

Expectativas de cuidado en la vejez y comportamientos de salud en procesos de envejecimiento no normativos

Gerardo Zamora Monge

9 de septiembre de 2010

Visto bueno del tutor del Trabajo Final de Máster

Dr. Bernabé Sarabia H.

Visto bueno

Tabla de contenido

Introducción	5
1 El envejecimiento como área de estudio e investigación.....	10
1.1 Teorías biológicas sobre el envejecimiento	11
1.1.1 Teorías del deterioro.....	12
1.1.2 Teorías del envejecimiento programado.....	13
1.1.3 Teorías del envejecimiento no programado.....	14
1.2 Teorías psicológicas sobre el envejecimiento.....	15
1.2.1 Teoría del desarrollo del ciclo de vida.....	16
1.2.2 Optimización selectiva con compensación (SOC).....	16
1.2.3 Teoría de la plasticidad cognitiva	17
1.2.3 Modelo del convoy de las relaciones sociales	17
1.3 Teorías sociológicas sobre el envejecimiento.....	17
1.3.1 El envejecimiento como un problema individual y social.....	19
1.3.1.1 Teoría de la actividad en el envejecimiento	19
1.3.1.2 Teoría de la desvinculación	19
1.3.2 El envejecimiento como un asunto económico y de empleo	21
1.3.2.1 Teoría de la estratificación por edad.....	22
1.3.2.2 Teoría del curso de vida.....	22
1.3.2.3 Construcción social del envejecimiento.....	23
1.3.3 El envejecimiento como un asunto y preocupación global	23
1.3.3.1 Gerontología Crítica	23
1.3.3.2 Modelo de las Ventajas y Desventajas Acumuladas (CAD)	24
1.3.3.3 Envejecimiento, gerontología crítica y globalización	25
2 Envejecimiento de personas lesbianas, gays, bisexuales y transexuales desde la gerontología	29
2.1 Principales corrientes de investigación	30

2.2 Limitaciones y desafíos	31
3 Población, salud y envejecimiento en España.....	33
3.1 Principales características de las personas mayores en España	40
3.2 Definición de comportamientos de salud	48
3.3 Inequidades en salud y personas mayores LGB	48
4 Diseño metodológico	53
4.1 Cronograma de trabajo	53
4.2 Preguntas de investigación	53
4.3 Muestreo teórico y muestra seleccionada	55
4.4 Hipótesis	58
5 Resultados: Análisis de las entrevistas y categorías obtenidas	59
5.1 Identidad.....	60
5.2 Proceso de envejecimiento en el curso de vida	62
5.3 Estado de salud.....	63
5.4 Expectativas de cuidados	66
6 Conclusiones	68
Referencias.....	70
Presentaciones realizadas	76

Introducción

La gran mayoría de las sociedades enfrentan el siglo XXI con la necesidad de articular respuestas ante dos procesos que determinan y condicionan las respuestas y el desarrollo del sector sanitario y de servicios relacionados con la salud: (i) el envejecimiento de la población y la consecuente demanda sanitaria de una población envejecida; y, (ii) las enfermedades y los determinantes sociales de la salud en relación con la expansión de las enfermedades crónicas, sin olvidar el resurgimiento de las enfermedades infecciosas. España, como la mayoría de los países europeos, es una de estas sociedades (Imsero, 2004, 2007, 2009; INE, 2008, UN, 2002; OECD, 2003).

Ante este panorama, las administraciones públicas y una gran diversidad de agentes sociales relacionados con el envejecimiento y la sanidad están desarrollando diferentes estrategias para afrontar los retos que plantean estos escenarios (Pommer *et al.*, 2007; Rojo-Pérez, 2009; Rosenfeld, 2010; Tobio *et al.*, 2010); que plantean también desafíos importantes para la investigación en salud.

Uno de estos desafíos de investigación se refiere al cuidado (Tobio *et al.*, 2010), tanto en su vertiente sanitaria como en su vertiente de elemento organizador de la vida social. En relación con el cuidado, cabe destacar que uno de sus elementos centrales son las expectativas que los individuos desarrollan sobre el cuidado a lo largo de la vida y, sobre todo, cuando llegan a edades avanzadas.

En sociedades como la española, con un modelo familiar mediterráneo y con un Estado de Bienestar que se apoya ampliamente en la red familiar¹, la expectativa normativa² de cuidados en la vejez se asienta en una red familiar con apoyos puntuales de los servicios públicos. En consecuencia, y dicho de manera muy breve, el proceso normativo de envejecimiento está estructurado de manera que las personas, cuando sean mayores, dispongan de la estructura (familiar) que permita sostener esta organización social del cuidado.

¿Qué sucede cuando los individuos, a lo largo de su vida o en momentos concretos de esta, han construido un proceso de envejecimiento no normativo o muy alejado de este (“en los extremos de la campana”)? La amplia evidencia disponible en otros países indica que generalmente enfrentan más dificultades para “envejecer igual que los demás”, si bien es cierto que por lo general los individuos en

¹ Algunos autores (Pommer *et al.*, 2007) identifican tres tipos de modelos de cuidado en Europa: el modelo Escandinavo (responsabilidad y decisión de cuidados recaen principalmente en el individuo), el modelo Continental (familia nuclear e individuo) y el modelo Mediterráneo (familia extensa asume responsabilidades junto con el individuo). En España, uno de los países exponentes del modelo mediterráneo, las personas mayores envejecen mayoritariamente en sus hogares o con sus familias (Imsero, 2004; 2007; 2009), son el grupo que más vive en hogares unipersonales (Imsero, 2007; López, 2004) (sobre todo las mujeres mayores), presentan la mayor morbilidad (Imsero, 2004; 2007; 2009), constituyen el grupo con mayor riesgo de pobreza (Imsero, 2004; 2007; 2009), y uno de los que presentan la peor salud percibida (MSPS, 2010) (especialmente las mujeres mayores).

² Por normativo se entiende a lo largo de este trabajo, la forma, mecanismo o proceso social, sanitario o médico que se naturaliza (es decir que se concibe como natural) y cuya extensión y reproducción lo convierte en norma social; por ejemplo, “todas las personas mayores son abuelos”, “todas las personas mayores se vuelven ‘seniles’ a cierta edad” o “todos los hijos (deben) cuidar de sus padres” (Cfr.: Bytheway, Mill (2011). *Unmasking Age. The significance of Age for Social Research*. Bristol: The Policy Press).

procesos no normativos de envejecimiento se adaptan (Rosenfeld, 2010) a las estructuras disponibles para organizar su cuidado en la vejez³ y las otras esferas de su vida. ¿Influye este proceso no normativo en su estado de salud y en su percepción de salud en comparación con el resto de la población? Si es así, ¿impacta esta influencia en los comportamientos de salud que los individuos desarrollan en las etapas previas a la vejez y durante esta? Autores como Kimmel (1977) han sugerido desde hace tiempo que, por ejemplo, las personas mayores gays, lesbianas y bisexuales podrían estar mejor preparados para algunas situaciones de la vejez, ya que han desarrollado estrategias de afrontamiento que les han obligado a asumir responsabilidades sobre sus propias necesidades en un momento muy inicial de vida adulta en comparación con otras personas mayores, sobre todo aquellas casadas.

En su clásica definición, Gochman (1997) indica que los comportamientos de salud (*health behaviour*, en inglés) constituyen todas aquellas características personales (tales como creencias, expectativas, valores, percepciones y otros elementos cognitivos), características de la personalidad (por ejemplo, estados afectivos y emocionales), y los patrones de conducta, acciones y hábitos relacionados con el mantenimiento de la salud, la recuperación de salud y el mejoramiento de la salud. En este sentido, los comportamientos de salud constituyen uno de los elementos más importantes en la investigación de la salud y el bienestar de una población o de individuos concretos. Los comportamientos de salud, por ejemplo, tienen un papel trascendental en la mayoría de las enfermedades crónicas, y en general, en el estado de salud de las personas mayores.

¿Existe una relación entre los comportamientos de salud y las expectativas de cuidado en la vejez? Es decir, ¿los individuos que han construido un proceso de envejecimiento no normativo presentan comportamientos de salud específicos en comparación con las prácticas de otros individuos que han construido un proceso de envejecimiento (más) normativo? Esta es una de las preguntas de investigación que busca responder este trabajo.

La segunda pregunta tiene que ver con la relación entre la salud y un aspecto concreto sobre las expectativas de cuidado en la vejez: ¿dónde y cómo me gustaría envejecer? En España, las personas mayores prefieren vivir en sus hogares (es una de sus expectativas) y las personas adultas mayores de 16 años afirman que proyectan su vejez en sus domicilios (MSPS, 2010): se estima que el 64,4% de la población española quiere vivir en su hogar cuando sea mayor, y si ya lo es, quiere seguir allí. En segundo lugar, un 15,6% afirma que preferiría vivir en casa de un hijo o hija u otros

³ Por ejemplo, la investigación sobre el envejecimiento de personas mayores homosexuales, lesbianas o transexuales (LGB) ha cuestionado empíricamente la distinción entre amigos y familia biológica, reconociendo que las personas homosexuales han venido tratando a sus amistades como familia. También ha descubierto un panorama mucho más complejo de las relaciones sociales y familiares a lo largo del ciclo de vida. (Cfr: Rosenfeld (2010). "Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Ageing: Shattering Myths, Capturing Lives". Dannefer & Phillipsion, eds. The SAGE Handbook of Social Gerontology. SAGE Publications, pp 226-238.). Algunos estudios importantes al respecto, como el de Grosman *et al.* (2000 citado en Rosenfeld, 2010) halló que 9 de 10 de informantes mayores LGB mencionaba a sus amigos como un grupo de ayuda primario, y que 'estas redes de apoyo creadas proveían el 64% del apoyo emocional, 54% del apoyo práctico, 13% del apoyo financiero, y 72% del apoyo social' (Schmitz-Bechteler, 2006: 33; citado en Rosenfeld, 2010).

familiares. La opción de una residencia/urbanización o ciudad residencial para personas mayores se ubica en tercer lugar⁴ con un 12,5%.

¿Dónde y cómo prefieren vivir de mayores los individuos que han construido un proceso de envejecimiento no normativo? ¿Afecta esta expectativa sus comportamientos de salud y otro tipo de comportamientos en fases previas a la vejez? En Estados Unidos (donde se ha llevado a cabo la mayor parte de la investigación en este campo) los temas de mayor peso son la seguridad financiera y los cuidados sanitarios de corta y larga duración o residencias para mayores (MAP, 2010; Rosenfeld, 2010). Sin embargo, los estudios empíricos observacionales son infrecuentes dada las pocas probabilidades de construir una muestra representativa para este tema (Rosenfeld, 2010; Pitts et al, 2006) debido a diferentes razones metodológicas, éticas y logísticas: prejuicios: por ejemplo, el estigma relacionado con salud y sexualidad; incapacidad para elaborar instrumentos de recolección de información adecuados (los cuestionarios cerrados y auto-cumplimentados no funcionan bien en estos temas); escasa financiación de este tipo de investigaciones (un aspecto relacionado con los prejuicios y valores hegemónicos); y la dificultad de construir una muestra con población que no quiere auto-identificarse o que no se percibe como perteneciente al grupo que es investigado⁵.

La vivienda es el entorno más habitual para envejecer (Imsero, 2007; Fänge & Dahlin Ivanoff, S., 2009) sobre todo en sociedades que siguen el modelo de cuidados mediterráneo (Pommer *et al.*, 2007; Sancho *et al.*, 2010; Tobio, 2010). Por tanto, la vivienda constituye un elemento ambiental o del entorno construido que se convierte en fundamental para entender cómo se envejece de una manera o de otra. El entorno puede facilitar o impedir la independencia de las personas mayores, así como promover o deteriorar su salud. Esta segunda pregunta de investigación aborda si las expectativas de cuidado en la vejez y su relación con los comportamientos de salud incluyen a la vivienda, como el principal entorno de envejecimiento.

¿Cómo formular una investigación sobre esta temática? Para estudiar un proceso de envejecimiento no normativo se deben seleccionar individuos que como tales o como grupo sean considerados claramente “outsiders” del proceso de envejecimiento normativo. Tal es el caso, en nuestra sociedad (siempre es contextual), de individuos no casados o sin relación estable y sin hijos que son considerados por su edad como personas mayores (Buber & Engelhardt, 2007; Zheng & Hart, 2002). Otro caso recurrente en la literatura gerontológica occidental es el de curas y monjas mayores en

⁴ Una de las razones por la que las personas mayores se plantean el dejar sus hogares y trasladarse a otro entorno (casa de una hija/o, familiar o una residencia) son las barreras ambientales de su vivienda, edificio o barrio (Oswald & Wahl, 2004; Sergeant & Ekerdt, 2008). Esto supone un incremento en el gasto sanitario y social importante y, una disminución en la calidad de vida de las personas. Otro de los elementos que empujan a las personas mayores a tomar la decisión de dejar su hogar (o a que tomen la decisión por ellas) es el estado del entorno y el uso que hacen las personas mayores del él (Heywood, Oldman, & Means, 2002; Rioux, 2005): el estado de edificios, transporte público, presencia de pequeño comercio, aceras, etc. Las personas mayores son las mayores usuarias de pequeño comercio y se desplazan generalmente en transporte público. Muchas de estas actividades constituyen, en algunos casos, su mayor gasto calórico y sus oportunidades de movilidad.

⁵ Uno de los casos más representativos y al que la Organización Mundial de la Salud presta especial atención es al grupo de población denominado “Hombres que tienen sexo con Hombres (MSM, por las siglas en inglés de “Men who have sex with Men”). Muchos hombres en diferentes regiones del mundo o en diferentes contextos a lo largo de su vida mantienen relaciones sexuales con otros hombres pero no se consideran homosexuales, ya que esta es una categoría basada en la identidad y no en un comportamiento. Al respecto se puede revisar la reciente y muy completa guía basada en la evidencia: OMS (2011). **Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender people**. Geneva: WHO Publications.

estudios longitudinales⁶ (Snowdon, 2003; Tyas *et al.*, 2007). Se ha estudiado también el caso de personas inmigrantes mayores (Farooq *et al.*, 2005; Huber & O'Reilly, 2004; Kouris-Blazos *et al.*, 1996; Pudaric *et al.*, 2000). Asimismo, el caso de personas homosexuales, lesbianas, bisexuales o transgénero (LGBT) mayores o en proceso de hacerse mayores es también paradigmático (Brotman *et al.*, 2007; Grossma *et al.*, 2007; Heaphy *et al.*, 2004; Hughes & Kentlyn, 2011). Este trabajo se concentrará en parte de este último grupo de individuos: personas lesbianas, gays o bisexuales (LGB) a partir de 50 años.

Dada la inexistencia de estadísticas sobre estos temas y esta población, es imposible construir una muestra representativa que permita desarrollar una investigación observacional. No es tampoco adecuado recoger información y agregarla para construir una muestra no representativa dado que este trabajo no busca analizar el impacto de una intervención o tratamiento, sino proponer cuál debe ser el mejor acercamiento para estudiar variables de salud en esta población en relación con otros factores.

Se propone, en cambio, desarrollar la técnica del muestreo teórico (*theoretical sampling* en inglés) propuesto por Glasser y Strauss (1999), el cual permite construir la muestra de acuerdo a las necesidades de la investigación y *recoger solo los datos necesarios para la elaboración de categorías* (Andreu, García-Nieto & Perez, 2007). Dado el carácter exploratorio e inicial de esta investigación, se propone limitar a un máximo de 10 individuos, ya que se considera que la saturación teórica de las categorías mediante el muestreo teórico no superará a estos 10 individuos para una investigación de este nivel (máster).

A estos 10 individuos se les entrevistará en profundidad utilizando técnicas cualitativas referidas en la literatura científica, con base en las bases metodológicas las técnicas de investigación cualitativa que requiere definir unas categorías iniciales para guiar el análisis, pero que luego permite desarrollar categorías con base en el análisis para alimentar la creación de teoría, objetivo ulterior de la ciencia a través de la investigación.

No suele ser frecuente el uso de hipótesis en este tipo de investigación debido a la imposibilidad de medir cuantitativamente los resultados de las variables y por lo tanto al no existir una hipótesis nula, no se puede probar la hipótesis como verdadera o no. Sin embargo, el uso de hipótesis en la investigación cualitativa es posible e, incluso, conveniente. Para construir hipótesis en un diseño metodológico cualitativo es necesaria una rigurosa revisión de la literatura y la evidencia tanto cuantitativa como cualitativa, crear un marco conceptual, identificar las categorías de análisis inicial, desarrollar una propuesta metodológica rigurosa, recoger la información necesaria (y solamente necesaria), analizarla y establecer las relaciones causales entre las categorías y variables analizadas. Tal y como indica Mittman (2001), la incapacidad de especificar hipótesis y variables relevantes típicamente conduce a mediciones y resultados dispersos, fracaso en identificación y medición de variables y en el uso de conceptos para interpretar los datos.

⁶ Por ejemplo, *The Nun Study* es un estudio longitudinal, iniciado en 1986, sobre el envejecimiento y la enfermedad de Alzheimer con una muestra de 678 mujeres que son monjas de la congregación *School Sisters of Notre Dame* en Minnesota, Estados Unidos. El sitio web del estudio es: <https://www.healthstudies.umn.edu/nunstudy/>

En este sentido, a priori, esta propuesta de investigación esboza cuatro hipótesis de trabajo, las cuales deberán revisarse en un futuro si la investigación continúa. Las cuatro hipótesis de trabajo son las siguientes:

1. Las expectativas de cuidado (EC) de individuos en un proceso de envejecimiento no normativo influyen en la construcción de los comportamientos de salud (CS) particulares de dichos individuos.
2. Las EC de individuos en un proceso de envejecimiento no normativo perfilan decisiones financieras para asegurar un estado de salud satisfactorio, incluyendo la relación con la vivienda como entorno del envejecimiento.
3. Las EC de individuos en un proceso de envejecimiento no normativo están condicionadas por la posición socio-económica de los individuos y sus redes familiares/sociales
4. Las EC de individuos en un proceso de envejecimiento no normativo se modifican a lo largo del curso de vida en función de las transiciones personales y cambios sociales concretos (por ejemplo, modificaciones legales o legislativas tanto en temas de salud como de “no-salud”).

En España, el estudio de las expectativas de cuidado en la vejez por parte de individuos considerados “outsiders” del proceso de envejecimiento normativo es escasa. Dado que los importantes cambios demográficos que están sucediendo (y sucederán) visibilizan también importantes cambios sociales y culturales alrededor del envejecimiento, de la salud y de los comportamientos de salud, este trabajo busca contribuir a comprender mejor estos procesos basándose en el análisis de evidencia científicamente recogida y en una pequeña muestra construida para esta investigación. Los resultados de esta investigación contribuirán a entender mejor el reto de la diversidad que plantea el envejecimiento poblacional y así diseñar mejor las respuestas sanitarias y de políticas al respecto.

1 El envejecimiento como área de estudio e investigación

*In the first years of the 21st Century we can expect an avalanche in research publications reporting data about problems and processes of aging. We hope that the authors of these publications—as well as the editors and reviewers of the journals to which they have been submitted— will also address the theoretical implications of their findings. This is because theory, the pursuit of explanations that go beyond specific empirical findings, is of crucial importance to the cumulative development of knowledge concerning aging⁴.
... gerontology has been "rich in data but poor in theory"⁷...*

Vern L. Bengtson
K. Warner Schaie

El envejecimiento de las personas es un campo de investigación y estudio antiguo, pero científicamente adquiere una gran relevancia en la segunda mitad del siglo XX, cuando la esperanza de vida al nacer empieza a aumentar progresivamente, la mortalidad general disminuye y la población se incrementa gracias fundamentalmente a dos factores: por un lado, las mejoras sociales y de salud pública desde finales del siglo XIX; y, en segundo lugar, al desarrollo de las vacunas y la medicina en las décadas centrales del siglo XX (McKeown, 2006)

Al ser el envejecimiento un proceso a lo largo de la vida y no solamente un periodo a partir de una edad determinada, es necesario indicar que el estudio del envejecimiento no equivale al estudio de las personas mayores como sujetos cuyo proceso de envejecimiento está más avanzado. No obstante esta perspectiva suele ser la más extendida. Asimismo, dado que, en edades avanzadas hay mayor probabilidad de que ocurran fallos orgánicos y de que el deterioro físico se acelere, el estudio del envejecimiento y de las personas mayores ha estado ligado fuertemente a la salud, sobre todo a las dimensiones físicas de la salud.

Por otro lado, el crecimiento y profesionalización de la medicina a lo largo del siglo XX (Cockerham, 2002) ha medicalizado la salud de las personas y, en consecuencia, también ha medicalizado el envejecimiento (Estes & Binney, 1989). Igualmente, a pesar de que la salud es una de las necesidades humanas básicas (Doyal & Gough, 1994), y que la salud es multidimensional⁸, ha

⁷ Bengtson, Vern L. & Warner Schaie, K. (1991). Handbook of Theories of Aging. Nueva York: Springer Publishing Company, pag. xi (la primera cita) y pág 4 (la segunda cita).

⁸ La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Sin embargo, esta definición está siendo actualmente cuestionada por la comunidad científica, ya que al ser una definición tan amplia es poco operativa y de difícil alcance para la población. Se propone que se entienda salud como la capacidad de adaptación y auto-gestión de cara a los desafíos (sociales, psicológicos; orgánicos, emocionales) que enfrentan los individuos. Recientemente la revistas Lancet y British Medical Journal publicaron una serie de artículos sobre este tema (ver por ejemplo: The Lancet (2009). Editorial: **What is health? The ability to adapt**, Vol 373, Marzo 2009; y también: Huber, M et al. (2011) **How should we define health?** BMJ, 2011; 343:d4163).

prevalecido una concepción de la salud puramente física. De ahí que el estudio del envejecimiento ha sido sobre todo entendido mayormente como un asunto médico. En ocasiones se le ha tratado como una enfermedad (envejecimiento como patología) que debe ser tratada medicamente (Estes & Binney, 1989). Debido a que la medicalización del envejecimiento se asienta profundamente en las teorías biológicas del envejecimiento, bien merece estudiar sus bases de este proceso humano. Para ello, se presentan en el siguiente apartado las principales teorías biológicas del envejecimiento.

Sin embargo, también es un proceso individual. Los individuos tienen, hasta cierto punto, capacidad de moldear su propio proceso de envejecimiento de modo que sea una experiencia positiva ante un deterioro irreversible (Marcoen, Coleman & O'Hanlon, 2007). A través del uso de estrategias de adaptación adecuadas, los individuos pueden mantener, restaurar o mejorar un relativo alto nivel de bienestar subjetivo (Marcoen, Coleman & O'Hanlon, 2007). En este sentido, los siguientes subapartados revisan los principales aportes de las teorías psicológicas sobre el envejecimiento.

Y, sin ninguna duda, el envejecimiento es un proceso social en tanto el crecimiento del número y proporción de individuos de edades avanzadas no es el resultado aleatorio de características individuales, sino de las posibilidades que disfrutaban estos individuos en el marco de un proyecto social (por ejemplo, una sociedad concreta). Y este crecimiento en número y proporción conduce a su vez a cambiar las circunstancias y contextos en el que se desarrollan todos los individuos en su conjunto, de todas las edades. En este sentido, el envejecimiento es un proceso socio-cultural y es por lo tanto, una construcción (es decir, lo que se entiende por envejecer y ser viejo va cambiando a lo largo del tiempo en cada sociedad concreta). Estas corrientes buscan principalmente analizar las relaciones y conexiones entre, por un lado, el envejecimiento individual y social y, por el otro, las estructuras sociales (por ejemplo, las estructuras medico-sanitarias). En consecuencia, las principales teorías sociológicas sobre el envejecimiento se comentan también en los siguientes subapartados.

El avance de la investigación y, sobre todo de la investigación interdisciplinaria, ha permitido el desarrollo de estas teorías, que pasan a explicarse a continuación.

1.1 Teorías biológicas sobre el envejecimiento

Los seres humanos comparten con muchas especies el proceso biológico del envejecimiento. El continuo incremento de la expectativa de vida demuestra que la esperanza de vida no está fijada por programación genética (Westendorp & Kirkwood, 2007) y que, gracias a los avances de investigación en los mecanismos biológicos de envejecimiento, el proceso de envejecimiento es mucho más maleable de lo que se había pensado hace unos años (Westendorp & Kirkwood, 2007). Siguiendo a Westendorp y Kirkwood (2007) podemos entender que el incremento en la expectativa de vida de la población durante los últimos dos siglos ha ocurrido mucho más rápido de lo que se puede explicar razonablemente desde el cambio genético, por lo que la explicación se encuentra precisamente en factores no genéticos (es decir ambientales y externos al individuo), por ejemplo, factores sociales.

Esta perspectiva desde la biología permite unirla con las explicaciones sociológicas del envejecimiento que se expondrán más adelante.

La importancia de tener en cuenta las teorías biológicas sobre el envejecimiento radica en subrayar que los seres humanos, como especie, presentan la mayor variabilidad y diversidad intra-individuos en edades avanzadas (Dannefer, 2003): hay personas mayores físicamente bien y otras muy deterioradas, hay personas con muchas enfermedades y otras con una o ninguna, hay otras con historias de vida muy semejantes y otras muy particulares, etc. Desde el punto de vista biológico, se puede dar respuesta a esto; sin embargo, como se ha indicado anteriormente, dicha variabilidad se explica mayormente a través de teorías no biológicas o genéticas.

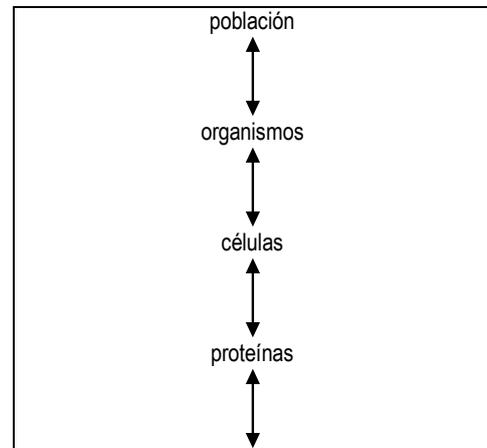


Figura 1.1 – Jerarquía biológica del envejecimiento^[3]

En conjunto, las teorías biológicas sobre el envejecimiento se pueden agrupar en tres tipos (Goldsmith, 2011): Teorías del deterioro, Teorías del envejecimiento programado y Teorías del envejecimiento no programado.

1.1.1 Teorías del deterioro

Para las **Teorías del deterioro**, el envejecimiento es la acumulación de procesos de deterioro tales como oxidación, acortamiento de telómeros, daño molecular, procesos específicos de enfermedades como acumulación de mutaciones celulares (p.ej. cáncer), "*Wear and Tear Theory*" (teoría del usar y tirar, en español), "*Somatic Mutation Theory*" (teoría de mutación somática, en español), etc. Se les conoce también como teorías estocásticas por algunos autores (Pierce & Virpi, 2010). En su vertiente conocida como teoría del deterioro simple, los teóricos e investigadores varían en el grado de hegemonía que le asignan a alguna de las variantes (p.ej., acortamiento de telómeros primando sobre la oxidación). Existe amplia evidencia empírica de que el deterioro gradual existe en los organismos animales (Goldsmith, 2011). Sin embargo, las teorías del deterioro no logran explicar plenamente la evidencia empírica sobre la gran variabilidad en la duración del ciclo vital (*life spans*, en inglés) en especies similares que en teoría tendrían procesos de deterioro similares, como por ejemplo los primates (Goldsmith, 2011). Basándose en esta perspectiva, se ubica el 'tratamiento' de los anti-oxidantes para 'prevenir' o 'retrasar el envejecimiento' o los tratamientos para prevenir procesos de deterioro medicamente tratables (p.ej., reducción del colesterol).

Dentro de este mismo grupo de teorías del deterioro se puede agrupar a las **Teorías del Mantenimiento y Reparación**. Se le ubica dentro de este grupo ya que, basándose en las Teorías del Deterioro, postulan que aunque este existe, el deterioro es contrarrestado por mecanismos de reparación, cuya efectividad varía según las especies. Estos mecanismos demoran la acumulación de

los efectos del deterioro. La duración de los ciclos de vida no están limitados por factores fundamentales, sino por las diferencias en la eficiencia con la cual diferentes especies combaten los procesos de deterioro (Goldsmith, 2011). Esto permite incrementar la posibilidad de intervenir en el proceso de deterioro (envejecimiento) a través de la identificación de agentes que incrementan la efectividad de los mecanismos de mantenimiento (p.eje., incrementando la producción natural de enzimas anti-oxidantes o enzimas que reparan los telómeros).

1.1.2 Teorías del envejecimiento programado

Para la corriente de **Teorías del envejecimiento programado** los organismos están programados y diseñados para envejecer y morir, puesto que limitar la amplitud de la vida tiene un propósito evolutivo. Aunque los procesos de deterioro existen y también se reconocen los mecanismos de mantenimiento/repación, dichos mecanismos están modulados por una programación biológica específica en cada especie de la duración del ciclo de vida (un *life span* máximo por especie). En consecuencia, la programación determina el momento en el que los mecanismos de mantenimiento y reparación deben retardar su trabajo o detenerlo del todo. Este momento puede ser identificado mediante marcadores. La premisa bajo esta teoría apunta a que los organismos deben limitar la duración de su ciclo de vida porque les aporta una ventaja evolutiva (un organismo o una especie eterna compromete la existencia de su propia especie). La evidencia empírica al respecto se basa en el descubrimiento de genes que 'causan' el envejecimiento en varias especies, incluida la de los seres humanos (p.ej., el descubrimiento de enfermedades genéticas). Basándose en esta perspectiva y la evidencia que la fundamenta, se ubican los tratamientos que buscan identificar signos o marcadores (parámetros) que coordinan procesos biológicos en el organismo, o incluso entre organismos (p.ej., las feromonas).

Dentro de esta perspectiva, se asienta también una teoría con identidad propia, pero que responde también al postulado de envejecimiento programado. Se trata de las **Teorías de Regulación del Envejecimiento Programado**. Retomando lo expuesto anteriormente, se reconoce que los procesos de deterioro y los mecanismos de mantenimiento/repación existen, y que dichos mecanismos están modulados por una programación biológica específica en cada especie de la duración del ciclo de vida (un *life span* máximo por especie). Sin embargo, se añade que esta programación puede ajustarse por medio de la identificación de condiciones externas (ambientales) que alteran el máximo de la duración del ciclo de vida. La evidencia empírica al respecto ha encontrado que la duración de ciclos de vida de diferentes especies (p.ej., ratones) se ha incrementado mediante condiciones externas que influyen en los procesos de deterioro. Tal es el caso, por ejemplo, de la restricción calórica (una menor ingesta calórica a lo largo de la vida conduce a un incremento de la duración de la vida) o de la restricción del estrés (McDonald & Ramsey, 2010; Sinclair, 2005).

1.1.3 Teorías del envejecimiento no programado

Dentro de este grupo de teorías, se distinguen tres que coinciden en que el envejecimiento es el resultado pasivo de la imposibilidad de un organismo de resistir procesos de deterioro. Dentro de la gerontología existen básicamente tres teorías –competitivas entre sí– sobre el envejecimiento no programado. La primera de ellas es la **Teoría de la Acumulación de Mutaciones**, propuesta por Medawar en 1952 (Goldsmith, 2011), postula que el envejecimiento es el resultado de un exceso de enfermedades genéticas, cada una de las cuales plantea problemas a las células o al organismo, el cual decide que prolongar la vida no tiene ya ningún valor evolutivo. En segundo lugar, la **Teoría de la Pleiotropía Antagónica** propuesta por George Williams en 1957 (Goldsmith, 2011), postula que el envejecimiento es el resultado de un exceso de efectos adversos que son en realidad efectos secundarios ligados a genes que son beneficiosos al inicio de la vida, pero perjudiciales al final de esta. El concepto pleiotropía alude a la observación de que un gen produce múltiples efectos. Para Williams y para quienes se adhieren a esta teoría, el envejecimiento es inevitable y que la intervención médica en el envejecimiento es imposible. En tercer lugar, y para algunos el marco teórico sobre envejecimiento más completo e importante actualmente, la **Teoría del Soma Desechable** (*Disposable Soma Theory* en inglés) propuesta por Thomas Kirkwood en 1977, postula que el mantenimiento y reparación que requieren los mamíferos requiere grandes recursos y debe por lo tanto compensarse con los recursos necesarios para la reproducción. En esta compensación (*trade-off* en inglés) los organismos no pueden desarrollar al máximo los recursos para la longevidad (mantenimiento y reparación) porque son consumidos por la necesidad de reproducción. Para Westendorp y Kirkwood (2007), *la distinción entre tejidos somáticos y reproductivos es importante porque el linaje celular [germ line, en inglés] debe ser mantenido a niveles tales que permitan preservar la viabilidad a lo largo de las generaciones, mientras que el soma solo necesita ser mantenido para el que sobreviva una generación*. En resumen, se puede decir que el envejecimiento es simplemente la acumulación gradual a lo largo de la vida de sutiles fallos en las células y organismos del cuerpo (Westendorp & Kirkwood, 2007). Esta perspectiva del envejecimiento biológico pone en evidencia que los mecanismos que gobiernan el envejecimiento suceden a lo largo de la vida. Por lo tanto, es un proceso continuo que empieza en etapas iniciales de la vida y se desarrolla gradualmente. Y no es una fase específica de la vida que comience en la mitad o final de esta. Desde esta perspectiva se cuestionan, entonces, las muy extendidas categorías de ‘envejecimiento normal’ y ‘enfermedades asociadas a la edad’.

Es importante tener presente a estas teóricas ya que son la base los tratamientos médicos sobre (¿contra?) el envejecimiento. Estas teorías han permeado el discurso de los profesionales de la salud y de los no profesionales también: una forma más de medicalización del envejecimiento.

La Figura 1.2 resume las principales teorías biológicas del envejecimiento.

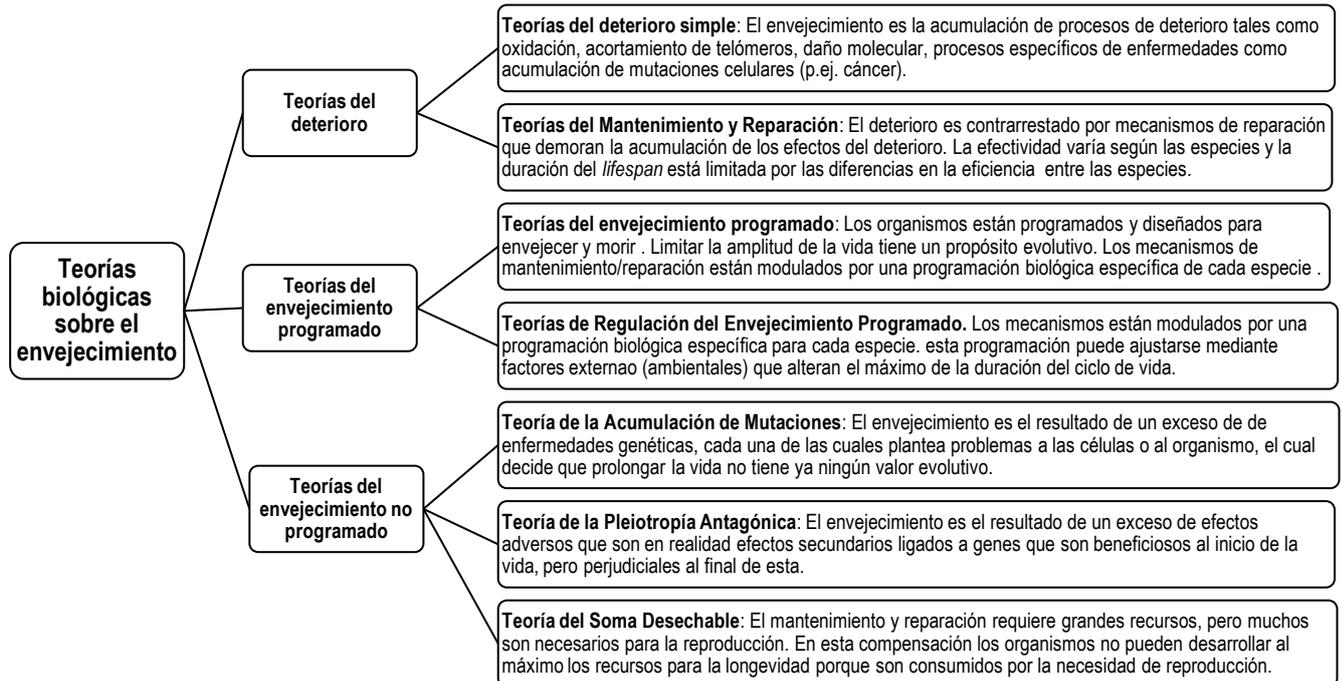


Figura 1.2 – Resumen de las principales teorías biológicas sobre el envejecimiento.

1.2 Teorías psicológicas sobre el envejecimiento

Desde esta perspectiva, los individuos tienen, hasta cierto punto, capacidad para moldear su propio proceso de envejecimiento de modo que sea una experiencia positiva ante un deterioro irreversible (Marcoen, Coleman & O'Hanlon, 2007) tanto físicamente como cognitiva, perceptual y emocionalmente. A través del uso de estrategias de adaptación adecuadas, los individuos pueden mantener, restaurar o mejorar un alto nivel (relativo) de bienestar subjetivo (Marcoen, Coleman & O'Hanlon, 2007). Hay tres preguntas básicas para la psico-gerontología que buscan generar un conocimiento que es fundamentalmente de naturaleza probabilística:

- ¿Qué cambios psicológicos asociados a la edad y no asociados a la edad ocurren en adultos de edad media y de edad avanzada?: La investigación busca describir los cambios psicológicos sucedidos en la segunda mitad de la vida de los individuos (Bengtson, Putney and Johnson, 2005). Para Marcoen, Coleman & O'Hanlon (2007), esta investigación genera una imagen normativa de la trayectoria psicológica del envejecimiento.
- ¿Por qué y cómo surgen estos cambios?: La investigación se debe concentrar en la explicación de estos cambios; identifica factores personales y ambientales que determinan el deterioro y la estabilidad en las diferentes dimensiones del funcionamiento psicológico.
- ¿Cuál es el significado diferencial de estos cambios?: Esta tercera pregunta busca interpretar críticamente la complejidad de los resultados generalizados que arroja la investigación en el contexto de la vida de los individuos envejecidos y como la vejez es afrontada y pensada dentro de la comunidad de individuos.

Sin hacer una revisión exhaustiva, se presentan solamente las teóricas contemporáneas que ya han superado o se alejan de la definición del envejecimiento únicamente como un periodo de declive y pérdida del funcionamiento cognitivo, un avance histórico en la teoría psicológica del envejecimiento (Baltes, Freund and Li, 2005).

Recuadro 1.1 – Las preguntas centrales de las teorías psicológicas del envejecimiento

- ¿Qué cambios psicológicos asociados a la edad y no asociados a la edad ocurren en adultos de edad media y de edad avanzada?
- ¿Por qué y cómo surgen estos cambios?
- ¿Cuál es el significado diferencial de estos cambios?

1.2.1 Teoría del desarrollo del ciclo de vida

La **Teoría del desarrollo del ciclo de vida** (*lifespan development theory*, en inglés) es quizás el marco teórico en la psicología del envejecimiento más completo y reconocido. Concibe al envejecimiento como un proceso multidimensional y multidireccional, que incluye la posibilidad del aumento, recuperación y aprendizaje de nuevas habilidades/estrategias en edades avanzadas (Baltes, Freund and Li, 2005). Esta teoría analiza el proceso de desarrollo psicológico a lo largo de la vida de cada individuo y postula que la secuencia de etapas de desarrollo que transita cada persona durante su vida está determinada por procesos biológicos y sociales (Pierce & Virpi, 2010), lo cual se refleja en la variabilidad intra-individual. Para esta teoría, el desarrollo psicológico sucede a lo largo de toda la vida, incluyendo la vejez, y la investigación se concentra principalmente en dicho desarrollo a nivel individual (Pierce & Virpi, 2010).

1.2.2 Optimización selectiva con compensación (SOC)

La Teoría del desarrollo del ciclo de vida ha permitido el surgimiento de una teoría psicológica general sobre el envejecimiento exitoso (*psychological theory of successful ageing*, en inglés) llamada **Teoría de la optimización selectiva con compensación (SOC)**, por su nombre en inglés: *selective optimisation with compensation theory*), propuesta fundamentalmente por Paul Baltes y Margaret Baltes (Baltes & Baltes, 1990). Para la SOC los individuos, a lo largo de su vida, buscan gestionar de manera exitosa las pérdidas y ganancias mediante tres estrategias básicas (Pierce & Virpi, 2010): selección de metas, optimización de los medios para lograr dichas metas y compensación mediante el uso de medios sustitutivos para mantener el funcionamiento cuando los medios previamente disponibles se pierden o no pueden utilizarse (Baltes, Freund and Li, 2005). Por ejemplo (Pierce & Virpi, 2010), cuando un individuo de edad avanzada se enfrenta recursos decrecientes debido a las pérdidas asociadas a la edad, puede desarrollar un proceso de selección de metas u objetivos que permitan un ajuste entre las necesidades personales y las preferencias también personales, las demandas y los recursos; mediante la optimización, identifica y utiliza los recursos para conseguir sus objetivos seleccionados y mediante la compensación contrarresta la pérdida o reducción de capacidades. De acuerdo a esta teoría, el proceso de optimización selectiva con compensación a lo largo de la vida permite a los individuos envejecer exitosamente; es decir, desarrollar una serie de tareas que son importantes para cada individuo a pesar de las restricciones debidas a una reducción de la energía o el funcionamiento (Baltes, Freund and Li, 2005).

1.2.3 Teoría de la plasticidad cognitiva

La **Teoría de la plasticidad cognitiva** se asienta tanto en la Teoría del desarrollo del ciclo de vida como en la SOC para postular que si el desarrollo humano representa la capacidad de adaptación de los individuos a lo largo de la vida, dicho desarrollo es modificable y plástico durante todas las fases del ciclo de vida y en todos los niveles: cerebral, conductual y sociocultural (Willis, 2010). Los estudios más recientes en plasticidad cognitiva subrayan la posibilidad del aprendizaje a edades avanzadas y el papel jugado por el entrenamiento cognitivo en mejoras conductuales (Pierce & Virpi, 2010). Desde esta teoría se le da una consideración importante al papel de la cultura en los cambios del desarrollo en edades avanzadas.

1.2.3 Modelo del convoy de las relaciones sociales

Finalmente, el **Modelo del convoy de las relaciones sociales** propone un desarrollo teórico para describir y explicar la influencia de las relaciones sociales en la salud y el bienestar. Desarrollado principalmente por Toni Antonucci (Antonucci & Akiyama, 1987), postula que la red social provee una base desde la cual diferentes tipos de apoyo social (ayuda, afecto, reconocimiento) pueden ser proporcionados (Pierce & Virpi, 2010). Desde esta teoría, es importante la valoración satisfactoria o insatisfactoria de dicho apoyo (percibido) más que el apoyo realmente prestado o recibido (Sánchez *et al.*, 2007).

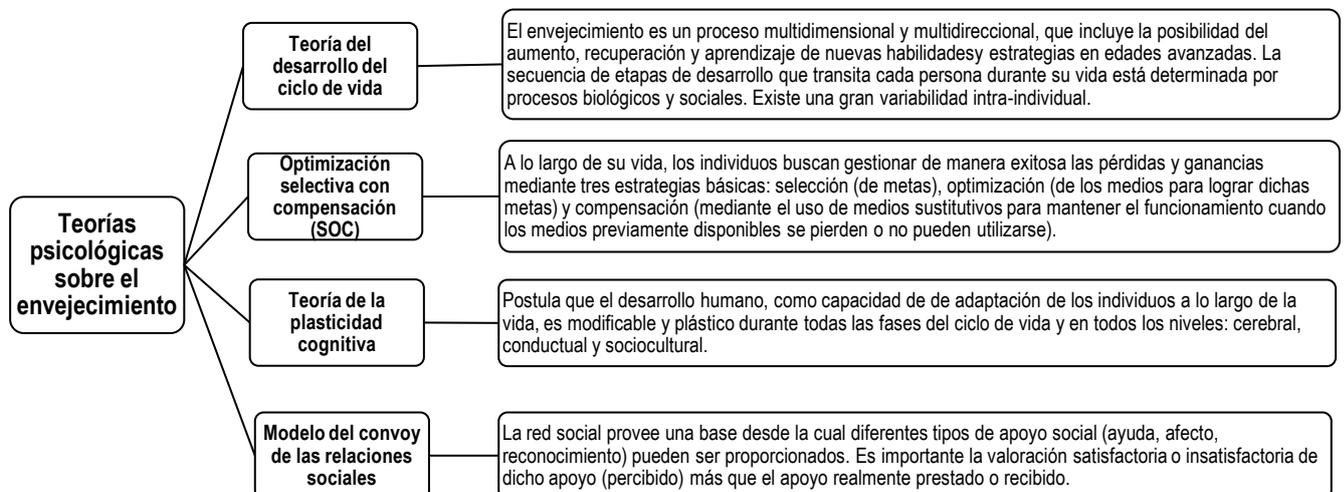


Figura 1.3 – Resumen de las principales teorías psicológicas sobre el envejecimiento.

1.3 Teorías sociológicas sobre el envejecimiento

La llamada gerontología social busca comprender el envejecimiento como una construcción social, económica y cultural (Phillipson & Baars, 2007); sin negar que existe una base biológica de este proceso. En definitiva, el objetivo es *analizar los procesos relacionados con el ‘hacerse mayor’ y como estos son interpretados por diferentes grupos de mujeres y hombres* (Phillipson & Baars, 2007),

tanto de manera individual como colectiva. Desde esta perspectiva se enfatiza una amplia definición de la relación entre 'edad' y 'sociedad'. Más que la vejez en sí misma, el foco de interés se pone en el envejecimiento a lo largo de la vida, es decir en el movimiento de los individuos a través del tiempo y a través de 'transiciones' socialmente estructuradas (p.ej., niñez, adolescencia, madurez, jubilación) (Hagestad, & Dannefer, 2001; Silver, 2007). La perspectiva de las ciencias sociales en el envejecimiento se interesa también en el impacto del cambio en cohortes de población que nacen, crecen, envejecen, mueren y son reemplazadas por nuevas cohortes (Phillipson & Baars, 2007). Por ello, el envejecimiento solo puede entenderse en el contexto de entornos sociales.

Esta misma interacción explica por qué las teorías sociales sobre el envejecimiento han surgido principalmente en las sociedades de Europa y Norteamérica: porque ha sido allí donde los entornos sociales se han visto más "envejecidos" que ninguna otra sociedad en el mundo. Las primeras teorías social sobre el sobre el envejecimiento surgen las décadas intermedias del siglo XX y sentaron las bases teóricas de las teorías más actuales. Se presentan ambas, las primeras y las actuales, brevemente.

De manera global, se pueden agrupar las primeras teorías sociales sobre el envejecimiento en tres (Phillipson & Baars, 2007):

- Acercamiento al envejecimiento como un problema individual y social (desde finales de la década de 1940 a la década de 1960)
- Tratamiento del envejecimiento como un asunto económico y de empleo (desde los años 70 hasta los años 80)
- Construcción del envejecimiento como un asunto y preocupación global (años 90 y actual)

A pesar de estar plenamente identificadas en el tiempo, estas tres perspectivas pueden nutrir algunos de los discursos y prácticas sobre envejecimiento y personas mayores que compiten hoy día por dar un hilo argumentativo a la evidencia científica en salud, política, medicina, economía, etc. Por ejemplo, las discusiones sobre el empleo y la jubilación se actualizan y revitalizan cíclicamente, pero hoy día unidas a la migración internacional. Del mismo modo, en el análisis del incremento de las enfermedades crónicas debido al envejecimiento, se contraponen dos discursos: el de la responsabilidad individual por decidir y modificar el estilo de vida; y el de los determinantes sociales de la salud que condicionan como los individuos construyen sus estilos de vida (OMS, 2010).

Recuadro 1.3 – Temas centrales de las teorías sociológicas de envejecimiento

- El envejecimiento como una construcción social, económica y cultural.
- El envejecimiento a lo largo de la vida, es decir el movimiento de los individuos a través del tiempo y a través de 'transiciones' socialmente estructuradas.
- Tres grupos de teorías desde mediados del siglo XX:
 - 1- Acercamiento al envejecimiento como un problema individual y social (desde finales de la década de 1940 a la década de 1960)
 - 2- Tratamiento del envejecimiento como un asunto económico y de empleo (desde los años 70 hasta los años 80)
 - 3- Construcción del envejecimiento como un asunto y preocupación global (años 90 y actual)

Las primeras teorías sociales sobre este tema reflejan los cambios en la relación entre envejecimiento e instituciones sociales y como las aproximaciones teóricas explicaban la relación entre el envejecimiento individual y las instituciones sociales y económicas. Para entender mejor esta relación, se explican en el siguiente apartado cada una de estas primeras teorías.

1.3.1 El envejecimiento como un problema individual y social

Para entender el porqué del acercamiento al envejecimiento como un problema individual y social (desde finales de la década de 1940 a la década de 1960), se debe subrayar que después de la Segunda Guerra Mundial se produjo en los países europeos y en Estados Unidos un importante debate sobre el cambio demográfico y la construcción del Estado de Bienestar (Estes, Biggs, & Phillipson, 2003). De allí que el envejecimiento se percibiera como un problema social respondido con un sistema de pensiones y condiciones de jubilación dentro de dicho Estado de Bienestar. Debido a que la jubilación y la vejez eran percibidas como asociados a una pérdida de empleo, menos ingresos, problemas de salud y necesidades sociales crecientes, los principales intereses de la investigación social desde esta perspectiva estuvieron fundamentados en el marco teórico del estructural-funcionalismo desarrollado por Parsons (1951) y otros. Este marco teórico era complementario a la perspectiva biomédica sobre el envejecimiento vigente. Ambas contribuyeron a la construcción de la vejez como con problema médico y social. La perspectiva del envejecimiento como problema se tradujo en dos modelos teóricos.

1.3.1.1 Teoría de la actividad en el envejecimiento

En primer lugar, la **Teoría de la actividad en el envejecimiento** (*activity theory of ageing*, en inglés), cuyos mayores exponentes fueron Havighurst y Albrecht (Phillipson & Baars, 2007), sostiene que la satisfacción de los individuos con la vida está directamente relacionada con su grado de interacción social o nivel de actividad social y, por lo tanto, el foco de atención estaba centrado en cómo mantener a las personas mayores “activas” en la sociedad. Un resabio de la influencia de esta teoría la encontramos hoy día en el principal producto teórico de la Organización Mundial de la Salud en materia de envejecimiento: el Marco Político del Envejecimiento Activo (OMS, 2002); aunque en este marco se identifica la influencia de otras corrientes teóricas que más adelante se explicarán, como por ejemplo la teoría del curso de vida.

1.3.1.2 Teoría de la desvinculación

En segundo lugar, la **Teoría de la desvinculación** (*disengagement theory*, en inglés) dominó la producción teórica y la investigación empírica sobre envejecimiento durante las décadas de 1960 y principios de la de 1970. Con la publicación de ‘*Growing Old: The Process of Disengagement*’ en 1961 por Elaine Cumming y William Henry (1961), y prólogo de Talcott Parsons, se produjo un gran avance teórico desde el punto de vista del estructural-funcionalismo. Para esta teoría, las instituciones sociales promueven la desvinculación para el beneficio tanto del individuo como del sistema social

pues beneficia el mantenimiento de su organización y permite su reproducción (ver apartado “1.1.2 Teorías del envejecimiento programado”). La hipótesis central de esta teoría apunta a que la vejez es un periodo en el que el individuo que envejece y la sociedad en la que vive se vinculan en un proceso de mutua separación (p.ej., jubilación como desvinculación del mercado de trabajo) y que, dada la decreciente ‘energía vital’ durante la vejez, los individuos se vuelven cada vez más ensimismados y menos receptivos a los controles normativos. Esta estrategia es un mecanismo de sobrevivencia para mantener un estado de vida compensado al no poder responder con total vitalidad a todas las demandas normativas si no siguiese el proceso de desvinculación (p.ej., las exigencias físicas de muchos empleos no se adaptan a la progresiva edad de los individuos, ya que está justificado – incluso medicamente– que los individuos a determinada edad ya no deben realizar determinadas tareas y si se empeñan en hacerlas, las harán incorrectamente al no poder responder a las exigencias que dicha tarea plantea). Las principales críticas a esta teoría, tanto desde la geriatría y la gerontología como desde otras disciplinas, apuntaban a que la evidencia recogida en la investigación que sirvió de base a esta teoría incluía a individuos que no se habían ‘desvinculado’ de la sociedad (es decir, personas mayores laboralmente activas o con una vida social intensa y lejos del ensimismamiento). Sin embargo, la Teoría de la desvinculación constituyó un punto de inflexión en la gerontología social al hacer visible y necesario el papel de la teoría en la investigación y la práctica (Phillipson & Baars, 2007). De hecho los procesos de crítica a esta teoría generaron nuevas teóricas, entre ellas: la **Teoría de la modernización** (Cowgill & Holmes, 1972), la **Teoría del intercambio** (Dowd, 1975), las **Perspectivas del curso de vida** (*life course perspectives*, en inglés) (Neugarten & Hagestad, 1976), la **Teoría de la estratificación por edad** (Riley *et al.*, 1972) y la Teoría del Rol (Townsend, 1957), algunas de las cuales se discutirán más adelante.

Para Phillipson y Baars (2007), el uso de la Teoría de la desvinculación para sustentar trabajos empíricos en Europa fue limitado y ha sido Teoría de la Actividad la más extendida. Ambas fueron sin embargo, muy influyentes en la configuración del envejecimiento como un problema social: entender el ‘hacerse mayor o viejo’ como una discontinuidad de la experiencia y las actividades previas. Sin embargo, ambas teorías (es decir, la perspectiva del problema social) no consideró en ningún momento el impacto de la estructura social en la vida de las personas mayores (Phillipson & Baars, 2007), es decir cómo influye en el proceso de envejecimiento vivir en una sociedad o en otra. Por el contrario, los estudios sustentados en esta perspectiva enfatizaron el ajuste de los individuos a la sociedad (Marshall, 1989; citado en Phillipson & Baars, 2007). A partir de la década de 1970, se empieza a estudiar la relación entre las biografías individuales y los eventos históricos y como estos influyen en los primeros a lo largo de la vida. El primer hito de esta corriente lo marco la publicación de ‘Hijos de la Gran Depresión’ (*Children of the Great Depression*, en inglés) por Glen Elder en 1974: el primer estudio longitudinal de las cohortes de la Depresión de 1929⁹.

⁹ Este tipo de estudios, remozados con nuevas teorías y fortalezas metodológicas, continúan siendo de gran importancia para la investigación mundial sobre el envejecimiento. Por ejemplo el proyecto SHARE (Survey on Health and Retirement in Europe) es un estudio longitudinal sobre personas mayores de 50 años en 11 países y que se encuentra en la tercera oleada. En la última (18.741 individuos) se incluyen historias de vida (SHARE LIFE) además de las variables sobre salud, pensiones y otras cuestiones. Otros estudios importantes de alcance nacional son el HRS (Health and Retirement Study) en Estados

1.3.2 El envejecimiento como un asunto económico y de empleo

La creciente evidencia de que las personas mayores jubiladas no se ‘desvinculaban’ de la sociedad o que se sentían satisfechas a pesar de no estar participando tan activamente en la sociedad como antes de su jubilación contribuyó a nueva producción teórica para encontrar las respuestas que la Teoría de la desvinculación y la Teoría de la actividad no proporcionaban. De hecho, la jubilación en sí misma y el creciente número de personas jubiladas concentraron los temas principales de las teorías sociales del envejecimiento en los años de las décadas de 1970 y 1980, ayudados por la crisis económica (y de empleo) de la primera mitad de la década de 1970 (Phillipson & Baars, 2007) y la proliferación de comunidades de jubilados en Estados Unidos. En consecuencia, las jubilaciones forzosas (sobre todo en Europa del Norte y el Reino Unido) condujo a nuevas áreas de estudio, pues tal y como explica Alan Walker, *‘las prejubilaciones reconstruyeron la vejez al pasar de un simple estatus asociado a la edad con un solo punto de entrada único [las pensiones por trabajo] a una categoría más amplia que abarca desde edades de los 50 años hasta la muerte’* (Walker, 1999: 371 – traducción propia). En este momento, nace en Francia (Walker, 1999) la distinción –a fuerza de necesidad– entre la llamada ‘tercera edad’ (50-74 años y la ‘cuarta edad’ (75 años y más); una distinción cuyas borrosas fronteras se continúan redefiniendo conforme la proporción de personas mayores de 80 y 90 años siguen creciendo y la de 50 y 60 años se espera que disminuya en el futuro, aunque seguirá siendo proporcionalmente mayor a la primera (NU-DESA 2005).

En esta contexto, nuevas teorías empezaron a ocupar el espacio dejado por el estructural-funcionalismo (aunque algunas se nutrían de él): por ejemplo, teorías sobre el envejecimiento emparentadas con el interaccionismo simbólico, la Teoría del rol re-examinada, la Teoría de la actividad re-examinada, la teoría de la selectividad socio-emocional, las teorías del curso de vida, modelos político económicos y otros estudios de cohortes (Phillipson & Baars, 2007).

Esta suerte explosión de teorías en el campo del envejecimiento y en general del estudio de la estructura social y los individuos condujo a Dawe (1970), en su renombrado artículo *“The Two Sociologies”* a proponer una distinción entre lo que él llamó la ‘primera’ sociología y la ‘segunda’ sociología. La primera estaba mejor representada por la perspectiva funcionalista que daba prioridad al sistema social por encima de los individuos y que veía a las normas sociales no solo como regulatorias, sino también como constitutivas del individuo (Dawe, 1970). La segunda postulaba el orden social como *‘una creación de sus miembros, [como] el producto de su construcción de significados y de la acción y relaciones a través de las cuales intentan imponer dichos significados en situaciones históricas’* (Dawe, 1970: 214). Esta segunda puede verse como una reacción contra las perspectivas ‘sobre-socializantes’ del individuo, que le concibe como un simple receptor pasivo

Unidos, el ELSA (English Longitudinal Study) en Inglaterra, el TILDA (The Irish Longitudinal Study on Ageing), el CRELES (Costa Rica Estudio Longitudinal sobre Envejecimiento y Salud) y el ELES (Estudio Longitudinal Envejecer en España) que ya ha completado su piloto y se espera que lleve a cabo la primera oleada en 2012-2013. Existen múltiples estudios longitudinales a nivel local o regional, o para poblaciones específicas (p.ej., monjas, inmigrantes, niños nacidos en un año particular, etc.) en varias partes del mundo, la mayoría países de ingresos altos (*high income countries*) según al denominación de la OCDE (2011).

(internalizador) de valores y normas y que sigue roles sociales establecidos y estables (Phillipson & Baars, 2007).

1.3.2.1 Teoría de la estratificación por edad

Aunque no hay una distinción tal radical entre una y otra perspectiva en la gerontología social, desde este campo la mayor contribución es la **Teoría de la estratificación por edad** (*Age stratification Theory*, en inglés) cuyo mayor exponente fue Matilda White Riley. Aunque muy asentada en el funcionalismo, aportó un marco teórico de mayor alcance (muy útil posteriormente) sobre teoría y análisis de cohortes de nacimiento y de las perspectivas de curso de vida; y también realizó un aporte muy importante sobre la influencia de la estructura social en el individuo y no solamente el ajuste de este a la primera (clásica perspectiva funcionalista). En breve, para la Teoría de la estratificación por edad los miembros de diferentes cohortes son concebidos como ‘estratos de edad’ o ‘grupos etarios’, cuyos miembros presentan diferencias que no son solo debidas a la edad sino también con respecto a las experiencias históricas a las que han estado expuestos; por ejemplo, la experiencia de ser una abuela o un abuelo de personas de 70 años de una cohorte nacida en 1900 será muy diferente de la experiencia de ser abuela o abuelo de personas de 70 años nacidas en 1940; asimismo, la experiencia de ser una persona de veinte años en 1940 en España no es la misma que una persona de veinte años en 2011. Este hecho, en apariencia ‘lógico’ no estaba tan claro en la teoría y se concebía al envejecimiento como una experiencia universal y lineal; y las personas mayores (sin distinción de edad) se les concebían como homogéneas al hablar de “todas” las personas mayores como un grupo único. Se identifica entonces el papel de la edad como un mecanismo de regulación del comportamiento dentro de la estructura social y también la influencia de cohortes de nacimiento (el grupo al que se pertenece, la “generación”) en el proceso de cambio social (Riley, 1987). Estos principios básicos luego fueron fundamentales para la teoría del curso de vida. Sin embargo, también es esta la puerta por donde entran las mayores críticas a esta teoría: (i) la exageración del rol de la edad como estatus y criterio en la distribución económica y social; (ii) la nula atención a las diferencias dentro de las cohortes (las “generaciones” no son homogéneas); y, (iii) la retención de premisas del funcionalismo sobre el determinismo de la estructura social y el funcionamiento de los sistemas sociales y las instituciones, ya que no teoriza sobre el papel e influencia de las actitudes o la personalidad o la autonomía (Phillipson & Baars, 2007).

1.3.2.2 Teoría del curso de vida

Es la **Teoría del curso de vida** (*life course theory*, en inglés) la que asume el legado de la teoría de la estratificación y la desarrolla más profundamente. Para la Teoría del curso de vida los individuos y las cohortes son concebidos en términos de fases durante toda su vida, que son influidas por factores históricos, sociales, económicos y ambientales en fases previas de su propia vida. En este sentido la teoría del curso de vida construye un puente entre el micro y el macro análisis social al considerar la relación entre la estructura social, los procesos sociales y los estados socio-psicológicos (George, 2001). Passuth y Benstong (2007) identifican los principales elementos que conforman esta teoría: (i) el envejecimiento ocurre desde el nacimiento hasta la muerte –distinguiendo así a esta teoría de otras

que se ocupan exclusivamente en las personas mayores–; (ii) el envejecimiento implica procesos biológicos, psicológicos y sociales; y, (iii) la experiencia de envejecer está esbozada por factores históricos. De este modo, esta teoría enfatiza la influencia de las cohortes de nacimiento en la construcción del curso de vida y del envejecimiento en sí mismo.

Con el declive del funcionalismo en la década de 1980, las dos teorías heredadas (la Teoría de la estratificación por edad y la Teoría del curso de vida) convivieron con otras corrientes y continúan haciéndolo, junto con otras perspectivas como la economía política en la gerontología.

1.3.2.3 Construcción social del envejecimiento

A la perspectiva de la economía política en la gerontología se le conoce como **Construcción social del envejecimiento**, uno de cuyos mayores exponentes es Carol Estes, a quien le debe las primeras elaboraciones teóricas sobre este enfoque. Estes (1979) sostiene, por ejemplo, que los mayores problemas de la población mayor son aquellos que están socialmente contruidos, resultado de nuestras concepciones del envejecimiento y de las personas mayores. En pocas palabras, los problemas de las personas mayores son los problemas que creamos para estas personas. Para esta corriente, los procesos de construcción social suceden en todos los ámbitos (micro nivel y macro nivel), pero también en un meso nivel (el de las organizaciones que operan entre el micro y el macro nivel); por ejemplo entre el individuo y el sistema sanitario media su red familiar u organizaciones de personas mayores

1.3.3 El envejecimiento como un asunto y preocupación global

Cuando la percepción del envejecimiento como una amenaza a las economías occidentales empezó a calar en el discurso de la década de 1980, empezó también la erosión o ‘reducción’ de aquellas áreas del Estado de bienestar relacionadas con las personas mayores: pensiones y seguridad social, a la vez que las jubilaciones anticipadas comenzaban a ser ‘mal vistas’, a pesar de haberse promovido años atrás (Estes, Biggs & Phillipson, 2003). Comienza entonces el llamado de los gobiernos y de otros actores sociales hacia las generaciones de Baby-Boomers (en España vendrá con 15-20 años de dilación) para que permanezcan tantos años como les sea posible como trabajadores activos y para que retrasen su jubilación (Phillipson & Smith, 2005). Este discurso está fuertemente respaldado por organismos internacionales del ámbito financiero y económico (Estes Biggs & Phillipson, 2003).

1.3.3.1 Gerontología Crítica

En este contexto la **Gerontología Crítica** presenta dos corrientes para teorizar sobre esta situación: una enfocada en las raíces de la inequidad en la vejez y otra enfocada en el significado y la subjetividad en las edades avanzadas. Dannefer (2006 citado en Phillipson & Baars, 2007: 78) llama a la primera la corriente estructural y a la segunda la corriente hermenéutica. Con respecto a la primera, ha teorizado e investigado mucho con respecto a los diferentes elementos que contribuyen a la ‘dependencia estructural’ de la vejez, un término acuñado por Townsend (1981) para expresar el

resultado de la exclusión forzada del mercado de trabajo, modalidades pasivas del cuidado en la comunidad/hogar y el impacto de la pobreza en las personas mayores. El estudio de la dependencia se orientó hacia la investigación en relación con la desigualdad social, por un lado, y al papel del estado en la producción de dicha desigualdad, por el otro. La clase social se convirtió entonces en una categoría central para el análisis de las desigualdades sociales, por ejemplo en la salud de las personas y su relación con la edad (Walker & Foster, 2006). Esto ha contribuido a la deconstrucción de la homogeneidad de las personas mayores como un solo grupo y a mostrar que dentro de las llamadas personas mayores, sea cual sea el punto de partida en edad, hay diferencias debidas a la clase social; esta perspectiva es la que alimenta actualmente la posición de la Organización Mundial de la Salud en relación con los determinantes sociales de la salud y su papel en la (re)producción de las inequidades y desigualdades en salud (OMS, 2002; 2010). Esta perspectiva contrasta radicalmente con la teoría funcionalista que concebía a la vejez como un status uniforme y permitía la separación entre vejez y jubilación como dos categorías que hacen referencia a dos procesos diferenciados, pero relacionados. Finalmente, la teoría de la gerontología crítica ha contribuido a entender cómo se interrelacionan la clase social y la edad con otras divisiones sociales como la raza y el género. A la conjunción e interacción de de estos factores se le conoce como 'sistemas interconectados de desigualdad' (*interlocking systems of inequality*, en inglés) (Holstein & Minkler, 2003: 790).

1.3.3.2 Modelo de las Ventajas y Desventajas Acumuladas (CAD)

La corriente estructural de la Gerontología Crítica está emparentada con el **Modelo de las Ventajas y Desventajas Acumuladas** conocida como **CAD** (*Cumulative advantages and disadvantages theory*, en inglés) que es una extensión de la Teoría del curso de vida. Dannefer (2003: 327) define la ventaja/desventaja acumulada como '*tendencia sistemática hacia la divergencia interindividual en una característica concreta (p.ej., riqueza, salud, estatus) a lo largo del tiempo*' (traducción propia). En gran medida, esta perspectiva es la base de los actuales estudios e investigación en las **Desigualdades e Inequidades en Salud** y del reconocimiento global de los Determinantes Sociales de la Salud (Merlo, 2011; Halfon, Larson & Russ, 2010; OMS, 2010). El modelo CAD postula que hacerse mayor o 'viejo' es un proceso colectivo de estratificación intra-cohortes, ya que los procesos sociales permiten la acumulación de ventajas en el tiempo de vida para algunas personas ('*las oportunidades crean más oportunidades*') y de desventajas para otras personas. La mayor contribución del CAD es teorizar sobre como las desigualdades tienen la tendencia a profundizarse conforme avanza el envejecimiento¹⁰ (Dannefer, 2003). Algunos autores postulan que no solo las ventajas y desventajas en las primeras épocas de la vida perfilan la desigualdad entre individuos, sino también y sobre todo los recursos (disponibles o no, accesibles o no) y los eventos en la edad media,

¹⁰ Este es el conocido "Efecto Mateo" (Mathew Effect, en inglés) elaborado por Robert Merton (1958) para explicar porque en las ciencias la brecha entre autores más citados y menos citados se incrementa conforme avanza el tiempo. El Efecto Mateo ha servido para explicar porque los que más tienen (recursos, salud, prestigio, redes, etc.) tienden a crecer más que lo que menos tienen. Aunque en su base es un metáfora a partir de un pasaje bíblico en el evangelio de Mateo, ha resultado ser un concepto muy útil para explicar porque las desigualdades en salud, por ejemplo, tienen a incrementarse en el tiempo conforme las personas envejecen y, así, individuos con mejores condiciones de salud en su juventud con respecto a otros individuos de su mismo grupo tienden a incrementar su ventaja con forme avanzan en edad.

los cuales que tienen un mayor efecto en las desigualdades económicas y de salud en la vejez (OMS, 2010; Phillipson & Baars, 2007). Con todo, el Modelo CAD ha probado ser de utilidad en el estudio de las desigualdades/inequidades de salud y existe amplia evidencia que lo sustenta. Dicha evidencia ha demostrado que las ventajas y desventajas acumuladas constituyen un elemento central del envejecimiento y no una variabilidad debida al azar (Dannefer, 2003).

1.3.3.3 Envejecimiento, gerontología crítica y globalización

En paralelo al Modelo CAD, la gerontología crítica continuó desarrollando sus marcos y perspectivas teóricas. En la última década del siglo XX, la identificación y el reconocimiento de la globalización produjo reflexiones dentro de todas las disciplinas científicas, no solo las relacionadas con la gerontología, pues hasta ese momento muchas de las investigaciones empíricas se basaban en individuos cuya experiencia se circunscribía mayoritariamente a un contexto geográfico determinado (países industrializados o llamados de altos ingresos). Por ello, la expansión y extensión de los medios de comunicación/información y del transporte, el re-surgimiento de las enfermedades infecciosas, el reconocimiento de la epidemia global de las enfermedades crónicas, el reconocimiento de diferentes formas de envejecer y de marcos normativos de envejecimiento en lugares donde no se ha estudiado la vejez (los países menos desarrollados o en pobreza) han sido todos elementos que han obligado a repensar la fundamentación empírica de las investigaciones sobre envejecimiento y personas mayores, especialmente aquellas asentadas en marcos teóricos que conciben la edad como un estatus uniforme o a envejecimiento como un modelo universal. De ahí que conceptos como 'envejecimiento normal', 'envejecimiento patológico', 'envejecimiento con éxito', entre otras, estén hoy sujetas a debate porque poseen una carga normativa, valorativa y lineal muy importante en contextos geográfico, sociales e históricos específicos, sobre todo en sociedades capitalistas 'occidentales'.

Envejecimiento, gerontología crítica y globalización constituyen entonces una triada que analiza los cambios demográficos y poblacionales que ocurren actualmente en todos los países del mundo, que explica porque el modelo de envejecimiento de la Teoría de la Desvinculación o de la Modernización no se expandió al resto de las sociedades que no fueran la europea o la estadounidense, que visibiliza la existencia de modelos de envejecimiento no normativos ('alternativos') y nuevas identidades como persona mayor tanto en las sociedad capitalistas occidentales como en los llamados 'países del tercer mundo', y que visibiliza a las personas mayores en procesos o situaciones tales como la migración internacional, los conflictos bélicos, los desastres naturales, etc., y a que a pesar de estas diferencias presentan estados de salud similares (y en algunas casos, mejores) que las personas mayores en las sociedades de economías más avanzadas.

La Figura 1.4 muestra un esquema de las principales teorías sociológicas del envejecimiento. En este caso, no se explican brevemente como en las anteriores (teorías biológicas y teorías psicológicas) dado que son muchas más y que se han detallado con mayor profundidad en el desarrollo del texto.

Actualmente, la investigación gerontológica social y sanitaria es interdisciplinaria en su mayor parte. La teoría es necesaria para investigar y por lo tanto en el momento actual y futuro, con un envejecimiento poblacional tan pronunciado la teoría es aún más necesaria. Sin embargo, cada vez

hay más condiciones y presiones en contra del desarrollo teórico, no solo en la gerontología social, sino en muchas disciplinas. Tal y como apuntan Hagestad y Dannefer (Ulrich Mayer, 2009), el estatus y valor de la teoría está constantemente sometido a pruebas de resistencia ante presiones por el estudio del envejecimiento como solamente evaluación de políticas públicas o como enumeración de las condiciones asociadas a las personas mayores, la mayoría de las veces condiciones de salud. Este fenómeno se ha denominado 'micro-ficación' (*microfication*, en inglés) (Phillipson & Baars, 2007) para explicar el interés por estudiar (sin llegar a investigar científicamente) las condiciones e interacciones de un individuo, cada uno por separado, sin tomar en cuenta el contexto social, sanitario e histórico en el que ese individuo o individuos se desarrollan. Dado que la salud es un proceso de construcción individual y social es necesario teorizar en su estudio para explicar mejor porque los individuos como personas mayores presentan diferencias de salud tan grandes. El siguiente apartado tratará sobre este tema.

Sin embargo, es necesario también señalar que a pesar de los avances por entender el envejecimiento y teorizar desde las corrientes biológicas, psicológicas y sociológicas, persisten vacíos y supuestos que detienen la producción teórica y la investigación empírica. Uno de estos vacíos de investigación se refiere a las formas no normativas de envejecer, que está a su vez relacionado con el supuesto de que las personas mayores (no el envejecimiento) son bastante homogéneas (de nuevo el envejecimiento normativo).

Es difícil y arriesgado establecer una definición del envejecimiento normativo sin unir teoría, hechos y datos. En el capítulo 3 se ahondará en este tema, pero valga la pena adelantarse para subrayar que en el modelo de cuidados mediterráneo (Pommer, 2007; Tobio, 2010), las personas de edad adulta siguen un recorrido de vida que les prepara para el envejecimiento según este modelo:

- (fases previas a la edad adulta: recepción de cuidados en infancia/juventud, estudios, acumulación de ventajas y desventajas...)

- incorporación al mercado laboral para preparar la pensión de jubilación (las mujeres mayores actuales no han seguido este patrón, al contrario de las mujeres jóvenes actuales; acumulación de ventajas y desventajas, y primeros impactos/efectos de la acumulación...)

- conformación de una familia (prepara la red de cuidados en el envejecimiento, acumulación de ventajas y desventajas, y sus impactos/efectos ...)

- jubilación (vuelta al cuidado de otros y a recibir cuidados si es necesario, acumulación de ventajas y desventajas, y sus impactos/efectos ...)

- muerte (acumulación de ventajas y desventajas expresadas en la muerte, por ejemplo, desigualdades sociales en mortalidad.)

Un caso paradigmático de envejecimiento no normativo es el caso de las personas de media edad (50-64 años) y mayores (65 y más años) cuya sexualidad no es normativa; por ejemplo, mujeres y hombres gays, lesbianas, bisexuales o transexuales que llegan a edades avanzadas haciendo un recorrido diferente al de las personas que se ajustan más a un modelo normativo. En muchas ocasiones, y como se verá en siguientes apartados, no llegan a edades tan avanzadas en las mismas condiciones que sus pares heterosexuales.

Debido a factores históricos, este grupo de personas mayores (llamadas LGBT por las siglas en lesbiana, gay, bisexual y transexual) ha seguido un recorrido con muchas más restricciones que en la actualidad y eso impacta en las ventajas y desventajas que han acumulado a la largo de su vida, así como en los comportamientos de salud que han seguido (o que han podido seguir), así como en las expectativas de cuidado cuando sean mayores. Si ya lo son, cuando avance la edad y pueda presentarse alguna necesidad de cuidado sus respuestas y posibilidades pueden diferir. Para abordar la investigación sobre estas diferencias en salud, es necesario tener una base teórico-conceptual rigurosa y amplia. Esta ha sido la razón de la revisión las principales teorías sobre el envejecimiento: para poder diseñar una estrategia de investigación, de recolección de datos y de su análisis.

Para finalizar este apartado, se presentan a continuación de manera resumida los marcos teóricos más importantes que, desde de la gerontología social, se han construido sobre este tema. Todos ellos nacen de las teorías sociológicas del envejecimiento.

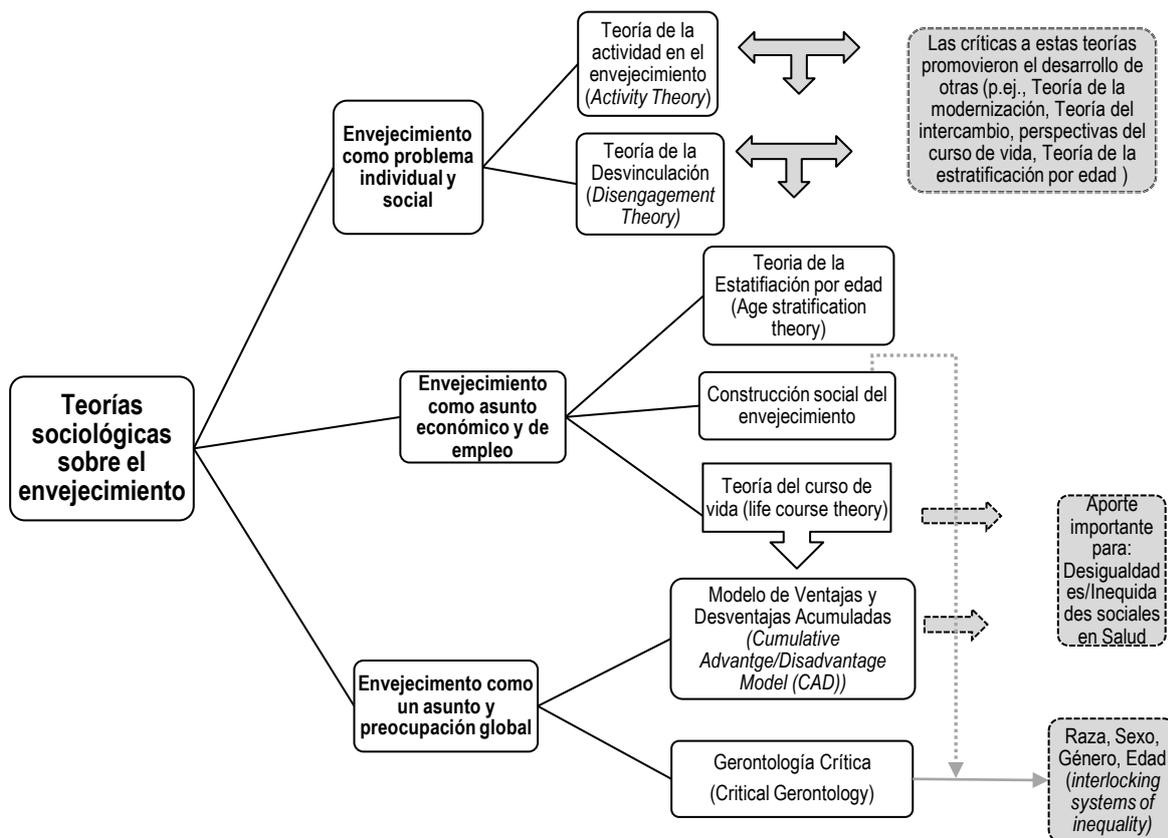


Figura 1.4 – Resumen de las principales teorías sociológicas sobre el envejecimiento

2 Envejecimiento de personas lesbianas, gays, bisexuales y transexuales desde la gerontología

La gerontología ha teorizado poco al respecto y ha estudiado mucho menos a este grupo de población. En gran medida, esto es resultado de dos factores. Por un lado, la dificultad para acceder a esta población debido al estigma mismo de hacerse visible en el caso de los participantes y a los estigmas patologizantes que han prevalecido asociados a estas orientaciones e identidades sexuales, muchas veces reforzados por la misma medicina y, en consecuencia, por la gerontología también. En segundo lugar, y derivado del anterior, la invisibilidad de estas poblaciones hace difícil la construcción de teoría de base empírica y sin teoría no hay investigación científica, por lo que el 'aventurarse' al estudio de esta temática colocaba a las y los investigadores en una situación complicada. Asimismo, y como un tercer factor, que debería estar fuera de la actividad científica, el hecho mismo de que posiblemente investigar sobre este tema puede estigmatizar también a los propios investigadores.

El envejecimiento de lesbianas, gays, bisexuales y personas transgénero (LGTB) es una nueva área de investigación y un nuevo fenómeno (Rosenfeld, 2010). Tal y como explica Rosenfeld, para dar una panorámica de por qué es importante investigar sobre este campo desde la gerontología:

A lo largo del último siglo, las relaciones entre personas del mismo sexo han sido construidas, reguladas y experimentadas en múltiple formas. Desde la invención del homosexual moderno (Foucault, 1990; Plummer, 1981) hasta la criminalización, medicalización y desmedicalización (Conrad & Schneider, 1992) de la homosexualidad, o hasta la creación del 'homosexual o lesbiana liberado' en la décadas de 1960 y 1970 y del "queer" en la de 1990, las minorías sexuales y de género han envejecido en múltiples culturas con diferentes discursos históricos y distintivos sobre la individualidad [self, en inglés] sexual. Las relaciones entre personas del mismo sexo también se desarrollan en contextos socio-políticos muy diferentes, los cuales posibilitan, constriñen y, muy frecuentemente, sancionan la expresión sexual y sus relaciones. En consecuencia, ser "gay" –y ser un "gay mayor" – en una época tiene implicaciones muy diferentes que en otras épocas para la individualidad [self, en inglés], la identidad, las redes sociales, la situación financiera y demás. (pág. 226, traducción propia)

Lo mismo, evidentemente, puede decirse de cualquier criterio de estratificación grupo: la raza, el género, la clase y la pater/mater-nidad están todas histórica y contextualmente configuradas, y las lecciones aprendidas y las acciones llevadas a cabo en cualquier punto del ciclo vital, según cada época, tienen consecuencias que de manera dinámica se despliegan a lo largo de la vida y, por supuesto, en la vejez. En este sentido, las personas mayores LGB (y en menor medida las transgénero) han sufrido la más radical transformación durante su ciclo vital que cualquier otro grupo de personas a lo largo del último siglo: de ser encarcelados o tener vedado el derecho a formar una familia o a trabajar (y por lo tanto construir una pensión, acceder a la seguridad social o una red de apoyo para la vejez) a encontrarse en una estructura social, médica y política en el que muchos de estas desventajas acumuladas (Dannefer, 2003) no son tan fuertes para las personas jóvenes LGB actuales, pero que para las personas mayores LGB actuales son aún más evidentes aún, ya que están viviendo sus impactos o efectos.

Recuperando a Rosenfeld (2010), el envejecimiento LGBT es tema relevante para la gerontología y la geriatría y una ventana al impacto de los cambios sociales en la vida en edades avanzadas en áreas como la salud, la identidad, las relaciones y redes sociales, y, dado el estatus incierto de las relaciones entre personas del mismo sexo, los derechos de ciudadanía y su impacto en la provisión de cuidados socio-sanitarios, en los comportamientos de salud, etc. Para Herdt y Vries (2004), los estudios sobre envejecimiento LGB ofrecen una oportunidad para expandir el espacio conceptual de la gerontología (social) más allá de su tradicional, casi tácito, asiento en una visión heterosexual de los modelos de convivencia, identidades y temas de investigación que no son solo inaplicables a las personas homosexuales, pero que cada vez son también menos aplicables a las personas heterosexuales. Este es sobre todo relevante a la hora de analizar, por ejemplo, modelos de convivencia (dentro de estas, en especial las estructuras familiares), en el que tanto las personas heterosexuales como las que no son han construido en muchas ocasiones 'familias propias' (Herdt y Vries, 2004). Estas particularidades deben ser tomadas en cuenta a la hora de investigar su impacto en salud.

En general las personas mayores LGB han experimentado su envejecimiento a lo largo de la vida de una manera particular, debido a los desafíos que les planteaba su identidad al "hacerse mayor" en un ambiente particularmente opresivo; la reacción de las personas heterosexuales a su homosexualidad del sistema legal y social. Este, se estima, puede haber afectado su auto-percepción y su bienestar mental en un contexto médico y de cuidados específico y adverso. Asimismo se han enfrentado a la sistemática negación para las personas homosexuales de derechos como beneficios de viudedad, el derecho al trabajo, el derecho a tratamiento de salud, y el edadismo (*ageism*, en inglés) dentro de la comunidad LGB (algo a lo que se enfrentan toda las personas mayores). En este sentido, la teoría y la investigación han sido empujadas por una preocupación por necesidades distintas y/o necesidades universales (p.e., seguridad financiera en la vejez) que son filtradas a través de circunstancias específicas. Sin embargo, poco trabajo se ha llevado a cabo sobre las desigualdades en salud de las personas mayores LGB con respecto a sus pares de las mismas generaciones (MAP-SAGE, 2010; OMS 2008, 2011).

2.1 Principales corrientes de investigación

Se pueden distinguir dos corrientes, hasta ahora, en este campo de estudio (Rosenfeld, 2010). En primer lugar, la vertiente cercana a la experiencia vivida de la homosexualidad en la vejez (p.e., redes de apoyo, el estigma y su gestión): la investigación en esta corriente considera los efectos de cohorte y generacionales en el individuo homosexual, y la vida cotidiana en la vejez (salud, comportamientos, etc.). Se interesó en sus inicios por el envejecimiento exitoso, la satisfacción con la vida y las redes sociales, y las influencia del ciclo de vida en la vejez. Esta investigación ha cuestionado empíricamente la distinción entre amigos y familia biológica, reconociendo que las personas homosexuales han venido tratando a sus amistades como familia en términos operativos. También ha

descubierto un panorama mucho más complejo de las relaciones sociales y familiares a lo largo del ciclo de vida del que se había supuesto (p.ej., muchas personas auto-identificadas como homosexuales que vivieron como heterosexuales casadas durante largos periodos de sus vidas y con una pater/mater-nidad a lo largo de su edad madura y vejez).

En segundo lugar, otra corriente se acerca a las políticas públicas (saniatarias, legales, sociales) y se refiere al heterosexismo acoplado en la provisión de servicios y recursos para las personas mayores (p.ej., sesgos en residencias y en los beneficios para parejas/viudos-as, pensiones, y seguridad social, etc.). Esta corriente ha estudiado las dificultades de los gobiernos en otorgar a las uniones homosexuales el mismo estatus, y por lo tanto los mismos beneficios legales y financieros, que han otorgado a los matrimonios heterosexuales; los impactos en la seguridad financiera (p.ej., a través de pensiones, seguridad social o beneficios fiscales) y en la provisión de cuidados de salud y sanitarios en la vejez; las actitudes discriminatorias y las prácticas discriminatorias en centros residenciales o sanitarios.

2.2 Limitaciones y desafíos

La investigación y la teoría sobre personas mayores LGB también tiene sus limitaciones. En primer lugar, su perspectiva occidental; su limitante base empírica en personas lesbianas y homosexuales auto-identificadas (sin representatividad), muestras de reducido tamaño, y el uso casi-exclusivo de la entrevistas por encima de los métodos observacionales), desconexión de la investigación sobre envejecimiento LGBT con la investigación sobre el envejecimiento de otros grupos, etc. Muchas de estas limitaciones son, en consecuencia, debilidades metodológicas en determinadas técnicas para la recolección de la información y su posterior análisis.

En España, la investigación en este campo es muy escasa. Gimeno (s.f.e.) ha realizado una importante labor de recopilación de las investigaciones y actuaciones sobre personas mayores LGB en España. Sin embargo, su trabajo se enfoca más en un recorrido histórico por los diferentes acercamientos/situaciones de las personas mayores LGB en España y no a la construcción teórica. Este tarea está aún sin hacer. No obstante, Gimeno (s.f.e.) acierta cuando afirma que

'...de manera inversamente proporcional a esta ingente cantidad de estudios, la presencia real y la influencia de las personas mayores en la cultura actual es prácticamente inexistente [...] dada la situación de discriminación social en la que se sitúan los gays [...] la marginación de las personas gays se puede hacer extrema en la vejez [...] Es ahora cuando está llegando a la vejez la primera generación que, si bien en su juventud no pudo salir del armario dadas las circunstancias políticas que se vivían en España, si lo pudo hacer en su madurez.' (pág. 2-7).

En general, existe una gran dificultad por investigar el tema. Mucho autores (Rosenfeld, 2010; Knauer, 2011) recogen el fracaso de las encuestas nacionales en incluir una pregunta sobre orientación sexual (los instrumentos de recolección de datos para censos utilizados en Australia, Estados Unidos, Nueva Zelanda y Canadá han incluido recientemente una medición de los hogares formados por uniones de personas del mismo sexo). Tal y como apunta Weston (1997 citado en

Rosenfeld, 2011) es difícil conseguir una muestra representativa de una población cuyo criterio de inclusión no es claro; por lo tanto, el trabajo académico sobre envejecimiento LGB invariablemente estudia a aquellas personas que por propia voluntad se auto-identifican como homosexuales antes los investigadores, así como ante sí mismos. De hecho, la mayor parte de la investigación LGB se concentra en informantes auto-identificados obtenidos, en su mayoría, a través de centros comunitarios o de lugares donde personas LGB se reúnen abiertamente, y esto tiene como resultados muestras que sobre-representan informantes (hombres y mujeres) blancos, urbanos y de clase media, y en general a las personas que tiene las ventajas y oportunidades necesarias para acceder a estos servicios. Rosenfeld (2011) va más allá y apunta que, irónicamente, la investigación sobre el envejecimiento LGB podría limitar el reconocimiento de la diversidad en la vejez mientras busca su precisamente lo contrario.

Dicho lo anterior, la supuesta demografía del envejecimiento LGB bien merece comentarse. ¿Cuánto son? ¿Cómo se cuentan? Hay varias hipótesis que van desde el 1% hasta el 10% (Fischer, 1972; MAP, 2010), pero ninguna resuelve el problema de la auto-identificación, ya que como apunta Rosenfeld (2010)

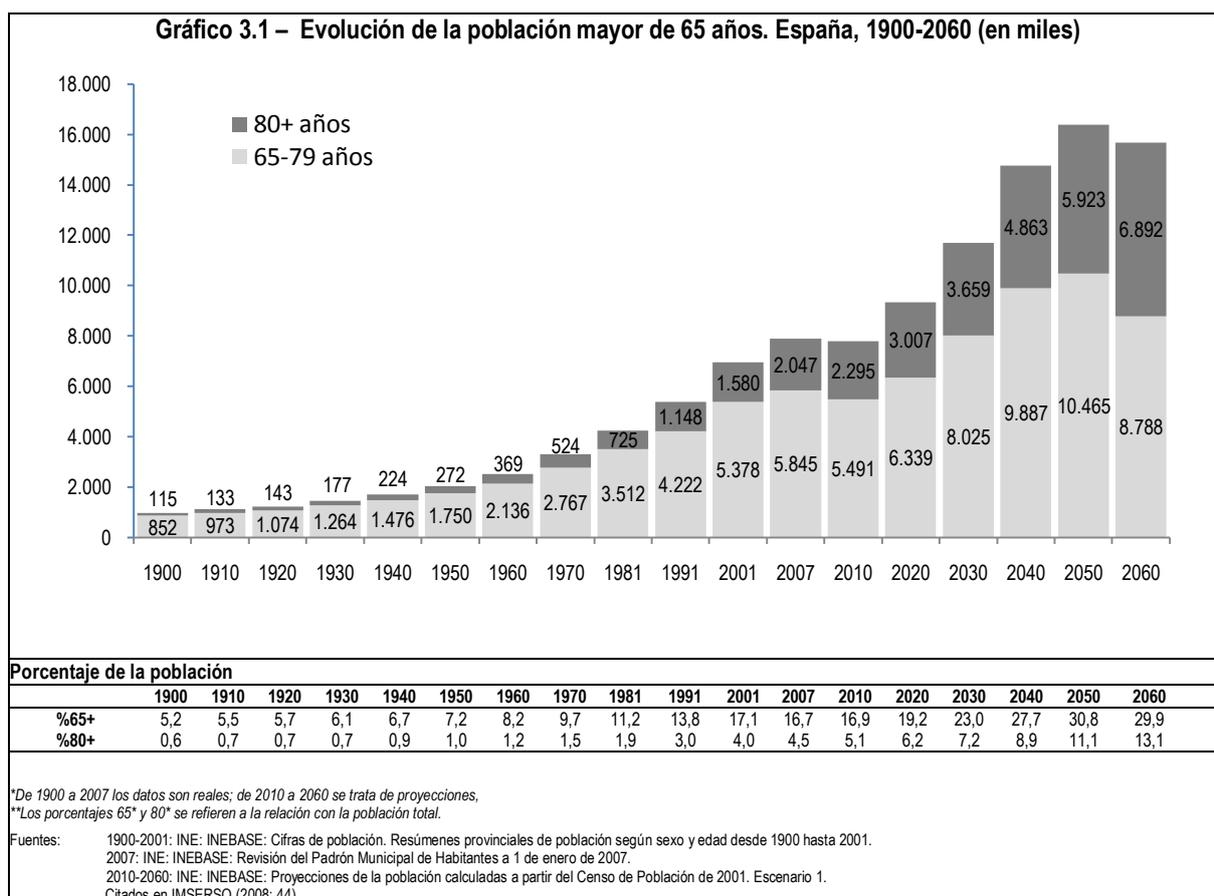
... dada nuestra cambiante cultura sexual, y las variaciones históricas en las consecuencias sociales y psicológicas de identificarse como homosexual, es muy probable que estos porcentajes suban y bajen como la marea a lo largo del tiempo. Además, aún es incierto cuan probable es que una persona se identifique como homosexual o bisexual en diferentes momentos del curso de vida para poder predecir sin problema el futuro número, y proporción, de personas mayores LGB. Finalmente, tal y como está subrayando cada vez más la investigación en este campo, contar las personas mayores LGB hace poco para y por aprehender las experiencias de vida, ya que la sexualidad, la identidad sexual, y las consecuencias a lo largo de la vida de las decisiones tomadas al respecto están filtradas a través del mismo rango de factores que afectan al envejecimiento heterosexual: relación y estructura familiar, estatus socioeconómico, salud, género, etnicidad, vivienda, organización del cuidado, y demás. (pág. 230; traducción propia)

La gran mayoría de la investigación LGB se ha enfocado (y ha sido dirigida) por académicos/as en Norteamérica, Gran Bretaña y Australia, luego de que la investigación inicial en los Estados Unidos hubiera sentado las bases conceptuales y teóricas para los desarrollos en otras partes del mundo. Esto ha sido así probablemente porque Estados Unidos fue testigo de una abrupta ruptura con los viejos y estigmatizados discursos sobre la homosexualidad, a través del surgimiento de los movimientos de liberación al calor de los alzamientos de Stonewall de 1969, los cuales promovieron un reconocimiento de las tensiones generacionales y, en consecuencia, promovieron mayor sensibilidad al envejecimiento LGB.

3 Población, salud y envejecimiento en España

El envejecimiento de la población básicamente alude al aumento de la edad media de la población (Pérez, 2005). Generalmente, se asocia también con el aumento del peso porcentual de las personas consideradas mayores; sin embargo, lo que se entiende por persona mayor varía de una sociedad a otra como se visto en el capítulo 1. Por ello, internacionalmente es un estándar entender el envejecimiento poblacional como el aumento de la edad media de la población 65 y más años (65+).

En el caso de España, a lo largo del siglo XX la proporción de personas de 65+ ha crecido paulatinamente gracias a las mejores sociales y sanitarias que sistemáticamente ha introducido el Estado de Bienestar. En el Gráfico 3.1 se puede apreciar la evolución de esta tendencia para las personas 65+ y además se puede observar el comportamiento de las personas 80+, que son el grupo de edad que más crece porcentualmente en la actualidad, un fenómeno conocido como *envejecimiento del envejecimiento*.



Como podemos observar en el Gráfico 3.1, las proyecciones de población indican que en la segunda mitad del siglo XX, la población de personas mayores disminuirá debido a la reducción de la fecundidad en las últimas décadas del siglo XX. Este es uno de los aspectos menos mencionados y

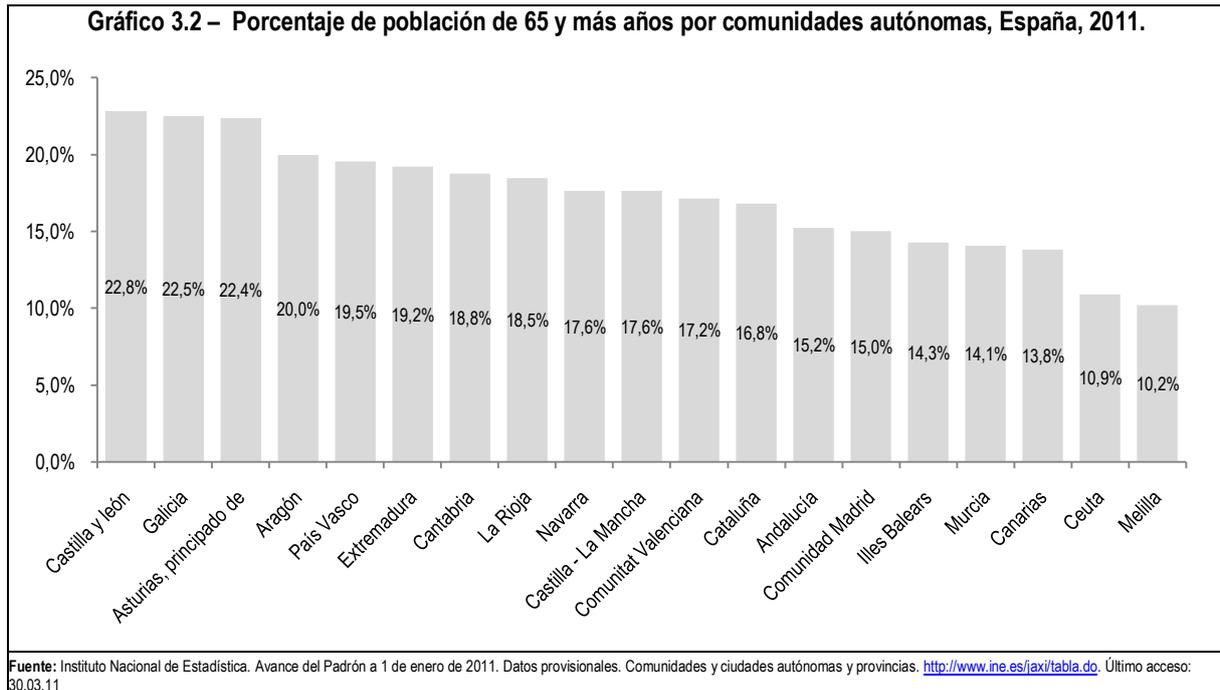
analizados cuando se estudia el envejecimiento poblacional, generalmente asociado al tema del incremento porcentual y al incremento cuantitativo de las personas 65+. Por otro lado, podemos observar como aumenta en general el grupo de población de 65 y más años, que pasará del 16,9% de la población en 2010 a un 30,8% en 2050, cuando un siglo antes, en 1950 representaba solamente el 7,2% (un crecimiento de 4 veces en un siglo). Sin embargo, el grupo de 80 y más años aumenta mucho más porcentualmente, desde, por ejemplo el 1,0% en 1950 el 5,1% en 2010 y el 11,1% en 2050 (un crecimiento de 11 veces en un siglo).

A 1 de enero de 2011, con una población de más de 47 millones habitantes, los mayores de 65 años sumaban 8.092.853 personas, un 17,2% de la población, un leve crecimiento con respecto al año anterior. Destacan sobre todo, los 2,4 millones de personas de 80 y más años (Ver Tabla 2.1). Con respecto a las diferencias entre Comunidades Autónomas, es Castilla y León la más 'envejecida' con el mayor porcentaje de personas 65+ en España (22,8%). Le siguen Galicia (22,5%), Asturias (22,4%) y Aragón (20,0%). En el extremo opuesto, Canarias (13,8%), Ceuta (10,9%) y Melilla (10,2%) son las menos 'envejecidas' (Ver Gráfico 3.2).

Tabla 3.1 – Población total y población de 65 y más años en España y sus Comunidades Autónomas a fecha 01.01.11.

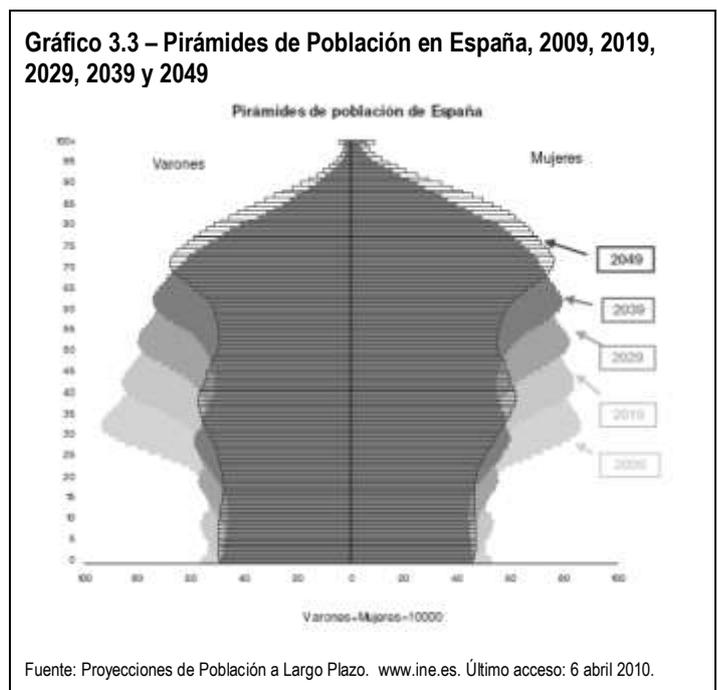
	Población Total	Población 65+	Porcentaje Población 65+/Total	Población por grupos quinquenales de 65 y más años							
				65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100 y más
Andalucía	8.415.490	1.280.865	15,2%	357.254	302.863	282.000	194.308	101.283	33.314	8.377	1.466
Aragón	1.345.132	268.772	20,0%	63.620	53.780	60.284	47.845	29.460	10.706	2.693	384
Ppado. Asturias	1.081.348	241.856	22,4%	57.336	47.804	55.517	43.644	25.571	9.329	2.340	315
Illes Balears	1.112.712	158.697	14,3%	46.968	36.199	31.888	23.173	13.743	5.261	1.280	185
Canarias	2.125.256	293.492	13,8%	91.061	71.204	62.878	38.544	19.867	7.194	2.305	439
Cantabria	592.560	111.131	18,8%	26.838	22.457	24.720	19.652	11.699	4.394	1.208	163
Castilla y León	2.555.742	583.778	22,8%	132.442	116.656	129.511	105.723	66.678	24.397	7.150	1.221
Castilla-La Mancha	2.113.506	372.529	17,6%	83.708	80.703	83.976	68.020	39.080	13.236	3.331	475
Cataluña	7.535.251	1.265.442	16,8%	334.128	274.464	271.222	205.883	122.492	44.325	11.304	1.624
Com. Valenciana	5.111.767	877.018	17,2%	245.188	210.878	183.604	132.988	73.345	24.342	5.786	887
Extremadura	1.108.140	212.764	19,2%	50.219	46.627	50.881	36.232	20.065	6.756	1.661	323
Galicia	2.794.516	629.444	22,5%	156.676	132.348	143.295	103.518	61.222	24.818	6.545	1.022
Com. Madrid	6.481.514	974.033	15,0%	269.913	217.519	202.548	151.423	88.374	33.524	9.440	1.292
Murcia	1.469.721	206.567	14,1%	55.227	49.655	44.794	32.970	17.270	5.337	1.162	152
Navarra	641.293	113.107	17,6%	29.482	23.143	23.760	18.961	11.868	4.498	1.239	156
País Vasco	2.183.615	426.773	19,5%	112.530	91.256	94.808	70.557	39.624	13.999	3.537	462
La Rioja	322.621	59.609	18,5%	14.754	11.868	13.159	10.375	6.459	2.308	617	69
Ceuta	82.159	8.971	10,9%	2.694	2.359	1.904	1.233	561	171	43	6
Melilla	78.476	8.005	10,2%	2.288	2.062	1.608	1.222	563	188	64	10
TOTAL ESPAÑA	47.150.819	8.092.853	17,2%	2.132.326	1.793.845	1.762.357	1.306.271	749.224	268.097	70.082	10.651

Fuente: Elaboración propia a partir de: Instituto Nacional de Estadística. Avance del Padrón a 1 de enero de 2011. Datos provisionales. Comunidades y ciudades autónomas y provincias. En: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>. Último acceso: 30.03.11



Como podemos observar las regiones más envejecidas son mayoritariamente rurales. Sin embargo, numéricamente son regiones con poblaciones más pequeñas que otros territorios. En realidad el grueso de la población de 65 y más años vive en entorno urbanos, la mayoría de ellas en ciudades (Imsero, 2008), un patrón que se constata a nivel mundial (OMS, 2007) y visibiliza la relación urbanización-envejecimiento (OMS, 2002).

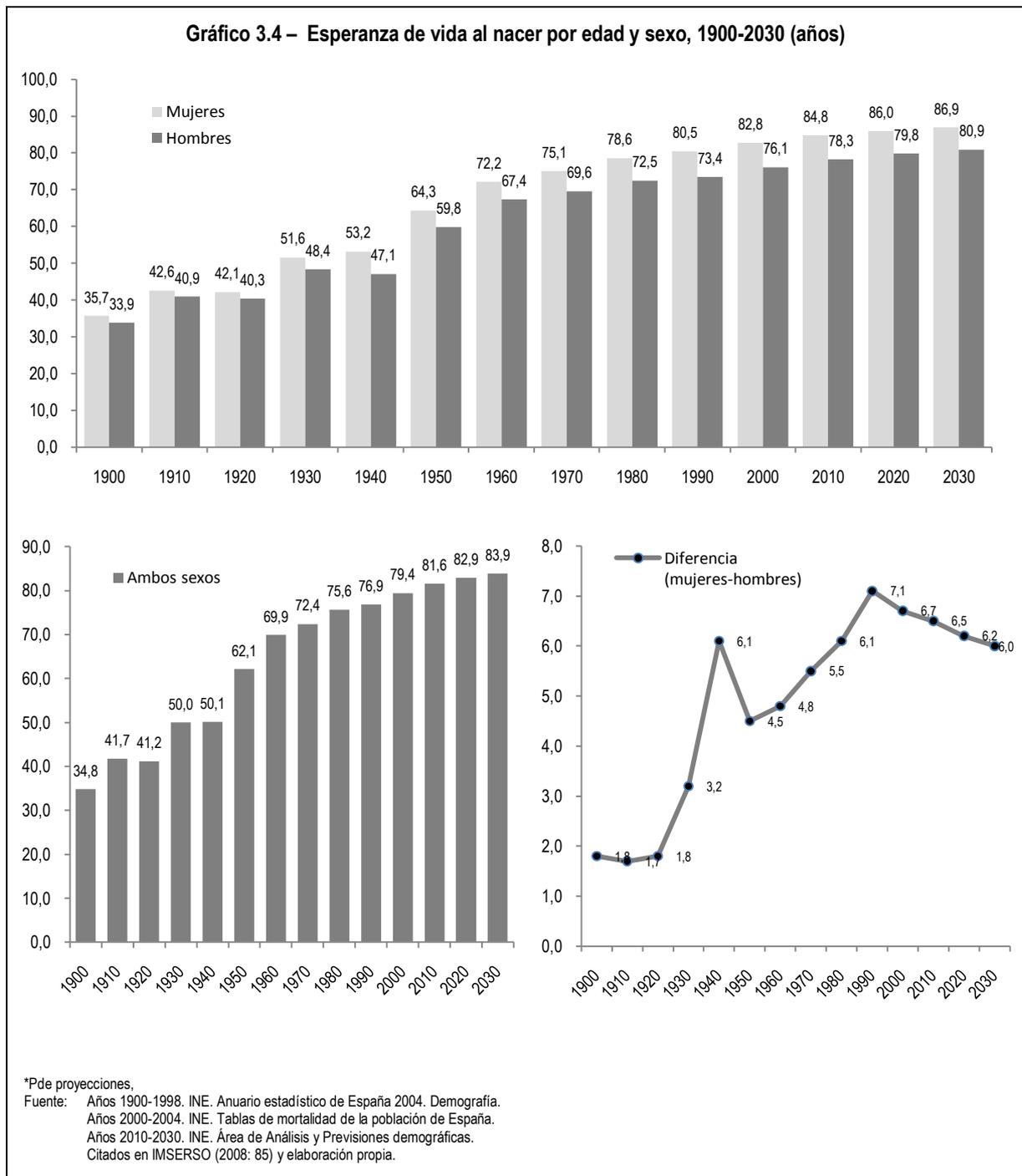
Estos cambios provocan a la vez otros cambios en la estructura por edades de la población y se expresan generalmente en la llamada pirámide poblacional. Como podemos observar en el Gráfico 3.3, la actual pirámide poblacional en España ha dejado de ser piramidal e irá tomando forma de hongo conforme avance el siglo XXI. Además de transformar la composición por grupos de edad, estos cambios impactan también en cómo perciben y viven las personas la transformación poblacional, en cómo responden los sistemas sanitarios y de servicios sociales ante esto, en qué comportamientos de salud serán las prevalentes en cada grupo de edad o grupo identitario (recordemos que los grupos de



edad no son uniformes) o en cómo las personas adultas o de media edad construyen su proceso de vida en el marco de una estructura social 'envejecida', por mencionar solamente algunos elementos.

En este sentido al hablar de envejecimiento poblacional, se pueden distinguir tres elementos: (i) un descenso en la mortalidad, (3) un descenso en la natalidad y (iii) los procesos migratorios (4) (Pérez, 2006;). Sobre la primera causa, debe decirse que hasta hace muy poco tiempo (año 1910) las personas en España vivían de media 34,8 años: 35,7 para las mujeres y 33,9 para los hombres (Imsero, 2008: 85). Un siglo después, en 2010, la esperanza de vida en España se ha más que duplicado, alcanzado 81,6 años: 84,8 para las mujeres y 78,3 para los hombres. No solo ha aumentado enormemente la esperanza de vida promedio, también lo ha hecho la diferencia por sexo, pasando de 1,8 años en 1900 a 6,5 años en 2010, un fenómeno conocido como "feminización del envejecimiento" y que progresivamente irá disminuyendo a lo largo del siglo XX a raíz de los cambios en los comportamientos de salud y otros comportamientos sociales de las mujeres. Por ello, las razones que explican por qué las mujeres en la actualidad viven más años en promedio que los hombres apuntan sobre todo a los llamados estilos de vida y a los comportamientos de salud, que se explicarán más adelante. En el Gráfico 3.4 se puede apreciar el progresivo incremento de la esperanza de vida en España.

El descenso en la mortalidad es el resultado de importantes esfuerzos de inversión en salud pública. Probablemente las personas en la España del siglo XIX hubiesen podido vivir los mismo años que una persona del siglo XXI si hubiesen tenido todos los mismo derechos y servicios sociales que disponemos hoy día, la misma diversidad y riqueza en la alimentación y las medidas de higiene y salubridad pública que se toman hoy día. Como explican Westendorp y Kirkwood (2007) el incremento en la expectativa de vida de la población durante los últimos dos siglos ha ocurrido mucho más rápido de lo que se puede explicar razonablemente desde el cambio genético, por lo que la explicación se encuentra precisamente en factores no genéticos, es decir ambientales y externos al individuo, entre estos los factores sociales, los recursos y servicios disponibles, las políticas puestas en marcha, etc. (ver Teoría del soma desechable en apartado 1.1). No ha cambiado tanto el organismo y su capacidad de vivir más años, como sí ha cambiado el ambiente que permite vivir más años.



En este sentido, el descenso de las tasas de mortalidad en casi todo el planeta es una de las causas del envejecimiento poblacional global. Pero, ¿de qué mueren las personas mayores en España? Al igual que en la mayoría de los países de sus entorno, las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte, seguidas de los tumores (cánceres), de las enfermedades respiratorias, las del sistema digestivo y de las enfermedades mentales. Como podemos observar en el Tabla 3.1, las enfermedades circulatorias son causa de mortalidad creciente conforme aumenta la edad. En gran

medida, estas enfermedades son prevenibles de ahí que se insista en que la epidemia de las enfermedades crónicas sea un tema que excede los límites de la medicina y la política sanitaria (OMS, 2008, 2010). Del mismo modo muchos de los cánceres son también prevenibles con un estilo de vida saludable. Sin embargo, no debe olvidarse que los estilos de vida están determinados por una estructura social en la que los individuos actúan e interacciones con un número limitado de opciones y oportunidades (OMS, 2008). El énfasis en los estilos de vida no debe llevar a la asignación de la responsabilidad personal en las enfermedades crónicas, sino a analizar qué factores de la estructura social llevan a los individuos a desarrollar un estilo de vida determinado, sea este considerado saludable o no, que es ya otra discusión. En definitiva, la investigación alrededor de los determinantes sociales de la salud jugarán un papel fundamental en la gerontología y el estudio del envejecimiento en el siglo XXI (Broom, 2000; OMS 2002; OMS 2010). Tal y como explica Dannefer (2003), la acumulación de ventajas y desventajas (oportunidades al final y al cabo) a lo largo de la vida se reflejan con mayor intensidad en la vejez.

	De 50 a 54 años	De 55 a 59 años	De 60 a 64 años	De 65 a 69 años	De 70 a 74 años	De 75 a 79 años	De 80 a 84 años	De 85 a 89 años	De 90 a 94 años	95+
I. Enf. infecciosas y parasitarias ⁽¹⁾	2,8%	1,7%	1,7%	1,8%	1,8%	1,9%	1,8%	1,7%	1,4%	1,3%
II. Tumores	48,8%	52,0%	52,0%	46,5%	40,5%	32,2%	23,5%	16,2%	10,5%	6,5%
III. Enf. de sangre y de órg. hematopoyéticos y ciertos trast. que afectan mecan. inmunidad	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,4%	0,5%	0,5%
IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	1,6%	2,0%	2,2%	2,9%	3,2%	3,6%	3,7%	3,6%	3,4%	3,0%
V. Trastornos mentales y del comportamiento	0,6%	0,6%	0,6%	0,9%	1,4%	2,2%	3,6%	5,0%	6,7%	7,4%
VI-VIII. Enf. del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	2,1%	2,1%	2,4%	2,8%	3,4%	4,8%	5,9%	6,0%	4,8%	3,2%
IX. Enf. del sistema circulatorio	19,2%	19,8%	21,3%	24,8%	27,6%	31,1%	34,5%	38,1%	40,6%	42,1%
X. Enf. del sistema respiratorio	4,5%	4,8%	5,7%	7,3%	9,6%	11,4%	13,0%	14,3%	15,2%	16,5%
XI. Enf. del sistema digestivo	7,6%	6,7%	6,2%	5,6%	5,4%	5,0%	4,9%	4,6%	4,3%	3,9%
XII. Enf. de la piel y del tejido subcutáneo	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,2%	0,2%	0,4%	0,4%	0,5%	0,6%
XIII. Enf. del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	0,4%	0,4%	0,3%	0,3%	0,4%	0,7%	0,9%	1,3%	1,6%	1,6%
XIV. Enf. sistema genitourinario	0,7%	0,9%	1,2%	1,4%	2,0%	2,6%	3,3%	3,8%	3,9%	3,8%
XVI. Afecciones originadas en el periodo perinatal	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
XVII. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0,4%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
XVIII. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte ⁽²⁾	2,9%	2,2%	1,8%	1,6%	1,6%	1,8%	2,2%	2,9%	4,9%	8,1%
XX. Causas externas de mortalidad	8,2%	6,3%	4,2%	3,6%	2,6%	2,2%	2,1%	1,8%	1,6%	1,4%
Total	100,0%	100,0%								

Fuente: INE. <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>. Acceso: 25/03/11.

Notas:
 1) causas (lista reducida), 001-008 I. Enfermedades infecciosas y parasitarias (1) : Por motivos de comparabilidad, se incluye VIH+ (R75) en el Capítulo I. Enfermedades infecciosas y parasitarias aunque la CIE-10 lo encuadra en el Capítulo XVIII. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte.
 Por recomendación de la OPS se incluye en este capítulo el SRAG (Síndrome Respiratorio Agudo Grave) U04
 2) causas (lista reducida), 086-089 XVIII. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (2): Por motivos de comparabilidad, se incluye VIH+ (R75) en el Capítulo I. Enfermedades infecciosas y parasitarias aunque la CIE-10 lo encuadra en el Capítulo XVIII. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte

Volviendo a las causas del envejecimiento poblacional, la segunda se refiere al descenso de la natalidad. Esta influye en el envejecimiento poblacional puesto que si nacen menos personas y las que ya están vivas viven más tiempo, la combinación de ambos procesos tiene como resultado que la edad media de la población se incremente. Nuevamente, el descenso de la natalidad no corresponde en su gran mayoría a factores biológicos o fisiológicos, sino a factores políticos y sobre todo culturales. El control de las mujeres sobre su cuerpo y el número de hijos es un asunto que aún hoy día es sujeto de debate. Pero no debemos olvidar que hace 40 años las mujeres tenían en promedio casi 3 hijos, el primero de los cuales llegaba en promedio antes de cumplir 30 años. Hoy día, el número medio ha descendido a menos de 1,5 hijos por mujer y el primer embarazo sobreviene en promedio después de los 30 años (ver Gráfico 3.5). Las mujeres que tuvieron su primer hijo hace 40 años son ahora las madres de mujeres que no tienen hijos hasta después de los 30 o 40 años y muchas no son abuelas aún o no lo serán nunca, rompiendo con la supuesta identidad monolítica de la vejez como consustancial al ser abuela/abuelo (*grand-parenting*, en inglés). Se da la paradoja de que, aunque estas abuelas hayan seguido un proceso normativo de envejecimiento a lo largo de la vida, en su vejez un elemento central de este proceso normativo se rompe al no existir el rol de abuela. Sin embargo, esta forma de envejecer es aún minoritaria, ya que la mayoría de las personas mayores en España tienen nietas y nietos (Imsero, 2008). De hecho son sus cuidadores principales.

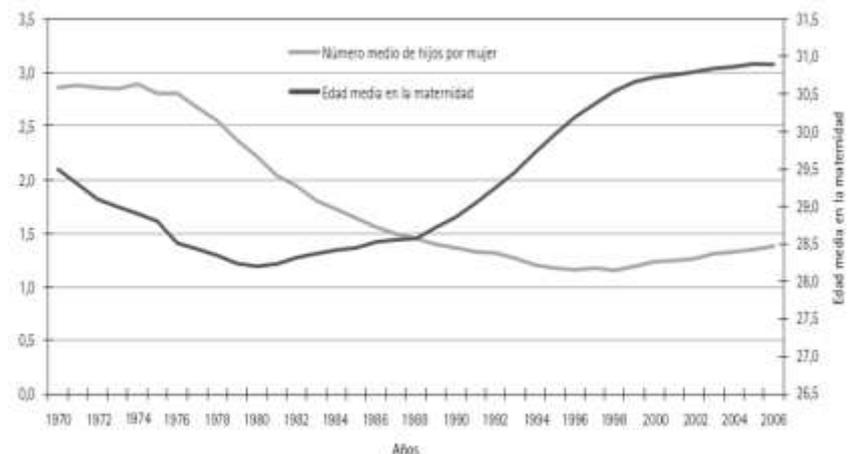
Esto supone ya un cambio radical en el modo de hacerse mayor y, por supuesto, en el envejecimiento poblacional. Con redes familiares más pequeñas, el envejecimiento de las personas en el siglo XXI será muy diferentes a de las personas mayores actuales. Las familias actuales han perdido tamaño, pero han ganado diversidad.

En definitiva, el

envejecimiento de la población no significa que nacen menos niñas y niños (en realidad pueden llegar a nacer más). Sin embargo, sí disminuye la tasa de fecundidad, a pesar de puedan darse más nacimientos. Actualmente, el número medio de hijos por mujer es de 1,46 (Imsero, 2008).

En consecuencia, desde el inicio de la primera década del siglo XXI, y por primera en España, es mayor el número de ciudadanos con más de 65 años que el de menores de 15 años. Durante todo el siglo XX, el porcentaje de la población de 65 y más años siempre fue menor al de la población de

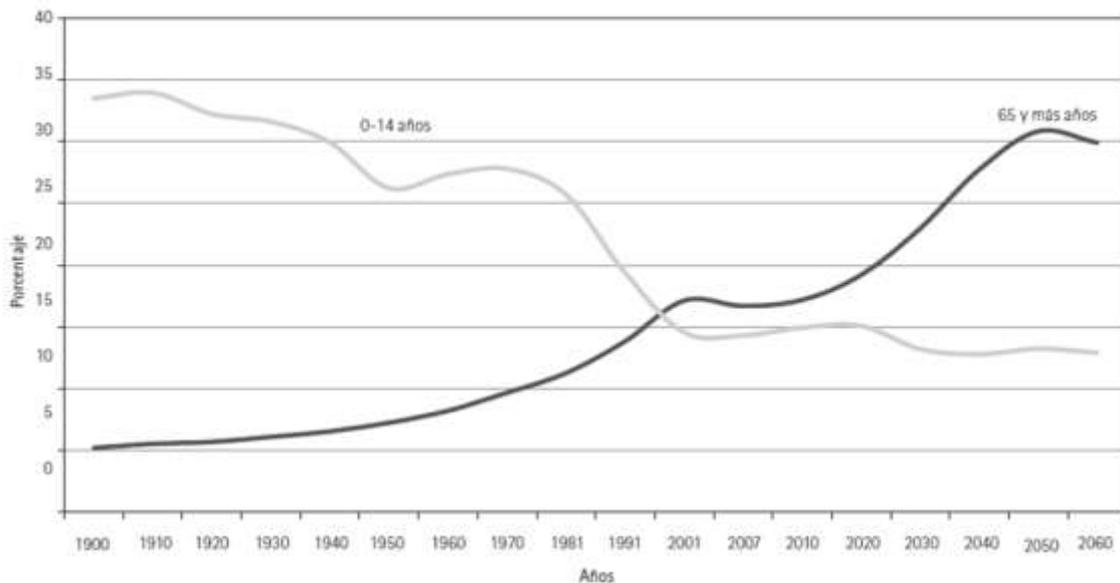
Gráfico 3.5 – Número medio de hijos/mujer y edad media de la maternidad, España, 1970-2006



Fuente: INE: Evolución de la Fecundidad en España 1970-1994. Madrid, INE, 1998, págs. 29-30.
INE: INEBASE: Indicadores Demográficos Básicos. INE, consulta en abril de 2008.
INE: INEBASE: Movimiento natural de la población. INE, consulta en abril de 2008.
Citados en IMSERSO (2008: 85).

menores entre 0 y 14 años. No obstante, es a partir de 1998 cuando el grupo de 0-14 años (6.043.124) fue superado por el de 65 y más (6.503.768). Se consolida la tendencia que, según las proyecciones actuales, permitirá un escenario año 2050 donde un tercio de la población sea mayor de 65 años y un sexto tendrá entre 0 y 14 años; es decir, un grupo doblará al otro. El Gráfico 3.6 ilustra este fenómeno de mejor manera; en él se pueden ver como se cruzan las tendencias y se invierten. En este punto es necesario subrayar que el incremento de un grupo y el descenso de otro provocará (¿permitirá?) cambios en la organización social del cuidado. Durante mucho tiempo, el cuidado estuvo focalizado en niños y niñas, y personas con discapacidad o dependencia no asociada a una edad avanzada; desde hace poco más de una década, el debate público y académico, así como la teorización y la investigación empírica sobre el cuidado se han multiplicado (Tobio *et al.*, 2010), pero sobre todo referida a las personas mayores.

Gráfico 3.6–Población de 0-14 años y de 65 y más años desde 1900 a 2007 y proyecciones de 2010 a 2050, España



* De 1900 a 2007 los datos son reales; de 2010 a 2050 se trata de proyecciones.

Fuente: 1900-2001: INE: INEBASE: Cifras de población. Resúmenes provinciales de población según sexo y edad desde 1900 hasta 2001.

2007: INE: INEBASE: Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2007.

2010-2060: INE: INEBASE: Proyecciones de la población calculadas a partir del Censo de Población de 2001. Escenario 1.

Citado (Imsero, 2008:45)

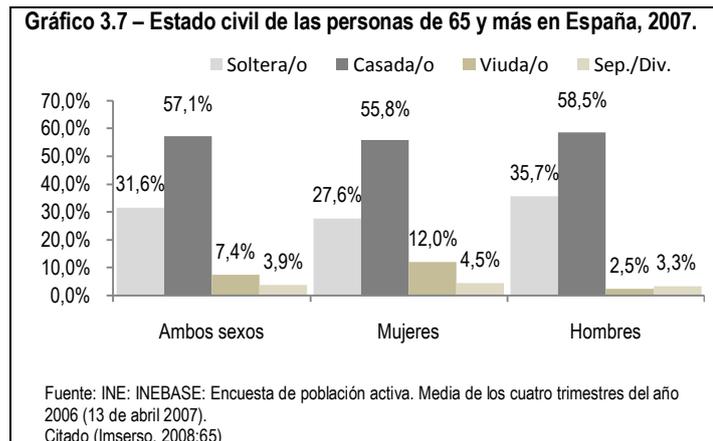
3.1 Principales características de las personas mayores en España

Aunque la diversidad es palpable, las personas mayores (PM) de 65 y más años en España presentan actualmente algunas características comunes, las cuales cambiarán conforme las nuevas cohortes de población vayan reemplazando a las actuales.

Con respecto al estado civil de las PM, existen diferencias importantes con base en el sexo y el grupo de edad (recordemos que estamos hablando de más de 30 años: desde los 65 hasta los 100 al

menos). De acuerdo a los últimos datos del Imsero (2008) con base en datos de la Encuesta de Población Activa de 2006, el 57,1% de las PM se declaran casadas, el 30% como solteras, un 7,4% en viudedad y un 3,9% como separado o divorciado (ver Gráfico 3.7). Estas cifras no equivalen a decir que las personas mayores vivan solas o acompañadas, que es una situación diferente, pero ayuda a crear la panorámica de la vejez en España. Debe subrayarse que en el modelo mediterráneo de cuidados, vivir sola/o durante la vejez puede suponer que no se disponga de una red de apoyo en caso de necesidad temporal o dependencia permanente y creciente. Sin embargo, cada vez es más común (IMERSO, 2008)

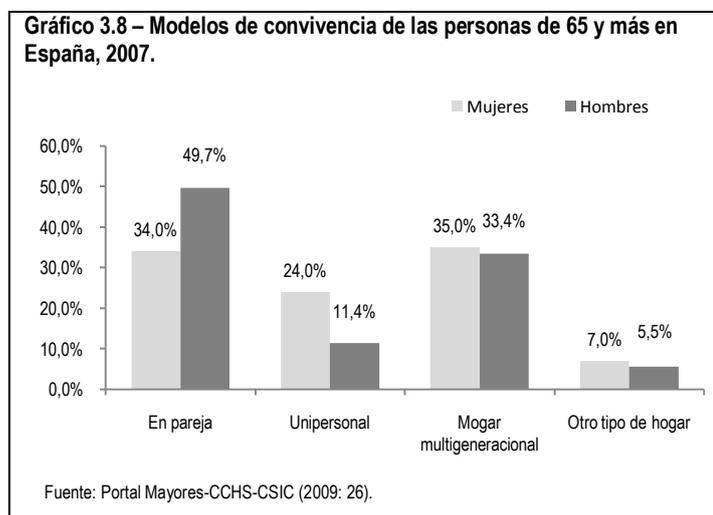
Por ejemplo, la viudedad es mayor en las mujeres que en los hombres y esto es así por tres razones: por la mayor esperanza de vida de las mujeres, por la mayor mortalidad en casi todos los grupos de edad de los hombres y por las diferencias de edad a la hora de contraer matrimonio entre mujeres y hombres (generalmente ellos son mayores en el momento de casarse).



Las fuentes oficiales aún no recogen las cifras en el caso de matrimonios formados por personas del mismo sexo de acuerdo a la edad. Básicamente, la mayor viudedad de las mujeres se traduce en mayor disponibilidad de redes de cuidado para los hombres casados o familiares mayores y menor para las mujeres mayores, así como en consecuencias para el sistema de protección social (pensiones), ya que muchas mujeres mayores no ‘trabajaron’ fuera de su casa.

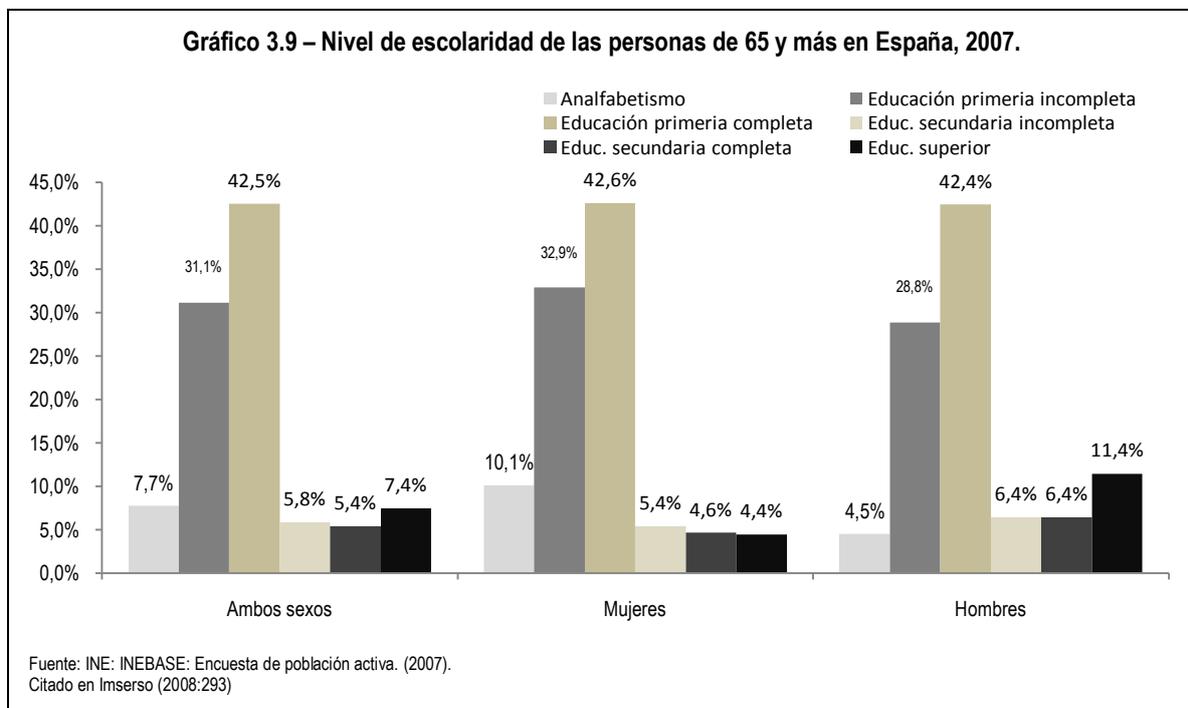
Con respecto a los modelos de convivencia, según el Imsero (2008) con base en datos del Censo de 2001, el 19,5% de las PM vive en hogares unipersonales (las mujeres en un 25,9% de los casos). De hecho, de todas las personas que habitan en hogares unipersonales en España, casi la mitad (47,2%) son personas mayores de 65 y más años. Sea una opción o un camino no elegido, la soledad en la vejez no es el patrón normativo al que aspira la población (CSIC 2009). Este desajuste provoca que los índices de sentimiento de soledad en España sean más altos que en los países nórdicos, donde el porcentaje de población mayor viviendo en hogares unifamiliares es mayor, pero donde el porcentaje de PM que se sienten solas es menor.

En este sentido, es importante notar que los modelos de convivencia están determinados en gran medida por el



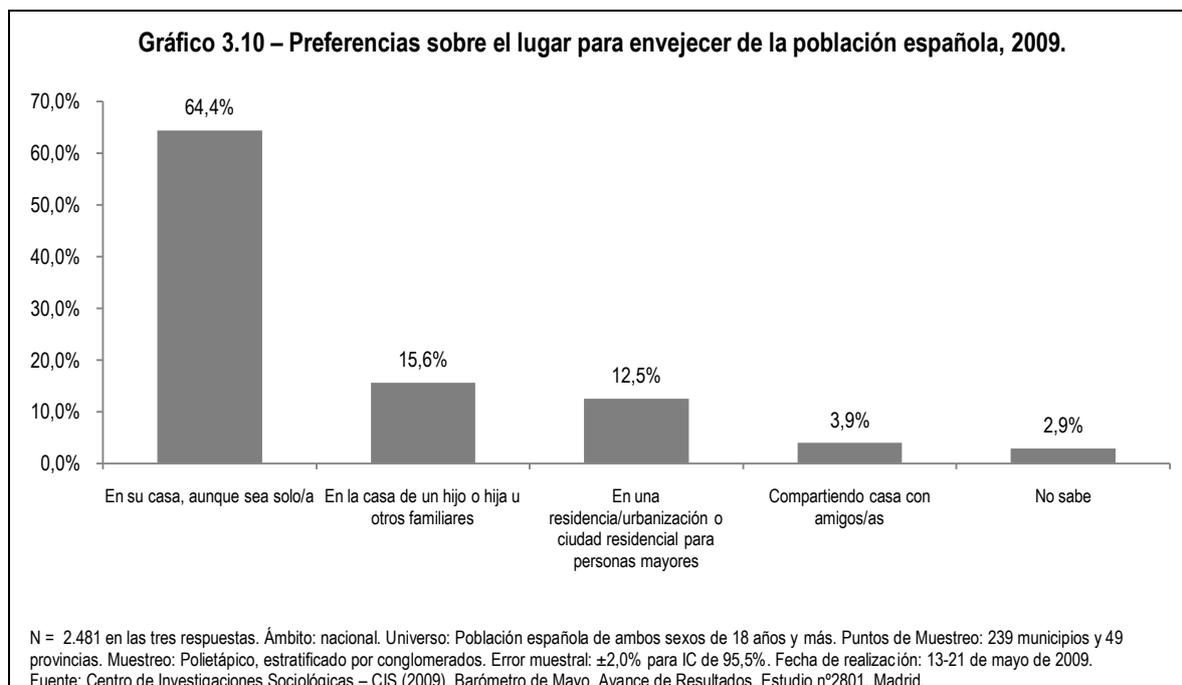
sexo. De este modo, mientras el 49,7% de los hombres 65+ vive con su pareja, este porcentaje se reduce al 34,0% en el caso de las mujeres 65+. Igualmente, en el caso de hogares unipersonales, el 11,4% de los hombres 65+ y el 24,0% de las mujeres 65+ viven solos/as. Este aspecto es de vital importancia para entender los comportamientos de salud y las expectativas de cuidado conforme avance la edad (ver Gráfico 3.8).

Con respecto al nivel de escolaridad de las personas mayores en España, este sigue siendo muy bajo. Persiste todavía un 7% de analfabetismo, en su mayoría mujeres, (Imsero, 2008). Sin embargo, este porcentaje se ubica sobre todo en edades avanzadas y no en los primeros grupos de edad, que son además el objetivo de este trabajo. A grandes rasgos, se puede decir que un 31,1% de las PM tiene los estudios primarios incompletos, un 42,5% tiene los estudios primarios completos, un 5,8% estudios secundario incompletos, un 5,4% secundaria completa y solamente un 7,4% tiene estudios superiores, la mayoría hombres (ver Gráfico 3.9).



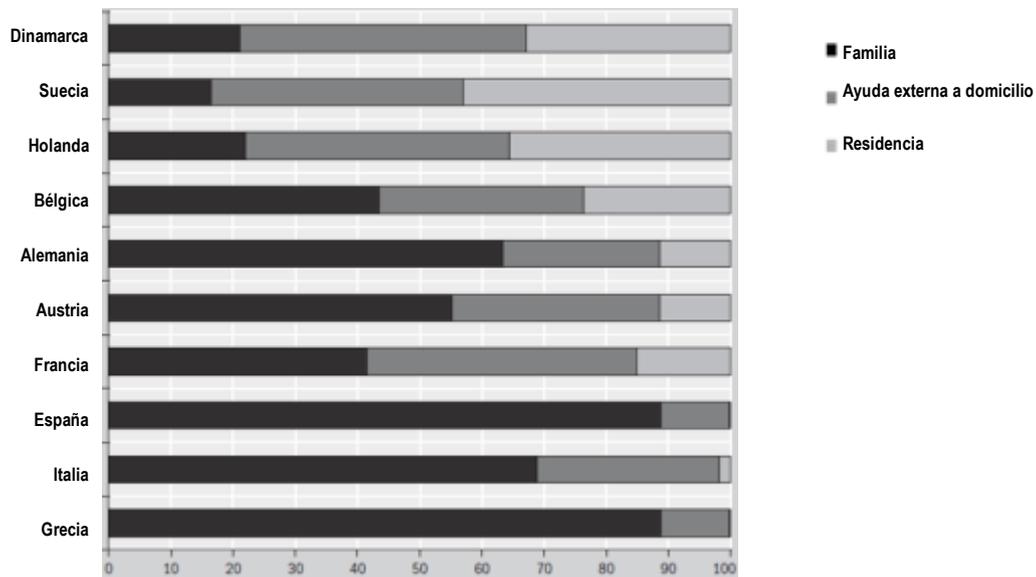
En España, las personas de todas las edades, en su mayoría, aspiran a envejecer en su vivienda y si ya son mayores, aspiran a seguir allí (CIS, 2009). En la, hasta el momento, única encuesta representativa que ha preguntado por este tema (CIS, 2009), la población española afirma en un 64,4% que su propia vivienda es el lugar donde quiere envejecer y, si esto no es posible, un 15,6% afirma que en casa de una hija o un hijo. Es interesante anotar que se trata de ámbitos privados y viviendas propias o de familiares; por ello, no es de extrañar que ante la opción de envejecer en casa de un amigo o amiga, solamente el 3,9% de la población lo considere una opción válida, aun siendo una vivienda dentro de su red social. Esta opción es incluso superada por una residencia o una

urbanización (no es lo mismo, pero la encuesta lo agrupa, restándole claridad al resultado) con un 12,5% de personas que preferiría alguno de estos dos entornos, una residencia o una urbanización, para envejecer (ver Gráfico 3.10). Por otro lado, llama la atención la forma en la que está elaborado la pregunta sobre la "...[¿dónde le gustaría vivir?...] *En su casa, **aunque sea solo/a...***". Como podemos ver en la misma pregunta se identifican rasgos del envejecimiento normativo.



Unido a esto, es importante señalar el papel de las expectativas de cuidado en la vejez por parte de la población mayor de edad en España. La Comisión Europea, a través del Eurobarómetro, ha recogido las expectativas sobre quién deben cuidar a las personas mayores si estas no pudieran continuar viviendo por sí mismas solicitando a las personas entrevistadas que se posicionaran en tres categorías: (i) la familia, (ii) ayuda externa en el domicilio, y (iii) residencia. España y Grecia son los países con mayor porcentaje de respuesta para la familia (alrededor del 90%) y los de menor respuesta para residencia (menos del 2%), en contraposición a los países nórdicos. La Figura 3.11 ilustra este panorama y hace visibles las diferencias culturales entre los países europeos en este tema, así como refuerza la tensión existente en España entre expectativas (cuidado familiar) y posibilidades.

Gráfico 3.11 – ¿Quién debería proveer cuidados a los padres, si estos no pueden seguir viviendo solo por sí mismos? (porcentajes)



Fuente: Source: Eurobarometer 2002 (EIRO 2004) . In: "Comparing Care. The care of the elderly in ten EU-countries"

La vivienda es el entorno más habitual para envejecer en España y en la mayoría de los países (Imsero, 2007; Fänge & Dahlin Ivanoff, S., 2009) sobre todo en sociedades que siguen el modelo de cuidados mediterráneo (Pommer *et al.*, 2007; Tobio, 2010). Por tanto, la vivienda constituye un elemento ambiental o del entorno construido que se convierte en fundamental para entender cómo se envejece de una manera o de otra. El entorno puede facilitar o impedir la independencia de las personas mayores, así como promover o deteriorar su salud.

En cuanto a la tenencia de vivienda, la Encuesta Financiera de las Familias que realizó el Banco de España en 2005 (Imsero, 2008) constata que la vivienda es considerada patrimonio, pero que su propiedad no sigue una norma ascendente como sucede con otros activos. De hecho, la tendencia creciente de acumulación de patrimonio se rompe cerca de los 65 años, si bien se puede notar a partir de los 55 años¹¹. Esta investigación concluye que los individuos pertenecientes a los grupos de edad previos a la edad de jubilación (55-64 años) compensan la disminución de su renta con la máxima posesión de activos patrimoniales; sin embargo, a partir de los 65 años se da tanto una disminución de renta como de riqueza (Imsero, 2008). De hecho, el valor de los activos patrimoniales de las personas mayores está constituido básicamente por propiedades inmobiliarias: *'la vivienda principal supone las tres cuartas partes del valor de los activos reales que poseen, el resto se materializa fundamentalmente en otras propiedades inmobiliarias, mientras que los derivados de negocios o trabajo por cuenta propia descienden a valores simbólicos'* (Imsero, 2008: 184). Caso

¹¹ Por ejemplo, el valor de la vivienda de las personas mayores con respecto al valor de las viviendas de la población de 64 años y menos refuerza esta afirmación: el valor medio de las viviendas de menores de 64 años es de 180.000 euros, el de las personas de 65 a 74 años es de 156.000 euros y el de las personas de 75 o más años es de 125.100 euros (Imsero, 2008: 184). Este mismo comportamiento de los valores patrimoniales se da en los valores financieros.

contrario al de los grupos de edad media (45-59 años) en los que priman más los activos que son producto de su actividad profesional por encima del valor patrimonial de la vivienda. Estos hechos constatan la importancia de la vivienda como mecanismo de seguridad financiera en la vejez, sobre todo en un país como España donde la cultura de propiedad es tan extendida. En este sentido, existe una relación negativa entre edad del proveedor del hogar y deudas del hogar: así a mayor edad, menos deudas; en concreto alrededor del 50% de todos los hogares españoles mantienen una deuda, pero solo el 19,8% de los hogares cuya principal proveedora es una persona de 65 o más años tienen una deuda, y esta relación baja al 5,6% en el caso de las personas proveedoras con 75 o más años.

Continuando con la edad, esta es un factor de riesgo para la aparición y desarrollo de diferentes enfermedades. Muchas de estas enfermedades son crónicas, como vimos en la Tabla 3.1. Por ello el avance de la edad puede traer aparejado la posibilidad de dependencia debido a una enfermedad, a una discapacidad, a una condición de salud precaria, etc.

Por ejemplo, en España, se estima que alrededor de 700.000 padecen la enfermedad de Alzheimer (FAE, 2009) y se espera que alrededor de 100.000 la desarrollen en los próximos años. Es por esto que algunos estudios (Imsero, 2005) estimen que en el 5,1% de los hogares españoles (725.870 hogares) haya al menos una persona que provee cuidados a otra persona de 60 ó más años en sus actividades de la vida diaria. Estos 725.870 hogares pueden agruparse en dos: uno para aquellos donde los cuidados son proporcionados por un cuidador familiar (633.685 hogares); y, otro para aquellos hogares donde se contrata y paga al menos a una persona para proveer cuidados (92.185 hogares). Sin embargo, en cada hogar, puede haber más de una persona proporcionando cuidados. En promedio, se estima en 1,5 el número de cuidadores por familia. Esto produce estimaciones a su vez de que en España pueden existir alrededor de 950.000 cuidadores informales (familiares). Esta cifra representa alrededor del 6% de la población de 18 años y más en España.

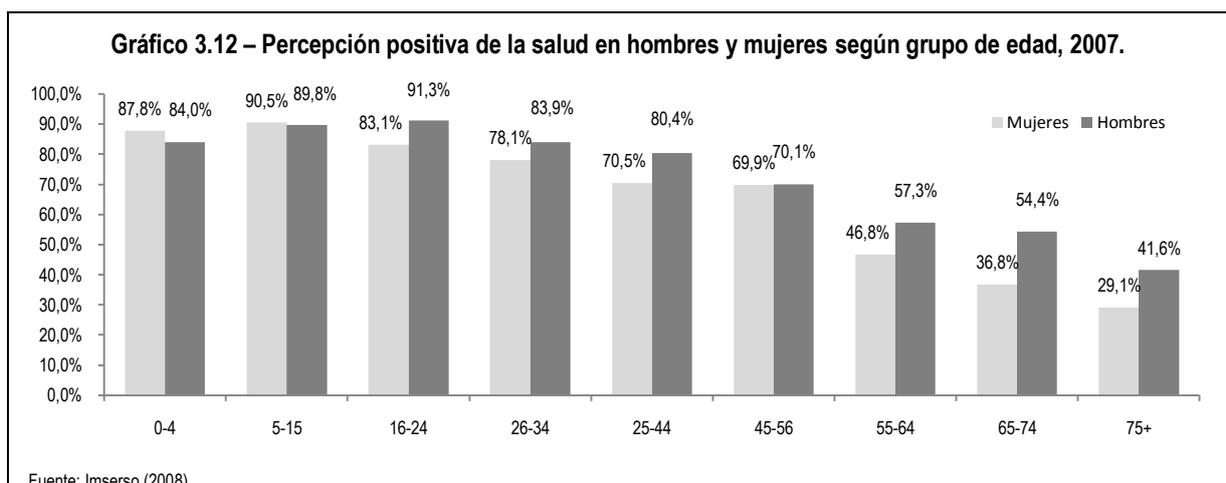
En general, el perfil del cuidador en España es el de una mujer de 53 años en promedio, casada, con estudios primarios, y que además realiza labores domésticas (Imsero, 2005). Las mujeres de edad media y avanzada continúan proporcionando cuidado a otras mujeres y hombres de edad avanzada. La mayoría son familiares.

¿Qué sucede cuando no existe esta red, como puede ser el caso de muchas personas mayores solas o que tienen una red de apoyo muy escasa? Es importante tener este actor social en cuenta ya que en gran medida la expectativa de cuidados de las personas mayores apunta a la presencia de una persona cuidadora, aunque no cuenten con ella (CSIC 2009; Imsero 208).

Sobre las necesidades de ayuda de las personas mayores en España, la Encuesta de Condiciones de Vida de los Mayores de 2006 encontró que el 31,9% de las personas de 65 y más años no pueden o necesitan ayuda para realizar una o varias de las actividades de la vida diaria. En el tramo de edad de 65 a 74, este porcentaje apenas representa tan solo un 17%; en el de 75 a 84 dos quintos de la población mayor (40,6%) padece limitaciones en su capacidad funcional, pero entre las personas de

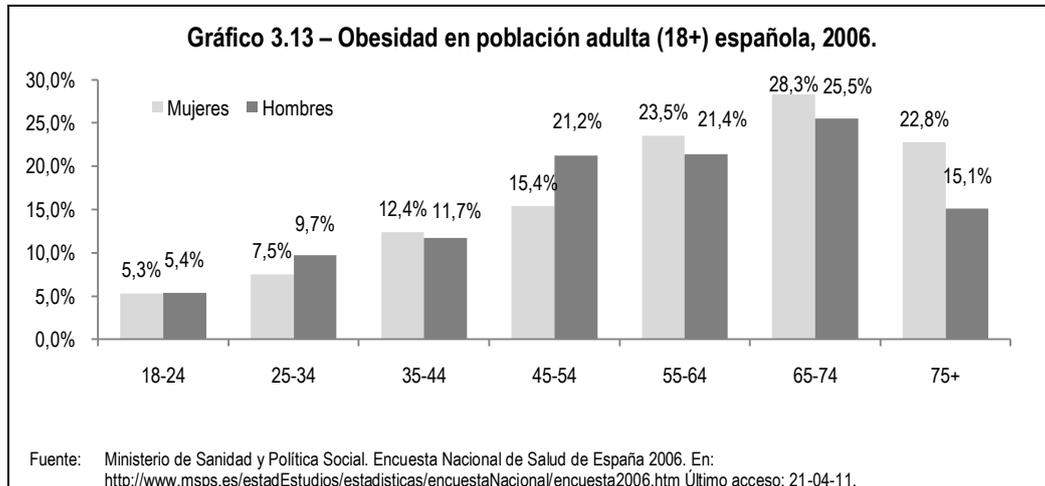
85 y más años, la proporción asciende a tres de cada cuatro. La Encuesta estima un mayor número de mujeres con este tipo de limitaciones que de hombres. Del total de mujeres mayores, el 40,4% tienen alguna dificultad, frente a un 20,2% del total de hombres mayores. En el tramo de 85 y más años el 86,3% de la población femenina confiesa tener problemas de esa índole, mientras que entre los varones la proporción es poco más de la mitad. La movilidad reducida en las personas restringe su ámbito de participación, pues muchos no salen de casa (12,9% no puede o necesita ayuda para salir a la calle), no pueden coger el autobús, ir al médico por sí mismas, ni realizar la compra (pues implica movilidad), y así van reduciendo su espacio vital a su propia casa, con la imposibilidad de beneficiarse de la vida en sociedad.

Al respecto, es importante tener en cuenta que la principal preocupación de las personas mayores de 65 años en España es su salud (MSPS, 2006). Solamente un 54,4% de los hombres y un 36,8% de las mujeres entre 65 y 74 años en España valoran su salud positivamente. Este porcentaje disminuye a 41,6% y 29,1% respectivamente para el grupo de edad 75 y más años. La percepción positiva de la salud disminuye con la edad significativamente, como podemos ver en el Gráfico 3.12, sobre todo en las mujeres, siendo el punto de equilibrio el grupo de edad media (45-56 años).

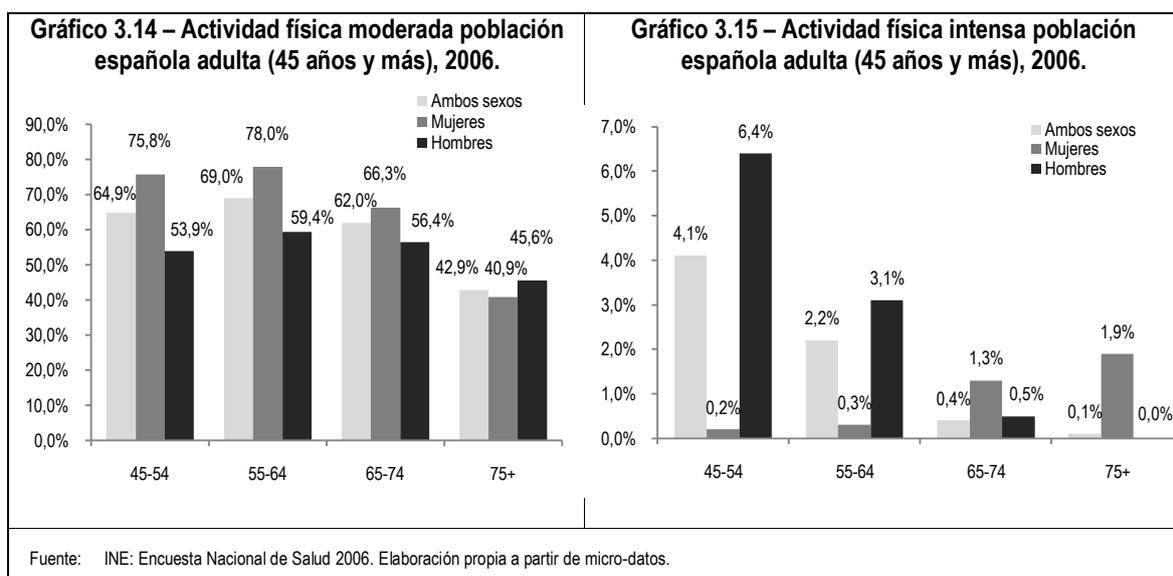


En la auto-valoración de la salud influyen muchos elementos. Uno de los más importante, por su peso, es el conocimiento de cuáles son precisamente los elementos que contribuyen a tener una buena salud. En este sentido, los comportamientos de salud de las personas mayores españolas (65+) son bastante adecuados en promedio y aparentemente. De hecho, constituyen el grupo de edad que diariamente consume más fruta fresca (82,4%) y verduras (47,6%). Igualmente, casi la mitad comen carne y pescado tres o más veces a la semana, y son los que menos embutidos consumen (Imsero, 2008). Asimismo, las personas mayores de 54 años son las que menos alcohol consumen y fuman menos, especialmente las mujeres (Imsero, 2008). Sin embargo, valoran más negativamente su salud. Esta distancia entre prácticas saludables y percepción positiva de la salud es una interrogante muy importante para el estudio de los comportamientos de salud, como se verá más adelante.

A pesar de una, en promedio, buena alimentación, el 25,5% de los hombres y el 28,3% de las mujeres entre 65 y 74 años presenta obesidad (IMC > 30) (MSPS, 2006). En el caso de los mayores de 75 años, los porcentajes bajan, en parte debido a la mortalidad elevada de las personas con obesidad a estas edades y a la pérdida óseo-muscular propia del envejecimiento avanzado. En el Gráfico 3.13 se puede apreciar el recorrido ascendente de la obesidad conforme avanza la edad de la población española.



Asimismo, la obesidad es palpable en las personas mayores y de edad media a pesar de que realicen actividad física constante. A nivel general, el 34,4% de toda la población española (31,7% de las mujeres, 37,2% hombres) pasa sentada la mayor parte del día. Este patrón de comportamiento va variando conforme avance la edad y de manera diferenciada para cada sexo. En este sentido, las mujeres de edad media son mucho más activas físicamente que los hombres (Ver Gráficos 3.13 y 3.15), pero conforme se hacen mayores los hombres permanecen más activos que ellas en cuanto a actividad física moderada (estar de pie la mayor parte de la jornada o caminando, llevando algún peso, efectuando desplazamientos que no requieran gran esfuerzo).



3.2 Definición de comportamientos de salud

Los comportamientos de salud (*health behaviours* en inglés) constituyen uno de los elementos más importantes en la investigación de la salud y del bienestar de una población o de individuos concretos. Los comportamientos de salud, por ejemplo, tienen un papel trascendental en la mayoría de las enfermedades crónicas, y en general, en el estado de salud de las personas mayores (OMS, 2008; 2010). En su clásica definición, Gochman (1997) indica que los comportamientos de salud constituyen todas aquellas características personales (tales como creencias, expectativas, valores, percepciones y otros elementos cognitivos), características de la personalidad (por ejemplo, estados afectivos y emocionales), y los patrones de conducta, acciones y hábitos relacionados con el mantenimiento de la salud, la recuperación de salud y el mejoramiento de la salud.

Los comportamientos de salud constituyen todas aquellas '*acciones llevadas a cabo por una persona para mantener, alcanzar o recuperar una buena salud y prevenir la enfermedad*' (Suphomin, 2009: 7). Por lo tanto, los comportamientos de salud reflejan tanto las creencias relacionadas con la salud como los hábitos concretos (Suphomin, 2009). Algunos de los comportamientos de salud pueden estar referidos a la dieta que se cree saludable y a la que realmente se sigue, al ejercicio que se cree suficiente para estar sano y al que se realiza, a las relaciones sexuales que se creen seguras y a las que se tienen, al sueño que se cree suficiente para descansar y que se duerme, el efecto del tabaco que se consume y a su consumo, entre otras.

3.3 Inequidades en salud y personas mayores LGB

En muchas partes del mundo, incluida España, individuos no heterosexuales están llegando a la vejez, por primera vez en la historia a la vejez, en el marco de una estructura social y jurídica drásticamente diferentes con respecto a aquella en la que crecieron o incluso empezaron a hacerse mayores. Estas personas han llegado a la vejez o están llegando a la vejez por caminos diferentes al marcado por el envejecimiento normativo. Y no existen investigaciones sobre cómo ha sido este proceso de envejecimiento, su impacto en salud y el estado de salud de estas personas.

En parte, y como ya se apuntó anteriormente, las identidades sexuales –marcadas por las identidades de género y el sexo– de personas mayores gays, lesbianas, bisexuales y transexuales (LGBT) han sido invisibilizadas, negadas, perseguidas, medicalizadas, criminalizadas, politizadas, etc. Y el peso del estigma en la salud está ampliamente documentado (Marques, 2011).

Dado que no existen estudios representativos a nivel poblacional sobre estos individuos, no se sabe a ciencia cierta cuántos son ni como han envejecido o están envejeciendo. Esto dificulta crear estudios empíricos de tipo observacional y representativos; pero la investigación con métodos cualitativos puede contribuir a superar este escollo.

Por otro lado, sí hay estudios con personas auto-identificadas como LGBT (voluntarios); la mayoría han sido llevados a cabo en Estados Unidos, Reino Unido, Australia y Nueva Zelanda. Uno de los más importantes es “*Improving the Lives of LGBT Older Adults*”, llevado a cabo en Estados Unidos (MAP, 2010). El otro estudio en importancia es “*Private Lives*” realizado en Australia por la Universidad de La Trobe (Pitts *et al.*, 2006). Se trata de los primeros estudios poblacionales (aunque no representativos), sobre personas mayores LGB en el mundo.

Aunque los resultados de este estudio están fuertemente determinados por la estructura social en la que se realiza, vale la pena mencionar los principales hallazgos y resultados para guiar una futura línea de investigación en ese sentido en España.

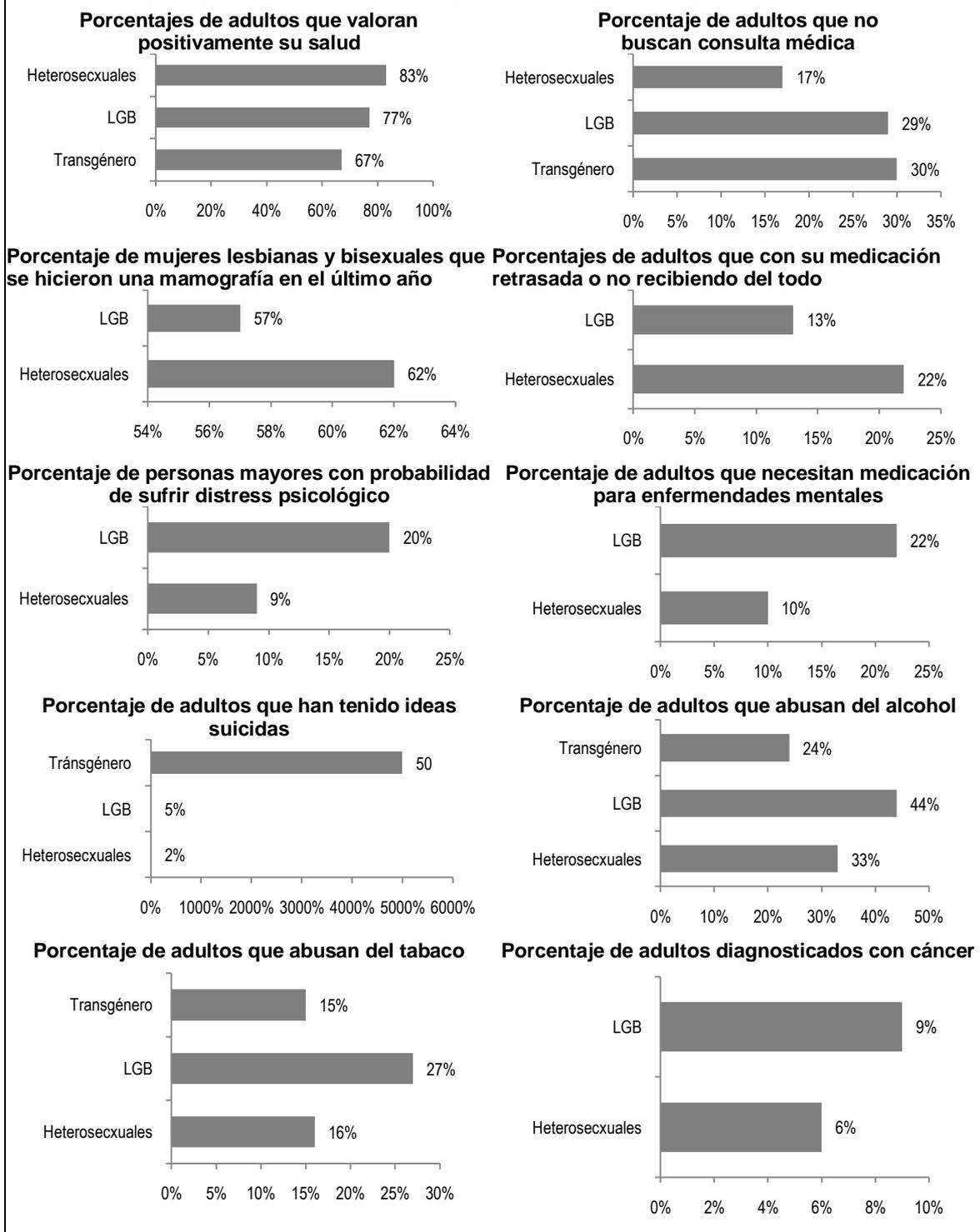
Improving the Lives of LGBT Older Adults realiza una estimación poblacional sobre 3 millones de personas mayores LGBT en Estados Unidos y concluye que las personas mayores LGB presentan peores resultados de salud (*health outcomes*, en inglés) que las personas mayores heterosexuales (Map-SAGE, 2010). Y en ese sentido, concluye que en comparación con sus pares heterosexuales, las PM LGBT (Map-SAGE, 2010):

- Tienen mayor riesgo de sufrir enfermedades mentales: mayor riesgo de abuso de sustancias/drogas; y, mayor riesgo de institucionalización.
- Asimismo, los individuos LGBT están expuestos a mayor estrés crónico debido a la estigmatización sufrida a lo largo de su vida y a la posibilidad de sufrirlo en el presente (Meyer, 1995 citado en MAP-SAGE, 2010).
- Existe evidencia suficiente para afirmar que el llamado “minority stress” ha provocado mayor aislamiento y soledad (Kuyper & Fokkema, 2009 citado en MAP-SAGE, 2010).
- Por ello estos individuos requieren de apoyos socio-sanitarios profesionales en mayor medida que otras poblaciones.
- Sin embargo, la situación es adversa; y las PM LGBT tienden a buscar ayuda/consejos de salud en menor medida que otras personas PM (Kimmel, Rose & David, 2006 citado en MAP-SAGE, 2010). Por ello, tienen hasta 5 veces menos de probabilidades de acceder a servicios sociales (Meyer, 1996 citado en MAP-SAGE, 2010). El menor acceso y búsqueda de servicios socio-sanitarios pone más presión en los cuidadores de estas personas.
- Sin embargo, la red social y familiar es diferente. Ya que se les ha impedido tener familia o tienen ‘familias escogidas’ (‘families of choice’, en inglés) (Adelman, et al., 2006 citado en MAP-SAGE, 2010).
- Con respecto al cuidado, el 18% de “baby boomers” LGBT están cuidando a sus parejas.
- El 36% de “baby boomers” LGBT están cuidando a sus padres.
- El 14% de “baby boomers” LGBT están cuidando a amigos.
- El 12% de “baby boomers” LGBT están cuidando a no-familiares.
- Las PM LGBT han estado expuestas en mayor medida a ambientes poco saludables. No obstante, esto no puede ser considerado un efecto del estilo de vida; ya que el único espacio que ofrecía seguridad a muchas de las PM LGBT eran locales de ocio (nocturno). De allí la

mayor prevalencia de alcoholismo, tabaquismo, ITS y otros comportamientos de salud que desembocan en inequidades sociales en salud.

El Gráfico 3.14 expone las principales desigualdades en salud de las personas mayores LGB de acuerdo al estudio de MAP-SAGE (2010).

Gráfico 3.12 – principales desigualdades e inequidades de salud de las personas mayores LGB, 2010.



Fuente: INE: Encuesta Nacional de Salud 2006. Elaboración propia a partir de microdatos.

Por su parte, el estudio *Private Lives: A report on the health and wellbeing of GLBTI Australians*, (Pitts *et al.*, 2006), conducido por la Universidad de La Trobe en Australia, es una de las mayores encuestas de salud con población LGBT que se han llevado a cabo hasta ahora en cualquier país del mundo. El estudio tuvo como objetivo documentar el estado de salud y bienestar de este sector de la población australiana y explorar el peso en la salud de diferentes factores, como por ejemplo, homofobia, discriminación, la familia y las redes comunitarias, así como el uso de servicios sanitarios. El trabajo de campo, iniciado en 2005, incluyó a 5476 personas desde los 16 a los 92 años (media: 34 años; D.T.: 11,2 años) auto-identificadas como LGBT. Del total, 63% son hombres, 65% mujeres y un 2% transexuales masculinos y femeninos. Es importante anotar que más de 560 participantes tienen 50 o más años (10% aproximadamente), lo cual le permite tener al estudio una amplia muestra de este grupo de población de difícil acceso. Debe recordarse, no obstante que la muestra no es representativa ni aleatoria. Por ello, no es de extrañar (aunque le resta fuerza) que más de un 50% de la muestra tuviera estudios universitarios y que un 60% tuviera un empleo a tiempo completo (Pitts *et al.*, 2006). Hubiese sido necesario recalibrar los pesos de la muestra según los poblacionales, pero no se hizo así. De modo que aunque estos datos son muy importantes para la investigación en salud y para las políticas sanitarias (ya se lanzó el *Private Lives 2* en junio 2011), es necesario superar estas debilidades metodológicas para llegar a resultados y conclusiones más robustas.

Merece, sin embargo, comentarse los principales resultados de salud sobre la población LGBT australiana y, en especial, de las personas mayores de edad auto-identificadas en este grupo de población. Además de los datos sobre educación y empleo ya mencionados, la gran mayoría (más de un 40%) presenta un modelo de convivencia en pareja; en las personas de más de 50 años este porcentaje está por debajo de la media del 40%. Para la auto-valoración de salud, se utilizó el instrumento SF-36 (v2) cuyos resultados mostraron un menor puntaje con respecto a los valores poblacionales de Estados Unidos y Australia, tanto en el componente físico como en el mental.

El 49% de los hombres y 44% de las mujeres han manifestado haber sido diagnosticados por un profesional médico con una enfermedad mental, la mayoría de las veces, depresión. Asimismo, la idea de suicidio en algún momento de la vida ha sido manifestada por un 16% de la muestra. Con respecto a los comportamientos de salud, un 37% consume tabaco y un 16% alguna otra droga ilícita (mariguana, en su mayoría). El 80% de los entrevistados practica algún tipo de actividad física, sobre todo caminata intensa, natación y ejercicios de gimnasio. Estos resultados están en línea con los estudios que indican que las personas de mayor nivel educativo son las que más actividad física realizan (OMS, 2010). Sin embargo, un 29% tienen sobrepeso (sobre todo los hombres) y un 16% sufre de obesidad (sobre todo las mujeres).

Un 8% está diagnosticado como VIH+ (más hombres que mujeres) y entre las enfermedades crónicas más importantes diagnosticadas por un profesional médico se encuentran: depresión (33%), asma (24%), colesterol (11%), enfermedades cardiovasculares (10%), cáncer de piel (5%) y diabetes (3%).

Finalmente, con respecto al uso de los servicios de salud, estos se utilizan de media en menor medida que el resto de la población, de ahí que muchas enfermedades se diagnostiquen tardíamente.

Con respecto a la violencia y discriminación, un 67% manifestó haber sido víctima de este tipo de agresiones en algún momento de su vida. En un 33% de los casos, dicha agresión sucedió dentro de la pareja, en mayor medida entre parejas de mujeres que en parejas de hombres.

4 Diseño metodológico

4.1 Cronograma de trabajo

Para guiar la investigación se han seguido los siguientes fases y tareas según el cronograma de 16 meses de trabajo (desde septiembre 2010 hasta octubre 2011), de los cuales han sido realmente efectivos 9 meses¹², incluyendo octubre 2011 con las actividades de diseminación. La Figura 4.1 presenta el organigrama seguido en esta investigación.

Actividad	Meses													
	2010				2011									
	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Revisión de la literatura														
2. Identificación de las variables y categorías de estudio														
3. Selección de las técnicas de recolección de datos														
4. Diseño de estrategia para recolectar la información														
5. Búsqueda y contacto de informantes clave														
6. Recolección de la información														
7. Transcripción de la información														
8. Re-elaboración de categorías a partir de datos recogidos														
9. Análisis de la información														
10. Primer avance de investigación														
11. Revisión de los avances de investigación														
12. Segunda fase de análisis														
13. Segunda ronda de Discusión de los avances														
14. Presentación de resultados en congresos/conferencias ¹³														
15. Presentación de los resultados en tribunal TFM														
16. Devolución del análisis a los informantes clave														
17. Re-elaboración de para continuar con la investigación														

Figura 4.1 Cronograma de la Investigación

4.2 Preguntas de investigación

¿Qué sucede cuando los individuos, a lo largo de su vida o en momentos concretos de esta, han construido un proceso de envejecimiento no normativo o muy alejado de este? La literatura científica concluye que generalmente enfrentan más dificultades para “envejecer igual que los demás”, si bien es cierto que por lo general los individuos en procesos no normativos de envejecimiento se adaptan

¹² Durante 3 meses (junio, julio y agosto de 2011) disfruté de una estancia en la Organización Mundial de la Salud en la Unidad de Determinantes Sociales de la Salud para participar en un proyecto sobre la traducción de la evidencia y la investigación en recomendación de políticas públicas para el sector salud y su trabajo con otros sectores (educación, transporte, sistemas de protección social) con el objetivo de reducir inter-sectorialmente las inequidades en salud. Asimismo, no se contabilizan los meses de septiembre 2010 porque el trabajo fue realmente exploratorio, y los meses de diciembre 2010 y enero 2011 por imperativas razones familiares. Esto ha limitado entonces el tiempo real a 9 meses de trabajo.

¹³ Durante el curso 2010-2011, avances de este trabajo se han presentado o se expondrán en los siguientes reuniones científicas: **(i)** VII IAGG European Congress “Healthy and Active Ageing for all Europeans – II” (Bologna, Italia; 14-17 abril 2011); **(ii)** IASSCS VIII Conference: Naming and Framing: The Making of Sexual (In)Equality (Madrid, España; 6-9 Julio 2011); **(iii)** 10th Conference of the European Sociological Association (Ginebra, Suiza; 7-10 Septiembre, 2011); **(iv)** Theorizing Age: Challenging the Disciplines. Inaugural Conference of the European Network in Aging Studies (ENAS) (Maastricht University, Holanda, 6-9 Octubre 2011)

(Rosenfeld, 2010) a las estructuras disponibles para organizar su proceso de envejecimiento y dentro de este, por ejemplo, su cuidado en la vejez. Por ejemplo, la investigación sobre el envejecimiento de personas mayores homosexuales, lesbianas o transexuales (LGB) ha cuestionado empíricamente la distinción entre amigos y familia biológica, reconociendo que las personas homosexuales han venido tratando a sus amistades como familia; de esta manera, se construye también una red de cuidados y de apoyo que muchas veces ha sido imposible construirla desde una familia tradicional. Sin embargo, la gran mayoría de la investigación en este campo ha sido llevada a cabo en Estados Unidos, Reino Unido, Australia y Nueva Zelanda, todos países anglosajones con una estructura social (cultural, sanitaria, económica, política) muy diferente a la de España. A pesar de ello, estas investigaciones han descubierto un panorama mucho más complejo de las relaciones sociales y familiares a lo largo del ciclo de vida (Rosenfeld (2010) de las personas de edad media y avanzada conforme van envejeciendo.

¿Influye un proceso no normativo en el estado de salud de las personas LGB de edad media y mayores, así como en su percepción de salud en comparación con el resto de la población? Si es así, ¿impacta esta influencia en los comportamientos de salud que los individuos desarrollan en las etapas previas a la vejez y durante esta? Autores como Kimmel (1977) han sugerido que, por ejemplo, las personas mayores gays, lesbianas y bisexuales podrían estar mejor preparados para algunas situaciones de la vejez, ya que han desarrollado estrategias de afrontamiento que les han obligado a asumir responsabilidades sobre sus propias necesidades en un momento muy inicial de vida adulta en comparación con otras personas mayores.

En este sentido, los comportamientos de salud constituyen uno de los elementos más importantes en la investigación de la salud y del bienestar de una población o de individuos concretos. Los comportamientos de salud, por ejemplo, tienen un papel trascendental en la mayoría de las enfermedades crónicas, y en general, en el estado de salud de las personas mayores, como se pudo apreciar en los capítulos 1, 2 y 3.

¿Existe una relación entre los comportamientos de salud y las expectativas de cuidado en la vejez en individuos que han construido un proceso no normativo de envejecimiento? Asimismo, ¿tienen relación los comportamientos de salud y la expectativa de del lugar donde envejecer? Como hemos visto (capítulo 3), en España las personas mayores prefieren vivir en sus hogares (es una de sus expectativas) y proyectan su vejez en sus domicilios, cuidados por su familia principalmente. Estas inquietudes permiten formular las dos preguntas de investigación que se muestran en apartados siguientes.

- **¿Influye un proceso de envejecimiento no normativo en los comportamientos de salud de los individuos de edad media y avanzada?**
- **¿Influye un proceso de envejecimiento no normativo en las expectativas de cuidado en la vejez y en el lugar donde se espera envejecer?**

En Estados Unidos (donde se ha llevado a cabo la mayor parte de la investigación en este campo) los temas de mayor peso han la seguridad financiera y los cuidados sanitarios de corta y larga duración o residencias para mayores (Rosenfeld, 2010); en gran parte debido a la ausencia de un Estado del Bienestar en ese país y a la responsabilidad individual (independientemente de la posición socio-económica) de tener un seguro de salud.

Sin embargo, los estudios empíricos observacionales son infrecuentes dada las pocas probabilidades de construir una muestra representativa para este tema en este grupo de población (Rosenfeld, 2010) debido a las razones ya abordadas: prejuicios (estigmas relacionados con salud y sexualidad, por ejemplo), incapacidad para elaborar instrumentos de recolección de información adecuados (los cuestionarios cerrados y auto-cumplimentados no funcionan bien en estos temas) o escasa financiación de este tipo de investigaciones (un aspecto relacionado con los prejuicios y valores hegemónicos).

4.3 Muestreo teórico y muestra seleccionada

¿Cómo desarrollar la investigación a partir de estas dos preguntas? Para estudiar un proceso de envejecimiento no normativo se deben seleccionar individuos que como tales o como grupo sean considerados claramente “outsiders” (fuera de la norma estadística y social) del proceso de envejecimiento normativo. Como se mencionó en los capítulos 1 y 2, este es el caso de, por ejemplo de individuos no casados o sin relación estable y sin hijos que considerados como personas mayores; curas y monjas mayores; personas inmigrantes mayores; y personas mayores homosexuales, lesbianas, bisexuales o transgénero (LGBT). Este trabajo se concentra en parte de este último grupo de individuos: personas lesbianas, gays o bisexuales (LGB) a partir de 50 años. Y lo hace a partir de 50 años y no de 65 años (la edad estándar definida por Naciones Unidas para categorizar a las personas mayores – ver: OMS 2002) porque las expectativas de cuidados se van construyendo a lo largo de la vida y en especial en los momentos y transiciones previos a un cambio de vida importante (Dannefer 2003; Hagestad, & Dannefer, 2001).

Dada la inexistencia de estadísticas sobre este tema y esta población, es imposible construir una muestra representativa que permita desarrollar una investigación observacional. No es tampoco adecuado recoger información y agregarla para construir una muestra no representativa dado que este trabajo no busca analizar el impacto de una intervención o tratamiento, sino proponer cuál debe ser el mejor acercamiento conceptual y metodológico para estudiar variables de salud en esta población en relación con otros factores..

Se propone, en cambio, desarrollar la técnica del muestreo teórico (*theoretical sampling* en inglés) propuesto por Glasser & Strauss (1999), el cual permite construir la muestra de acuerdo a las necesidades de la investigación y *recoger solo los datos necesarios para la elaboración de categorías* (Andreu, García-Nieto & Perez, 2007). Dado el carácter exploratorio e inicial de esta investigación, se

propone limitar a un máximo de 10 individuos, ya que se considera que la saturación teórica de las categorías mediante el muestreo teórico no superará a estos 10 individuos.

Se reconoce, sin embargo, que la técnica del muestreo teórico indica que no se debe limitar la muestra de antemano hasta que se empiezan a recoger y analizar en paralelo los datos. Es entonces cuando empiezan a surgir las categorías en el análisis y en el momento en el que estas se repitan en cada individuo o unidad analizada se debe detener la construcción de la muestra porque se habrá saturado la posibilidad de encontrar más variabilidad en las categorías de la muestra (Glasser & Strauss, 1999; Andreu, García-Nieto & Perez, 2007).

No obstante, se tomó la decisión de limitar a 10 el número de sujetos dadas las necesidades, limitaciones y requerimientos de esta investigación en este nivel académico, así como las constricciones de presupuesto y de tiempo (analizar una entrevista requiere mucho tiempo, analizar 30 entrevistas puede requerir años).

¿Cómo identificar a personas de 50 años y hasta 65 años que estuviesen dispuestas a hacer una entrevista durante al menos 90 minutos para hablar sobre estos temas? En un inicio, resultó muy complicado ubicar a estas personas. Por ello, para construirla muestra se tomaron dos caminos: (i) efecto bola de nieve y boca-a-boca; y (ii) contactar con una asociación para mediar en la búsqueda de sujetos.

Sobre el primer camino, el boca-a-boca a través de la propia red social, familiar o profesional facilita mucho, pero existe el riesgo de sesgar a los sujetos porque quien les contacta conoce al investigador y puede influir en los sujetos al describir quién es, qué hace y qué busca. Asimismo, se lograron varios contactos con sujetos dispuestos a participar, pero que no cumplían los requisitos (p.ej., menores de 50 años, o mayores de 65 años; mujeres; personas que no viven permanentemente en España, entre otros). Algunos de estos contactos se han guardado para continuar con esta investigación en el futuro, una vez se ajusten objetivos, alcance y metodología. En resumen, a través de este camino, se ubicaron a 7 sujetos, de los cuales 3 se han incluido en la muestra.

Sobre el segundo camino, se contacto con Gehitu (Asociación LGBT del País Vasco: <http://www.gehitu.net>) cuya sede se encuentra en San Sebastián. En varias ocasiones se escribieron mensajes de correo electrónico y se realizaon varias llamadas hasta que el investigador fue recibido por la Asociación y pudo explicar el estudio en cuestión. Se le solicitó preparar un folio describiendo la investigación para que el tema fuese tratado en la Asamblea de la Asociación. Así se hizo y se encontró un gran entusiasmo por participar y facilitar al investigador la ayuda necesaria. Se hizo entonces un plan de captación. En primer lugar, se organizó una charla en la sede la Asociación y se envió un correo electrónico a todos los socios de la Asociación. En segundo lugar, se llevó a cabo la charla (sobre resultados de investigación en envejecimiento, salud y personas mayores LGBT en otras partes del mundo, adaptado a un público no científico) y se ofreció la posibilidad de contactar con el investigador para participar en el estudio. De este modo se contactaron 14 personas, de las

cuales cumplían los requisitos 9, de las cuales se logró entrevistar a 6. Sin embargo, una de las entrevistas no arrojó resultados relevantes y se ha dejado de lado.

En total, se realizaron 8 entrevistas efectivas, dos menos que las previstas, pero que han permitido obtener una gran cantidad de datos y, aunque no se ha llegado a la saturación teórica, sí marcan el camino para continuar con la investigación en el siguiente nivel académico. La Figura 4.2 muestra el proceso de construcción de la muestra.

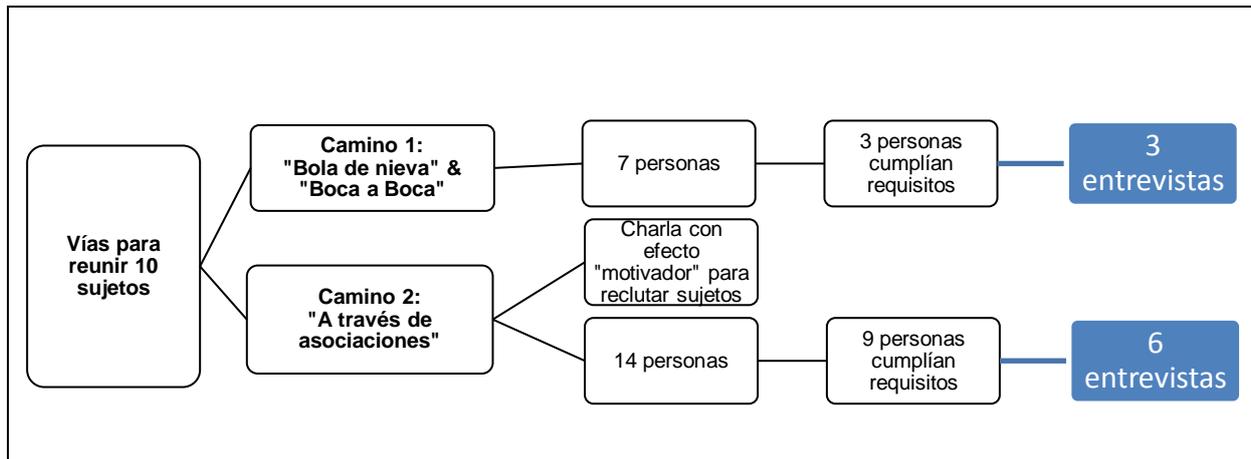


Figura 4.2 Proceso de construcción de la muestra.

A continuación se presenta una descripción, anominada, de las características de los sujetos participantes y que fueron finalmente entrevistados. Estas características intentan explicar el contexto familiar y social en el que se desenvuelven los individuos con el objetivo de analizar con mayor profundidad sus discursos.

Sujeto	Características
001	Hombre; 50 años; educación universitaria completa; ocupación directivo de empresa; soltero y con pareja (10 años menor); no vive con su pareja; sin hijos; propietario de una vivienda, pero viviendo en otra ciudad diferente en modalidad de alquiler;; vive en zona urbana; buenas relaciones con su familia (hermanas/os; sobrinos); muy buena red social (amigos, vecinos); madre y padre vivos; padre con enfermedad de Alzheimer
002	Hombre; 63 años; educación universitaria completa; profesor-prejubilado;; soltero y sin pareja actual pero con ex-relación de 20 años en la que hubo convivencia; sin hijos; propietario de su vivienda; vive en zona semi-urbana; buenas relaciones con su familia (hermanas/os; sobrinos); limitada red social (amigos, vecinos); madre vivo; padre fallecidos.
003	Hombre; 52 años; educación secundaria completa; propietario de pequeño comercio; soltero y sin pareja; sin hijos; propietario de su vivienda; vive en zona urbana; buenas relaciones con su familia (hermanas/os; sobrinos); red social (amigos, vecinos) extensa; madre y padre vivos.
004	Hombre; 55 años; educación secundaria completa; agente comercial de seguros; soltero y sin pareja; sin hijos; propietario de su vivienda; vive en zona urbana; buenas relaciones con su familia (hermanas/os; sobrinos); muy buena red social (amigos, vecinos); madre y padre fallecidos.
005	Hombre; 60 años; educación secundaria incompleta; trabajador en sector industrial; soltero y con pareja; sin hijos; vive con su pareja; propietario de su vivienda; vive en zona semi-urbana; regulares relaciones con su familia (hermanas/os; sobrinos); red social (amigos, vecinos) pequeña, pero fuerte (auto-percepción); madre y padre fallecidos.

006	Hombre; 57 años; educación secundaria incompleta; trabajador manual en sector industrial; soltero y sin pareja; sin hijos; co-propietario de su vivienda junto con su hermana; vive en zona urbana; escasa relación con su familia (hermanas/os; sobrinos); muy buena red social (amigos, vecinos); madre y padre vivos.
007	Hombre; 61 años; educación secundaria completa; propietario de pequeño comercio; soltero y sin pareja; sin hijos; propietario de su vivienda; vive en zona semi-urbana; buenas relaciones con su familia (hermanas/os; sobrinos); amplia red social (amigos, vecinos); madre fallecida; padre vivo.
008	Hombre; 56 años; educación secundaria incompleta; trabajador en pequeño comercio; soltero y sin pareja; sin hijos; propietario de su vivienda; vive en zona semi-urbana; buenas relaciones con su familia (hermanas/os; sobrinos; y primos); red social (amigos, vecinos) pequeña; madre y padre vivos.
009	Hombre; 61 años; educación secundaria completa; trabajador en pequeño comercio; soltero y sin pareja; sin hijos; propietario de su vivienda; vive en zona urbana; buenas relaciones con su familia (hermanas/os; sobrinos; y primos); buena red social (amigos, vecinos) pequeña; madre viva con Alzheimer, padre fallecido.

4.4 Hipótesis

No suele ser frecuente el uso de hipótesis en este tipo de investigación debido a la imposibilidad de medir cuantitativamente los resultados de las variables y por lo tanto al no existir una hipótesis nula, no se puede probar la hipótesis como verdadera o no. Sin embargo, el uso de hipótesis en la investigación cualitativa es posible e, incluso, conveniente. Para construir hipótesis en un diseño metodológico cualitativo es necesaria una rigurosa revisión de la literatura y la evidencia, crear un marco conceptual, identificar las categorías de análisis inicial, desarrollar una propuesta metodológica rigurosa, recoger la información necesaria y solamente necesaria, analizarla y establecer las relaciones causales entre las categorías y variables analizadas. Tal y como indica Mittman (2001), la incapacidad de especificar hipótesis y variables relevantes típicamente conduce a mediciones y resultados dispersos, fracaso en identificación y medición de variables y en el uso de conceptos para interpretar los datos.

En este sentido, a priori, esta propuesta de investigación esboza cuatro hipótesis de trabajo, las cuales deberán revisarse o re-formularse después de concluir la revisión de la literatura científica (ya iniciada) y quedar definitivamente establecidas previamente al análisis de los datos recogidos. Las cuatro hipótesis iniciales son las siguientes:

1. Las expectativas de cuidado (EC) de individuos en un proceso de envejecimiento no normativo influyen en la construcción de los comportamientos de salud (CS) particulares de dichos individuos.
2. Las EC de individuos en un proceso de envejecimiento no normativo perfilan decisiones financieras para asegurar un estado de salud satisfactorio, incluyendo la relación con la vivienda como entorno del envejecimiento.
3. Las EC de individuos en un proceso de envejecimiento no normativo están condicionadas por la posición socio-económica de los individuos y sus redes familiares/sociales
4. Las EC de individuos en un proceso de envejecimiento no normativo se modifican a lo largo del curso de vida en función de las transiciones personales y cambios sociales concretos (por ejemplo, modificaciones legales o legislativas tanto en temas de salud como de “no-salud”).

5 Resultados: Análisis de las entrevistas y categorías obtenidas

A los 9 individuos se entrevistó en profundidad utilizando técnicas cualitativas referidas en la literatura científica¹⁴. Cada entrevista se transcribió y se revisó para leerla al mismo tiempo que se re-escuchaba la grabación.

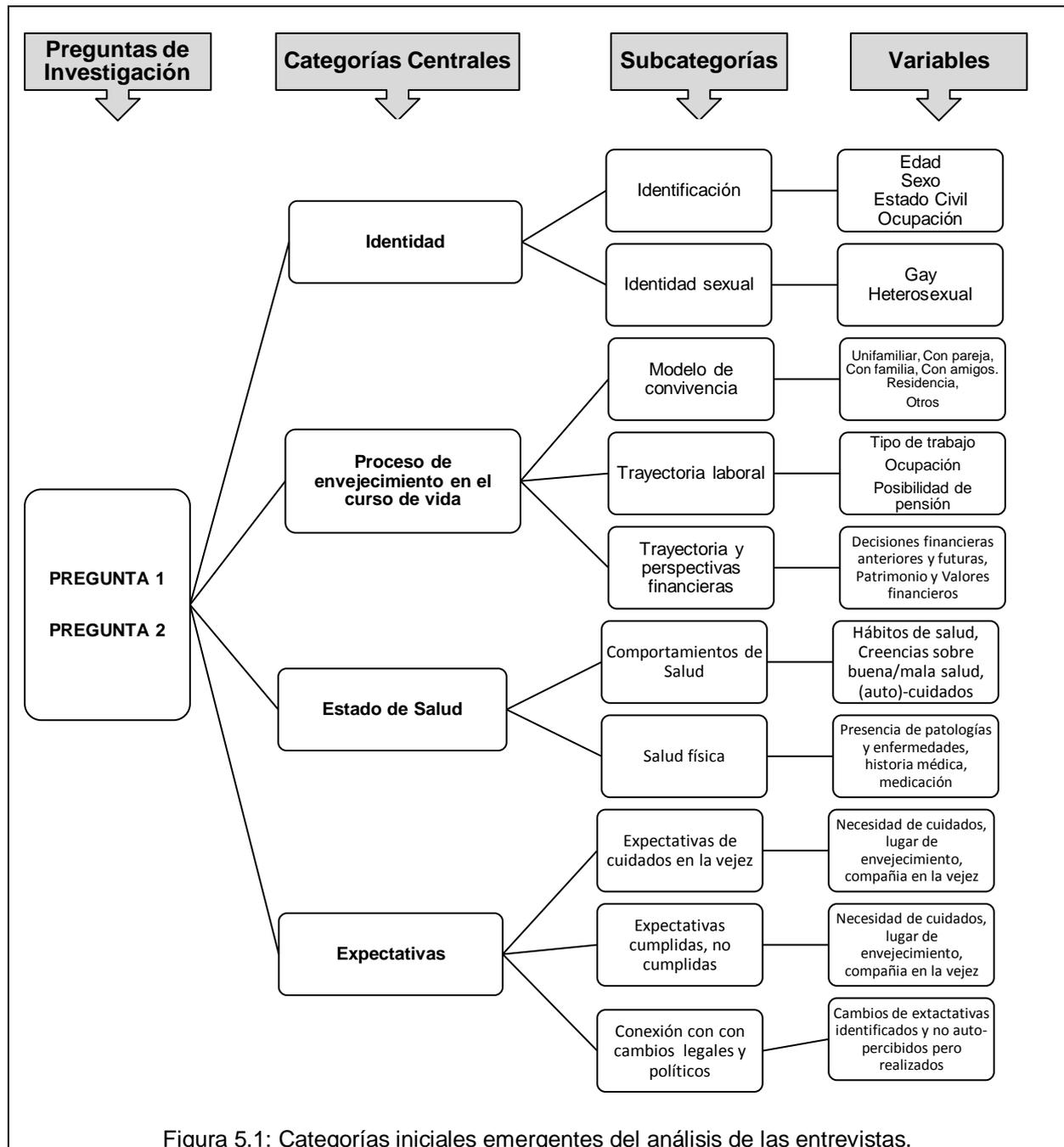
En un primer momento se exploró la posibilidad de categorizar las entrevistas en unidades de análisis a través de un programa informático (NVivo), pero luego se desechó esta vía en este momento de la investigación y se retomará más adelante. La razón para ello es la necesidad de entrenamiento específico en el uso de los programas informáticos de análisis cualitativo de datos, el cual requiere tanto tiempo como recursos. En las siguientes etapas de la investigación se utilizarán estas herramientas para profundizar el análisis.

Se siguió entonces el camino tradicional de codificación del texto y de su desagregación por parte del investigador. Posteriormente se unieron las categorías (y los extractos del texto donde aparecían) para unificar criterios, re-agrupar y finalmente construir las categorías definitivas del análisis. Este proceso tomó más tiempo del previsto. En un momento avanzado de la investigación (junio 2011) se tomó la decisión de desechar una de las entrevistas y trabajar solamente con 9 sujetos. La razón es la calidad de los datos aportados por la entrevista: escasos y a veces incoherentes.

La figura 5.1 muestra las categorías del análisis que emergieron del análisis. En primer lugar, surgieron 4 categorías centrales: (i) Identidad; (ii) Proceso de envejecimiento en el curso de vida; (iii) Estado de Salud; y (iv) Expectativas. Cada una de las categorías centrales comprendía en mayor o menor medida a otras categorías y por eso se les ha denominado sub-categorías. Finalmente, cada una de estas sub-categorías se expresaba a través de diferentes variables en el discurso, que podríamos llamar como las más pequeñas unidades de análisis en esta investigación, pero que otras investigaciones podrían desagregar aún más.

Las relaciones entre variables permitirán llevar a cabo el análisis que se muestra más adelante. Dicho análisis es interpretativo con base en la literatura y evidencia que sustenta esta investigación, y que ha sido expuesta y comentada en los capítulos 1, 2 y 3. En un futuro, el uso de una herramienta informática para el análisis cualitativo de datos podrá contribuir a desarrollar un análisis más profundo y complejo.

¹⁴ La base metodológica para la realización de entrevistas y su posterior análisis se basó mayormente en los fundamentos básicos del método biográfico Pujadas (2002) y en los utilizados teórico-metodológicos expuestos por Elwer et al. (2010); Frazier et al (2010); Morgan (2010); Morgan & Botorff (2010); Murdoch et al. (2010) y Seale et al. (2010).



A continuación se han seleccionado las variables más representativas de este análisis para cada una de las categorías surgidas del discurso de los sujetos entrevistados. Acompañan este análisis, extractos de las entrevistas para ilustrar cada sección.

5.1 Identidad

La identidad sexual suele aparecer en el discurso intermitentemente, pero no el elemento fundamental que explica su situación personal (tener o no tener pareja; tener o no tener hijos; estar soltero o

casado). La identidad sexual en todos los casos es manifestada como “hombre gay” y a veces como “hombre homosexual” y en menores ocasiones como “gente como nosotros”. Todas estas etiquetas no parecen estar unidas a la explicación de su situación personal, la cual es expresada más bien como un camino seguido por decisiones personales, constricciones en diferentes momentos de la vida y elementos que no se han detenido a pensar, según sus propias palabras.

*... yo creo que hay más gente, cada vez habrá más gente
... soltera o parejas pero sin hijos y sin historias, que
sabemos... (Sujeto 01)*

*Yo creo que ya me reciclaré lo suficiente bien como para
que ... creo, eh, que todo puede suceder que no, pero
creo... pero si que es verdad que los que vivimos solos ya
empezamos a pensar en dos cosas fundamentales: la
invalidez, el tema de la invalidez es preocupante, o sea es,
que mañana te pegue un pequeño patatús y quedes con
una deficiencia y la... la invalidez que lleve el tema de la
dependencia... porque si eres una persona que necesita
ayuda, pues es mucho más complejo que una persona
soltera tenga esa ayuda... aunque aún vivimos en una
sociedad... (Sujeto 04)*

En ningún momento se hace alusión a la identidad sexual como el elemento que explica su condición, sino a ser uno más de un grupo de personas que “viven solas”. En este sentido, aunque este discurso es elaborado por sujetos con unas características muy concretas, podría ser también el de otras personas de su mismo grupo de edad, que comparten similares situaciones y circunstancias en su vida. Esto viene a reforzar lo dicho por Dannefer (2010) y Rosenfeld (2010) de que el estudio del envejecimiento de las personas mayores LGBT nos permite acercarnos y estudiar una población hasta ahora invisible para la gerontología, pero que también ayuda a incrementar la investigación y en entendimiento del envejecimiento en general de todas las personas mayores.

Uno de los sujetos, en un momento de elaboración y re-elaboración de lo que explicaba cuando relataba cómo es su relación con su familia comentó que varias “tías” suyas no han tenido hijos y como él veía que tenían una vida muy “normal”:

*[mis tías] Son personas muy normales. Y además, que han
vivido en ciudades muy diferentes. Una ha vivido en
Madrid, la de 93 ha vivido en Madrid muchos años. Otra
con 87, ha vivido mucho años en Galicia. Y pues nada,
como son hermanas y cuando se quedaron viudas y se
quedaron sin hijos, pues volvieron aquí para estar con la
familia, para estar con la familia más directa. Y las demás
han vivido aquí. Todos.... Bueno, todas no, mira, dos se
han casado y no han tenido hijos. No han tenido hijos y
tienen, sin embargo, una vida muy normal. Y entonces, yo
les veo a ellas, que hasta lo ochenta y... (Sujeto 09)*

5.2 Proceso de envejecimiento en el curso de vida

Este es quizás, junto con la categoría Estado de Salud, las más ricas en datos y donde más se suelen extender los entrevistados. En España, el modelo de convivencia para las personas de 50 años y más (y en especial para las personas mayores de 65 años) está fuertemente cruzado por el sexo como pudimos apreciar en el capítulo 3. A pesar de que la expectativa de convivencia es en familia (y en pareja, en particular), muchas mujeres mayores viven solas y cada vez más hombres mayores. De los 9 hombres entrevistados, solamente uno vive con su pareja y aunque otros mantienen una relación estable, la convivencia no ha llegado a darse.

S02- ... yo prefiero estar ahí, aunque yo lo pase mal.

GZ- ¿Sí?

S02- ... que estar en casa rodeado de gente, que en momento me pueda llegar a odiar, en un momento ... porque ya no puede con presión o porque o sea...

Aunque en el momento de la entrevista estaba hablando de la convivencia con sus padres, esta persona está expresando lo que en muchas ocasiones se ha llamado como la “individualización de las personas mayores” (Cabrini & Pambil, 2005); es decir, el proceso de cumplir cada vez más con las necesidades y aspiraciones individuales que con las familiares, aunque estas puedan seguir presionando a los individuos.

Todos los individuos se ven a sí mismo disfrutando de un sistema de pensiones que les garantice condiciones mínimas de vida. Uno de ellos ya está jubilado. Pero es importante resaltar que las pensiones en la jubilación son uno de los elementos que más se correlacionan con un buen estado de salud (OMS, 2010) y, por lo tanto, es de resaltar esta expectativa. El Sujeto 06 resume muy bien esta perspectiva:

S006: ... tenemos que luchar para que las instituciones estén lo suficientemente bien preparadas. Esa es una de las cuestiones, que creo que es fundamental, de una lucha, de una reivindicación de esta sociedad.

GZ: Hmm-jum.

S06: Yo creo que nosotros no podemos, como personas, no podemos estar pendiente de que la unidad familiar sea el componente que te solucione los problemas; pero sí como personas que hemos estado cotizando y hemos estado... eh... revertiendo a la sociedad... hemos estado cotizando cuando a ti te quitan de tus ahorros, de tu salario y me quitan a mi del salario, no es para mí... es para mantener a esta gente que está en este estadio de edad mayor, que tiene una subvención, o sea que tiene unos tal..

GZ: Hmm-jum.

S06: Cuando tú y yo lleguemos a esa edad. Cuando yo llegue a esa edad, espero que haya personas que estén en edad laboral, que estén trabajando para que ese bienestar se mantenga que cada día se está recortando más. Pues

no hay más que ver la nueva legislación que viene sobre el tema de las pensiones. O sea de mínimo ya, o sea, de mínimo no... de principio ya 20% menos, ya por ley 20% menos. Y todo indica, todo indica, que yo creo que lo conoceré que no es que va a ser eso, es que va a ser el mínimo del mínimo en general.

5.3 Estado de salud

Con respecto a los comportamientos de salud, se presenta una mayor diversidad y variabilidad. Aunque en su mayoría los hombres entrevistados “piensan” que su salud es adecuada, en el discurso emergen varios elementos que permiten afirmar que sus comportamientos no siempre son los más saludables ni lo han sido.

Con respecto alimentación, los discursos sobre la “buena alimentación” y el “buen comer” en el País Vasco son recurrentes. Solamente se encontró un participante al que le pareció que el “comer excesivamente” es un problema y, en concreto, un problema en el País Vasco:

S07: Y la otra, pues porque la educación nuestra es que aquí se celebra algo con una buena comida. Y eso, la verdad es que la comida es copiosa y abundante.

[...]

S07: Pues el futuro lo veo, fundamentalmente cuidándonos un poco más.

GZ: Mmm.

S07: Yo me imagino que tenemos que cuidarnos un poco más.

GZ: ¿En qué sentido?

S07: En todos los sentidos: en comer menos, en beber menos, en descansar bien, haciendo ejercicio. O sea, en lo que llamamos llevar una vida un poco más sana, pero que no va a diferir mucho de la vida que llevo ahora... Bueno, lo cual no quiere decir... bueno me gusta un buen vino, es verdad, y no quiere decir que un día beba un poco más de vino. Pero bueno, lo normal, en una buena comida, una buena cena, un buen vino. Y punto. Y el resto pues...

Estas comidas “copiosas y abundantes” probablemente expliquen en parte porque todos los hombres entrevistados presentan sobre-peso. Esto en línea con el comportamiento general de la población española y, en particular vasca, así como con los resultados de los estudios de personas mayores LGBT en Australia y Estados Unidos (ver capítulos 2 y 3). Aunque en esta investigación no se les pidió auto-informar al investigador sobre su peso y altura para tener una medida exacta (aunque auto-informada) del índice de masa corporal, todos los entrevistados hicieron alusión a sus problemas de

peso. Algunos intentan bajar de peso, otros no y recurren a estrategias particulares como dietas o prácticas sin base científica y sin consulta médica:

S05: ... Yo antes por ejemplo decía, bueno, para el verano, pum, diez kilos menos o doce kilos menos... shuuuup... y los conseguía bajar. Ahora no hay manera de bajar ochocientos gramos... jejejeje

G: ...jejeje...

S02: O sea, en esas cosas lo voy notando. [el envejecimiento]

* * *

[...]

GZ: ¿No desayunas?

S08: Desayuno todos los días una manzana.

G: Ah.

S08: Jajajaa... Te cuento un día normal.

G: Sí.

S08: Me levanto, me afeito... bueno primero limpio la manzana, la dejo limpiita, me afeito, me ducho. Y me como la manzana. Todos los días. Casi, bueno, no voy a decir todos, pero casi todos los días. Entre semana, seguro... Y nada más.

GZ: Mmm.

S08: Llego a San Sebastián a las siete y media. (7:30). Voy a un bar. Me tomo un café con leche. ... un tazón de un café con leche. A veces compartimos un "croissant" entre cinco, otras veces nada.

GZ: O sea no os queda nada.

S08: Sí, nada, nada. Un pedacito. A veces saca uno, otras veces saca otro. Somos cinco personas que no tenemos nada que ver en el trabajo, pero ya como vamos al mismo sitio, hacemos lo mismo y tal, leemos el periodo, discutimos un poquitín de las cosas, de algunas chorraditas que salen, discutimos y hablamos... y a las ocho menos diez (7:50) entro a la oficina.

GZ: Mmm.

S08: A eso de las diez o así, me tomo un cortadito. Luego ya hasta la hora de comer, normalmente nada. Como, por ejemplo hoy, unas verduras con un poco de jamón y un yogurt. Y.. y ya está. Y luego ya a la noche, es peligrosísimo.

GZ: Jej-hmmm.

S08: En la noche abro el frigorífico y hago traas, y puede caer pues...

GZ: jajaja

S08: En la noche no tengo... sobre todo llevo una

temporada... Voy a intentar, me he propuesta organizar un poco más la alimentación, pero a la noche, no tengo, no tengo... puedo comerme... bufff... eh... eh...

GZ: *Lo que haya.*

S02: *Sí, ese es el problema. El gran problema.*

GZ: *¿El problema de qué?*

S08: *Pues de todo, no solo porque te... tenga..ehh... [hace gesto de tocarse el estómago y sacudir su "barriga"]*

G: *¿Has cogido peso?*

S02: *Sí... he cogido .. bufff... siete kilos o...*

G: *¿Y en cuánto tiempo?*

S02: *No en mucho tiempo, yo calculo que en unos tres meses o así.*

G: *¿Ah sí?*

S02: *Sí, sí... [...] antes... ahora cuesta un montón rebajar. Antes en invierno más o menos, tal y cual... cogía y en febrero decía... venga, y bajaba rápidamente. Pero ahora me cuesta un montón.*

G: *¿Y eso de la manzana en la mañana?... ¿Cómo así?*

S02: *Nada, me gusta la manzana y en la mañana me entra muy bien*

G: *Ah, o sea, no es ninguna recomendación.*

S02: *Sí, sí ... empecé comiéndome una manzana y ay, qué bien me entra, qué bien me entra... y me entra perfecto.*

Por último, es importante mencionar el tema del sueño dado que es las alteraciones del sueño son uno de los problemas mas importante conforme avanza el proceso envejecimiento y los comportamiento alrededor de la salud del sueño están siendo actualmente explorados por la sociología de la salud y de la geriatría en general por su gran peso en la calidad de vida y el bienestar (Arber & Gin, 2010). En muchas ocasiones, los entrevistados expresan que actualmente tienen necesidad de más horas de sueño que antes, pero que duermen peor que antes. Sin embargo, algunos comportamientos suelen ser contrarios a una buena salud del sueño, como por ejemplo comer copiosamente en la noche, tener horarios de sueño dispares (en especial los entrevistados que trabajan en el sector industrial) y para un entrevistados sus tareas como cuidador de su padre con Alzheimer.

[¿en que nota el proceso de envejecimiento]

S04: *En el rendimiento... Cuando no descansas bien, se nota el rendimiento. Antes eras bueno, bah, dos horitas, duchita, pum-pum-pam, y listo. Venga.*

GZ: Ahora cuanto duermes más o menos?

S04: Yo duermo bastante, yo soy de los que me acuesto, o sea, vamos, yo madrugo todos los días, eh. Me levanto todos los días a las seis y cuarto de la mañana, pero... y no es porque tenga obligación, pero yo me he puesto esa obligación. Y normalmente, diez y media, once de la noche, estoy en la cama.

GZ: Entonces, tus ocho horitas...

S04: Mis ocho horitas normalmente sí. Procuro... No descanso igual que antes, no tomo ninguna pastilla, no tomo ninguna medicación, hasta la fecha, de nada, de nada, de nada. No he tenido ningún trastorno médico, de ninguna clase hasta la fecha. No he tenido ningún accidente. O sea no he tenido nada, hasta la fecha.

GZ: ¡Qué bien!

S04: Pero reconozco que, bueno, que, joder, si no descanso mis siete, ocho horas, pues no es lo mismo y antes yo he hecho "tres horas, duchita" y al día siguiente estaba, bueno, pues, eso que muy bien. Igual esa noche, la noche después de la farra, me acostaba un poquitín antes para... para compensar, pero es que no creo que ahora yo ... No lo he hecho. Y los días que no descanso bien, yo lo noto. Los días que no duermo bien, lo noto.

5.4 Expectativas de cuidados

Con respecto a las expectativas, se mencionan en este apartado solamente las expectativas de cuidado por que expresan mejor la relación entre salud, cuidados y envejecimiento de las personas entrevistadas. La mayoría de los entrevistados expresan constantemente que tienen un claro que "si ellos no se cuidan no los va a cuidar nadie" y que "la familia está allí, pero no está". Incluso, uno de los entrevistados afirma que a pesar de que tiene una extensa red de sobrinos y hermanas, muchas personas jóvenes emigran hoy día por razones de trabajo y que él se ha asegurado de tener una estrategia (seguro de pensiones y de vida completo).

S02: [...] tengo 3 sobrinas.

GZ: Hmm-jum.

S02: Pero yo entiendo que una sobrina pues... entre que su chico vive en Roma, ella vive en Alicante, o sea... es que... sí, una vez al año podrá venir a visitarte, pero es que no va a poder más. La que está más cercana, te digo, está terminando ingeniería ahora y el año que viene se va a ir a Holanda a hacer el esto... el proyecto, el famoso proyecto que tengáis que hacer de fin de carrera... o sea es que ... Y bueno, yo creo que tengo la suerte aún de que tengo una hermana aquí.

GZ: Hmm-jum.

S02: Y que sí que es verdad que haría un poco el papel de unidad familiar. Pero lo demás, pues institución pura y dura.

GZ: No lo descartas.

S01: Yo, porque no quiero pensar mucho igual. Pero como tampoco tengo muy claro que vaya a formar una familia o no sé igual sí. De momento no, lo tengo muy claro. Yo espero o intentaré por lo menos ahorrar dinero o tener guardado para que cuando me pase algo de eso, alguien me cuide, en algún sitio.

GZ: Hmm.

S01: Un sitio que esté bien y que preferiría irme a sentirme en algún momento que estoy como... no sé ... además yo creo que hay más gente, cada vez habrá más gente ... soltera o parejas pero sin hijos y sin historias, que sabemos ... todos sabemos que cuando pasa la edad, pues al final ya no nos podemos cuidar. Yo igual ahora porque me he dado cuenta con el tema de mi padre, pero siempre los centros de día o los geriátricos. Todos estos eran sitios horriblos. Yo sí que tenía todavía esa idea, pero ahora me he dado cuenta de que es mejor.

GZ: ¿Por qué es mejor?

S01:- Yo no quiero hacer trabajar a nadie... A mí me gustaría ahorrar para poder pagar cuando esté viejo.

6 Conclusiones

En este primer trabajo exploratorio sobre las expectativas de cuidados y los comportamientos de salud de personas mayores LGBT se ha recogido una gran cantidad de datos y se ha presentado solamente una parte de los análisis realizados, ya que la investigación continuará tanto con más sujetos como con más herramientas de análisis y métodos de investigación en las siguientes fases del proceso académico.

El papel de las hipótesis en este trabajo con metodología cualitativa ha sido el de guiar la investigación y marcar los límites de la exploración.

A continuación se muestra el modelo de análisis elaborado a partir de los resultados de la investigación y de las categorías que emergieron de los discursos.

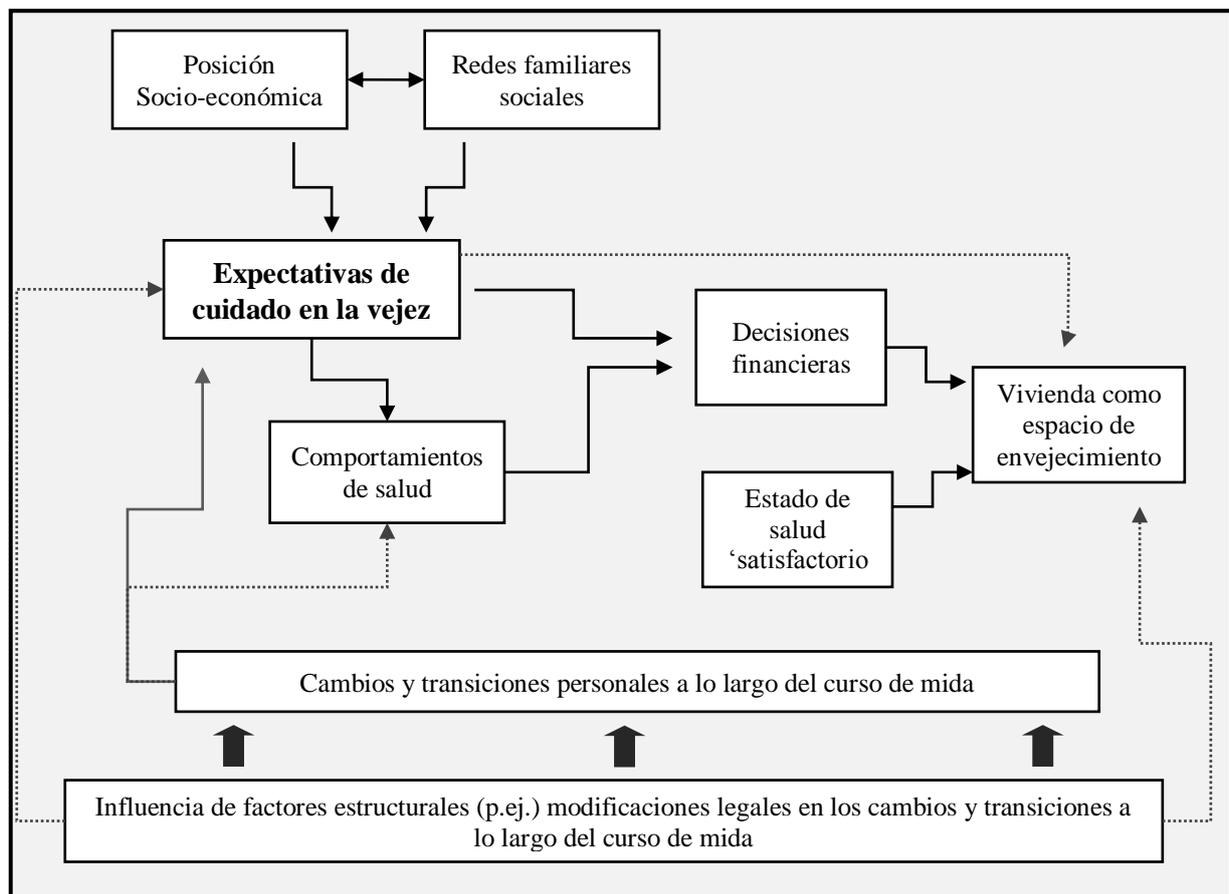


Figura 6.1 Modelo de análisis propuesto

Se ha podido comprobar que las expectativas de cuidado de individuos en un proceso de envejecimiento no normativo sí influyen en la construcción de los comportamientos de salud: los individuos tienden a desarrollar estrategias de auto-cuidado que minimicen los riesgos de enfermar en

el futuro, aunque estas estrategias no siempre están basadas en la evidencia o recomendación médica.

En ocasiones, cuando lo permite su posición socioeconómica, los individuos en un proceso de envejecimiento no normativo perfilan decisiones financieras para asegurar un estado de salud satisfactorio, como por ejemplo ahorrar más, seguro de vida, seguros médicos adicionales, etc. Sin embargo, todos prevén ser beneficiarios del sistema público de pensiones.

En este sentido las expectativas de cuidado de los individuos en procesos de envejecimiento no normativo están mediadas por su ocupación, su educación y su historia familiar, en resumen su posición socio-económica y sus redes familiares/sociales.

Por el momento, no se percibió, sin embargo, que los procesos sociales y legales condicionen las transiciones personales, al menos en un nivel consciente.

El estudio de este tipo de procesos de envejecimiento puede contribuir a profundizar la base científica de la gerontología y la geriatría.

Referencias

A

- Andreu, J.A., García-Nieto & Perez, A. (2007). **Evolución de la teoría fundamentada como técnica de análisis cualitativo**. Madrid, Centro De Investigaciones Sociológicas, CIS, pág. 65.
- Antonucci, Toni & Akiyama, Hiroko (1987). Social Networks in Adult Life and a Preliminary Examination of the Convoy Model. *The Journal of Gerontology*, 42 (5): 519-527. doi: 10.1093/geronj/42.5.519

B

- Baltes, P. & Baltes, M. (1990) 'Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation' in Baltes, P. & Baltes, M. (eds.) **Successful Aging: Perspectives from the Behavioural Sciences**, Cambridge University Press, New York, pp. 1-34.
- Baltes, P.B., Freund, A.L. & Li, S (2005) 'The psychological science of human ageing'. En: **The Cambridge Handbook of Age and Ageing**, Cambridge University Press, Cambridge, pp. 47-71.
- Bengtson, V.L. & Warner Schaie, K. (1991). *Handbook of Theories of Aging*. Nueva York: Springer Publishing Company.
- Bengtson, V.L., Putney, N.M. & Johnson, M.L. (2005) 'The problem of theory in gerontology today'. En: Johnson, M.L. (ed.) **The Cambridge Handbook of Age and Ageing**, Cambridge University Press, Cambridge, pp. 3-20.
- Bonnefoy, X., Annesy-Maesano, A., Moreno, L., Braubach, M., Croxford, B., Davidson, M., et al. (2004). **Review of evidence on housing and health**. Paper presented at the Fourth Ministerial Conference on Environment and Health, Budapest, Hungary.
- Broom, Dorothy (2000). *The Sociology of Health Inequalities*. **Health Promotion International**; 15 (2): 179-180. doi: 10.1093/heapro/15.2.179.
- Brotman, S., Ryan, B, Collins, S, Chamberland, L, Cormier, R, Julien, D, Meyer, E, Peterkin, A. and Richard, B (2007). *Coming Out to Care: Caregivers of Gay and Lesbian Seniors in Canada*. **Gerontologist**, 47 (4): 490-503.
- Buber, Isabella & Engelhardt, Henriette (2007). **Children and mental health of elderly**. European Demographic Research Papers.

C

- Cabrini Pak & Ajit Pambil (2005) **Riqueza con sabiduría: atendiendo las necesidades de los consumidores de 50 años en adelante**. Estudios de Deloitte Research.
- Centro de Investigaciones Sociológica – CIS (2009). **Barómetro de mayo**. Avance de resultados. Estudio nº 2.801. Mayo 2009.
- Cockerham, W (2002). **Sociología de la Medicina**. Madrid: Prentice-Hall, 8ª edición.
- Cumming, E., and Henry, W. E. (1961) **Growing Old: The Process of Disengagement**. New York: Basic Books.

D

- Dannefer, D. (2003). Cumulative advantage/disadvantage and the life course: Cross-fertilizing age and social science theory. **The Journals of Gerontology**, 58B, S327-S337.
- Danermark, B., & Ekstrom, M. (1990). *Relocation and health effects on the elderly: A commented review*. **J Sociol Soc Welfare**, 17(25).
- Dawe, Alan (1970). The Two Sociologies. **The British Journal of Sociology**, 21 (2), pp. 207-218.
- Domansky, H., Ostrowska, A., Przybyls, D., Romaniuk, A., & Krieger, H. (2006). **First European Quality Life Survey: A Social Dimension Of Housing**.

Doyal, L. & Gouh, I. (1994) [1991] **Teoría de las necesidades humanas**. Barcelona, Icaria.

E

- Estes, C.L. & Binney, E.A. (1989) The biomedicalization of aging: dangers and dilemmas. **The Gerontologist**, 29 (5): 587-96.
- Estes, C.L., S. Biggs, & C. Phillipson (2003). **Social Theory, Social Policy and Ageing: A Critical Introduction**. London: Open University Press. (US: McGraw-Hill).
- Eurostat (2009) **Consumers in Europe**. **Eurostar Statistical Books**. Eurostat-European Commission. Directorate General for Health and Consumers. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities,
- Evans, G., Wells, N., & Moch, A. (2003). **Housing and mental health: A review of the evidence and a methodological and conceptual critique**. *J Soc Issues*, 59, 475-500.

F

- Fänge, A., & Dahlin Ivanoff, S. (2009). **The home is the hub of health in very old age: Findings from the ENABLE-AGE Project**. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48, 340-345.
- Fänge, A., & Iwarsson, S. (2005). **Changes in ADL dependence and aspects of usability following housing adaptation—a longitudinal perspective**. *Am J Occup Ther*, 59(3), 296-304.
- Fänge, A., & Iwarsson, S. (2003). **Accessibility and usability in housing— Construct validity and implications for research and practice**. *Disability and Rehabilitation*, 25, 1316–1325.
- Farooq, M, Mateen, A & Cheema, M (2005). Elderly Migrants Adjustment Problems in the Urban Areas. *Journal of Agriculture & Social Sciences*. 1 (3) 283–284.
- FIB (2008). **Nuevos consumidores: Inmigración y envejecimiento**. Fundación de la Innovación Bankinter.

G

- George, Linda (2001). *The Social Psychology of Health*. **Handbook of Aging and the Social Sciences**. 5^o Edición. Academic Press.
- Gimeno, Beatriz (s.f.e.) **Vejez y Orientación Sexual**. (s.l.e.), España, Federación Estatal de Lesbianas, Gays, y Transexuales
- Glasser, B. & Strauss, A. (1999) [1967] **The Discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research**. New York: Aldine de Gruyter.
- Gochman, D. S., ed. (1997). **Handbook of Health Behavior Research**. New York: Plenum.
- Goldsmith, Theodore. (2011). **An Introduction to Biological Aging Theory**. Crownsville, Maryland, USA. Azinet Press.
- Grossman, A, D'Augelli, A and Dragowski, E (2007). *Caregiving and Care Receiving Among Older Lesbian, Gay, and Bisexual Adults*. **Journal of Gay and Lesbian Social Services**, 18 (3/4): 15-38.

H

- Hagestad, G., & Dannefer, D. (2001). Concepts and theories of aging: Beyond microfication in social science approaches. En: R. Binstock & L. George (Eds.), **Handbook of aging and the social sciences** (5th ed., pp. 3-21). San Diego: Academic Press.
- Halfon, Neal; Larson, Kandyce & Russ, Shirley (2010). *Why Social Determinantes?* **Healthcare Quarterly**, 14(Sp) 8-20.
- Heaphy, B., Yip, A & Thompson, D (2004). *Ageing in a Non-Heterosexual Context.*, **Ageing and Society**, 24: 881-902.
- Herd, G. & de Vries, B. (2004). **Gay and Lesbian Aging. Research and Future Directions**. Nueva York: Springer.
- Heywood, F., Oldman, C., & Means, R. (2002). **Housing and home in later life**. Buckingham, UK: Oxford University Press.
- Holstein, Martha & Minkler, Meredith (2003). *Self, Society, and the "New Gerontology"*. **The Gerontologist**, 43 (6), 787–796.

Huber, A & O'Reilly, K (2004). *The construction of Heimat under conditions of individualised modernity: Swiss and British elderly migrants in Spain*. **Ageing & Society**, 24, 327–351, doi: 10.1017/S0144686X03001478.

Huber, M, Knottnerus, J, Green, L, van der Voorst, H, Jadad, A, Kromhout, D, Leonard, B, LOrig, K, Loreiro, MI, van der Meer, J, Schnabel, P, Smith, R, van Weel, C & Smid, H. (2011) **How should we define health?** *BMJ*, 2011; 343:d4163).

Hughes, M & Kentlyn, S (2011). *Older LGBT people's care networks and communities of practice: a brief note*. **International Social Work**, vol. 54, no. 3, pp. 436-444.

I

Imsero. (2004). **Mejorar la calidad de vida de las personas mayores con productos adecuados**. Perfiles y tendencias, 12. Madrid, Publicaciones del Imsero.

Imsero (2005). **Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles**. Madrid: Imsero.

Imsero. (2007). **A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores**. Encuesta 2006. Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Imsero. (2009). **Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas**. (Vol. 1). Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

INE. (2008). **España en cifras 2008**. Madrid: Publicaciones Instituto Nacional de Estadística.

J

K

Kimmel, Douglas (1977). *Patterns of aging among gay men*. Christopher Street, 2; 28-31.

Klerk, M. de (2004). **Care and housing for vulnerable elderly**. Report on the Elderly 2004: Social and Cultural Planning Office of the Netherlands.

Knauer, Nancy (2011). **Gay and Lesbian Elders: History, Law, and Identity Politics in the United States**. Surrey, Inglaterra: Ashgate Publishing Limited.

Kouris-Blazos, A, Wahlqvist, M, Trichopoulou, A, Polychronopoulos, E & Trichopoulo, D (1996). *Health and Nutritional Status of Elderly Greek Migrants to Melbourne, Australia*. **Age and Ageing**, 25: 177-189

L

Leal, J. (2008). **Social and demographic changes**. In D. Czischke (Ed.), Second colloquium on "The future of social housing in the EU". Welfare transformation and demographic change in Europe: Challenges for the social housing sector. CECODHAS. European Social Housing Observatory Brussels.

López, J. (2004). **Personas mayores viviendo solas: La autonomía como valor en alza**. Madrid.

M

(MAP) LGBT Movement Advancement Project & (SAGE) Services and Advocacy for Gay, Lesbian, Bisexual and Transgender Elders (2010). **Improving the Lives of LGBT Older Adults**. Denver, Colorado.

Marques, Sílvia (2011). **Discriminação da Terceira Idade**. Edição FFMS e Relógio d'Água. Portugal.

Marshall, V.W. 1986 Dominant and Emerging Paradigms in the Social Psychology of Aging. En: V.W. Marshall (ed). *Later Life: The Social Psychology of Aging*, 9-31 California, SAGE.

Martínez, B., Díaz, M., Alonso, J., & Calvo, F. (2006). **Evolución del envejecimiento poblacional y respuesta sociosanitaria**. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 16(1), 26-31.

McDonald, R & Ramsey, J (2010). *Honoring Clive McCay and 75 Years of Calorie Restriction Research*. **The Journal of Nutrition**, 140 (7): 1205-1210, doi. 10.3945/jn.110.122804.

Merlo, Juan (2011). *Contextual Influences on the Individual Life Course: Building a Research Framework for Social Epidemiology*. **Psychosocial Intervention**, 20 (1), 109-118

McKeon, Thomas (2006) [1988]. **Los orígenes de las enfermedades humanas**. Madrid, Ediciones Triacastela.

Ministerio de Sanidad y Política Social –MSPS (2010). **Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE)**. Resultados de la ENSE 2006. En: <http://pestadístico.msc.es/PEMSC25/Default.aspx> Último acceso: 6 abril 2010.

Mittman, B. (2001). **Qualitative Methods and Rigorous Management Research: (How) Are They Compatible?** Los Angeles: Center for the Study of Healthcare Provider Behavior. White paper prepared

for the Department of Veterans Affairs Management Research in VA Workshop, sponsored by the HSR&D Management Decision and Research Center. November 19-20, 2001.

N

- Naciones Unidas – NU (2002). **Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento**. Madrid, 8 a 12 de abril de 2002. Nueva York. Publicación de las Naciones Unidas (A/CONF.197/9).
- Naciones Unidas – Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, DESA (2005). **World Population Prospects The 2004 Revision: Highlights**. Nueva York, UN Publications.

O

- Organisation for Economic and Co-operation Development. Transforming (OECD) (1996). **Ageing in OECD countries: a critical policy challenge**. Social policy studies, no. 20. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development; Washington, D.C.: OECD Washington Center.
- Organisation for Economic and Co-operation Development. Transforming (OECD) (2003). **Transforming Disability into Ability. Policies to promote work and income security for disabled people**. Paris, OECD Publications.
- Organización Mundial de la Salud – OMS (2002). **Active Ageing: A Policy Framework**. Ginebra: WHO Publications.
- OMS (2007). **Global Age-friendly Cities: A Guide**. Ginebra: WHO Publications.
- OMS (2010). **A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2**. Ginebra: WHO Publications.
- OMS (2011). **Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender people**. Geneva: WHO Publications.
- Oswald, F., & Whal, H. (2004). **Housing and Health in Later Life**. Reviews on Environmental Health, 19, 223-252.

P

- Parsons, Talcott (1951) **The Social System**. New York: The Free Press.
- Pérez Díaz, J. (2005). *Consecuencias sociales del envejecimiento demográfico*. En: **Papeles de Economía Española**, Transformación demográfica. Raíces y consecuencias, (nº 104), 210-226.
- Phillipson, Chris & Smith, Allison (2005). **Extending working life: A review of the research literature**. (Research Report No 299). London: Department for Work and Pensions (del Reino Unido).
- Phillipson, C. & Baars, J. (2007) Social Theory and Social Ageing. Bon, J., Peace, S., Dittman-Kohli, F. & Westerhorf, G. (editors) **Ageing in Society**. London, SAGE, Chapter 4, pág. 68-84.
- Pierce, Maria & Timonen, Virpi (2010). **A Discussion Paper on Theories of Ageing and Approaches to Welfare in Ireland, North and South**. Dublin, Centre for Ageing Research and Development In Ireland.
- Pitts, M, Smith, A, Mitchell, A & Patel, S (2006). **Private Lives: A report on the health and wellbeing of GLBTI Australians**. Australian Research Centre in Sex, Health & Society. Monograph Series Number 57. Melbourne, Australia: La Trobe University.
- Pommer, Evert; Woittiez, Isolde & Stevens, John (2007). **Comparing Care: The care of the elderly in ten EU-countries**. La Haya, The Netherlands Institute for Social Research / SCP – Publication 2007/32.
- Portal Mayores (2009). **Un perfil de las personas mayores en España, 2009. Indicadores estadísticos básicos**. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 97. [Fecha de publicación: 28/12/2009]. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pmindicadoresbasicos09.pdf>
- Pudaric, S, Sundquistb, J & Johanssonbc, SE (2000). *Major Risk Factors for Cardiovascular Disease in Elderly Migrants in Sweden*. **Ethnicity & Health**, 5 (2), 137-150.

R

- Riley, Matilda (1987). *On the Significance of Age in Sociology*. **American Sociological Review**, 52 (1), 1-14.
- Rioux, L. (2005). **The well-being of people living in own homes**. Journal of Environmental Psychology, 25, 231-243.

- Rojo-Pérez, F.; Fernández-Mayoralas, G.; Forjaz, M. J.; Delgado-Sanz, M. C.; Ahmed-Mohamed, K.; Martínez-Martín, P.; Prieto-Flores, M. E. y Rojo-Abuín, J. M. (2009). **Población mayor, Calidad de Vida y redes de apoyo: demanda y prestación de cuidados en el seno familiar**. Madrid: Escuela Nacional de
- Rosenfeld, Dana (2010). "Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Ageing: Shattering Myths, Capturing Lives". Dannefer & Phillipson, eds. **The SAGE Handbook of Social Gerontology**. SAGE Publications, pp 226-238.
- Rowles, G., & Ravdal, H. (2001). **Aging in Place and meaning in the face of changing circumstances**. In R. Weiss & S. Bass (Eds.), *Challenges of the Third Age: Meaning and purpose in later life*. New York: Oxford University Press.

S

- Sánchez, Mariano; Pinazo, Sacramento; Sáenz, Juan; Díaz, Pilar; López, Juan & Tallada, Carmen (2007). **Los programas intergeneracionales y el envejecimiento activo. Revisión de casos y algunas propuestas de acción**. X Congreso Nacional Psicología Social. Un encuentro de perspectivas. Último acceso: 3 abril 2011. En; <http://www.redintergeneracional.es/files/comunicaciones/anexos/PlenvejecimientoActivo.pdf>
- Sanidad, Instituto de Salud Carlos III – Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Sergeant, J. F., & Ekerdt, D. J. (2008). **Motives for residential mobility in later life: post-move perspectives of elders and family members**. *Int J Aging Hum Dev*, 66(2), 131-154.
- Silver, Hilary (2007). **Social Exclusion: Comparative Analysis of Europe and Middle East Youth**. Dubai School for Government.
- Sinclair, D (2005). *Toward a unified theory of caloric restriction and longevity regulation*. **Mechanisms of Ageing and Development**, 126, 987–1002.
- Snowdon, David (2003). *Healthy Aging and Dementia: Findings from the Nun Study*. **Annals of Internal Medicine**; 139 (5 Part 2): 450-454.
- Suphomin, Sura (2009). **Model for behavioural change in high risk toward diabetes type II patients by camping, Mueang District, Roi et Province, Thailand**. Tesis de Máster en Salud Pública. Chalalongkorn University.

T

- The Lancet (2009). **Editorial: What is health? The ability to adapt**, Vol 373, Marzo 2009.
- TIMONEN, V. (2008). **Ageing Societies: A Comparative Introduction**. Maidenhead, U.K., Open University Press.
- Tyas, S, Snowdon, D, Desrosiers, M, Riley, K & Markesbery, W (2007). *Healthy ageing in the Nun Study: Definition and neuropathologic correlates*. **Age and Ageing**; 36 (6): 650-655.
- Tobio, Constanza; Angulló M^a Silverina; Gómez, M^a Victoria & Martín M^a Teresa (2010). **El cuidado de las personas: Un reto para el siglo XXI**. Colección Estudios Sociales nº 28. Obra Social Fundación laCaixa. Barcelona, Fundación laCaixa.
- Townsend, Peter (1981). The Structured Dependency of the Elderly: A Creation of Social Policy in the Twentieth Century. **Ageing and Society**, 1, 5-28.

U

- ULrich Mayer, K (2009). **New Directions in Life Course Research**. Workin Paper Num 122. Mannheim: Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung.

W

- Walker, Alan (1999). Public policy theories and aging in Europe: constructing and reconstructing old age. En: Bengston, V.L. & Schaie, K.W (eds). **Handbook of Theories of Ageing**, 361-378. Londo: UCL Press.
- Walker, Alan & Foster, Liam (2006) Ageing and social class: an enduring relationship. En: Vincent, John; Phillipson, Chris & Downs, Murna (eds). *The futures of old age*. Londres: SAGE–British Society of Gerontology, 44-53.

Westendorp, R. & Kirkwood, T. (2007) The biology of ageing. Bon, J., Peace, S., Dittman-Kohli, F. & Westerhorf, G. (editors) **Ageing in Society**. London, SAGE, Capter 2, pág. 15-37.

Willis, Sherry (2010). Cognitive **Plasticity: Findings from Cognitive Training Studies**. Annual Report of Meiso University, 38, Tokyo, Japan: Meiso University.

Z

Zheng Wu & Hart, Randy (2002). The Mental Health of the Childless Elderly. *Sociological Inquiry*, 72 (1): 21-42.

Presentaciones realizadas

1.

Autores: **Zamora, G.**, Etxeberria, I., Galdona, N., Sarabia, B., & Urdaneta, E
Título: Care expectations and health behaviour in LGB elders
Tipo de participación: Poster presentation
Congreso: VII IAGG European Congress "Healthy and Active Ageing for all Europeans – II"
Publicación: Aging Clinical and Experimental Research. Vol 23, Suppl. to No. 1, pp.188 (P.6.3)
Lugar celebración: Bolonia, Italia Fecha: 14-17 abril 2011

2.

Autores: **Zamora, G.**, Etxeberria, I., Galdona, N., De Barrio, E., Sarabia, B. & Urdaneta, E
Título: "I'll save some money for someone, somewhere, to take care of me..." – Care expectations, health behaviours and ageing in older gay men
Tipo de participación: Oral paper
Congreso: 10th Conference of the European Sociological Association (Research Network: RN23: SEXUALITY; Topic addressed: Sexuality, age and identity)
Publicación: pendiente
Lugar celebración: Ginebra, Suiza Fecha: 7-10 Septiembre, 2011

3.

Autores: **Zamora, G.**,
Título: Care expectations in old age and health behaviour in middle-aged and elderly gay men
Tipo de participación: Oral paper presentation
Congreso: IASSCS VIII Conference: Naming and Framing: The Making of Sexual (In)Equality
Publicación: Culture, Health and Sexuality Journal (confirmada publicación, pendiente número)
Lugar celebración: Madrid, España Fecha: 6-9 Julio 2011

4.

Autores: **Zamora, G.**,
Título: "I wasn't planning to have these responsibilities" – Analysing middle-aged outsiders' narratives on care expectations, health behaviours and ageing
Tipo de participación: Oral paper presentation
THEORIZING AGE: CHALLENGING THE DISCIPLINES
7th International Symposium on Cultural Gerontology
Inaugural Conference of the European Network in Aging Studies (ENAS)
Maastricht University, The Netherlands, 6-9th October, 2011