

Tercera Edad en Tánger

ROSANA LASARTE LÓPEZ
TRABAJADORA SOCIAL EN PROYECTOS
DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL

Después de un período de enorme esplendor y de una importante presencia española en la ciudad de Tánger, todavía queda allí una pequeña colonia española de la que forman parte un reducido número de personas mayores de 65 años.

En este trabajo se analiza el perfil sociológico de estos mayores, las necesidades sociales que padecen, los recursos que les ofrece el Estado Español y se presenta el proyecto de intervenciones que se deberían poner en marcha para mejorar las condiciones de vida de esta población mayor en la ciudad marroquí.

Palabras clave: Emigración, Tercera edad, necesidades sociales, recursos sociales, integración social, proyecto de intervención.

Tercera Edad en Tánger



Rosana Lasarte López

«Un mundo sin viejos es
como un árbol sin sabia;
a nadie da sombra ni cobijo,
se seca y angosta.»

Una vejez joven

1. Introducción

Las personas mayores en España son objeto de estudio desde el año 1971, fecha en que se realizó la primera investigación para conocer el perfil sociológico de este grupo de población en constante crecimiento (Informe GAUR, 1975).

Desde entonces se han sucedido los estudios sobre las características, necesidades y demandas de las personas mayores y a finales de los años 80 el INSERSO comienza a elaborar un Plan Gerontológico que finalmente se aprobará en 1992.

En la actualidad, la preocupación por proporcionar un mayor grado de bienestar a este colectivo que supone una parte cada vez más importante de nuestra sociedad, ha extendido su objeto de análisis hasta el extranjero.

Los emigrantes que en un determinado momento, por muy diversos motivos, salieron de España a otros países y continentes lo hicieron coincidiendo con el objetivo de encontrar una vida mejor.

Ahora muchos de ellos han revasado la edad de la jubilación y se encuentran en países con escasa protección social y mucha menos para la tercera edad. Pues debemos ser conscientes de

que el fenómeno del envejecimiento en España y junto con el resto de países a la cabeza del mundo desarrollado, no es en absoluto extensible a la mayor parte de la población mundial.

Lo que a continuación se presenta es el resultado de la investigación llevada a cabo en Tánger (Marruecos) sobre los emigrantes españoles mayores de 65 años en situación de necesidad.

La investigación ha sido realizada durante la segunda mitad de 1998 en el marco del Consulado General en Tánger al que es de agradecer su valiosa colaboración. La dirección y supervisión han ido a cargo de la Consejería Laboral y de Asuntos Sociales que con su apoyo ha mostrado una sincera preocupación por esta compleja realidad.

El objeto de tal estudio es por un lado proporcionar un conocimiento de la situación socioeconómica que vive esta población así como de sus necesidades y demandas. Por otro lado, facilitar propuestas de actuación adaptadas a las características y necesidades de este colectivo, en este lugar y momento concretos.

2. Metodología

Como principales focos sobre los que este estudio ha fijado su atención se encuentran el colectivo de perceptores de Pensión Asistencial (PA) y la Residencia de Tercera Edad del Hospital Español.

El número de beneficiarios de PA en Tánger es de 90 personas, 27 de ellas viven en la Residencia.

La investigación se ha llevado a cabo utilizando como instrumentos principales la entrevista estandarizada de diseño abierto y semiestructurada y la observación directa enmarcada en un guión de referencia.

Previamente a las entrevistas se realizó un vaciado de expedientes de cada una de las personas, proporcionados por la unidad de asistencia social del Consulado.

2.1 Pensionistas fuera de la Residencia

Las entrevistas se hicieron en los domicilios pudiendo obtener de este modo una mayor información de la situación en que se encontraba cada persona.

Así pues se realizaron 63 visitas a domicilio tras las cuales se elaboraron las historias sociales correspondientes. El análisis conjunto de sus datos ha permitido la confección del diagnóstico final de la situación.

La entrevista fijó los puntos de interés en los siguientes:

- 1) Edad, estado civil y profesión
- 2) Fecha y motivo de la emigración
- 3) Estado físico y psicológico
- 4) Lazos familiares y contacto
- 5) Vivienda:
 - ubicación
 - tamaño
 - equipamiento
 - mantenimiento
 - titularidad
- 6) Modalidades de convivencia
 - A. Convive:
 - parentesco o lazos con quien vive
 - hijos - dependientes o emancipados
 - contacto y relación con ellos
 - rol del anciano dentro del núcleo de convivencia-cuidado o cuidador
 - nivel de actividad social
 - B. Vive solo/a:
 - grado de autonomía en tareas cotidianas (aseo personal, compras, limpieza, ...)
 - apoyo de familiares, vecinos, conocidos,...
 - visitas o ayuda de alguna institución (pública o privada)
 - nivel de actividad social
- 7) Carencias a destacar
- 8) Situación económica:
 - pensión asistencial
 - otras pensiones
 - otros ingresos
- 9) Perspectivas de futuro:
 - intención de retorno
 - entrada en la Residencia de Tercera Edad
 - otras
- 10) Residencia de Tercera Edad:

- la conoce, la ha visitado
- opinión
- propuestas de mejora

2.2 Residencia de Tercera Edad del Hospital Español

Se realizaron sucesivas visitas al centro durante las cuales se entrevistó a la dirección, al personal laboral y a los residentes.

Guión de la entrevista a:

- La dirección:
 1. Trayectoria histórica del centro
 2. Requisitos de entrada
 3. Funcionamiento
 - Régimen (abierto/cerrado)
 - Asistencia que ofrece
 - Cronograma del día
 - Actividades lúdicas
 4. Personal laboral - perfil
 5. Aspectos a mejorar
- El personal sanitario:
 1. Perfil (edad, formación, experiencia)
 2. Funciones
 3. Aspectos del trabajo que le gratifican más y cuales menos
 4. Qué piensa que podría mejorarse en el centro
 5. Si usted terminara su vida en una residencia ¿cómo sería su residencia ideal?
- Los residentes:
 1. Perfil: edad, sexo, estado civil, situación familiar, estado de salud
 2. Fecha y motivo del ingreso
 3. ¿Qué le gusta más y menos de la residencia?

3. Análisis de la situación

Tánger acoge a una población española que asciende a 1.556 personas.¹

¹ Fuente: Registro de Matrícula del Consulado General de España en Tánger; a fecha 22 /10/98.

Las personas mayores de 65 años representan el 20.8% del total de los residentes. El 68.8% son mujeres. (Ver figura 1)

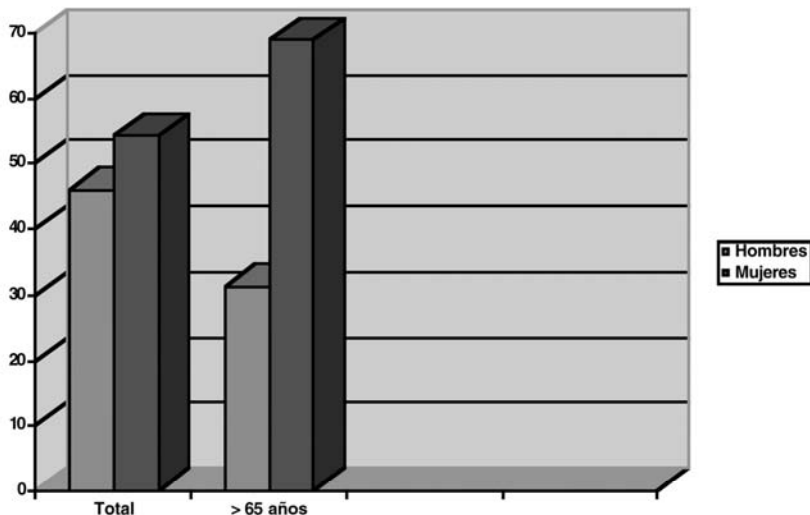


Figura 1. Población española en Tánger. Distribución por edad y sexo (en %)

La media de edad entre los mayores de 65 años es de 74.8 años (hombres 73.9 años / mujeres 75.2 años).

Ya se ha resaltado la proporción mayoritaria de mujeres entre las personas mayores residentes en Tánger. De estas mujeres el 24.3% se encuentran solteras frente al 7.7% de los hombres en el mismo estado. Les siguen en importancia las viudas con un 23.1% frente al 1.5% de varones viudos. El colectivo de casados tanto en hombres como en mujeres está bastante igualado (hombres 20.3% / mujeres 20.9%).

Destaca la escasez de personas divorciadas con una diferencia de 5 a 1 entre hombres y mujeres (hombres 1.5% / mujeres 0.3%). (Ver figura 2).

Así pues se desprende de estos datos que casi la mitad de la población española anciana en Tánger (47.4%) está constituida por mujeres solteras y viudas con una media de edad de 75.9 años.

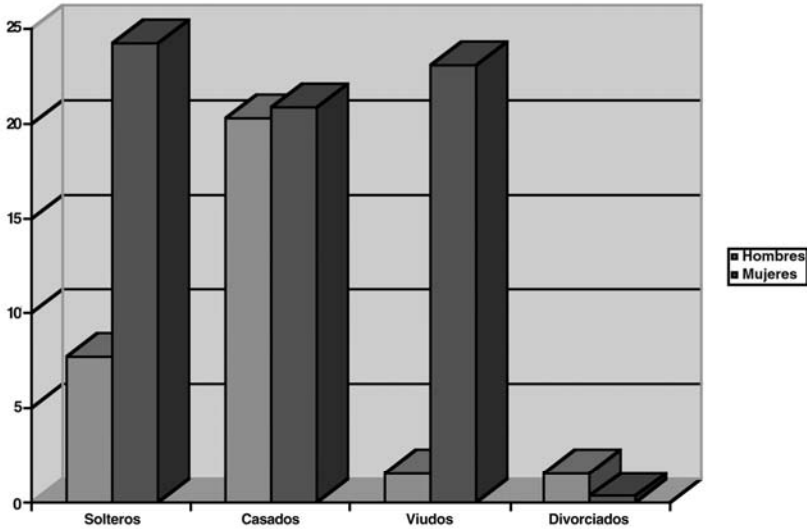


Figura 2. Estado civil en los mayores de 65 años (en %)

Más de 1/4 parte (27.7%) de los españoles mayores de 65 años que residen en Tánger se encuentran en una situación de necesidad tal que les hace ser beneficiarios de la Pensión Asistencial por Ancianidad en favor de los Emigrantes Españoles (Real Decreto 728/1993 de 14 de Mayo).

Confluyen en esta circunstancia la situación socioeconómica que vive esta colectividad, descrita a lo largo del informe, y las carencias en el sistema público marroquí de protección social.

El objeto de esta PA es «garantizar unos ingresos mínimos de subsistencia para los españoles de origen residentes en el extranjero, que habiendo alcanzado la edad de jubilación, carecen de recursos suficientes».²

Los beneficiarios son todos aquellos emigrantes españoles mayores de 65 años que carezcan de rentas o ingresos suficientes.

² «Guía Laboral y de Asuntos Sociales 1998». Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. pág.199.

La cuantía máxima establecida para Marruecos para 1998 es de 260.960 pesetas al año; es decir 21.746 pts/mes.

Hecha esta presentación del panorama social y económico en el que vamos a movernos, pasamos a describir por un lado la situación que atraviesan los beneficiarios de la ya conocida PA y por otro la Residencia de Tercera Edad del Hospital Español.

3.1 Pensionistas - PA

3.1.1 Composición sociodemográfica

La población que nos ocupa se compone de 90 personas beneficiarias de la PA. Esta población representa el 27.7% del total de mayores de 65 años.

Fijándonos en la distribución por razón de sexo, vemos que la mujer disfruta de una mayor longevidad. El 75.5% son mujeres; el 24.4% son hombres. (Ver figura 3).

Esta mayor longevidad de las mujeres trae consigo consecuencias que afectan directamente a su modo y calidad de vida como veremos más adelante.

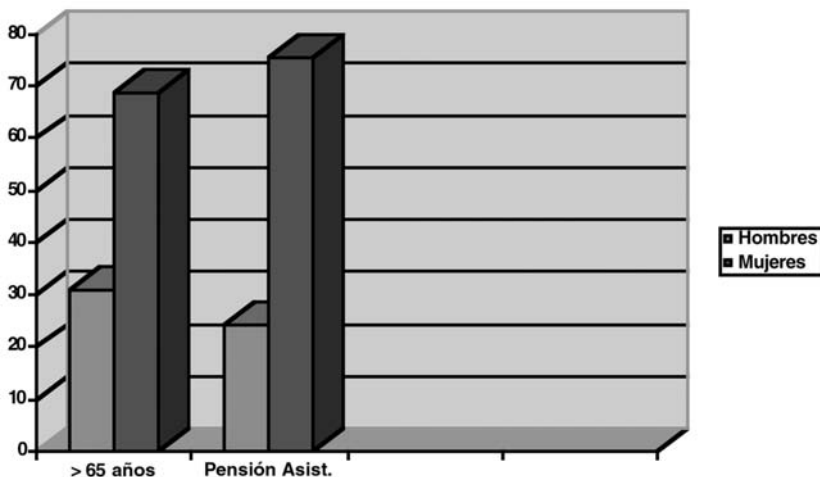


Figura 3. Distribución por sexo (en %)

El cuadro muestra la distribución por estado civil y sexo. A partir de estos datos se obtiene una descripción aproximada de la composición del colectivo analizado.

	<i>Solteros</i>	<i>Casados</i>	<i>Viudos</i>	<i>Divorciados</i>
Hombres	13,3	8,8	0	2,2
Mujeres	27,7	13,3	34,4	0

Figura 4. Estado civil según sexos (en %)

En resumen, se trata de una población mayoritariamente formada por mujeres viudas y solteras con una edad media de 77.1 años; este grupo alcanza el 62.1% del total de perceptores de PA frente al 47.4% que representan las mujeres viudas y solteras en el global de los mayores de 65 años, lo que supone un 15% más.

Vemos pues las peculiaridades que afectan a este grupo de pensionistas lo que facilitará la comprensión de su situación conforme avance el informe.

Dentro del colectivo de perceptores de PA, 63 personas (70%) viven en sus propios domicilios. En los apartados siguientes se detalla una descripción de sus condiciones de vida.

3.1.2. *Estado de salud y atención médica*

Un 38% de esta población padece especiales dificultades en lo relativo a su movilidad a causa de artrosis, reuma y otras dolencias que les afectan principalmente a las extremidades inferiores. El siguiente grupo a destacar son los casos de diabéticos con el exigente tratamiento que esta enfermedad implica. Y por otro lado hay un número importante de patologías relacionadas con la vista y el oído, órganos fundamentales para la autonomía personal.

Atendiendo al estado psicológico o salud mental de estas personas con una avanzada edad, se ha detectado un grupo que representa casi el 15% con algún tipo de deterioro psicológico que está alterando su calidad de vida.

Tenemos ante nosotros más de un 50% de personas que tienen en algún modo reducidas sus capacidades físicas y/o psi-

cológicas, interfiriendo en la capacidad de autonomía para mantener por sí mismas unas condiciones de vida dignas. Más adelante veremos cuantas de ellas cuentan con el apoyo de familiares o amigos.

En Tánger existe un Hospital Español al que pueden acudir gratuitamente todos los españoles. En la actualidad sólo dispone de una consulta de pediatría, una de traumatología y una de medicina general. También cuenta con un laboratorio farmacéutico que proporciona medicamentos de forma gratuita a todas aquellas personas poseedoras de la «Tarjeta Blanca», documento concedido por el Consulado por su precaria situación económica.

Los pensionistas de PA y los poseedores de Tarjeta Blanca suelen ser las mismas personas.

Para consultas de especialistas los pacientes han de dirigirse a médicos privados. Tanto el Consulado como la Consejería Laboral y de Asuntos Sociales disponen de un presupuesto para ayudas especiales que cubran estos gastos. Otra opción es trasladarse a España. La elección es personal. En este último caso el estado sólo cubre los gastos de desplazamiento.

3.1.3. Vivienda

A pesar de tratarse de una población emigrante, cabe destacar la antigüedad de los arrendamientos, remontándose a 40-50 años atrás, incluso a 70 en algunos casos.

Esto permite mantener alquileres muy bajos que oscilan la media de 5.000 pesetas al mes.

Asociados a los bajos alquileres vienen la precaria estructura y mantenimiento de la vivienda que en la mayoría de los casos ha de correr a cargo del propio inquilino.

No es siempre fácil garantizar las condiciones higiénico-sanitarias necesarias cuando la vivienda se encuentra en la azotea de la casa, con deficitaria protección contra la intemperie o no dispone de WC ni baño propio por poner algunos ejemplos.

Gran parte de las viviendas están ubicadas en la parte anti-gua de la ciudad y son construcciones de poca calidad, de difícil acceso y sin ascensor.

Muchos de estos mayores habitan en las azoteas o en las porterías de los inmuebles, soportando graves problemas de humedad, viviendo en espacios muy reducidos, con poca luz y con un

equipamiento austero. Casi ninguna vivienda dispone de lavadora ni de calefacción. Todavía existe algún caso que no dispone de agua corriente en la propia casa y sólo el 25% tiene teléfono.

Es mínimo el número de personas que recurren o pueden recurrir a pagar una persona que les ayude en las tareas domésticas.

Un dato relevante es el escaso porcentaje de personas (8%) que tienen la vivienda de su propiedad. Tendencia que choca con la de las personas mayores en España que residen mayoritariamente en viviendas de propiedad.³ El 92% restante vive en las condiciones de inseguridad que implica un alquiler, en algunos casos bajo la amenaza del desalojo debido a la baja rentabilidad que suponen para los propietarios alquileres tan antiguos y al deterioro de los edificios.

Un 7% de estas personas no viven realmente de alquiler sino que se encuentran en calidad de «acogidos» en casas pudientes o porterías. No tienen gastos de vivienda pero a cambio prestan sus servicios como criados, guardianes, limpiadoras, etc. La acogida va acompañada de un carácter provisional.

Esta circunstancia que a corto plazo puede parecer ventajosa, pues mientras puedan seguir trabajando se evitan el alquiler de una casa, a largo plazo conlleva una mayor desprotección para el anciano, quien carece de un lugar propio y le resulta imposible pagar los alquileres que actualmente se piden en Tánger.⁴

3.1.4. Modalidades de convivencia

Aunque no son datos comparables, puesto que en un caso la muestra es la población mayor de 65 años en España y en otro lo son los perceptores de PA (también mayores de 65 años) en Tánger, es sumamente llamativa la diferencia entre ambos porcentajes de aquellos ancianos que viven solos en uno y otro lugar.

La minoría de personas mayores que no conviven con nadie en España representa un 16%⁵ frente al 45% de los pensionistas PA también mayores de 65 años en Tánger, fuera de instituciones.

3 «Las personas mayores en España. Perfiles - Reciprocidad familiar». IN-SERVO nº 27. Ministerio de Asuntos Sociales 1995. Pág.37.

4 Un apartamento de una pieza, cocina y baño, sin amueblar ni equipar la cocina ni el baño y sin alta de luz ni agua puede costar unas 20.000 - 25.000 pts/mes de alquiler.

5 Las personas mayores en España. Perfiles - Reciprocidad familiar. IN-SERVO nº 27. 1995. Pág.43.

Sentimos carecer del dato que ilustre más correctamente el porcentaje global de mayores de 65 años que viven en Tánger. Sin embargo el atrevimiento de cruzar estos datos de muestras distintas tiene la intención de hacer constar una realidad muy peculiar al mismo tiempo que fácilmente incomprensible desde la concepción que puede tenerse de la situación de los ancianos en España.

Como se verá en el apartado siguiente, el entorno social de que disfrutaban estas personas es muy reducido.

Del 55% de mayores que no viven solos, gran parte viven con otra persona mayor que no puede valerse por sí misma o con algún tipo de cargas familiares (hijos con minusvalías, nietos a cargo, etc). Podemos determinar que un 35% de quienes viven acompañados se encuentran en calidad de cuidadores, desempeñando tareas de gran peso y responsabilidad sin contar para ello con ningún sistema formal de asistencia. (Ver figura 5).

Las personas cuidadas lo son en su práctica totalidad por mujeres igualmente ancianas y en algunos casos no por ello menos necesitadas de ayuda para ellas mismas. Son de nacionalidad española y entre ellas la relación es de amistad. Suelen ser también perceptoras de PA y la motivación de vivir juntas ha estado determinada tanto por esa amistad que incita a la ayuda como por la estrechez económica.

En lo que respecta a las relaciones con los hijos, de todas las personas que hemos dicho conviven con alguien, casi el 30% lo hacen con alguno de sus hijos; sin embargo sólo dos de estos

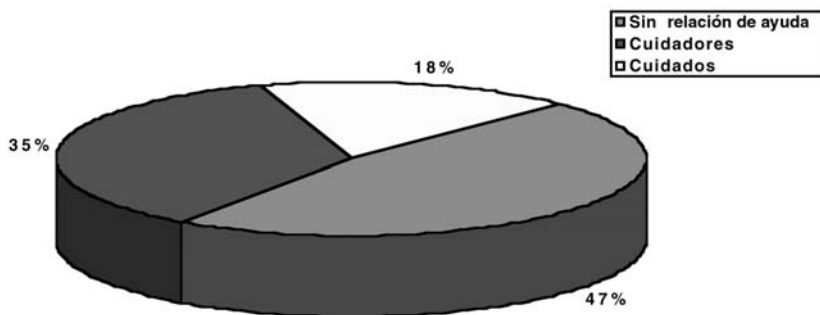


Figura 5. Relación de ayuda

diez casos que este porcentaje representa, están en situación de acogidos en casa de los hijos; los ocho casos restantes se tratan de hijos acogidos por los padres o todavía sin emancipar.

Casi el 90% de las personas que viven solas son mujeres, solteras y viudas con una media de edad de 77 años.

La modalidad de vivir en pareja es la segunda más importante aunque lejos de la principal -vida en solitario. (Ver figura 6).

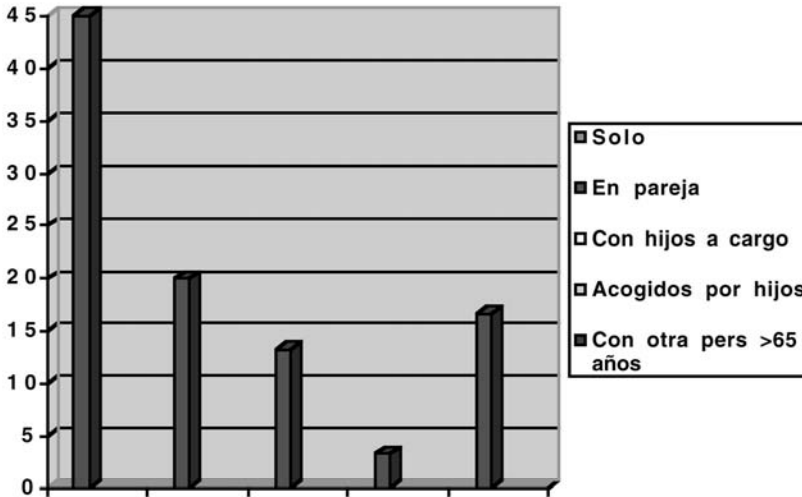


Figura 6.Modalidades de convivencia (en %)

Pasamos a analizar un aspecto interesante producto del encuentro cultural de estos españoles con su país de acogida. Encontramos que 7 parejas de 12 son mixtas entre españoles/as y marroquíes lo que representa un 58.3%. Por otro lado más de la mitad de las actuales viudas lo son de súbditos marroquíes y el resto de españoles y otros nacionales europeos, muestra del carácter cosmopolita que tuvo Tánger en su época internacional (1925-1956)⁶.

6 El Kouche B. «Regarde, voici Tanger. Mémoire écrite de Tanger depuis 1800» L'Harmattan, Paris 1996 pp. 19-22.

Existe tan sólo un caso de pareja mixta con hombre español y mujer marroquí. Los demás son mujeres españolas con hombres marroquíes. Y entre ellas aparecen dos casos de poligamia; práctica permitida en Marruecos.

3.1.5 *Redes sociales*

Por los datos anteriores podría pensarse que se da un intercambio y relacional entre españoles y marroquíes. Sin embargo en las entrevistas mantenidas se descubrió que el círculo de amistades queda limitado a otros españoles y esto implica que cada vez se va reduciendo más pues dada la avanzada edad de estas personas muchas han fallecido y otras muchas retornaron a España.

El vecindario de estos españoles ancianos es mayoritariamente marroquí y el trato es de cortesía. Incluso en las parejas se alude a la adaptación europea de la parte marroquí.

Hay que tener en cuenta que estas personas vivieron una época donde el ambiente predominante en Tánger era europeo. Llegó un momento en que lo europeo se fue y vino lo marroquí. Ellos siguieron viviendo en una ciudad cada vez más desconocida. Supuso la decadencia del esplendor económico y cultural del que gozó Tánger durante muchos años.

Ahora se aferran a los pocos resquicios españoles que aún quedan como la Casa de España, antiguo Casino. Existió un teatro, Teatro Cervantes, actualmente en desuso y casi en ruinas; había cines en español, (ahora sólo se proyecta en árabe y francés),... Incluso el propio Hospital Español que antes funcionaba como hospital ha visto reducidas sus funciones a las de un centro ambulatorio, pues la población española también ha disminuido de forma considerable.

Tan sólo la Catedral queda como opción de encuentro. Tánger no dispone de zonas verdes donde pasear y las cafeterías son en su mayoría frecuentadas por hombres.

Redes de ayuda organizada

En el plano asociativo existe una asociación llamada ADERMA (Asociación de españoles residentes en Marruecos) que tiene como objeto atender las necesidades de la colonia española. Se constituyó hace más de 20 años y hoy en día cuenta con alrededor de 200 socios en Tánger.

Algunas órdenes religiosas también realizan visitas esporádicas a algunos ancianos.

Por último el Consejo de Residentes Españoles (órgano consultivo del Consulado) visita a algunas personas necesitadas e intenta dar salida a algunos problemas a través del Consulado y la Consejería Laboral y de Asuntos Sociales. Desde la Asociación de Beneficencia Española en Tánger (ABET), a su vez compuesta por miembros del Consejo de Residentes, se hacen intervenciones puntuales de ayuda económica para reparaciones de la vivienda, etc.

Familia

El desarraigo familiar es muy fuerte; el 45% no tienen ningún familiar en Tánger a pesar de que el 38% son nacidos en Marruecos (Tánger, Larache, Tetuán, Asilah,...).

La familia más cercana de estas personas mayores (hijos, hermanos) se encuentra en muchos casos dispersa por la geografía española (también en Francia y Bélgica). El contacto que mantienen con los suyos es esporádico con visitas anuales cuando las hay. Son pocos los que dicen poder contar con la familia que tienen en España para algo más que una visita.

3.1.6 Situación económica

La pensión asistencial por ancianidad en favor de los emigrantes españoles otorga una cuantía variable en función de los ingresos, número de familiares con los que se convive e ingresos de que estos dispongan y país de residencia.⁷

Ya se ha dado a conocer el dato de la cuantía máxima establecida este año 1998 para Marruecos (260.960 pts/año = 21.746 pts/mes). Esta pensión es la que recibe una persona que no posee absolutamente ningún ingreso.

Las personas a las que nos referimos en este informe han sido trabajadores poco cualificados que en la medida de lo posible han seguido trabajando hasta que su cuerpo o la ley les ha permitido.⁸ A pesar de ello son muy pocos los que han conseguido una pensión de jubilación marroquí pues pertenecían a la inmensa población que vive de la economía sumergida. Un 21.6% recibe alguna pensión de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale. De estas pensiones, un 80% son de los maridos, mu-

7 «Guía Laboral y de Asuntos Sociales 1998». Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Pág.199

8 En Marruecos la edad de jubilación es a los 60 años.

chos de ellos marroquíes lo que puede indicar una mayor actividad laboral en los hombres o una mayor estabilidad en sus condiciones laborales.

La escasez de recursos lleva a algunos ancianos a seguir trabajando de forma irregular. Un 15% siguen manteniendo una actividad laboral considerable con edades que oscilan entre los 66 y los 86 años.

3.1.7 *Perspectivas de futuro*

Dado que Tánger posee una Residencia de Tercera Edad y que la mayoría de estos longevos no cuenta con apoyo familiar, la opción de acabar en la residencia es una idea tenida en cuenta por casi todos.

Sin embargo esta posibilidad de ingresar en la residencia se deja para un futuro (aún lejano) cuando ya no quede más remedio, cuando ya no puedan valerse por sí mismos; como un final irremediable al que se acude cuando ya sólo queda morir.

Son muy pocos los que confían en que los hijos les acojan hasta el final de sus vidas.

Por otro lado la idea del retorno es acariciada por muchos pero no se dan apenas casos en que se están preparando para llevarlo a cabo. Se baraja como una ilusión que resulta demasiado trabajosa y costosa para emprender ahora, con toda la vida hecha en esta ciudad y con demasiado desarraigo del país de origen.

Para muchas personas la idea del retorno casi podría compararse con la de emigrar de nuevo.

Otra dificultad añadida es garantizarse un sustento económico a la vuelta a España. (Esta cuestión será tratada en el apartado 4).

Por desgracia hay algunos casos coincidentes con las condiciones de vida más precarias que ni siquiera valoran la posibilidad de acudir a la residencia, y por el momento ésta es la única opción de asistencia y acogida que existe para los mayores en Tánger.

3.1.8 *Residencia de Tercera Edad*

Los pensionistas PA fueron preguntados a cerca de la residencia que hay en Tánger, sobre si la conocían, si la habían visitado, qué opinión les merecía y si pensaban que había algún aspecto que podría mejorarse.

El centro para tercera edad es conocido por casi todos pues forma parte del mismo Hospital Español. Aún a pesar de este factor favorable, el 20% de los pensionistas que viven en sus domicilios nunca lo ha visitado.

La opinión que se tiene de la residencia está polarizada, aunque todos coinciden en que está muy arreglada, limpia y los residentes están muy bien atendidos. Los más conformados la ven bien, garantizando buenas condiciones de vida pero tan sólo recurrirán a ella cuando ya no tengan más remedio, al verse impedidos para desenvolverse por sí mismos. Otro sector algo más crítico hace referencia a la dificultad de convivir con otras personas y sobre todo si éstas son mayores. Aluden a un ambiente entristecido y poco estimulante en el que les aterroriza entrar por miedo a perder también ellos las inquietudes y la ilusión por la vida. El sistema de funcionamiento es visto como una restricción de la libertad que desmotiva el ingreso hasta que ya no quede más remedio.

Hay un grupo de algo más del 21% que no tienen la residencia como posibilidad de futuro, algunos porque su estado de salud o su entorno familiar les dan seguridad para confiar en la innecesidad de este recurso. Otras personas lo descartan prejuiciosamente aún encontrándose en situaciones de abandono y precariedad graves. En algunos de estos casos y en otros más receptivos pero que siguen manteniéndose en sus casas, la religiosa que lleva la residencia realiza esporádicamente visitas a domicilio.

Se mantiene entre los entrevistados la idea de «asilo» con toda la connotación que conlleva.

La colonia española que queda en Tánger es muy reducida y permite un conocimiento cercano de todos sus miembros. Es interesante destacar que algunos de los mayores entrevistados participan en tareas de voluntariado con los residentes del centro, muchos amigos o conocidos. Realizan visitas, llevan dulces, les acompañan en sus paseos, les peinan, etc.

Quizás el estar fuera de la institución permite conservar un sentimiento de autonomía o utilidad que una vez dentro parece difuminarse. Analizaremos esta cuestión más en profundidad en los últimos apartados.

3.2 *Residencia de Tercera Edad*

3.2.1 *Trayectoria histórica*

La actual Residencia de Tercera Edad de Tánger ha atravesado diversos momentos hasta constituirse como tal.

A finales del siglo XIX, concretamente en 1898 se crea en Tánger el primer hospital español, dependiente de la iglesia pero subvencionado por el estado español. En un principio se ubica en la medina de la ciudad para luego ser trasladado junto a la Catedral. En los años 50 se construye un nuevo hospital, el actual Hospital Español, en la misma manzana que se encuentra el Consulado General.

El antiguo hospital queda como residencia de ancianos albergando a unas 20 personas, pero ya en el año 1965 el deterioro es tal que se traslada a los residentes al nuevo hospital, con carácter provisional. Su estancia se prolonga y el hospital habilita el ala norte para instalar la actual Residencia de Tercera Edad, cuyas obras terminaron hace dos años.

Así pues esta residencia aunque pretende ir adquiriendo autonomía en su gestión y funcionamiento, por el momento forma parte del Hospital Español. A su vez este hospital es dependiente del Ministerio de Asuntos Exteriores.

Extraído del Reglamento interno la residencia se define como «un centro asistencial al que pueden acceder los españoles a partir de 65 años cuyas circunstancias sanitarias, personales, familiares, sociales y económicas aconsejen el ingreso y que sean residentes en Marruecos».

En todo Marruecos sólo existen dos residencias españolas para la tercera edad, una en Tánger y otra en Tetuán. Acogen a personas de estas ciudades, de Casablanca y de Rabat, donde la población española también es numerosa.

3.2.2. *Funcionamiento*

La residencia acoge al 14.2% de los españoles mayores de 65 años de Tánger.

A. *Infraestructura del centro:*

Ubicada en el ala norte del hospital, consta de dos plantas, una para hombres y otra para mujeres.

Su capacidad máxima es de 52 personas con posibilidad de ampliación.

Los residentes actuales son 42.

Las habitaciones son dobles con un baño completo dentro. Hay cuatro habitaciones individuales.

Dispone de comedor, sala de TV, terraza, sala de curas y peluquería, enfermería, espacios amplios y acceso directo a los jardines del hospital.

Destaca de su aspecto el orden y la limpieza.

El régimen del centro es abierto, los residentes disfrutan de libertad de movimientos poco utilizada según la administración debido a una marcada tendencia a la pasividad.

B. La asistencia que se ofrece es:

- alojamiento
- manutención
- atención médica
- peluquería, barbería (días puntuales)
- fisioterapeuta y podólogo (por prescripción médica)

De forma esporádica acuden al centro personas voluntarias (mujeres) que acompañan en los paseos, hacen meriendas,...

Quando hay actuaciones musicales o espectáculos que acuden a Tánger para actuar en alguno de los centros culturales españoles (Instituto Cervantes, Casa de España,...) éstos también van a la residencia.

Cronograma del día

7.30 h - desayuno

11.00h - tertulia y rosario en la terraza

12.00h - almuerzo

15.30h - merienda

17.00h - tertulia y rosario en la terraza

18.00h - cena

21.00h - hora máxima para acostarse

C. Personal laboral

La residencia, a pesar de estar enmarcada dentro del Hospital Español, goza de un funcionamiento independiente. Su organización está a cargo de cuatro religiosas franciscanas de avanzada edad, con experiencia en atención a enfermos y a ancianos.

Es difícil saber con exactitud cual es la plantilla que trabaja en la residencia pues los puestos son rotativos y pueden estar

tanto en la residencia como en el resto del hospital. En el hospital trabaja un total de 70 personas.

Los datos que siguen son una aproximación del personal que atiende la residencia:

- 1 médico generalista
- 4-5 enfermeras
- 6 auxiliares
- 6 limpiadoras
- 5 personas en cocina

La formación de estos profesionales es un dato a tener en cuenta. No todos los auxiliares son titulados. Y las enfermeras aunque algunas cuentan con una larga práctica en geriatría, no han recibido una preparación específica en este campo.

Sin embargo se está realizando una interesante experiencia de reciclaje profesional. A propuesta de Cáritas Granada se ofertaron unas jornadas de formación en geriatría para que en turnos de una enfermera y una auxiliar procedentes de la residencia de Tánger, visiten y conozcan el funcionamiento de la Residencia de Tercera Edad en Huetor Tajar (Granada).

Hasta el momento han podido aprovechar esta oferta dos enfermeras y dos auxiliares.

La financiación del viaje y la estancia corren a cargo de Cáritas.

D. Requisitos de entrada⁹

Pueden optar a una plaza en esta residencia aquellas personas que cumplan las siguientes condiciones:

- nacionalidad española
- mayor de 65 años
- residente en Marruecos al menos un año antes de la solicitud de ingreso
- carencia de recursos económicos o circunstancias adversas personales, familiares, sociales y/o sanitarias
- no padecer trastorno mental grave ni demencia senil avanzada que requiera tratamiento en un centro psiquiátrico
- no padecer enfermedad infecto-contagiosa (sin tratar)

⁹ Reglamento interno de la Residencia de Tercera Edad del Hospital Español de Tánger

La residencia acoge a personas de ambos sexos tanto válidas como si necesitan asistencia de terceros.

Por el momento los residentes no contribuyen a los gastos del centro aunque se pretende que en un futuro próximo los perceptores de PA aporten el 75% de su pensión así como los demás residentes que dispongan de ingresos.

Igualmente pueden acceder a la residencia ciudadanos de la Unión Europea y personas que no careciendo de recursos presenten una problemática de tipo personal, familiar, social y/o sanitaria. Este grupo debe abonar una cantidad mensual fijada por la Comisión de Participación de la residencia que podrá equivaler al coste de una plaza (en torno a 140.000 pts/mes).

3.2.3. Perfil de los residentes

Cayendo en una generalización inevitable se puede resumir respecto a los mayores que viven en la residencia que:

- su media de edad es muy elevada - 80 años
- predominio de mujeres sobre hombres (59.5% de mujeres)
- 33% en situación de no válidos¹⁰
- sin familia en Marruecos o muy reducida
- aislamiento social
- desarraigo de España
- rentas muy bajas que dificultan la intención de retorno
- motivo del ingreso:
 - abandono familiar
 - situación precaria del anciano que vive solo (en ocasiones hay que ir a sacarlos de sus casas por la extrema situación de deterioro a la que han llegado).
- tendencia a la pasividad
- el concepto previo que tienen de la residencia como un asilo, retrasa el ingreso y hace difícil el periodo de adaptación a la vida en el centro.

¹⁰ La consideración de persona no válida es hecha en base a la Escala de Cruz Roja de Valoración de Incapacidad.

4. Conclusiones

4.1 Pensionistas PA en sus domicilios

En otros estudios sobre tercera edad ya se ha hecho alusión al peligro que se corre al analizar resultados generales con lo que se contribuye a perpetuar el estereotipo de la uniformidad, en este caso del colectivo de personas mayores, propiciando una imagen global del mismo, obviando la diversidad y los matices de cada una de las situaciones concretas por sus circunstancias y peculiaridades.

Lejos de esta idea mítica de la uniformidad de los mayores españoles, se quiere que esta investigación contribuya al mejor conocimiento de la realidad de muchos ancianos que siendo españoles están viviendo circunstancias bien distintas y complejas en esta ciudad marroquí de la que tan sólo 14 km les separan de su país, pero todo un mar de dificultades se interpone en el camino.

Se concluye de este grupo de pensionistas que:

- Éste es un colectivo mayoritariamente femenino, en relación de 4 a 1.
- Cerca de un tercio de estos pensionistas son mujeres solteras y viudas.
- La edad media es de 75 años.
- Más del 90% ocupa viviendas de alquiler. Son alquileres antiguos y casas en deterioro con escaso equipamiento de servicios importantes como teléfono, calefacción o lavadora.

Esta forma de tenencia de la vivienda conlleva inestabilidad y denota una falta de afianzamiento al lugar donde han vivido más de la mitad de su vida o toda en algunos casos. Este hecho propicia el desarraigo y deja vislumbrar la intención adaptativa con que ha vivido esta población. Por otro lado puede estar debido a un escaso poder adquisitivo y/o a una falta de previsión que ha determinado un modo de vida del día a día.

- Casi la mitad de la población vive sola, en igual proporción que quienes no tienen familia en Tánger; otro importante signo de desarraigo y aislamiento.

Estas personas mantienen el estilo de vida en solitario mientras existe la posibilidad de valerse por sí mismas. Pero este concepto es muy subjetivo y llegan a producirse situaciones de precariedad, insalubridad y abandono personal graves.

- Cerca del 40% presenta dificultades en su movilidad, principalmente en las extremidades inferiores motivada por diversas dolencias propias de la edad.

Desde una perspectiva más global, la mitad de la población tiene de algún modo reducidas sus capacidades físicas y/o psíquicas para la realización de actividades cotidianas e imprescindibles, hasta interferir en su autonomía para garantizarse unas condiciones de vida dignas.

El sistema de ayuda existente es el informal y aunque cumple una importante labor no deja de ser deficiente.

- Un tercio desarrollan funciones de cuidadores/as con otros mayores o miembros de la familia sin que por ello estén menos necesitados de ayuda.

Estos hechos les convierten en claros candidatos a recibir asistencia y dado que permanecen en sus casas, estaríamos refiriéndonos a la modalidad de asistencia a domicilio.

- Económicamente han de subsistir con una pensión de 21.746 pts/mes que les obliga a vivir con fuertes restricciones socio-económicas.

Se ha podido comprobar que el coste de vida en Marruecos y concretamente en Tánger se asemeja al de España. Factores como el turismo, la afluencia de inmigración interna o la existencia de determinados profesionales extranjeros con un alto poder adquisitivo han podido contribuir a la subida de precios en productos y servicios.

Puede ser ilustrativo conocer que el Salario Mínimo Interprofesional Garantizado en Marruecos es de 30.640 pts/mes¹¹. Y que la pensión de jubilación no contributiva en España es de 37.280 pts/mes más dos pagas extraordinarias¹².

11 Calculado a partir del dato: 7.98 dirhams/hora en «Guía del inversor, Marruecos 1998». Cámara Española de Comercio e Industria de Tánger. Pág.44

12 «Guía Laboral y de Asuntos Sociales 1998». Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Pág.455.

Otro hecho a tener en cuenta respecto al tema económico es que la edad de jubilación en Marruecos es la los 60 años. La PA no puede percibirse antes de los 65 años, lo que deja un vacío de protección de cinco años.

- Mantienen una vida social empobrecida con escasas relaciones condicionadas por la nacionalidad (trato limitado a otros españoles) y restricciones en las posibilidades de lugares públicos de encuentro y ocio. La oferta de opciones de uso del tiempo libre en la ciudad es reducida, especialmente para los mayores, junto con las diferencias culturales más restringentes para las mujeres.

Se da un fuerte desarraigo de España y una leve adaptación a Marruecos. En muchos casos son personas nacidas en Marruecos; se trata pues de la segunda generación, incluso de la tercera.

También hay que tener en cuenta que estas personas han vivido en una ciudad internacional y esplendorosa en muchos aspectos, para pasar a vivir en una ciudad musulmana con una situación política como la de Marruecos. Para muchos este cambio supuso una caída en su estatus socioeconómico.

- Se ha detectado una deficiente coordinación entre los diferentes organismos y asociaciones que trabajan con y para los emigrantes españoles.
- Todos estos factores económicos y sociales hacen difícil la idea del retorno para el que desde la administración no se ofrecen demasiadas facilidades.

Una persona que sólo dispone de la PA que desee retornar se encuentra con que en España, para pasar a percibir la pensión de jubilación no contributiva, se le exige residir legalmente en territorio español durante diez años entre la edad de 16 años y la del devengo de la pensión, de los cuales dos deberán ser consecutivos e inmediatamente anteriores a la solicitud¹³.

Ante esta desprotección la perspectiva del retorno se desintegra. Queda la opción de permanecer en Marruecos con la única posibilidad de atención proveniente de la Residencia de Tercera Edad.

13 «Guía Laboral y de Asuntos Sociales 1998».Pág. 455.

Hemos visto sin embargo qué idea y qué uso se hace de la residencia. Acostumbrados a contar con pocos recursos, apuran la permanencia en el domicilio e ingresan en ella a edades muy avanzadas y en condiciones de deterioro y abandono.

4.2 Residencia de Tercera Edad

Las características de los residentes (edad muy avanzada, mayoría de mujeres, con un 33% de no válidos, abandono familiar y desarraigo con España) están determinando muchos de los actuales modos de funcionamiento del centro y son condicionantes imprescindibles a tener en cuenta para cualquier intervención que se plantee.

De igual modo habrá que considerar que la actual organización está llevada desde siempre por religiosas que marcan un estilo de trabajo propio de una institución religiosa católica con principios como la caridad y el paternalismo.

El hecho de que la residencia esté dentro de un hospital y de que el personal laboral proceda de este ámbito, propicia un trato hospitalario en el que la persona mayor puede ser confundida con una persona enferma.

Aspectos a destacar del centro:

- interior muy espacioso
- ubicación entre zonas verdes, jardines
- disposición de personal numeroso
- apoyo brindado por la comunidad española de la ciudad
- atención médica y farmacéutica
- intercambio de los profesionales con otros centros de tercera edad

Se han detectado los siguientes aspectos susceptibles de mejora:

Carencia en lo relativo a animación socio-cultural

El uso del tiempo libre apenas está estructurado y se invierte en ver la TV, pasear y juntarse en la «tertulia-rosario».

La dirección del hospital tiene en proyecto una sala de rehabilitación y una piscina climatizada de uso común para el hospital y la residencia, con la intención de realizar actividades terapéuticas y dinamizar a los residentes.

Las expectativas recíprocas de las personas que forman parte de la residencia son fundamentales. El personal laboral piensa de los mayores que mantienen actitudes muy pasivas y encuentran difícil y desmotivador el no obtener una respuesta rápida a algunos intentos de movilizar las inquietudes de estas personas. Por otro lado, de los residentes tampoco surgen muchas demandas o propuestas, conservando una postura conformista debida a factores complejos (edad avanzada, efecto de la institucionalización, etc).

Por todo ello se ve la necesidad de un profesional especializado que trabaje el tema de la animación.

Reciclaje en la formación de los profesionales

La geriatría y la gerontología son campos muy estudiados en los últimos años dado el aumento notable de la esperanza de vida. Se han formado profesionales preparados especialmente para conocer y trabajar con este colectivo y poder dar una mejor respuesta a sus necesidades y demandas así como proporcionar una mejor calidad de vida.

La imagen social de la vejez sigue asociada al declive y pérdida de capacidades funcionales. Es peligroso, tanto para los propios mayores como para los profesionales que trabajan con ellos, asociar la incapacidad de valerse por uno mismo en algunos aspectos con la pérdida total de cualquier capacidad.

Es cierto que con el transcurso del tiempo van desapareciendo algunas habilidades y capacidades, pero otras se mantienen e incluso aparecen algunas nuevas.

El trabajo con mayores requiere saber ver en la persona las capacidades que conserva y potenciarlas.

La persona que entra en una institución de la que piensa que le arrebatará su independencia y su autonomía, quedándole tan sólo esperar la muerte, puede cambiar su concepto de residencia sin la carga psicológica de sentirse abandonada e inútil cuando es tratada con el máximo respeto por la dignidad personal y no sólo se satisfacen sus necesidades básicas de cuidados y alimentos sino que también se le estimula para seguir activa física y mentalmente, manteniendo su autonomía y cubriendo otro tipo de necesidades superiores como: afecto, autoestima, desarrollo creativo y autorrealización (Maslow, 1954).

La Residencia de Tercera Edad de Tánger, a pesar de algunos intentos, no llega a ofrecer una atención profesional integral de carácter socio-sanitario que pueda satisfacer las complejas necesidades de los mayores.

5. Propuestas de actuación

El fenómeno de la longevidad trae consigo consecuencias socioeconómicas y de evolución de la propia sociedad que reclaman un incremento en la protección social, no sólo en términos de pensiones sino también en el diseño de una estructura de atención a muy diversas situaciones de dependencia y al uso que puede hacerse del tiempo de ocio.

«Los gobiernos deberían tratar de aumentar la capacidad de las personas de edad para valerse por sí mismas y para que puedan seguir participando en la sociedad.»¹⁴

Tras este estudio que intenta proporcionar una aproximación a la situación que viven algunas personas mayores en Tánger y de la evolución de sus necesidades específicas, es momento de pasar a planificar servicios de atención acordes a las mismas.

Aquí simplemente se dan unas pinceladas de hacia dónde orientar la intervención, pero será un/a Trabajador/a Social y un/a Psicólogo/a Social junto con el resto de personas que trabajan en este ámbito, quienes en equipos interdisciplinarios lograrán diseñar los proyectos más satisfactorios y viables para los diversos actores de lo social (sociales, económicos y políticos).

Este tandem de profesionales, Trabajadora Social - Psicóloga Social, bien coordinado permite unas posibilidades de trabajo que superan la suma de ambos.

Este equipo de profesionales de lo social está capacitado para intervenir en cualquier problemática social que incumba a la población española en Tánger, desde las personas mayores hasta la atención a presos, pasando por la evitación de actitudes xenófobas en niños y adolescentes (2ª y 3ª generación de emigrantes españoles).

14 Declaración de El Cairo. Extraído de «Una vejez joven». Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. 1997. Pág. 116.

Dado que el informe se ha limitado a estudiar a las personas mayores, las diversas propuestas que aquí se hacen van orientadas a este colectivo.

Las propuestas, contando con la contratación de una Trabajadora Social y una Psicóloga Social, son las siguientes:

Diseño del Proyecto de Residencia de Tercera Edad

- Para que la residencia ya existente oriente su trabajo hacia unos objetivos específicos que satisfagan algo más que las necesidades básicas de los mayores y que favorezca el contacto intergeneracional con el resto de la comunidad y porqué no, el intercambio cultural con el resto de la ciudad, debe trabajar en el marco de un proyecto concreto.
- La metodología seguida para la consecución de los objetivos ha de ser cuidadosamente diseñada y es aquí donde el nuevo tándem de profesionales tiene una labor fundamental pues serán ellos, a través de su formación y experiencia, quienes se encarguen de organizar sesiones formativas en materia de gerontología para todo el personal de la residencia, desde el director hasta las limpiadoras, sin pasar por alto a las religiosas. El resultado se espera muy enriquecedor para todos pues son personas con mucha experiencia.
- Se pretende ir introduciendo un nuevo concepto de residencia que se aproxime al siguiente que los estudiosos de estos campos han publicado; ellos definen la residencia como: «centro gerontológico abierto de desarrollo personal y atención socio-sanitaria interprofesional en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia»¹⁵.
- Otras definiciones llegan a matizar: ...«y que no pueden ser atendidas en sus propios domicilios»¹⁶.

15 «La residencia y su adecuación a las necesidades de las personas mayores dependientes».Rev.Española de Geriátria y Gerontología.1995.30 (3).Pág. 172.

16 «Residencias de la tercera edad».INSERSO. Madrid.1993.

- Enlazando con esta idea que reserva la residencia para los casos de mayor deterioro y necesidad, se propone que la residencia de Tánger abra a los mayores no residentes determinadas secciones como el comedor y algunos talleres que puedan crearse de animación socio-cultural o terapia ocupacional. Esto tiene un doble efecto, por un lado el ambiente del centro se oxigena, se dinamiza y fomenta el encuentro con otras personas más jóvenes, más válidas o simplemente que viven en el exterior y traen planteamientos mentales alejados de la resignación y la apatía. Por otro lado estas secciones abiertas facilitan el acercamiento a la residencia de los mayores susceptibles de entrar en ella a corto plazo. De este modo la residencia pierde su carácter definitivo y se puede tomar como una opción más flexible.
- Al mismo tiempo permite al equipo de profesionales, detectar carencias o situaciones de riesgo en los mayores que viven solos y hacer un seguimiento de ellos sin que éstos, por temor a entrar en la residencia, ni siquiera utilicen ciertos servicios que les beneficiarían y facilitarían su vida en solitario.
- Dicho de otro modo, la residencia podría incorporar un Centro de Día que propiciara el encuentro de los mayores residentes y los no residentes con todas las ventajas antes citadas.
- La connotación que se ha dado en la definición de residencia como un centro de desarrollo personal y atención socio-sanitaria, puede ser ampliamente satisfecha con el trabajo planificado y coordinado del equipo formado por las enfermeras, auxiliares, la trabajadora social y la psicóloga social. De aquí pueden surgir ofertas de animación socio-cultural, talleres ocupacionales, salidas del centro, etc, teniendo en cuenta las posibilidades de los ancianos pero incorporando ingredientes de incentivo y crecimiento.

Diseño de un programa de ayuda a domicilio

- Esta opción permite conservar el máximo grado de independencia personal con la repercusión que esto tiene en el estado de ánimo de los mayores que ya no tienen por-

qué asociar la pérdida de la capacidad de valerse por sí mismos en algunos aspectos con la entrada en la residencia como única salida.

- Hay que entender que la tendencia de los mayores a permanecer en sus casas es natural, fruto del apego al medio social en que han desarrollado su vida y sus relaciones, apego al domicilio como un lugar cargado de significación y renuncia a desprenderse de todo ello aún a costa de acortar su vida.
- Este servicio requerirá de la colaboración de todos los agentes que de algún modo están vinculados a la colonia española y a su asistencia (Consulado General, Hospital Español, Casa de España, ADERMA, ABET, organizaciones religiosas y personas voluntarias). Es muy importante conocer la red de apoyo social con que cuenta cada personal y utilizarla.
- El servicio de ayuda a domicilio podrá prestar atención a personas con dificultad en la realización de actividades de la vida diaria como:
 - mantener hábitos de higiene personal
 - limpieza del hogar
 - ir de compras
 - hacer una comida equilibrada
 - ir al médico
 - pasear
- Ésta es una labor que requiere de un trabajo en equipo interdisciplinar muy coordinado.
- El personal que vaya a prestar esta asistencia en los domicilios ha de ser previamente formado para saber detectar en el anciano deficiencias en el aseo, carencias alimenticias o vigilar la correcta medicación si fuera el caso.
- Algunas de las enfermeras que trabajan en el Hospital cuentan con amplia experiencia en ayuda a domicilio y serán una fuente muy valiosa para el diseño de este programa.
- Resulta evidente que este servicio no puede suponer ningún gasto adicional a los beneficiarios de PA.

El objetivo a perseguir con todas estas acciones aquí propuestas, es facilitar el mantenimiento de la autonomía de la per-

sona mayor, sea en su domicilio o en una institución, atendiéndola con el máximo respeto y dignidad. Son personas que se encuentran en la última fase de su vida e igual de importante es sentirse bien atendidas como sentirse comprendidas, valiosas y queridas. El final de la vida no tiene porqué significar carecer de esperanzas, de aspiraciones, limitándose a esperar la muerte. La vida está para apurarla hasta el final y cuando éste llegue para nuestros mayores aún podremos hacer algo por ellos, acompañándolos hasta su muerte.

6. Bibliografía

- «Anuario Españoles en el Mundo. 1991». Fundación de Españoles en el Mundo. Ediciones del Taller S.A. Madrid. 1991.
- CONDE F. y MARINAS J.M. «Las Representaciones Sociales sobre la Salud de los Mayores Madrileños». Documentos Técnicos de Salud Pública nº 50. D. General de Prevención y Promoción de la Salud. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Madrid. 1997.
- EL KOUICHE B. «Regarde, voici Tanger. Mémoire écrite de Tanger depuis 1800». L'Harmattan. Paris. 1996. Pp. 19-22.
- FERMÍN BONMATÍ J. «Españoles en el Magreb. Siglos XIX y XX». Mapfre. Madrid. 1992.
- «Guía del Inversor. Marruecos 1998». Cámara Española de Comercio e Industria de Tánger. Tánger. 1998.
- «Guía Laboral y de Asuntos Sociales 1998». Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid. 1998.
- «Guía práctica para el Retorno». D. General de Migraciones. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid. 1995.
- GUIJARRO L. «Familias Solidarias con sus mayores». En Sesenta y Más nº 156. Secretaría General de Asuntos Sociales. INSERSO. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid. 1998. Pp. 6-11.
- GÚRPIDE S., MADDOZ V. «Una Vejez Joven». D. General de Prevención y Promoción de la Salud. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Madrid. 1997.
- LASARTE R. «La Muerte, su Entorno y los Profesionales». En Trabajo Social y Salud nº 30. Asociación Española de Trabajo Social y Salud. Zaragoza. 1998. Pp. 151-165.

- «Las Personas Mayores en España. Perfiles- Reciprocidad Familiar». INSERSO nº 27. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid. 1995.
- LEMIEUX A. «Los Programas universitarios para Mayores. Enseñanza e Investigación». Instituto de Migraciones y de Asuntos Sociales nº37. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid. 1997.
- OÑORBE M., GÚRPIDE S. «El Anciano en su Casa». Guía de cuidados para familiares, auxiliares a domicilio, voluntariado y ancianos solos. D. General de Prevención y Promoción de la Salud. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Madrid. 1997.
- RODRÍGUEZ P. «La Residencia y su adecuación a las Necesidades de las Personas Mayores Dependientes». En Revista Española de Geriátría y Gerontología. 1995, 30(3), pp. 169-176.
- SANGRÁ J. «La atención socio-sanitaria a personas mayores, desde los equipos PADES. Programa de atención domiciliaria, equipos de apoyo». En Trabajo Social y Salud nº 30. Asociación Española de Trabajo Social y Salud. Zaragoza. 1998. pp. 221-229.
- «Voluntariado y Personas Mayores. Un experiencia de Investigación Acción Participativa». Instituto Nacional de Servicios Sociales nº 33. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid. 1995.