En Revista Interamericana de Planificación, SIAP, Vol. XXIX, Número 115 y 116, julio-diciembre 1997.

Ray, R. O.; Gissal, M. L. y Smith, E. L. (1982). *The effect of exercise on morale of older adults*. Physical and Occupational Therapy in Geriatrics, 1982, 2(2): 53-62.

Red Latino Americana de Gerontología (2007). *Estudio Norteamericano Anuncia las Nueve Principales Tendencias de Cambios Mundiales Debido al Envejecimiento Poblacional*. Senior Journal. RLG, New York.

Rubio Herrera, R. y Cabezas Casado, J. L. (2000). *Estudio sobre la calidad de vida y la salud desde la perspectiva intraindividual e interindividual*. En: Temas de Gerontología III. Universidad de Granada.

Sabino, C. A. (1996). *El Proceso de Investigación*. Lumen-Humanitas, Buenos Aires.

Sanmartí, R. (2003). *Observar, escuchar, comparar, escribir: La práctica de la investigación cualitativa*. Editorial Ariel S.A., Barcelona.

Scarano, F. (2000). *Puerto Rico: Una Historia Contemporánea. Sociedad y cultura en los albores del Estado Libre Asociado*. Ed. McGraw-Hill, México.

Schuster, F. (2002). *Filosofía y métodos de las Ciencias Sociales*. Manantial, Buenos Aires.

Spiro, W. W. (1995). *Physical dimensions of aging*. Human Kinetics, Champaign, Illinois.

Trilla, C. (2001). *La política de vivienda en una perspectiva europea comparada*. Fundación La Caixa, Colección de Estudios Sociales, Barcelona.

US Census Bureau (2005). *Proyecciones Junta de Planificación*. Disponible en: <http://www.census.gov/robos/www/2010Update.html>

Valles Martínez, M. S. (1986). La grounded theory y el análisis cualitativo asistido por ordenador, págs: 575-603. En: *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Compilación de Manuel García Ferrando, Jesús Ibáñez y Francisco Alvira. Alianza Editorial, Madrid.

Wright, E. O. (1983). *Clase, crisis y estado*. Madrid: Siglo XXI de España.

ANEXO 1

Calidad de vida del adulto mayor en Puerto Rico

Calidad de vida del adulto mayor en Puerto Rico

Por: Evaristo Andrés Román Martínez

Crecimiento de la población mayor

Actualmente, Puerto Rico está atravesando una transición demográfica caracterizada por una tasa de natalidad e índices de mortalidad con tendencia decreciente y una densidad poblacional de personas mayores de 65 o más años creciente (Lara, 2004), lo cual está haciendo de éstas el segmento de edad más grande del país.

El problema radica en que, como plantea Fernández (2004) y la Puerto Rico Banker's Association (2006), Puerto Rico no se encuentra preparado para abordar con éxito tal aceleración en el envejecimiento de la población. Se prevé que para el año 2025 el segmento de la población adulta de 65 o más años de edad aumentará a cerca de 750.000 personas (casi el 20% de la población total de Puerto Rico proyectada para ese año), lo que amenaza con agravar la situación, según la Oficina del Censo de la Junta de Planificación de Puerto Rico (2008).

La situación actual de la población de adultos mayores de Puerto Rico ha ido en detrimento en tanto sus sistemas de salud, económico y de políticas públicas y privadas orientadas a satisfacer sus necesidades privadas.

Perspectivas y necesidades relacionadas con las clases socioeconómicas

En Puerto Rico pueden hallarse tres clases socioeconómicas principales: las de acceso escaso, intermedio y abundante a la riqueza social (Scarano, 2000); esto es

ciertamente tanto a nivel social general como incluso en el colectivo de adultos mayores de 65 o más años de edad, grupo objeto de nuestra investigación. En relación a esta estratificación socioeconómica del último segmento etario de la vida humana, distintos son los recursos y servicios como necesidades esenciales para la subsistencia, los cuales están en función directa del poder adquisitivo, de las relaciones sociales de cooperación, etc.

La vivienda representa una necesidad manifiesta en todos los sectores, y la misma es satisfecha desde distintos recursos ofrecidos desde lo público y desde lo privado, los cuales implican distintos niveles de calidad como servicio prestado. Por ejemplo, la Comunidad de Retiro de Cuidado Prolongado, representa una alternativa privada de vivienda de precio muy elevado, vida independiente, disposición de todas las comodidades y asistencia continua; Vida independiente, ofrece el alquiler de condominios a personas de edades parecidas y servicios de seguridad, administración, actividades y visita del trabajador social, de paga relativamente aceptable dado que está destinado a personas con subsidio; desde el sector público de Puerto Rico, la Administración de vivienda pública provee viviendas y mejora las ya existentes de acuerdo a las necesidades de los adultos mayores.

Falta de atención del sector económico intermedio

La disponibilidad de alternativas en la clase socioeconómicamente intermedia de Puerto Rico, no son suficientes, sino casi nulas.

La falta de un modelo viable de solución frente a las necesidades reales y emergentes del colectivo social intermedio de adultos mayores delimitado, se hace patente: hay poca disponibilidad de viviendas para alquilar en relación a sus posibilidades económicas y de comodidad y no existen programas estatales ni privados destinados a satisfacer estos requerimientos, como ser necesidad de independencia, de trabajar, etc.

Son amplias las disponibilidades socioeconómicas de los adultos mayores puertorriqueños socioeconómicamente intermedios, condicionamientos que proveen de posibilidades de enriquecidos diseños de modelos de vivienda integrados.

No obstante, debe enfatizarse en el hecho de que fuera de los parámetros de este grupo social, pueden encontrarse más iniciativas públicas y privadas destinadas a satisfacer principalmente las necesidades de vivienda tanto para el 60% perteneciente a la clase de escasos recursos como para el 10% de la clase de abundantes recursos, los cuales ya disponen de soluciones que a priori cumplen sus demandas principales (Hener, 2004).

En la isla no existen centros geriátricos que atiendan las necesidades de los adultos mayores del colectivo social delimitado como intermedio en términos socioeconómicos: la atención médica que éstos reciben primariamente es por un médico internista. Por otra parte, para el año 2006 existía una población de alrededor de 65.955 ancianos con necesidades de servicio de ayuda en alguna de sus modalidades (de casi 500.000 que conforman el grupo de adultos mayores con 65 o más años de edad), fundamentalmente a raíz del déficit de viviendas.

Hay una carencia manifiesta de proyectos, modelos y propuestas que permitan dar una solución a esta cuestión, particularmente en lo que concierne a la vivienda temporal o permanente dirigida a las personas de edad avanzada del colectivo social delimitado.

Calidad de vida

Basados en las definiciones y desarrollos de Giusti (1991), Mora (2004), CDC (2002) y Castellón (2004), definimos la calidad de vida percibida como un estado auto percibido que hace referencia a la valoración de los aspectos psicofísico, ambiental y

social de la propia persona, que incluye la salud, la integración social, las habilidades funcionales, las actividades de recreación, la calidad ambiental, el grado de satisfacción con la vida, la disponibilidad socio-económica, los servicios sociales y sanitarios y la seguridad, todos ellos bajo parámetros de satisfacción de las necesidades del individuo.

Al medir la calidad de vida según las dimensiones de calidad ambiental, salud, habilidades físicas y psíquicas, integración social, ocio, satisfacción con la vida, educación, ingresos, seguridad y servicios sanitarios y sociales, y en base a la encuesta realizada, podemos decir que la percepción de las personas mayores de 65 años de Puerto Rico respecto a su situación es la siguiente:

Más de la mitad de los adultos mayores prefieren vivir en una zona geográfica de clima cálido y ubicado cerca del mar. Casi la totalidad de los adultos mayores poseen un adecuado estado cognitivo en función a las preguntas contextuales realizadas. Las actividades de mayor importancia que son limitadas por sus condiciones psico-físicas remiten a caminar, correr, nadar, andar en bicicleta, trabajar y conducir. Las principales enfermedades mencionadas como diagnosticadas por un médico fueron presión alta, diabetes, artritis, cardiopatía y osteoporosis. Los tratamientos de dichas enfermedades son necesaria o preferentemente domiciliarios. Pero la gran mayoría dice que la asistencia sanitaria y social brindada no se ajusta a sus necesidades reales, encontrando factores deficientes principales en una mala atención, demasiadas tramitaciones y tiempos de espera y la necesidad de más profesionales médicos.

La mayoría muestra un elevado grado de dependencia funcional, pero no sólo en lo que hace a lo físico, al desplazamiento, sino en la necesidad de alguien para que los acompañe en las salidas de su casa, posiblemente ante la falta de seguridad social. Debido a esto, una buena parte de los encuestados prefiere vivir acompañado. Sin embargo, otros prefieren vivir solo por tranquilidad. Las actividades sociales más frecuentemente realizadas son los juegos de mesa con amigos o familiares, las comidas, los cumpleaños y las visitas a amigos. En general, los adultos mayores manifiesta

claramente la necesidad y preferencia de ocupar su tiempo de esparcimiento realizando actividades físicas (sean deportivas, manuales, etc.), y que incluyan el contacto social.

La mayoría se siente disconforme respecto de la soledad y la cumplimentación de objetivos planteados hasta el momento, sucediendo lo mismo con la auto percepción sobre el estado del cuerpo. Hallamos que los objetivos no cumplimentados se relacionaban con las necesidades y requerimientos de salud, esparcimiento e integración social, deficientemente o no satisfechos hasta el momento.

Con respecto a la educación, la mayoría de los adultos mayores poseen adecuadas herramientas académicas pero manifiestan la inquietud de seguir estudiando. Todo ello se relaciona favorablemente con la disponibilidad y utilización de los recursos y dispositivos existentes en el modelo de vivienda integrado.

La mayoría afirma que su estado socioeconómico es adecuado y que tiene disponibilidades de adquisición de bienes y servicios deseados.

En cuanto a la seguridad, los principales requerimientos que hacen a una adecuada seguridad personal, intra vivienda, remiten a una buena iluminación, ambientes espaciosos, pocas escaleras y disponibilidad de ascensor en lugares que así lo requieran.

A modo de conclusión, podemos decir que la calidad de vida de los adultos mayores en Puerto Rico tiene características favorables pero distan mucho de ser óptima.

Bibliografía

- **Castellón, A. y Romero, V.** (2004). *Autopercepción de la calidad de vida*. Rev Mult Gerontol; 14 (3): 131-137.
 - **CDC (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades)** (2002) *Calidad de vida relacionada con la salud, Puerto Rico 1996-2000*. MMWR; 51 (8): 166-168.
 - **Fernández, E.** (2004). *What Puerto Rico Needs: A Model of Long Term Care*. Caribbean Business Special Edition. February. Págs. 40-41.
 - **Giusti, L.** (1991). *Calidad de vida, estrés y bienestar*. Ed. Psicoeducativa: San Juan, Puerto Rico.
 - **Hener, A. D.** (2004). *Sobre la clase media - desde la clase media: dualidades entre los términos teóricos y el lenguaje de los actores*. En IV Jornadas de Jóvenes Investigadores. Instituto Gino Germani, UBA, Buenos Aires.
 - **Lara, J.** (2004). *Generación Gris*. Disponible en: <http://www.aarp.org/states/pr/>
 - **Mora, M.; Villalobos, D.; Araya, G.; y Ozols, A.** (2004). *Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa*. MH Salud; 1 (1).
 - **Oficina del Censo. Junta de Planificación de Puerto Rico** (2008). Disponible en: <http://www.gobierno.pr/Censo/Inicio/Default>
 - **Puerto Rico Banker's Association** (2006). *Demand for Housing in Puerto Rico*. Estudios Técnicos, Inc., San Juan.
- Scarano, F.** (2000). *Puerto Rico: Una Historia Contemporánea. Sociedad y cultura en los albores del Estado Libre Asociado*. Ed. McGraw-Hill, México.

ANEXO 2

Propuesta de un modelo de vivienda integrado para el adulto mayor en Puerto Rico

Propuesta de un modelo de vivienda integrado para el adulto mayor en Puerto Rico

Por: Evaristo Andrés Román Martínez

Modelo de vivienda integrado

Las principales necesidades de los adultos mayores puertorriqueños (y del mundo también), remiten a la vivienda, la salud y el esparcimiento. En función de ellas, estudiadas micro sociológicamente, los modelos de vivienda integrados y las intervenciones gerontológicas deben diseñarse y formularse.

Los principios básicos que contempla un proyecto integrado de viviendas dirigido a personas de edad avanzada, en el plano teórico, son los siguientes: Autonomía, Socialización y relación con la comunidad, Pertenencia, Dignidad, Prolongación de la vida activa, Independencia, Privacidad y Seguridad. En contrapartida, se debe evitar: aislamiento y soledad, masificación, segregación, abandono de bienes personales, abandono de rango social, pérdida de autoestima (Trilla, 2001).

Los modelos de vivienda integrados deben formularse considerando la existencia de recursos internos (preferentemente) o externos relacionados con la salud integral, múltiples opciones de esparcimiento y contacto social, la autonomía y la seguridad (personal y social) percibida. Estos pueden ser de reducida cantidad, pero cualitativamente deben satisfacer de manera determinante todas las necesidades y requerimientos que hacen a la calidad de vida percibida de los adultos mayores.

Nuestra propuesta de vivienda para el adulto mayor

Nuestro modelo de vivienda integrado fue formulado a partir de la consideración del adulto mayor como un ser con necesidades integrales, a partir de lo cual se dispusieron recursos y alternativas variadas orientadas a satisfacerlas sistémica y complementariamente. En este sentido, no sólo debemos considerar los tres tipos posibles de viviendas (independiente, asistida y de cuidado continuo), en los cuales hay buena iluminación, ambientes espaciosos, distribución adecuada de los mismos, atención en las labores domésticas (permanente o circunstancial), sino también las alternativas de esparcimiento, de contacto social, de seguridad (personal y social) percibida, a través de los múltiples focos de sociabilización, que van desde la compra de víveres hasta las actividades deportivas, pasando por centros de reunión, restaurante y el spa. Asimismo, lo atencional sanitario y social cuenta con un vasto equipo de profesionales (médicos, enfermeras y fisioterapeutas), cuyos servicios pueden ser consultados permanente o circunstancialmente (Perkins, 2004; Emmons, 2004).

Un factor determinante es el de los precios de adquisición de bienes y servicios habitacionales, sanitarios y sociales dentro del modelo de vivienda integrado. Hallamos que el poder adquisitivo de los adultos mayores es mayormente, sino todos, adecuado a tales requerimientos económicos. Los precios fueron fijados de acuerdo a los costos de mantenimiento del modelo, y ajustados a las disponibilidades socioeconómicas vislumbradas desde lo analítico oficial en Puerto Rico (Alameda Lozada, 2006; Proyecto PREHCO, 2004). En definitiva, el modelo de vivienda integrado posee grandes posibilidades de implantación en el contexto delimitado, y puede conllevar el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores a los que está dirigido, esto justificado desde la contemplación de sus necesidades y requerimientos en el diseño de aquel.

El análisis de la viabilidad económico-financiera del proyecto brinda resultados positivos, por lo cual el proyecto es factible de ser implementado.

Potencial impacto social y perspectivas

Estudiamos el impacto social del modelo de vivienda integrado propuesto a partir de las necesidades a satisfacer que hacen a la calidad de vida de las personas a las que está dirigido, para lo cual analizamos los requerimientos integrales de aquella, los que hacen a la calidad ambiental, la salud, la dependencia funcional, la integración social, la satisfacción con la vida, la actividad y ocio, la educación, los ingresos, los servicios sanitarios y sociales, y la seguridad percibida (Giusti, 1991; Mora, 2004; CDC, 2002; Castellón, 2004).

Otros aspectos de impacto social sobre los adultos mayores del colectivo social considerado por parte del modelo de vivienda integrado propuesto, derivan rotundamente de lo adecuado o inadecuado de la calidad de vida. Entre ellos pueden considerarse las relaciones con los familiares y con el medio social en general, y el mejoramiento de la salud de los allegados. El modelo de vivienda integrado está destinado, como ya se ha mencionado, a satisfacer las necesidades y requerimientos integrales de los adultos mayores a los que va dirigida y, de esta manera, la producción de una calidad de vida mejor conlleva efectos secundarios sobre todo el entorno de estas personas, ya que los mismos poseen la posibilidad de desarrollar muchas actividades, de sentirse bien consigo mismo y, por ende, con el entorno circundante (Marín, 2001; Parsons, 1999).

Por otro lado, la efectividad de los resultados de tal modelo tiene el potencial de interferir en futuros diseños hacia la satisfacción de necesidades de adultos mayores en otros contextos espaciales y temporales, ante la imitación de su implantación (Figueroa, 1987). En este sentido, son características esenciales una integral y multidisciplinar atención sanitaria y social (tendiente hacia lo domiciliario), múltiples alternativas de esparcimiento (orientadas hacia la cumplimentación de actividades que parecen

insatisfechas en los adultos mayores), y variables posibilidades de interacción e intercambio social, teniendo en cuenta principalmente que los adultos mayores tienden al aislamiento y la confinación dentro de la vivienda, y que muchas de sus percepciones indican preferencias relacionadas con esta temática.

Bibliografía

- **Alameda Lozada, J. I. y Rivera Galindo, C. A.** (2006). *La Vivienda de Interés Social en Puerto Rico*. Departamento de la Vivienda, Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
- **Castellón, A. y Romero, V.** (2004). *Autopercepción de la calidad de vida*. *Rev Mult Gerontol*; 14 (3): 131-137.
- **CDC (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades)** (2002) *Calidad de vida relacionada con la salud, Puerto Rico 1996-2000*. *MMWR*; 51 (8): 166-168.
- **Emmons, W.; Vaughan, M y Yeager, T.** (2004). *The Housing Giants in Plain View*. En *The Regional Economist*, Federal Reserva Bank of Saint Louis, July, 2004.
- **Figuroa, P.** (1987). *La Vivienda: El Escenario Físico Ambiental y sus Implicaciones en los Cambios Normales del Envejeciente*. Documento inédito. Enero de 1987.
- **Giusti, L.** (1991). *Calidad de vida, estrés y bienestar*. Ed. Psicoeducativa: San Juan, Puerto Rico.
- **Marín, M.; Troyano, Y. y Vallejo, A.** (2001). *Percepción social de la vejez*. En *Revista Multidisciplinaria de Gerontología*. 11(12): 88-90.
- **Mora, M.; Villalobos, D.; Araya, G.; y Ozols, A.** (2004). *Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa*. *MH Salud*; 1 (1).
- **Parsons, T.** (1999). *El sistema social*. Alianza Editorial Esping-Andersen.
- **Perkins, B.** (2004). *Building Types Basics for Senior Living*. Hoboken, Wiley & Sons, New Jersey.

- **Proyecto PREHCO** (2004). *La salud de los adultos de edad mayor en Puerto Rico. Informe General 2002-2003*. Universidad de Puerto Rico-Universidad de Wisconsin-Madison.

Trilla, C. (2001). *La política de vivienda en una perspectiva europea comparada*. Fundación La Caixa, Colección de Estudios Sociales, Barcelona.