

i+a

investigación + acción

Los espacios para la socialización y/o privacidad de personas mayores, en las residencias de larga estancia de Mar del Plata.

Arq. Julia Laterza Calosso

RESUMEN

El fenómeno del envejecimiento avanzado, es una de las causas del aumento de personas dependientes. La pérdida de autonomía y demanda de cuidados llevan a las personas mayores a considerar la alternativa de la institucionalización.

La vulnerabilidad del residente y concepción asilar predominante, deterioran la calidad de vida en muchos de estos centros, cuando solo atienden las dificultades para realizar las actividades de la vida diaria sin incorporar otras dimensiones estructurales del envejecimiento.

La conquista del espacio para la intimidad y la socialización en diferentes gradientes, es un aspecto muchas veces difícil de lograr con la infraestructura disponible en los edificios donde se alojan estas instituciones.

El presente trabajo adopta un método de investigación cuanti-cualitativo con el objeto de indagar acerca de las condiciones ambientales en las Residencias de larga estancia analizando: los requerimientos de las personas mayores institucionalizadas, los ámbitos que resuelven esos requerimientos, la posible adaptación de los entornos y las previsiones de la normativa vigente.

Las personas mayores son especialmente vulnerables a las presiones ambientales, por eso las residencias de larga estancia, deben garantizar un adecuado desenvolvimiento de la vida privada y social de los residentes, brindando ámbitos de calidad para posibilitar la realización de las actividades.

PALABRAS CLAVES:

Situación habitacional; Personas Mayores; Inclusión; Socialización; Institucionalización.

Spaces for elder people's socialization and privacy in long-stay residences in Mar del Plata.

ABSTRACT

The advanced aging process is one of the causes for the increase of the number of dependent people. Loss of autonomy and demand of care, drive people to consider institutionalization as an alternative.

Residents' vulnerability and the predominant conception of "asylum", decrease quality of life in many of these centers, where only problems of the everyday-life are attend without considering other structural dimensions of aging.

The conquest of space for privacy and socialization in different levels is one aspect that is usually difficult to achieve with the available infrastructure in those buildings where these institutions are located.

This work has adopted a qualitative/ quantitative investigative method with the aim of inquiring about the environmental conditions in long-stay residences, analyzing: Needs of institutionalized elder people; where those needs would be solved; what current legislation foresights, and possible adaptation of environments.

Elder people are especially vulnerable to environmental pressure that is why long-stay residences must guarantee an adequate development of private and social life of residents, providing quality environments to enable the realization of their activities.

KEY WORDS:

Housing situation; Elder; Inclusion; Socialization; Institutionalization.

DATOS DEL AUTOR

Título de grado: Arquitecta.

Posgrado: Especializando en Docencia Universitaria. Facultad de humanidades. Universidad Nacional de Mar del Plata; Maestrando en Gestión Ambiental del Desarrollo Urbano. Facultad de Arquitectura, urbanismo y diseño. Universidad Nacional de Mar del Plata.

Docente e investigadora en perfeccionamiento. Becaria de la UNMdP. Proyecto "Hábitat y Comunidad para la Tercera Edad". Grupo de Estudios de Diseño

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se enmarca dentro de la perspectiva del envejecimiento activo asumida por la Organización Mundial de la Salud, como un proceso de mantenimiento y mejoramiento de la calidad de vida de las personas a medida que envejecen. En el contexto de cambio y nueva conformación etaria de la sociedad, las Residencias para personas mayores (RPM) emergen como centros donde las personas mayores (PM) se alojan cuando no pueden mantener una autonomía plena o ser apoyados por su familia. Pero cuando la PM ingresa a una institución se inicia un proceso en el cual la vulnerabilidad del residente y la dificultad para formular sus necesidades producen un deterioro de la “calidad de vida”, ya que muchas de ellas se limitan a brindar ayuda para realizar las actividades de la vida diaria (AVD).

En nuestro grupo de investigación “Hábitat y Comunidad para la 3ra Edad”, consideramos que las PM deben envejecer independientes en un entorno seguro, significativo y estimulante, y que las RPM deberían ser centros de atención integral, desde una visión multidisciplinaria y una concepción gerontológica.

Desde esta perspectiva suponemos que para lograr la privacidad en estos centros, es necesario contar con condiciones de intimidad y aislamiento en los ámbitos privativos y también en áreas comunes de interacción social o espacios exteriores. Asimismo para lograr la socialización, es necesario verificar ciertas condiciones ambientales que la propicien, como la iluminación, accesibilidad, dimensiones adecuadas y equipamiento.

El objetivo de este trabajo es detectar, relevar y replantear, en el entorno institucional, los lugares donde se realizan las actividades desde parámetros aplicables al diseño ambiental (la transacción persona-ambiente, haciendo hincapié en aquellos donde se verifiquen grados de

Habitacional; Centro de Estudios de Diseño, Facultad de Arquitectura, Urbanismo y Diseño, UNMdP 1993-2015.marco del Centro de Estudios Arquitectónicos Urbanos (CEHAU) y actualmente en el Instituto de Estudios de Historia Patrimonio y Cultura Material (IEHPAC). Ha participado en diversos proyectos de investigación en carácter de integrante y de codirector. En la actualidad es director del proyecto Primera arquitectura moderna en mar del plata (1925-1945). la vivienda, su reconocimiento y valoración patrimonial.

intimidad y de socialización). Se avanzará en la construcción de diagnósticos de la situación existente, con el fin de proponer lineamientos que permitan elegir herramientas para realizar mejoras en los modos de apropiación del entorno físico, para adecuarlos o para que nuevas propuestas de uso sean posibles. Se seleccionaron Inventarios del Sistema de Evaluación de Residencias de Ancianos y se aplicaron sobre una muestra intencionada de RPM de Mar del Plata, recogiendo memorias de recorridos y relevamientos particulares de las mismas. Luego se detectaron y compararon aquellas dimensiones que se encontraron en común.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El envejecimiento poblacional

El envejecimiento humano es un proceso irreversible relacionado con el paso del tiempo y la edad cronológica de los individuos. Asimismo en las sociedades el aumento de la proporción de PM se define a partir de dos fenómenos demográficos: la disminución de la fecundidad y el descenso de la mortalidad. Cabe destacar que este fenómeno de “transición demográfica” es reversible, y depende tanto de las variaciones de la fecundidad y la mortalidad como de las migraciones de la población.

El proceso se desarrolla de manera tal en nuestro país, que la proporción de PM se ha duplicado entre los años 1950 y 2000, y se estima que aproximadamente 1 de cada 4 habitantes pertenecerá a este grupo etario para el año 2050; a la vez que habrá 9 PM cada 10 jóvenes de entre 0 y 14 años. (Roqué y Fassio, 2009)

En Mar del Plata, el fenómeno del envejecimiento de la población se ve acentuado por la llegada de un considerable número de jubilados, producto de una importante migración desde Capital Federal y el interior del país, lo cual calificaría a la ciudad como un “Polo gerontológico”; al igual que sucede en otras costas a nivel mundial. Esta dinámica estaría relacionada con la percepción de una calidad de vida diferencial a la del lugar de origen. Es por ello que la proporción de PM en la ciudad Mar del Plata alcanzaría actualmente el 19,4%.¹

Según datos del CENSO 2010, 9 de cada 10 PM habita en áreas urbanas y constituyen el 13,6% de la población total urbana del país (MIDES, 2012:2). Mientras que el 84% de los PM argentinas reside en viviendas propias (MIDES, 2012:9).

En los hogares de PM el 37,1% vive solo. En tanto, el 23% de las PM pasa su día sólo; según la Encuesta sobre Adultos Mayores 2001: “A mayor

edad, se pasa mayor cantidad de tiempo solo” (MIDES, 2012: 16). El aislamiento impacta en la vida social de las personas y las aleja de las redes primarias de apoyo. Esa falta de ayuda muchas veces los lleva a sufrir accidentes que ocasionalmente inhabilitan a las personas para seguir viviendo solas.

En consecuencia y sumado a esto: “la internación en hogares geriátricos es prácticamente la única oferta disponible para las personas mayores que pierden autonomía en la vida diaria a causa de sus enfermedades crónicas discapacitantes” (Redondo, 2012:29). Según el MSAL (2005), el 2,3% de las personas mayores de 60 años vive en instituciones colectivas: “el 61% de los mayores institucionalizados reside en hogares de ancianos (70.003); el 18% en hospitales (20.137); el 4% (4.913) en hogares religiosos y el resto en otras instituciones colectivas” (MIDES, 2012:10).

Residencias para Personas Mayores

Las RPM son instituciones colectivas destinadas a alojar personas que viven bajo un régimen no familiar regulado por normas de convivencia, donde las PM suelen recibir alimentación, hospedaje y atención terapéutica; llamados comúnmente geriátricos,ⁱⁱ ya que desde una visión médica las PM son consideradas pacientes. Antiguamente también se las denominaba Asilos de ancianos por que partían de una mirada asistencialista en donde los “ancianos” eran “objeto de atención” (MIDES, 2011:18).

Pero desde el paradigma de derechos, las Residencias para personas mayores de 60 años (RPM) son centros de atención con una mirada gerontológica:ⁱⁱⁱ “El ingreso a una institución (...) está reservado especialmente a personas en situación de fragilidad o dependencia y la atención que se brinda es socio-sanitaria” (MIDES, 2011:19).

La atención a los residentes debe ser integral contemplando siempre los derechos de los que son beneficiarios. Actualmente, el único instrumento vinculante es el Protocolo de San Salvador de 1988 (OEA) ratificado por nuestro país en 2003 y que define en el Art. 17 la Protección de los Ancianos. En especial insta a “proporcionar instalaciones adecuadas, así como alimentación y atención médica especializada a las personas de edad avanzada que carezcan de ella y no se encuentren en condiciones de proporcionársela por sí mismas” (Art. 16 inciso a).

También según el MIDES (2011), los residentes de las Residencias para Personas Mayores tienen derechos, como a la privacidad de sus actos,

ya sea en situaciones de socialización, como en momentos donde se realicen actividades solitarias, entre otros.

Sin embargo el crecimiento de la demanda vuelve insuficiente la respuesta del Estado, dando lugar a un desarrollo sostenido y descontrolado del mercado de Residencias Privadas, las cuales si bien no se encuentran categorizadas, dan respuesta a los diferentes sectores socio-económicos de la población. Las desigualdades sociales, son en este punto definitorias de las desigualdades de oportunidades y acceso al cuidado en la vejez.

ESTADO DE LA CUESTIÓN

El envejecimiento urbano es el resultado de un desarrollo humano exitoso; pero a medida que crece el número de PM viviendo en ciudades también lo hace la demanda de atención. Según la OMS “las personas mayores, en particular, requieren entornos de vida facilitadores y de apoyo para compensar los cambios físicos y sociales asociados al envejecimiento” (Kalache y Plouffe, 2007:9).

En nuestra ciudad, actualmente existen alrededor de 274 instituciones - entre centros de día y/o rehabilitación, pequeños hogares y geriátricos-dirigidas a PM. De estas, 115 son geriátricos de los cuales 55 se encuentran habilitados y el resto actualmente están en proceso de actualización, mientras reúnen los requisitos exigidos por la normativa vigente.^{iv}

En investigaciones anteriores a este trabajo, se ha reconocido que la proliferación de hogares para ancianos y la falta de control, han propiciado la aparición de geriátricos en tipologías inadecuadas para los diferentes tipos de residentes “autovalentes, frágiles y postrados” (Ortega y Ruiz, 2006:6).

También en algunos estudios se ha trabajado en el análisis del entorno que habitan las personas al envejecer donde se ha rescatado la idea de “la arquitectura como sustitución de una pérdida”. (Canale, 2007:66)

Asimismo, se ha contribuido con el proceso de cambio de las Residencias para Personas Mayores de una concepción “biomédica geriátrica” a la de “intervención gerontológica integral” (Véliz y Olate Andaur, 2010), donde el ambiente (en relación al cambio de paradigma) debe ser facilitador, seguro y estimulante. Contribuyendo a esta idea, se ha detectado en la observación de geriátricos, la importancia de los espacios terapéuticos con equipamiento adecuado y de las áreas de servicio y circulación

(Muñoz y Hughes, 2011). Como también se ha analizado la percepción del ambiente y la accesibilidad, detectando los tipos de barreras más comunes.

Algunos trabajos de nuestro grupo de investigación, han contribuido directamente con el desarrollo de esta investigación, a través del análisis de las estrategias utilizadas como respuesta a la problemática en la relación ambiente físico- individuo en las Residencias para PM con demencia (Passantino, 2001) y el Análisis Ambiental de Residencias de Larga Estadía en función de los requerimientos de la Tercera Edad (Rearden, 2011), donde se han comparado residencias según protocolos validados.

MARCO TEÓRICO

El postulado de nuestro grupo de investigación, sostiene que: “es necesario que las personas al envejecer vivan el mayor tiempo posible autónomamente, socialmente integrados y en un entorno accesible y estimulante” (Escudero y Scharovsky, 2008:148). La adaptabilidad y flexibilidad del ambiente construido (basadas en la accesibilidad, practicabilidad, seguridad, legibilidad y estimulación); afirman la postulación de un paradigma ergonómico, inclusivo y universal: “para adaptar lo ya construido; y construir lo nuevo” (Escudero y Scharovsky, 2008:145).

Pero para definir el concepto multidimensional de ambiente, es necesaria una visión interdisciplinar ya que el término involucra tanto la dimensión física como la percepción del espacio: “lo que se denomina ambiente puede ser bien un espacio, una estructura física, un objeto, un elemento de decoración, otra persona o la conducta colectiva de una serie de personas” (Lawton, 1987:48).

Por ello se han incorporado al marco teórico, aportes desde la psicología y otras disciplinas: la teoría de la desvinculación (Cumming y Henry, 1961), la teoría de la actividad (Havighurst, 1963), el modelo ecológico de la competencia (Lawton y Nahemow, 1973; Lawton, 1975, 1977) y el modelo de la congruencia (Kahana, 1975). Así como también los conceptos de proactividad, funcionamiento y discapacidad, en permanente construcción y revisión.

Hay que aclarar que el proceso de envejecimiento no es lineal ni previsible, así como no existe un modelo universal para “vivir bien”, tampoco existe uno para envejecer exitosamente. No es objeto de este

estudio la construcción de un manual de instrucciones, por eso los modelos teóricos aportan miradas desde experiencias pasadas, difícilmente transferibles pero no por ello menos valiosas.

En trabajos anteriores del Grupo de Investigación y en relación a los modelos y teorías sobre la vejez, se han detectado en las diversas situaciones de transacción persona-ambiente, la existencia de Factores de Riesgo asociados a barreras arquitectónicas y déficit ambientales, los cuales sumados a las enfermedades crónicas o incapacitantes, conductas riesgosas o resistencia a la adaptación, además de la falta de redes sociales de apoyo, problemas económicos, etc. atentan contra el mantenimiento de la autonomía.

Como consecuencia de lo anterior y sumado al fenómeno del envejecimiento avanzado y su relación directa con la dependencia, es que en muchos casos se produce una inflexión en los cursos de vida y entonces surge la opción de la institucionalización como alternativa.

La dependencia se vuelve aquí un eje de discusión. Entendida como la pérdida o disminución de la capacidad funcional que produce una dificultad o imposibilidad para realizar ciertas tareas básicas o instrumentales, como las AVD (RODRIGUEZ 1995:54), este eje de acción-atención parecieran ser el único en las RPM de concepción predominantemente asilar. Por ello se vuelve imperioso rescatar el concepto de autonomía como “la facultad humana para gobernar las propias acciones, la propia vida” (Rodríguez, 1995:54). Ambas líneas deben necesariamente complementarse.

Sin embargo, es necesario entender que muchas personas han alimentado la expectativa del retiro, asociando la felicidad a la idea de “recuperar el tiempo perdido” y están en condiciones de hacer valer sus derechos y transitar un envejecimiento activo; y muchas veces son los aspectos económicos o de falta de redes de apoyo lo que llevan a estas personas a vivir en una Residencia. Por ende entendamos que la variedad en la población de las RPM, es un aspecto indiscutible que merece toda la atención y el esfuerzo de parte de estas instituciones.

En relación a lo anterior, y desde la perspectiva del envejecimiento activo se propone que las residencias sean: “centros de alojamiento y de convivencia que tienen una función sustituta del hogar familiar (...) donde se presta a la persona mayor una atención integral” (Roqué y Fassio, 2009:141); considerándolas como: “Centro gerontológico abierto de desarrollo personal y atención socio-sanitaria multiprofesional en el que viven (...) personas mayores con algún grado de dependencia” (Rodríguez, 1995:50).

Por eso es preciso garantizar que los espacios e infraestructuras existentes posibiliten la cobertura de las necesidades de socialización y privacidad (ya que constituyen un derecho de todas las personas), realizando las modificaciones necesarias (de accesibilidad, iluminación, equipamiento) en la búsqueda de un balance entre la presión que ejerce el ambiente físico y las necesidades de las PM, como respuesta al hándicap que presenta este grupo etario.

Para lograrlo es necesaria la identificación y análisis de los espacios que responden a estas necesidades, entendiendo:

- el espacio social: como el lugar donde se posibilitan y mantienen los lazos sociales que confieren sentido a la experiencia vital y donde es posible desarrollar mayor número de actividades.
- el espacio individual, cotidiano, íntimo o privado: como el lugar de la comodidad, reservado para realizar esa actividad que en otro sitio no se pudiera realizar y en forma solitaria, apartado de los demás.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Se estudió la bibliografía, se recolectaron instrumentos de análisis y se analizaron las normas regulatorias de la actividad a nivel Nacional (Reglamento del registro de prestadores del servicio de geriatría del INSSJP. Res. 559/01), Provincial (Ley 14263) y Municipal (RGC. Ord. 6997. Establ. Ger. Ord. 4751. Regl. Inst. Ord. 12.236. Regl. Acc. Ord. 13.007. Peq. Hog. Ord. 13.647). Se comparó la bibliografía con la normativa vigente. Se describió la problemática en la ciudad de Mar del Plata.

Se visitaron RPM y se implementó la observación directa, de actividades libres y programadas en diferentes momentos del día. Se confeccionó una memoria escrita y fotográfica de los recorridos y observaciones. Se recopilaron planos de arquitectura de los edificios.

Se adoptó el Protocolo de Recogida de Información del SERA: Inventario de Características Arquitectónicas y Físicas (ICAF) y se realizaron entrevistas libres a los residentes y semiestructuradas (basadas en el Inventario de Características de Organización y Funcionamiento (ICOF) y en el Inventario de Características de Personal y Residentes (ICPR)) a directores de los centros, terapeutas ocupacionales y/o asistentes sociales.

Cabe aclarar que: de las Residencias visitadas, se seleccionaron 7 para el desarrollo de la investigación, por pertenecer a la ciudad de Mar del Plata y que se optó por una muestra reducida (en relación a la densidad

de la información disponible), por lo que el presente trabajo no contribuye a la temática con datos estadísticos.

Se compararon los datos y se elaboró un diagnóstico. Se compararon los diagnósticos con la normativa vigente.

Se construyeron dos categorías de análisis: el espacio para la socialización y el espacio privado, con el fin de comparar y enunciar algunos supuestos generalizables.

Por último, se observaron las características dominantes de los espacios privados, intermedios y de interacción que pudieran condicionar la sociabilización y la privacidad necesaria para los residentes.

EXPOSICIÓN DE RESULTADOS

Categorización espacial

A partir de la observación de las características físicas de las Residencias, se identificaron algunas dimensiones comunes en los espacios, lo cual permitió categorizarlos en: privados y comunes: intermedios y de interacción social.

Espacios privados: aquellos donde es posible lograr intimidad y/o realizar una actividad solitaria.

Espacios intermedios: aquellos espacios comunes donde es posible lograr algún grado de intimidad y/o realizar una actividad solitaria.

Espacios de interacción social: aquellos espacios comunes donde es posible establecer vínculos sociales o realizar actividades con otros, recibir visitas, etc.

Asimismo, se analizaron las siguientes variables:

Se identificó **la variedad de espacio** privado, intermedio y de interacción social. Se observó la ubicación en la organización general del edificio y también, se describieron las posibles **relaciones de uso** entre ellos y sus combinaciones.

- Se identificaron **las tipologías**, verificando aquellos espacios que ventilan en dirección norte en relación a los que lo hacen al sur, considerando que ésta última suele impactar negativamente, sobre todo en época invernal. Se observaron **los tipos de ventilación** natural (los cerramientos y la relación con los espacios exteriores) y se analizaron los casos de ventilación/iluminación indirecta o artificial. En este punto también se consideró la función paisajística que aporta el exterior y su percepción.

Se identificaron **barreras arquitectónicas y tipos de circulaciones**

(forma, desarrollo, iluminación, materialidad, color). En caso de edificios en más de una planta se verificó la dificultad que representa para el tránsito peatonal o de personas con movilidad reducida, especialmente en aquellos que no cuentan con ascensor.

Se observaron **las superficies disponibles de las categorías espaciales**, en relación a la capacidad y a las actividades que en ellas se realizan. Se verificó que en casi todos los casos influye el espacio e infraestructura disponibles, salvo en un caso donde se incorporó mayor superficie a través de una ampliación arquitectónica.

Se observó **el tipo de equipamiento** y sus características físicas, así como también si contribuyen o no a la flexibilidad espacial. Se verificaron los grados de personalización (incorporación de objetos personales o decoración) posibles en áreas privadas y sociales.

Condiciones espacio-organizativas en las Residencias

Espacios privados:

Geriátricos en tipologías inadecuadas

Los dormitorios son espacios destinados a descansar y vestirse que albergan otras actividades, en general solitarias, como leer, escribir/dibujar, mirar TV y suelen mantener una relación de contigüidad con el baño, la circulación, el comedor, la calle y el patio. La organización espacial del paquete funcional dormitorio-baño como unidad de repetición, prevalece sobre el resto del programa institucional, por lo que el resto de las áreas y funciones se encuentran subordinadas a ella.

Esto puede obedecer a las tipologías edilicias donde se encuentran los centros destinadas a hoteles, los que han respondido a otro tipo de intereses. Pero el verdadero fenómeno reside en el consenso que se ha establecido acerca de que estas infraestructuras responden a paradigmas de atención médico-hospitalarios, asumiendo que estas instituciones deben responder desde una perspectiva geriátrica en oposición a la visión gerontológica y de derechos que se pretende construir como ruptura con los viejos paradigmas. Resultado de lo anterior es que muchas veces prevalece la cuestión del rendimiento económico sobre los servicios integrales que estas instituciones pueden brindar, camino a asumir su rol social.

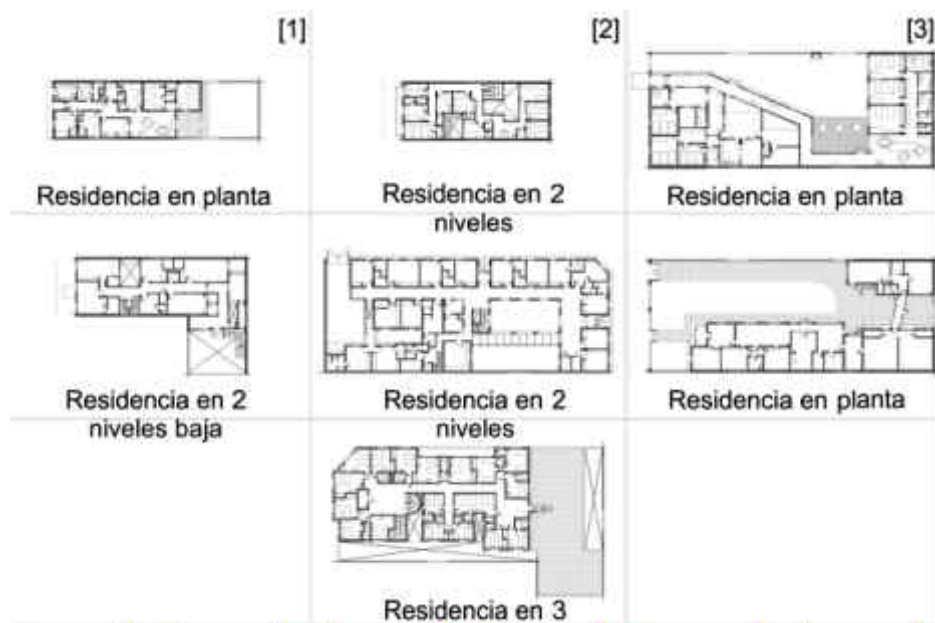


Figura 1. TIPOLOGÍAS. Fuente: elaboración propia.

La primer columna [1] responde a una tipología lineal, mientras que la segunda [2] a una organización combinada lineal/centrada; asimismo la tercer columna [3] corresponde a Residencias de organización lineal/agrupada.

Puede observarse que, en casos de edificios que se desarrollan en dos plantas, la relación entre espacios es mucho más fluida en las plantas bajas que en las plantas altas, posiblemente enriquecida por el contacto con áreas sociales e ingresos, lo cual revela la importancia de la mixtura privado/social, siempre y cuando existan áreas fuertes que cuiden de ese carácter.

La privacidad de estas áreas está determinada por el número de usuarios, el tipo de cerramiento y por la política organizativa de las residencias. Por ejemplo, en permitir a los residentes cerrar las puertas (cuando suelen mantenerlas abiertas) o en la posibilidad de que opten por permanecer en sus habitaciones en horarios en los que la mayoría se encuentra en las áreas sociales como los comedores; no debemos olvidar que existe una relación entre las características ambientales y las necesidades individuales de los residentes por lo que debiera existir la

posibilidad real de reclusión y el respeto por las decisiones personales, contribuyendo al cuidado y preservación de la autonomía.

Presión ambiental

Existe una variedad de situaciones de ventilación observadas: directa (a la calle, patios de servicio, expansiones principales) e indirecta (a través de otro espacio que conecta con el exterior o de una ventana banderola), o que no ventilan. En todos los casos hay algunas áreas privadas que ventilan a la calle o al patio y otras que lo hacen a patios de servicio y que raramente aportan paisaje; las cuales no obedecen a cuestiones de diseño sino a la obligatoriedad de ventilación de los locales principales regulada por la normativa vigente.

1). Dormitorio con ventilaciones y visuales a la calle.



2). Ingreso a dormitorio [1] desde pasillo, en relación al comedor.



3). Dormitorio con ventilación indirecta y visual a circulación tipo galería vidriada con ingreso desde el comedor.



Figura 2. AREAS PRIVADAS | Ventilación e iluminación. Fuente primaria: fotografías tomadas en observaciones.

La posibilidad de iluminación natural está directamente vinculada con la ventilación, aun así se han observado casos de iluminación cenital o banderolas, donde la luz es de tonos fríos y no aporta energía calórica. Bajo estos tonos de luz se percibe un ambiente hospitalario, por lo que impacta negativamente en el estado de ánimo de las personas, además de la inexistencia de perspectiva espacial (ej. dormitorios como celdas). Asimismo, en otros casos existen áreas de dormitorios con superficies vidriadas adecuadas (balance térmico), cuyo asoleamiento sumado a la continuidad visual a través de patios que funcionan como expansiones de

áreas sociales, contribuyen a la observación de las actividades y el contacto visual con la naturaleza (áreas verdes, fenómenos meteorológicos).

Trampas y barreras arquitectónicas

Cuando las Instituciones cuentan con edificios de más de una planta, las personas dependientes suelen residir en dormitorios de plantas altas. Sólo en algunos casos se destina a la población más independiente o autoválida, obligando a los residentes a flanquear todo tipo de barreras al subir y bajar escaleras para trasladarse de un nivel a otro (también incluye personas autónomas con cierto grado de dependencia física).

En relación a esto observemos la importancia de la accesibilidad ya no en términos de las barreras arquitectónicas (las cuales ciertamente no deberían existir) sino de la reclusión inducida y de la discriminación; por existir reglas de funcionamiento y control no explicitadas pero fuertemente arraigadas sobre los residentes dependientes e independientes, privilegiando a unos sobre otros.

Densidades habitacionales

En general los baños cuentan con un espacio de aseo limitado y ancho de acceso mínimo. En algunos casos el baño se encuentra dentro del dormitorio y la privacidad se ve resguardada, en comparación donde el baño se encuentra fuera y es necesario transitar alguna circulación para acceder. Las dimensiones reducidas hacen imposible vestirse dentro del baño y constituyen un riesgo para personas con algún grado de dependencia cuando necesitan asistencia.

Las escasas dimensiones de las áreas privadas, obligan a los residentes a compartir los dormitorios y los baños, y en contadas ocasiones algunas Residencias pueden disponer alguna habitación individual.

El hacinamiento en las Residencias constituye una de las problemáticas más graves. En muchas de ellas, la cantidad de camas por dormitorio va de 2 a 4, e incluso en algún caso se han observado habitaciones de 6.00 x 3.50mts con hasta 5 camas para personas dependientes; cuando la normativa indica que el máximo de camas por habitación es de 3.

Los promedios de espacio destinado al dormitorio son aproximadamente de 5,37m² por residente; pero si lo comparamos con las normativas vigentes, para las mismas no existe hacinamiento.

La función sustituta del hogar y la posibilidad de desarrollo/realización personal

Para lograr la privacidad, es indispensable incentivar la personalización a través de objetos familiares o de actividades que habitualmente realizaban las personas antes de ingresar a la residencia, porque la sensación de desarraigo suele ser determinante en la adaptación.

Los grados de personalización (presencia de mobiliario propio, cubre camas, almohadones, portarretratos con fotografías familiares, libros, tv, radio, espejos, percheros, elementos de higiene personal, perfumes, etc.) varían en relación a los espacios disponibles lo cual muchas veces se encuentra ligado a la cantidad de residentes que comparten un mismo espacio.

La defensa del espacio individual conduce a la necesidad de consenso entre las personas que comparten, sobre todo, las áreas privadas, lo que los lleva a consultar, por ejemplo, con el compañero de habitación la incorporación de algún mobiliario -necesidades de espacio, gustos personales: colores, formas, etc- lo cual en ocasiones se dificulta por la heterogeneidad de la población -personas autoválidas, dependientes, con demencias, etc- .

Aquí es muy importante la política organizativa y la colaboración del personal de las residencias, en el respeto tanto de la presencia y elección de los efectos personales de los residentes como de la ubicación de los mismos. Es muy valorado por las PM el respeto de las propias elecciones, e incluso genera en ellas un compromiso y un reconocimiento hacia las propias dinámicas de la institución, aun cuando no se vean identificados con alguna norma en particular, prevalece el bien general. Lo contrario ocurre cuando no existe un clima de colaboración.

Muchas veces las Residencias adoptan/imponen ciertas medidas generalizadoras, como preseleccionar residentes que podrían compartir las habitaciones, suponiendo intereses comunes sin poner a prueba en un período de tiempo si estas hipótesis son acertadas.

En el contexto de una reglamentación más o menos estricta en relación a la cantidad y calidad del equipamiento, aún es posible la personalización:

1). *Tapiz, cuadros y máscaras sobre paredes. Mesa de luz con pava eléctrica.*

2). *Fotos, dibujos y manualidades sobre paredes. Mesa de luz con radio y mueble con TV.*

3). *Pinturas sobre pared. Cubrecamas. Mueble esquinero con adornos.*

4). *Dibujos y retratos sobre paredes. Mesa de luz con radio y libros.*

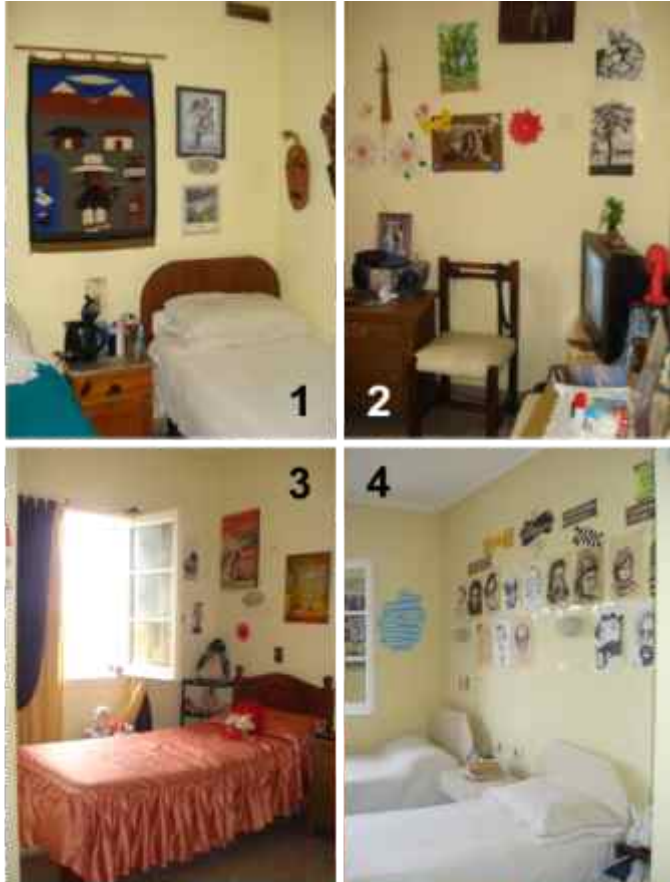


Figura 3.
AREAS PRIVADAS |
Personalización

Espacios intermedios:

Los espacios flexibles: dimensiones, usos y equipamiento

Las áreas intermedias son espacios destinados a comer, dormir, mirar TV, escuchar música, leer, contemplar (la calle, el patio, las circulaciones), caminar, conversar, recibir personas, reunirse con otros, aislarse, entretenerse.

Se consideran áreas intermedias aquellas cuya capacidad de ocupación es menor a la del número total de los residentes, es decir que no pueden utilizarla todos al mismo tiempo. En todos los casos analizados, se han identificado este tipo de lugares y se presentan como hall de acceso equipado, áreas residuales en relación o no con circulaciones, etc.

Las áreas intermedias muchas veces se encuentran vinculadas a las circulaciones:

1). Hall distribuidor, entre el área pública de recepción y el área privada de dormitorios.

2). Circulación con ancho suficiente para equipamiento, entre acceso y comedor.

3). Espacio de dimensiones reducidas en relación con la calle y la circulación.

4). Hall de acceso a Residencia, en relación al estar.

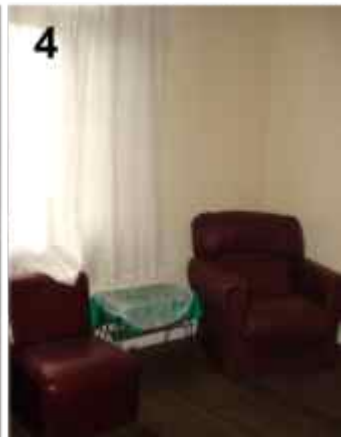


Figura 4.
AREAS INTERMEDIAS
Espacialidad

Fig. 3 y 4. Fuente primaria: fotografías tomadas en observaciones.

La mixtura de usos y la posibilidad que brindan estos espacios cuya función no se encuentra predefinida, contribuyen a la construcción de gradientes entre espacios privados y públicos. Esto posibilita la apropiación por parte de los residentes, ya que muchas veces son ellos mismos los que resignifican estas áreas. Sin embargo también, en muchos casos, las Residencias pretenden equiparar o contrarrestar el déficit de áreas sociales y los intervienen con el equipamiento, infiriéndoles el carácter deseado y como se trata de zonas dimensionalmente acotadas (como bien lo observamos en las fotografías), una vez que el equipamiento está allí, es difícil reorganizarlas.



CIRCULACIONES Y ACCESO: desde aquí se puede ver la calle y esperar visitas, charlar en grupo. Estar conectado con lo que sucede en la Residencia es la clave: saber quién entra y quién sale por ejemplo. En el caso de la fotografía, posee capacidad para 12 personas (la Residencia alberga 60 personas) y equipamiento con 4 sillones de 3 cuerpos.



ARTICULACIÓN DE CIRCULACIONES: son áreas residuales, remates circulatorios, en relación al exterior, que suelen contar con equipamiento como TV o radio. Más privadas pero en plena circulación.

En el caso de la fotografía, posee capacidad para 2 personas (la Residencia alberga 22 personas) y equipamiento con 2 sillones individuales y TV.



CIRCULACIONES: son ensanchamientos circulatorios, en relación a un exterior de servicio, que suelen contar con equipamiento como TV o radio. A veces más privadas por encontrarse en planta alta.

En el caso de la fotografía, posee capacidad para 7 personas (la Residencia alberga 21 personas) y equipamiento con mesa rectangular, sillas, asiento corrido y TV.

Figura 5. AREAS INTERMEDIAS | Usos, capacidad y equipamiento. Fuente primaria: fotografías tomadas en observaciones.

Áreas de interacción social:

La diversidad ambiental y la proactividad

Los comedores o estares son espacios destinados a comer, conversar, dormir, mirar TV, escuchar música, leer, contemplar espacios exteriores como patios o la calle, recibir personas, reunirse con otros, entretenerse.



En la mayoría de los casos, el espacio para comer y el de estar es el mismo [2]. En el resto, existe un área específica de estar con equipamiento adecuado aunque en ocasiones inflexible [1].

Figura 6. AREAS DE INTERACCIÓN SOCIAL | Comedor y estar.

Fuente primaria: fotografías tomadas en observaciones.

En general, las residencias cuentan con un salón de mayores dimensiones que el resto, destinado a comedor. El estar, donde el equipamiento responde a otras actividades, a veces queda relegado a esa función principal.

De los casos analizados podemos apreciar que el promedio de espacio destinado al comedor es de aproximadamente $1,44\text{m}^2$ y al estar de $0,72\text{m}^2$ por residente (si constituyeran un único espacio sumarían $2,17\text{m}^2$). Si lo comparamos con la normativa en curso para Lugares comunes, podemos observar que si se consideran áreas de comer y de estar por separado, no se cumple con el área destinada a estar; y sin embargo en “el caso en que, sala de comer y sala de estar constituyan un solo ambiente, la superficie cuadrada exigible por persona será de 2m^2 ”, por lo cual se respetaría la normativa.

Es muy importante que los ambientes promuevan el mantenimiento de los hábitos ya adquiridos y la modificación de conductas (como forma de adaptación al medio) para la adquisición de otros nuevos más saludables y si es posible, en relación a la vida social de las Residencias. Por ello, la unificación atenta contra la diversificación necesaria para lograr este objetivo y fortalece la desorientación/masificación características de los procesos de institucionalización.

Desde esta perspectiva si consideramos al espacio intermedio incluido dentro del espacio de estar (como se lo ha contabilizado), podemos entender que la existencia del mismo garantiza este uso y permite discriminar el acto de comer del de realizar cualquier otro tipo de actividades (por ejemplo las que ocupan el tiempo libre); aportando un espacio más flexible e incluso íntimo para uso de los residentes y complementando la uniformidad de los comedores.

Cuando se dispone de equipamiento, es posible lograr una cierta intimidad. Lo que podría deberse a que, en general, cuando se habla de mobiliario, los residentes le atribuyen la idea de “lugar”, porque muchas veces el equipamiento demarca áreas de uso diferenciales, sumado a la sensación de estar en un espacio propio, cuando en realidad se está compartiendo con otros.

La posibilidad de la flexibilidad espacial suele ser la clave para que sea posible una cierta privacidad en áreas sociales, y también es importante la personalización a través de la decoración, aunque suele ser menos frecuente y preestablecida por la Institución.

DISCUSIÓN

En relación a la existencia de Residencias en edificios cuya función original era la de hotel, es necesario remarcar el desacierto de estas elecciones, ya que muchas veces el resultado de los emprendimientos acentúa aún más las dificultades que se desencadenan cuando se requiere adaptar un edificio existente a una nueva función: la organización espacial y el estado de deterioro infraestructural, suelen atentar contra la propia dinámica de las residencias, sin responder ni a las necesidades programático/funcionales ni a la heterogeneidad poblacional ya mencionada.

Por otro lado, si bien los presupuestos mínimos para la habilitación de estas instituciones suele dar lugar a controversias, resulta indiscutible que la tolerancia de falencias edilicias graves como es el caso de las ventilaciones de locales principales, responde a las necesidades ante la demanda de cuidados de una población frágil, en la que las desigualdades económicas impactan directamente y que influyen en las alternativas y calidad de los cuidados en la vejez, lo cual obviamente también se refleja en el hábitat.

No olvidemos que según Lawton, la conducta es una función entre la competencia del individuo y de la presión que el ambiente ejerce sobre él, especialmente en el caso de las Personas Mayores, muy vulnerables a



En algunas instituciones se adoptan soluciones funcionales que contradicen la evidencia física: áreas potencialmente ricas resultan en espacios obsoletos, zonas con iluminación natural o acceso desde calle se utilizan como depósitos, o lo que es peor se destinan áreas privilegiadas para la atención a los visitantes [1] y se relegan otras, degradadas, para el uso interno [2].

Figura 7. SOLUCIONES FUNCIONALES.

Fuente primaria: fotografías tomadas en observaciones.

estas presiones sobre todo cuando resultan negativas. Se ha observado que muchas personas pasan largo tiempo en sus habitaciones, a veces a causa de las políticas organizacionales porque precisan asistencia para levantarse (suele depender de la cantidad de personal disponible), vestirse o realizar ciertas actividades de la vida diaria como asearse, etc. y otras por elección propia, o por encontrarse transitando alguna enfermedad temporal o crónica. Por eso resulta esencial el clima producto del tipo de iluminación, los tonos de las paredes y las visuales hacia el exterior; los cuales contribuyen a impactar en la subjetividad de los residentes.

En casos de edificios de más de una planta, cabe preguntarse por qué: si en la situación donde una Persona Mayor reside en una vivienda con escalera se aconseja dejar de utilizarla para evitar riesgos (sugiriendo la mudanza a la planta baja o a otra vivienda), en contraposición en estas instituciones la posibilidad es avalada. Muchas veces la sectorización de residentes en niveles o por áreas, supone un control sobre las personas que viven en estos centros, y es visto positivamente como una opción de cuidados, sin incorporar la visión de los propios usuarios e incluso resultando poco segura para la integridad física de los residentes (desde los entes de control se exige planes de evacuación de las plantas altas en caso de siniestro y planos de ubicación para los residentes).

También se observó que, tal como sucede con los espacios privados, el argumento de la afinidad entre personas es considerado para la ubicación de los residentes en las áreas sociales, por lo que existe una

segregación espacial de las personas más dependientes. Por ello resulta imprescindible adaptar el espacio construido para que resulte flexible y apto para usuarios de todo tipo; no olvidemos que muchas veces existe un costo social en relación a la dependencia por lo que las instituciones deben evitar que estos paradigmas se consoliden.

Por todo lo anterior resulta importante replantear la normativa. Entre otras razones, también porque las superficies mínimas de los locales principales resultan inconvenientes para los programas funcionales específicos de las Residencias para Personas Mayores, ya que resulta imprescindible relacionarlas con el diseño ambiental y la organización del equipamiento.

De las cifras podemos interpretar cuando analizamos las áreas disponibles, después del espacio privado, es mayor en los comedores que en los estares. Esto pone de manifiesto, que las Residencias poseen un déficit de espacio de interacción social, lo que podría estar dificultando la mudanza del modelo de institución asilar al de centro de puertas abiertas; si bien el descubrimiento de las áreas intermedias responde parcialmente a este déficit, por lo que a pesar de ser secundarias cobran gran importancia en la dinámica interna.

Por otro lado, (si bien no se les reconoce) a las Residencias se les confiere socialmente cierta misión altruista (por admitir personas en la última etapa del ciclo vital y suponer que se respeta su dignidad y sus últimas voluntades, por encima de los intereses empresariales) por brindar a las personas que ingresan la posibilidad de convertir ese espacio en el propio hogar. Pero esta situación no se materializa únicamente en la medida que se aliente la personalización del ambiente o patrocinando las actividades que se realizaban antes de la institucionalización como el cuidado del jardín, etc. sino que habrá que entender y aceptar aquellos aspectos que las propias personas consideran trascendentes, vinculados a la autorrealización. Por ejemplo, muchas veces esta opción se refleja en el voluntariado: se han observado residentes que colaboran con el personal en doblar las servilletas para el comedor, levantar la vajilla. Y a veces también, algunas Personas Mayores “apadrinan” algún residente que precisa una ayuda de forma habitual o eventual, aunque no necesariamente establezcan un vínculo de amistad, prevaleciendo la ayuda desinteresada aunque en ocasiones sea mutua. En otras palabras, existen actividades generativas espontáneas, que suelen conferirle sentido a la experiencia vital, pero tanto las políticas organizacionales como las condiciones del hábitat en

cuanto accesibilidad y presión ambiental, contribuyen o dificultan que se desarrollen.

Por ello se hace imprescindible el estudio de propuestas para la construcción de ambientes especializados, como herramienta para lograr la regulación de la presión ambiental que ejerce el medio social sobre los residentes, logrando espacios que posibiliten la proactividad.

Por último, digamos que resulta urgente que tanto desde las instituciones de pequeña hasta las de gran escala, como las que analizáramos en este trabajo, se construya una oferta que permita brindar servicios comunitarios.

En la interacción con la comunidad y las agrupaciones que representan a este grupo de edad, las personas mayores se empoderan y encuentran la motivación en esta última etapa del ciclo vital.

La construcción del ambiente en las residencias es un proceso complejo y multidimensional, como lo es el envejecimiento humano. Pero la perspectiva de los derechos debe ser una premisa conocida y respetada por todos los actores intervinientes: estado, dueños, directores, personal y los que estudiamos la temática, debemos comprometernos con ello para garantizar la autonomía de los residentes institucionalizados.

BIBLIOGRAFÍA

Canale, I. (2007). Identificación de aspectos psíquicos en el manejo del entorno por adultos mayores. En Escudero y Scharovsky, (2da. ed.), *Habitar al envejecer: Una visión pluridisciplinar de la relación de los Adultos mayores con el entorno construido.* (págs. 55-77). Mar del Plata: EUDEM.

Escudero, J. M. (2003). Los viejos en su casa, en su ciudad. Número extraordinario dedicado al V Coloquio Internacional de Geocrítica (Actas del Coloquio). Categoría: Viviendas para colectivos específicos. *Scripta Nova.* Revista electrónica de geografía y ciencias sociales. Vol. VII. Nro. 146 (2003). Disponible en: [http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-146\(103\).htm](http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-146(103).htm) [acceso el 18 de noviembre de 2015]

Hall, E. T. (1966). *La Dimensión oculta.* (21ª. ed.) Madrid: Editores Siglo Veintiuno S.A.

Izal, M. y Fernández, B. R. (1990). Modelos ambientales sobre la vejez. *Anales de psicología.* Nro. 6 (Vol. 2), págs.181-198. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/revista/1789/V/6> [acceso el 18 de noviembre de 2015]

Kalache, A. y Plouffe, L. (2007). *Ciudades globales amigables con los mayores: una guía.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/AFCSpanishfinal.pdf> [acceso el 18 de noviembre de 2015]

Lawton Powell, M. (1989). Medio ambiente y satisfacción de necesidades en el envejecimiento. *El envejecimiento y sus trastornos.* Barcelona: Martines Roca.

Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (2012). *Avances Nacionales en la implementación de la Declaración de Brasilia.* Disponible en: http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/46849/Argentina_MIDES.pdf [acceso el 18 de noviembre de 2015]

Muñoz R., D. y Hughes C., J. (2011). Uso del tiempo libre de las personas adultas mayores residentes en albergues. *Rev. de ciencias sociales,* Nro. 131, págs. 57-74. Disponible en: <http://www.revistacienciasociales.ucr.ac.cr/wp-content/revistas/131-132/04-MU%C3%91OZ.pdf> [acceso el 18 de noviembre de 2015]

Organización de los Estados Americanos (1988). *Protocolo de San Salvador.* Disponible en:

http://www.ucc.edu.ar/portalucc/archivos/File/Derecho/I.D.T./Legislacion_internacional/jerarquia_constitucional/ProtocoloSanSalvador.pdf [acceso el 18 de noviembre de 2015]

Ortega, O. y Ruiz R., C. (2006). *Centro Integral para el Adulto Mayor.* Facultad de Arquitectura. Universidad de Chile. Disponible en:

http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2006/ruiz_c/sources/ruiz_c.pdf [acceso el 18 de noviembre de 2015]

Passantino, L. D. (2001). Residencias de Larga Estancia para Personas Mayores con Demencia. Definición Arquitectónica y Ambiental (Tesis de Master en Gerontología Social). Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. España.

Rearden, M. E. (2011). Análisis Ambiental de Residencias de Larga Estadía en función de su adecuación a los requerimientos de la Tercera Edad (Informe de Investigación. Categoría Iniciación). Facultad de Arquitectura, Urbanismo y Diseño. Universidad de Mar del Plata. Argentina.

Redondo, N. (2012). El envejecimiento demográfico argentino y la situación social de los Adultos Mayores al finalizar la primera década del siglo XXI. *Revista Población*, Nro.8 (Año 4) Págs.19-29. Disponible en: http://www.mininterior.gov.ar/poblacion/pdf/poblacion_08.pdf [acceso el 18 de noviembre de 2015]

Rodriguez, P. coord. (1995). Residencias para personas mayores: manual de orientación (2da ed.). Barcelona: SG Editores.

Roqué, M. (2011). Carta de Derechos de las Personas Mayores. (1era ed.) Buenos Aires: Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Disponible en: <http://www.desarrollosocial.gob.ar/biblioteca/carta-de-derechos-de-los-adultos-mayores/> [acceso el 18 de noviembre de 2015]

Roqué, M. y Fassio, A. (2009). Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional. Módulo 2. (2da. ed.) UNMDP: Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Disponible en: <https://www.desarrollosocial.gob.ar/wp-content/uploads/2015/05/Gerontolog--a-Comunitaria-Modulo-21.pdf> [acceso el 18 de noviembre de 2015]

Serrano, M. M. (2000). Las personas mayores y las Residencias. Un modelo prospectivo para evaluar las Residencias. (1ª ed.) Madrid: IMSERSO.

Véliz R., V. y Olate Andaur, J. (2010). Sistematización de Experiencia en Establecimiento de Larga Estadía de Adulto Mayor: "Hacia un Enfoque Gerontológico." Disponible en:

<http://www.revistas.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewArticle/17081> [acceso el 18 de noviembre de 2015]

Yeannes, M. (2007). Las caídas de adultos mayores en la calle y en el hogar. Presencia, incidencia y percepción de riesgos comparados en Mar del Plata. En Escudero y Scharovsky, (2da. ed.), *Habitar al envejecer: Una visión pluridisciplinar de la relación de los Adultos Mayores con el entorno construido.* (págs. 45-53). Mar del Plata: EUEM. Disponible en: <http://www.aacademica.com/mariana.yeannes/16.pdf> [acceso el 18 de noviembre de 2015]

NOTAS

ⁱ “De acuerdo a los datos aportados por el último Censo Nacional (2010), el porcentaje de adultos mayores en Mar del Plata es del 19,4%. Este valor es sensiblemente mayor al de la Provincia de Buenos Aires (14,9%) y al del total del país (14,3%). "Estos porcentajes indican que la Argentina se encuentra en una etapa de envejecimiento avanzado, siendo el partido de General Pueyrredón una zona de enclave gerontológico, por el alto porcentaje de adultos mayores que residen de manera permanente" (...) "demanda la necesidad de profundizar en prácticas orientadas hacia la mejora en la calidad de vida y de las prácticas que, entendemos, deben ser construidas desde y con la comunidad adulta mayor". DIARIO LA CAPITAL de Mar del Plata. 24/06/2014. Recuperado desde:

<http://www.lacapitalmdp.com/noticias/La-Ciudad/2014/06/24/263969.htm>

ⁱⁱ Rivero Casado (2001) define a la palabra “Geriatría” como aquella parte de la medicina concerniente a la vejez y sus enfermedades.

ⁱⁱⁱ Cowdry (1939) no sólo se abordan las condiciones médicas y físicas en relación a la edad, sino que se incorporan aspectos psicológicos y sociales.

^{iv} Datos proporcionados por el Dpto. de Seguridad Industrial y Comercial de la Dir. Gral. de Inspección de la Municipalidad de Gral. Pueyrredón.