

Memoria de investigación

Percepción de las personas mayores de 75 años de
Baleares y su familia de los factores que modifican
la permanencia en el domicilio

Autora: Julia Gallo Estrada

Directores del Proyecto: Andreu Bover Bover, Alexandre
Miquel Novjara

Departament de Filosofia i Treball Social.

Universitat Illes Balears.

ASPECTOS INTRODUCTORIOS

I Punto de partida	4
II el contexto de estudio	5

Capítulo I. REVISIÓN DE LA LITERATURA

I.1. Las personas mayores que viven solas	12
I.2. Factores que inciden sobre la soledad residencial	
I.2.1. Red social	15
I.2.2. Espacio residencial	23
I.2.3. Capacidad funcional	29
I. 2.4. Recursos sociosanitarios.	36

Capítulo II. ORIENTACIÓN TEÓRICA

II.1. La cuestión de la investigación	40
II.2. El marco teórico	41
II.2.1. Paradigma crítico social	44
II.2.2. La teoría postfeminista	47
II.2.2.1. Las personas mayores que viven solas	50
II.2.2.2. El género	51
II.2.2.3. La generación	55

Capítulo III. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

III.1. A que intenta responder	58
III.2. Objetivo general	59
III.3. Objetivos específicos	59
III.4. Diseño	60
III.5. Participantes, muestra	60
III.6. Muestreo y reclutamiento	61
III.7. Recogida de datos	61
III.8. Análisis de datos	62
III.9. Consideraciones éticas	62
III.10. Límites del estudio	63
III.11. Etapas del trabajo	64

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
-----------------------------------	----

RESUMEN

La vejez es la etapa en la que es mayor la proporción de personas con incapacidad funcional que incide sobre la vida cotidiana, cabe destacar que aun con incapacidad severa se puede conservar el sentimiento de calidad de vida, que depende, de la experiencia, los recursos personales y el entorno.

El estudio que presento pretende conocer cómo influye en la percepción de soledad residencial, el género y la generación de las personas mayores de 75 años en el domicilio y de sus familias, para establecer estrategias de intervención, que prolonguen en optimas condiciones la permanencia en el domicilio de este colectivo.

El objetivo de este trabajo es, explorar cómo los factores y recursos sociales, son entendidos por hombres y mujeres mayores de 75 años que viven solos/as y su familia, como recurso modulador de la permanencia en el domicilio.

Palabras clave

Persona mayor, anciano frágil, vivir solo, envejecer en la comunidad, género, generación, convivencia, apoyo familiar, apoyo social, calidad de vida, vivienda para ancianos, soledad.

Key words

Elderly, frail elderly, living alone, , Ageing in place, gender, generation, living together, family support, social support, quality of life, housing for the elderly, loneliness.

ASPECTOS INTRODUCTORIOS

I Punto de partida

Jamás se descubrirá nada si nos consideramos satisfechos con las cosas descubiertas. (Séneca)

El obligado ejercicio personal de posicionamiento previo a los trabajos como el que presento se debe a largo periodo de tiempo de reflexión.

La reflexividad, entendida como las motivaciones, las intenciones, los intereses y los propósitos de la investigadora, es un elemento fundamental en cualquier tipo de estudio, que contribuye a clarificar la aportación realizada, tanto en la perspectiva teórica utilizada, como en la posterior recolección, interpretación y discusión de los datos obtenidos en el estudio (Robles, 2000; Pope, Ziebland y Mays, 2000; Ratcliffe y González del Valle, 2000).

Este proceso de reflexión tiene varios focos: uno parte del análisis de los datos del censo que pone de manifiesto una cifra no desdeñable de personas mayores que viven solas, cifra que no desaparece cuando aumenta su edad. De dichos datos mi primera pregunta fue en torno a las habilidades y estrategias que esos/as mayores que viven solos/as y especialmente los/as muy mayores, utilizan para satisfacer su necesidades básicas.

Mi conocimiento de los cambios inherentes al envejecimiento así como de la fragilidad que acompaña largos periodos de la edad geriátrica, generó otro de los puntos de reflexión, planteándome preguntas sobre cómo se adaptan a los cambios, su capacidad para cubrir necesidades básicas sin ayuda, qué estrategias de resolución de problemas utilizan más frecuentemente, a quien recurren cuando tienen algún problema y qué actividades dejan de hacer por su dificultad. He percibido en las familias de mi entorno, conflictos en la búsqueda de equidad en el reparto de cuidados entre sus miembros mas frágiles y cuando la demanda de cuidados a

niños/as y mayores coincide en el tiempo, la familia y la sociedad en general tiene mas dificultad para reconocer las necesidades de las personas mayores que las de los niños/as o jóvenes.

Finalmente, debo destacar la influencia que ha tenido mi experiencia profesional que me ha permitido ver, las diferentes formas de enfermar en función de la edad, y la falta de recursos para abordar las especificidades del emergente colectivo de personas mayores.

De algún modo, este proyecto responde a curiosidades e intereses que se han generado a lo largo de mi trayectoria, en la que estas y otras experiencias me han llevado a plantearme cuestiones relacionadas con las personas mayores, explorar su capacidad de adaptación a los cambios que inevitablemente se producen con el paso del tiempo, así cómo el conocimiento que la sociedad tiene sobre el proceso del envejecimiento. La estructura residencial de las personas mayores se considera en el momento actual el eje sobre el que pivota el bienestar del propio mayor, la familia y la sociedad.

Esta investigación, pretende profundizar en los factores que las personas mayores y sus familias consideran que son facilitadores de su permanencia en el domicilio.

II. El contexto de estudio

Los seres humanos han demostrado a lo largo de toda la historia su interés por prolongar la vida, encontramos referencias sobre la vejez en textos antiguos en los que se destacan las virtudes de los mayores, desde la filosofía aparecen diferentes miradas a la vejez siendo Platón representante de la más optimista, que resalta la importancia de prepararse en la juventud para envejecer ; y en su misma línea de pensamiento, Cicerón (106-43 a. de C.) en su obra " De Senectute" presenta también con optimismo las capacidades de las personas mayores.

Nunca a lo largo de la historia la presencia de personas mayores había sido tan rotunda; de este grupo geriátrico emergente necesitamos conocer más sobre como son, cómo miembros de la sociedad, en la familia, cuando enferman o responden al tratamiento.

Las personas que se encuentran en la etapa de la vejez son denominadas bajo términos diferentes: personas mayores, viejos, tercera edad, ancianos, etc., Cada una de estas palabras tiene connotaciones diferentes y es habitual un uso intercambiable si bien la más aceptada y por tanto se propone utilizar es "personas mayores" o "mayores".

La mayor parte de las definiciones sobre el envejecimiento hacen referencia a la heterogeneidad, la edad ya no es tan importante, la sociedad se está acostumbrando a un estudiante de 70 años de edad, un alcalde de 22 años o una abuela de 35 años (Maddox, 1999), de la misma manera, estar jubilado un tercio de la vida o ser abuela la mitad de la vida, son aspectos que ayudaran a modificar estereotipos sobre la vejez. Otra referencia frecuente sobre el envejecimiento es su carácter gradual e irreversible, (De Beauvoir, 1989), en su obra sobre la vejez define al viejo como individuo con una larga vida detrás de sí y una esperanza de supervivencia limitada, para la autora la edad modifica nuestra relación con el tiempo, nuestro futuro se achica mientras nuestro pasado aumenta.

Sauvy (1972) afirma que de todos los fenómenos contemporáneos, el menos discutible, el más seguro en su marcha, el más fácil de prever con mucha anticipación y quizás el más cargado de consecuencias es el envejecimiento de la población.

Es la vejez la etapa del cuidado, de la necesidad sentida de autoprotección y heteroprotección y de la añoranza de una moderada y tranquila felicidad. Etapa de búsqueda de apoyo y no de voluntad de posesión, edad de ser amado, de conversión de la pasión en cariño y de goce más bien estético y contemplativo de los placeres de la vida. (Aranguren 1992).

Son más numerosos los autores que delimitan la frontera de la vejez que los que definen esta etapa. La mayor parte de estudios, recurre al criterio cronológico, población de 65 y más años para establecer un corte en el ciclo vital a partir del cual se mide el envejecimiento demográfico. Neugarten (1975) establece dos categorías, antes y después de 75 años. En relación a la forma de envejecer existen diferentes clasificaciones, entre las que destaca, envejecimiento primario y secundario, propuesta por Busse (1969) que establece una frontera entre vejez normal y patológica y la de añadir un tercer tipo, la vejez satisfactoria, que otros autores proponen (Fernandez-Ballesteros, 1986, Rowe & Khan, 1997;; Baltes & Baltes, 1990).

La sociedad está experimentando importantes cambios demográficos en todo el mundo, considerándose que la disminución de la tasa de fecundidad y el aumento de la esperanza de vida son los máximos responsables de lo que reconocemos como envejecimiento de la población.

Se prevé que antes de 2050, la población mundial de 60 años y más se multiplicará por más de tres, pasando de 600 millones a 2000 millones. La mayor parte de ese aumento se producirá en países en desarrollo, donde pasarán de 400 a 1700 millones en ese mismo periodo. En unos años en la mayoría de los países europeos la cifra de personas mayores se elevará desorbitadamente, se producirá cuando la población nacida durante el baby-boom llegue a esa etapa vital, el efecto será tan importante como lo fue su paso por el sistema educativo (IMSERSO 2006).

En 2050, se prevé que España contará con 34.1% de población mayor de 65 años y 11.1% de población con 80 y más años. (OMS 2008). Según Naciones Unidas (2002) será en ese año el país más envejecido del mundo, con 44.1% de la población mayor de 60 años.

Según los datos del INE en 2005 se contabilizan en España una población total de 44.108.530 personas, de ellas 7.332.267 tienen 65 y más, en términos porcentuales, representa el 16,6 del total de la población. La mujer española se encuentra por su esperanza de vida, 83 años, entre los primeros lugares de la Unión Europea (IMSERSO, 2006).

Además el grupo de edad que está aumentando en mayor medida es el de los más longevos, los datos del INE de 1 de enero del 2006 indican que en España hay casi 10.000 centenarios, cifra que podría ascender a 50.000 en el 2050, según las previsiones de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. En Baleares están censados a 1 de enero del 2005, 134.696 personas de 65 y más años, de los que 63.245 tienen 75 y más años y 35.499 tienen 80 y más años (IMSERSO, 2006).

Todos los sucesos que afectan al curso de vida de una persona se encuentran interrelacionados y se circunscriben en contextos y fuerzas sociales más amplios (Clark & Dieleman 1996). La vejez viene determinada por procesos de transición, su aparición no es unilineal, puede tener un origen y adoptar secuencias no compartidas por todos los miembros de una sociedad, es por eso que cada contexto histórico, socioeconómico y cultural determina las maneras de envejecer (Casal, Masjoan y Planas, 1988)

La vejez ha sido percibida de distinta forma según la cultura, así ser viejo en algunas culturas de África es un honor y en las culturas orientales ha estado siempre presente el respeto a los mayores; en general la vejez es menospreciada en sociedades que practican el culto a la belleza corporal, en tanto que es más tolerada en las sociedades que se rigen por un ideal de belleza espiritual (Minois, 1987).

El estatus social de viejo/a se entiende cómo un conjunto de derechos y deberes que se expresan entre los individuos que comparten los mismos valores (Linton, 1992). Diversos autores han analizado la transformación del papel de los mayores en la sociedad, para Figuera, (1995) el papel fundamental que los ancianos/as tenían en las sociedades ágrafas, se ha transformado, siendo su representatividad inversamente proporcional al progreso, en la actualidad a más alto nivel de progreso los ancianos/as tienen menos espacio social.

Las llamadas sociedades desarrolladas sufren un proceso de desintegración social y en general tienden a perderse las relaciones de ayuda mutua, que

se conservan mejor en colectivos como el de las personas mayores, en los que la compañía es una necesidad. Marina (2005) apunta el peso que la sociedad tiene en los estilos afectivos del individuo y en el nivel de molestia que se considera soportable entre los miembros de esa sociedad. Parece que una parte importante de personas mayores, han tendido siempre a creer que el pasado es preferible al presente y que los logros de la cultura se presentan como menos interesantes para ellos/as que para los jóvenes.

Al referirnos a la etapa de la vejez, debe tenerse en cuenta que con la actual esperanza de vida agrupamos generaciones distintas, que en definitiva pueden marcar diferencias no sólo en la forma de envejecer sino también en la manera de adaptarse a los cambios que puede llegar a acelerar o ralentizar este proceso. Es por esto que envejecer debe ser analizado desde las formas de hacer frente a los cambios que se producen a lo largo de todo el proceso. El envejecimiento demográfico, es principalmente un problema social de cómo nos organizamos y de cómo respondemos a los nuevos retos.

El envejecimiento hoy es un logro, aumento de la esperanza de vida; a la vez que una amenaza, incapacidad de hacer frente a sus consecuencias.

La sociedad debe reflexionar sobre qué implica ser un país envejecido y todos, la persona mayor, su familia y la sociedad en general, debemos analizar si tenemos un modelo social pensado también para una población especialmente mayor. Valladares (1995) analiza los estereotipos que la sociedad tiene sobre sus viejos para demostrarse a sí misma que lo que hace con ellos está bien, la occidental se divide frente el imperativo económico de deshacerse de ellos.

En los últimos años, el concepto de salud ha sido redefinido, la primera definición de salud que tiene en cuenta a la persona de manera global la hace la Organización Mundial de la Salud en 1946 "Salud es el completo estado de estado de bienestar físico, psíquico y social y no solo la ausencia de enfermedad o achaque" posteriormente (Terris,1987) propone sustituir completo bienestar por bienestar con capacidad funcional y en la actualidad hay consenso sobre la importancia que además tienen elementos

subjetivos como el entorno físico y la adaptabilidad (De Irala-Estéve, Martínez- Gonzalez y Seguí-Gomez, 2003).

Los ancianos son el grupo que presenta el porcentaje mas elevado de ingresos en instituciones sanitarias, con una estancia media mas larga, frecuencia mayor de ingresos por año y un uso mas elevado de sustancias farmacológicas. Las mujeres mayores padecen más enfermedades que producen limitaciones de movilidad y dependencia.

Conceptos como cuidar, curar, fragilidad, autonomía o dependencia, buscan espacio en los límites entre vejez y enfermedad y especialmente en las consecuencias de la enfermedad y su evolución cuando se presenta en la etapa geriátrica.

El envejecimiento de la población es motivo de múltiples análisis, la preocupación por las consecuencias ha sido manifestada por organismos internacionales. Se considera, un factor que incide directamente en las políticas sociales que tienen la capacidad de modificar los parámetros de morbilidad, mortalidad y bienestar en la vejez. Factores sociales determinan distinta forma de envejecer.

La Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en situación de Dependencia, también llamada Ley de Dependencia, ha sido presentada en España como el cuarto pilar del bienestar, regula las condiciones básicas de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas. A tal efecto, sirve de cauce para optimizar los recursos públicos y privados disponibles. Configura un derecho que se fundamenta en los principios de universalidad, equidad y accesibilidad.

La Ley establece un nivel mínimo de protección, definido y garantizado financieramente por la Administración General del Estado. Así, como un segundo nivel de protección, la Ley contempla un régimen de cooperación y

financiación entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas mediante convenios para el desarrollo y aplicación de las demás prestaciones y servicios que se contemplan en la Ley. Las Comunidades Autónomas podrán desarrollar, si así lo estiman oportuno, un tercer nivel adicional de protección a los ciudadanos.

Los recursos que Ley de la Dependencia ofrece a los mayores que necesiten ser cuidados, hasta ahora son escasos y las clases sociales con bajos ingresos, no tienen la posibilidad de comprar servicios, el centro de investigación sociológica en su informe de junio 06 destaca entre sus datos que solo realiza trabajo remunerado el 50.9, el resto son pensionistas, parados, estudiantes y ama de casa (CIS 2006), los cuidados que requieren las personas mayores en su domicilio en muchos casos tienen que ser repartidos entre familia, vecinos, amigos y combinando recursos públicos y privados.

Las Comunidades Autónomas han desarrollado políticas sociales para adaptarse a su realidad, con matices que dependen de los recursos disponibles y la voluntad política de cada una de ellas (IMSERSO, 2003), existe de hecho, una desigualdad entre Comunidades en cuanto al desarrollo, orientación y cobertura que ofrecen sus servicios sociales lo cual implícitamente está contribuyendo a dibujar diferencias sociales entre las personas mayores. La LAAD. en su diseño corrige estas desigualdades pero en la implementación las conserva.

Con el fin de dar respuesta a las necesidades de las personas mayores, en Europa los responsables de elaboración de políticas en todos los Estados Miembros, han expresado su preferencia por la atención comunitaria; y la opinión pública en una amplia mayoría prefiere recibir ayuda para permanecer en su domicilio el mayor tiempo posible (Walter, 1999), se espera que el desarrollo de la atención social que la implantación de la LAAD va a suponer, facilite esta permanencia.

Mi interés como investigadora se centra en obtener una mayor comprensión de los problemas que los/as mayores que viven solos/as tienen para

satisfacer sus necesidades básicas, y las estrategias que utilizan para adaptar su soledad residencial a los cambios que se producen durante el envejecimiento.

Capítulo I. REVISIÓN DE LA LITERATURA

En este capítulo sobre la base de la revisión de la literatura recojo aquellos aspectos que permitirán contextualizar este estudio.

El análisis de datos secundarios, basados en los resultados del Censo de Población de 2001 publicado por el INE, me ha permitido conocer el alcance y la diversidad interna que registra en España el fenómeno de la soledad residencial de las personas mayores.

Las estrategias de búsqueda que he llevado a cabo para la revisión de la literatura ha sido realizada cruzando los descriptores persona mayor, anciano frágil, vivir solo, envejecer en la comunidad, género, generación, convivencia, apoyo familiar, apoyo social, calidad de vida, vivienda para ancianos, soledad.

La búsqueda se basó en la base de datos ISOC del Centro de Información y Documentación Científica (CINDOC) del Centro Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) en la base de datos CUIDEN y mediante la plataforma Ovid, de las bases de datos Medline del National Library of Medicine y la base CINAHL (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literatura).

A través de estas bases de datos he podido acceder a la mayoría de las revistas científicas españolas, iberoamericanas y anglosajonas indexadas en el campo de la enfermería y en otros campos como la sociología. Esta revisión la he completado mediante la consulta de la base de datos de Tesis Doctorales (TESEO). También he consultado expertos en diferentes áreas.

I.1. Las personas mayores que viven solas

La aceptación de la vejez serviría para responsabilizar a cada individuo de la suya con la toma de ciertas previsiones que hagan mas larga y saludable esta etapa (Arquiola, 1995)

La bibliografía consultada corrobora entre las consecuencias del envejecimiento al referirnos a ancianos/as solos/as, mayor fragilidad, menos redes sociales y menor poder adquisitivo. La vejez es la etapa en la que es mayor la proporción de personas con incapacidad funcional que incide sobre la vida cotidiana, pero cabe destacar que aun con incapacidad severa se puede conservar el sentimiento de calidad de vida, que depende de la experiencia, los recursos personales y su entorno (García Martínez, Rabadán Rubio y Sánchez, 2006) y que las personas mayores tienden a permanecer en el domicilio aun cuando disminuye su nivel de autonomía.

La mayor presencia de mujeres que de hombres en la franja geriátrica especialmente entre los/as muy mayores ha dado lugar al término feminización del envejecimiento, respecto a las condiciones de vida de esas mujeres, Puga y Abellan (2002) denomina feminización de la dependencia al efecto de la edad, la viudez y la soledad. Las mujeres con más de 64 años son ya 1/10 de la población española (IMSERSO 2003).

En todos los países las mujeres viven solas en proporciones más altas que los hombres, por ejemplo, en Dinamarca casi dos de cada tres mujeres mayores viven solas, frente al 31% de los hombres. La pauta también se reproduce en los países en los que las tasas de soledad son más bajas, como en España, Portugal y Grecia, si bien en general la vida en solitario es más frecuente en el norte de Europa que en el sur (Whitten, 1998; Kaufmann, 1999).

En España de la proporción de personas mayores de 65 años que viven solas, el 25.9% son mujeres frente al 10.8% de hombres. La soledad es más frecuente entre las mujeres de 80-84 años, el 34.46% de ellas llevan a la práctica esta forma de vida, en esa franja de edad viven solos el 14,25% de los hombres; al superar los 85 años, el 32,40% de las mujeres mayores viven solas frente a 18.76% de los hombres; 75 - 79 años, es la franja que incluye más mujeres que viven solas el 31,70% y el 11,39% de los hombres; entre 70-74 años viven solas el 23,53% de las mujeres y el 9.59% de los hombres y edades comprendidas entre 65 y 69 años viven

solos el 15,58% de las mujeres y el 8,49% de los hombres (Perez Ortiz, 2004; Lopez Doblas, 2005; IMSERSO, 2006) .

Edad	Mujeres	Hombres	Personas mayores solas
> 65 años	25.9%	10.8%	19.53%
65-69 años	15.58%	8.49%	12.28%
70-74 años	23.53%	9.59%	17.30%
75-79 años	31.7%	11.39%	23.26%
80-84 años	36.46%	14.25%	28.36%
> 85 años	32.4%	18.76%	28.28%

Fuente INE. Censo 2001

Las Islas Baleares según el censo del 2001 presentan la tasa más elevada de personas mayores viviendo solas (22, 54%)

El número de mujeres viviendo de forma autónoma tanto en ámbito rural cómo urbano, se mantiene alto incluso por encima de los 80 años (Perez Ortiz, 2004), pero, vivir solo no lleva implícito ser autónomo, la discapacidad está presente en 6.711 de los hogares unipersonales de personas mayores, según el Censo de Población y Viviendas en 2006.

I. 2. Factores que inciden en la soledad residencial de las personas mayores

Algunas investigaciones han profundizado en la experiencia de los hogares unipersonales. El trabajo realizado por Cea D'Ancona y Valles Martínez (1992) muestra cómo la adaptación a esta forma de vida se encuentra relacionada con la manera de realizar esa transición que requiere de un periodo de adaptación y de interiorización de la nueva situación. Estos autores denominan "soledad sobrevenida o anunciada" a la que se produce entre los mayores frente a la "soledad elegida" que es mas frecuente entre los jóvenes.

Entre los factores que facilitan la permanencia en el domicilio de los/as ancianos/as, la mayoría de los autores destacan: mantener relaciones

familiares y sociales, disponer de vivienda, recursos económicos, capacidad funcional y aceptable estado de salud (Beland y Zunzunegui, 1995; Aspiazu et al. 2002; Corrales et al. 2004; Burr & Mutchler, 2007)

La posición desde la cual cada persona valora su situación de soledad residencial interviene en la formulación de estrategias y búsqueda de alternativa, la persona mayor tiende a negar la presencia de sentimientos de soledad, esto hace que frente a las dificultades tiendan a aguantar más que a pedir ayuda y que a lo largo de la vejez se produzca una cierta desvinculación entre el individuo y su contexto social, con consecuencias negativas para ambas partes (Fernández-Ballesteros, Caprara, Iñiguez y García, 2005)

La cada vez mayor presencia de mayores aporta nuevos significados a conceptos como autonomía personal; en las personas mayores vivir solo/a, algunos autores lo ven como una debilidad, para Casa et al. (2001) debe considerarse como indicador centinela que puede llegar a ser preocupante si concurren otros factores, otros autores consideran que cada vez más, la soledad residencial en las personas mayores puede interpretarse como un indicador de competencia y no sólo de riesgo (Abellán et al. 2007).

I. 2.1. Red social

Algunos autores proponen reservar el término **redes sociales** para los aspectos estructurales, en concreto para el tejido de personas con las que se comunica un individuo y utilizar el término apoyo social para referirse a una de las funciones o de los mecanismos psicosociales de esos elementos de la estructura. El concepto más amplio y sobre el que existe un mayor consenso es el de relaciones sociales, que engloba ambos componentes, se trata de la red de personas con las que se comunica un individuo, las características de los lazos que se establecen y el tipo de interacciones que se producen (Otero et al. 2006).

Algunos autores (Kawachi & Berkman, 2000; Cannuscio, Block & Karachi, 2003) utilizan el término capital social al hacer referencia a la capacidad

de los miembros de una sociedad para actuar y satisfacer sus necesidades de forma coordinada en beneficio mutuo, constituye ciertos recursos derivados de sus relaciones sociales, que tienen una cierta persistencia en el tiempo. Para Coleman (1990) las personas utilizan sus recursos sociales para conseguir, a través de la cooperación mutua, objetivos que de lo contrario serían difícilmente alcanzables, para este autor, una persona o familia con un escaso capital social dispone de pocas capacidades y de un alto nivel de vulnerabilidad. El capital social está compuesto por los siguientes recursos: a) *Las redes sociales*, cuyo mantenimiento requiere de inversión de tiempo y dedicación y permite obtener beneficios en forma de flujos de solidaridad, capacidad de defensa de intereses y derechos, obtención de información. b) *Las normas sociales* de comportamiento. c) *Los vínculos de confianza social*, que garantiza un entramado de obligaciones y expectativas recíprocas que posibilitan la cooperación.

En las últimas décadas del siglo XX ha tomado especial relevancia el estudio del efecto sobre la salud de las relaciones sociales. No solamente un estilo de vida activo se asocia a una mejor salud, sino que cada vez es mayor el reconocimiento de que un espectro de actividad mayor puede redundar en significativos beneficios para la salud, varios autores afirman que aumenta la longevidad y predice el mantenimiento de la capacidad funcional (Mendes De Leon, Glass & Berkman, 2003; Otero et al. 2006), pero autores como Aranguren (1992) argumentan que no siempre es fácil establecer y conservar las relaciones sociales, los viejos son necesarios en la comunidad, pero la comunidad se inclina a no entenderlo así, para este autor ser viejo es un estigma mayor a efectos laborales que ser mujer, pero entiende también, que los estigmas son retos que pueden servir para su compensación y otros colectivos a lo largo de la historia lucharon por su liberación, recuerda el autor que en algunos países los viejos ya lo están haciendo.

El mayor peso de la red social de los mayores españoles se sustenta todavía en los vínculos con los hijos/as y nietos/as especialmente entre los/as ancianos/as, la frecuencia de contactos y la satisfacción lograda en las relaciones configura la fortaleza de la red entre ellos/as.

A pesar de que persisten numerosas **familias** que conviven con sus mayores se ha producido un cambio social en el que la persona mayor manifiesta que prefiere continuar viviendo en su hogar *aging in place* (Rojo y Fernández Mayoraes, 2002; Arriola y Beloki, 2005), los/as mayores prefieren vivir en su propia casa separada, pero cercana de la de otros miembros de la familia, este modelo de no convivencia de anciano/a y familia en el mismo techo no alude a desarraigo entre generaciones, incluso puede haber unión estrecha, es lo que Rosenmayr & Koekeis, (1963) denomina intimidad a distancia; pero parece también que nunca fue tan fácil quedarse a vivir solo/a, sin elegirlo, especialmente en la ciudad, donde los ancianos/as pierden su espacio y está pensada para el adulto, preferiblemente varón, sin discapacidades, con trabajo, renta adecuada y automóvil particular. (Medina y Cembranos, 1996). Otro factor que ha producido importantes cambios en la familia es la inmigración y el auge del servicio domestico, que ha multiplicado casi por cinco respecto al censo anterior, los hogares formados por una familia y alguna persona no emparentada (INE, 2001).

El cambio de estado civil puede modificar las relaciones familiares, la viudedad está reconocida como un momento clave en la biografía de las personas, que representa el final de un proyecto de vida en común y la ruptura de una forma de vida; en edades avanzadas afecta de forma particular al equilibrio residencial y sus consecuencias, para muchas personas significa una transición hacia la vida en solitario (Cea D'Ancona y Valles Martínez, 1992).

La viudedad está feminizada, sobre todo conforme avanza la edad pero también en el grupo de edad mas joven, el 68,76% de mujeres con edades comprendidas entre 65 – 69 años, son viudas, los hombres de esa edad son en el 45,29% de los casos, solteros. La costumbre de que la mujer sea menor que el hombre al formar pareja y la menor esperanza de vida de los hombres hace que la proporción de mujeres viudas sea mayor y estén en esa situación de viudez bastantes años.

El género marca diferencias en el impacto que la viudedad produce en los mayores, los hombres sienten el impacto en mayor medida que las mujeres, (Lin & Ensel, 1989; Peters & Liebroer, 1997; Ducharme & Corin, 2000). La forma de asumir los hombres, las tareas que anteriormente fueron realizadas por su mujer, marcará la estabilidad que pueda encontrar en su nuevo marco residencial (Shahar et al. 2001; Laínez, 2002), su pobre experiencias en la realización de las tareas de la casa, le hace pedir ayuda para conservar su autonomía residencial y es frecuente que exista a pesar de no compartir el domicilio, esto le permite continuar en el hogar propio en lugar de trasladarse al de los hijos/as. (Lopez Doblas, 2005)

Respecto al comportamiento al enviudar parece que las mujeres forman nueva pareja en menos casos que los hombres, prefieren vivir solas, retrasando ir a vivir con hijos u otras familiares a partir de los 80 años (Perez Ortiz, 2004). Las mujeres manifiestan preferir "vivir del recuerdo antes que poner otro hombre en el lugar del marido" (Lopez Doblas, 2005).

Entre las personas mayores son las que tienen pareja estable las que muestran más amplia red social; los/as mayores viudos/as compensan la pérdida conyugal con una mayor presencia de las relaciones con los hijos/as y nietos/as. Entre los separados/as y divorciados/as se ven reducidos los vínculos establecidos con hijos/as y nietos/as; aunque la conservación de la pareja no está exenta de riesgo de aislamiento, las parejas mayores a menudo se encierran en su casa más aun que los individuos viudos o solteros y el apego que tienen el uno por el otro los puede llevar a hacer el vacío a su alrededor (Abellán et al. 2007).

A pesar de las presiones sociales y económicas que domina la vida familiar en Europa la solidaridad intergeneracional entre familias es resistente (Walter, 1999), España y resto de los países mediterráneos se encuentran en una fase en la que aún se mantienen fuertes lazos de reciprocidad, como en pocas partes del mundo, las demandas de los ancianos/as son cubiertas por los descendientes, quehacer que es interpretado en el seno de la familia y de la sociedad como una obligación preferentemente de las hijas.

Para Iglesias De Ussel (1996) la mujer es en España el verdadero Ministerio de Asuntos sociales y Gil Calvo (2003) habla de la "triple jornada" para describir la situación de aquellas mujeres que, además de ejercer la tarea de cuidar y de dedicarse a su vida privada desempeñan en el mercado laboral profesiones relacionadas con el cuidado de ancianos.

La generación intermedia debe repartir el tiempo de dedicación a los hijos/as y a los padres, dándose la paradoja de que la familia cuidadora que retrasa la maternidad (*double income, no kids*) o paga servicios de cuidado a sus hijos para poder competir en el mundo laboral, le cuesta aceptar que personas externas a la familia cuiden a los/as mayores.

Otro elemento a tener en cuenta en el seno de la familia es el cambio de valores y la dedicación a los hijos/as hasta edades adultas que desdibuja la dedicación a los padres mayores y cuando coinciden en demandar atención abuelos/as y nietos/as, parece que se tiende a anteponer las necesidades de los hijos/as a la de los padres mayores, la pérdida de reconocimiento sociocultural de las personas mayores y sus cuidadores, puede desencadenar en un desesperado reparto del anciano (Sanchez Beiza y Sanchez del Corral, 2000; Perez Ortiz, 2004), esta rotación que ha dado lugar al termino abuelo golondrina; supone un constante esfuerzo de ajuste y adaptación y requiere acuerdo entre hermanos que no siempre se produce, pudiéndose entrar en discusión por lo que es justo o injusto (Pinazo, 2005). Respecto a la percepción de las personas mayores que viven solas, de esa rotación, Lopez Doblaz (2005) constata que los/as mayores valoran positivamente periodos de convivencia en familia, no así la división del año en tantas partes como descendiente cuente, el reparto prefijado abunda en la idea de estorbo.

Cuando se plantea la convivencia intergeneracional suele temerse los conflictos, sin embargo los problemas no siempre son iniciados por los/as mayores, Wilson (1996) destaca que la familia a menudo limita la libertad de los/as mayores, los hijos/as son muy controladores, opuestos al cambio y tienden a desaprobado actividades que puedan entrañar riesgo.

En la familia además han ocurridos cambios estructurales que hace más difícil cumplir con su papel socializador: menor número y mayor movilidad geográfica de sus miembros, incorporación de la mujer al mundo del trabajo, lenta y selectiva, incorporación del hombre a la tarea de cuidar, cambios en el tipo de vivienda, y debilitamiento de los valores familiares. El perfil de la familia también cambia, con el aumento de la esperanza de vida, es posible cada vez con más frecuencia que veamos dos generaciones de la misma familia que pertenecen a la franja geriátrica (algunos mayores cuidan a sus longevos padres), aproximadamente unas 539.000 personas con 60 años y más, tienen aún padres vivos (Sanchez Vera, 2000)

Hay también una proporción de mayores que no tienen familia, no tienen relación con ella o no reside cerca. Adelantado et al. (2004) destacan en su estudio sobre mayores de 85 años, que un 13.6% de los que viven solos/as no tienen familiares cercanos a su domicilio.

La aparición de dependencias introduce la opción de rotar entre los hogares de sus hijos/as, si bien en toda Europa tiende a aumentar las personas mayores que viven solas y a disminuir las que viven en el domicilio de sus hijos/as (Bazo y Garcia, 2006). Ambos hechos son más posibles si aumentan los servicios públicos dirigidos a promover la autonomía y atender a los dependientes, de no ser así, entra en conflicto los derechos de la persona dependiente con el de las personas cuidadoras (Bazo y Domínguez Alcón, 1996).

El hecho de vivir con otra persona aporta al mayor seguridad, la ayuda mutua que se produce le da confianza (Sanchez Vera, 2000), por ese motivo la situación que se crea tras perder a la pareja, facilita el cambio residencial (López Doblas, 2005).

En resumen la permanencia en el hogar representa la opción más deseada por las personas mayores y sus familiares y es apoyada por las instituciones. Los casos en los que accederían al cambio residencial con los/as hijos/as, manifiestan preferencia por los que se encuentran

solteros/as en mayor medida que por quienes están casados/as, sobre todo si es una hija. (Iglesias de Ussel, Lopez Doblas y Diaz Conde, 2001)

La proximidad residencial de los hijos/as, preferentemente hija, que para los/as mayores es determinante de la permanencia en el domicilio, sirve de apoyo en muchos casos, como en los cambios de humor derivados de la soledad o problemas de salud y no parece necesario compartir vivienda para que los/as mayores se sientan apoyados. (Attias-Donfut & Segalen, 2002)

En ausencia o lejanía de la familia, se encarga a los/as vecinos/as la vigilancia de posibles emergencias y apoyo emocional y material como, comprar, preparar la comida, limpiar la casa o acompañar al médico (Lopez Doblas, 2005).

La relación padres – hijos/as requiere ser analizada, el cambio de poder de los padres a hijos/as cuando los padres envejecen y necesitan ser atendidos, obliga a ambas partes a redefinir su rol y adaptarse, los hijos/as han visto a los padres como la figura protectora, el paso a la vejez convierte al protector/a en frágil que debe ser protegido/a y el/la hijo/a debe ocuparse de las necesidades de sus padres, si la generación cuidadora no tiene capacidad de decidir no puede cuidar. Respecto a la responsabilidad de los/as hijos/as de cuidar a sus padres, asistimos a una amplia gama de actitudes, en general parece que los hijos/as, si no se sienten capaces de cuidar tienen sentimiento de culpa y perciben que responsabilizándose de los cuidados ganan aceptación social (Abellán García y Puga González, 1999).

Las diferencias de genero se evidencian en la forma de cuidar a los familiares mayores, con el mismo vinculo familiar la mujer se siente más responsable que el hombre (Bazo y Dominguez-Alcon, 1996; Bover, 2004) y el hombre cuando tiene que cuidar delega más y utiliza más recursos.

Cuando se plantea la convivencia intergeneracional, las diferencias formativas entre las generaciones actuales de personas mayores y las más jóvenes, puede dificultar los espacios comunes y potenciar su aislamiento.

Destaca de la figura **del cuidador informal**, que los cambios que se producen durante el envejecimiento y la necesidad de adaptarse a los mismos promueven que aun en ausencia de dependencia la familia ejerza cierta vigilancia sobre sus familiares mayores. El domicilio como ámbito del cuidado informal adquiere nuevas formas en la relación entre personas mayores y su familia sin convivir.

Por lo que respecta a la dificultad para realizar la tarea de cuidar las políticas de apoyo público hacia los dependientes se basan fundamentalmente en la generosidad del modelo de cuidados mediterráneo, con limitados recursos, por desconocimiento de la realidad de los hogares donde viven los/as mayores o por la dificultad de instrumentar medidas operativas adaptadas a cada situación y a cada tipo de hogar y familia. (Puyol Antolín y Abellán García, 2006). Hasta ahora las políticas sociales más vanguardistas plantean conciliar la vida familiar y laboral de las mujeres, más que de los hombres, facilitando el cuidado de los niños más que el de los mayores. El ministerio de trabajo y asuntos sociales propone la implantación de nuevas medidas en el ámbito de la legislación laboral con la prestación de cuidados a las personas dependientes siguiendo la línea iniciada por la ley 39/1999 de 5 de noviembre para promover la conciliación familiar y laboral de las personas trabajadoras (SEGG, 2000). La implementación de La Ley de Promoción de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia amplía la oferta de medidas en esa línea.

Cuando en el cuidado el factor de género se cruza con el factor de clase, se intensifica la llamada doble biografía de la mujer española, por una parte la mujer tradicional, que no trabaja fuera del hogar, con recursos económicos y formativos escasos y un papel de doble cuidadora (del hogar y de la familia) y por otra parte y cada vez más, la mujer profesional, con más recursos y menos tiempo de atención al hogar, estos cambios de la familia chocan frontalmente con los mensajes de los últimos años respecto a que las personas mayores están mejor en su entorno familiar y comunitario y que ha hecho que se realice mas esfuerzo en el asesoramiento a los familiares que en recursos específicos para facilitar el cuidado.

I.2.2. Espacio residencial

Uno de los marcos en los que se proyectan todos los cambios que van experimentando las personas al tiempo que envejecen, lo constituye **la vivienda**, las poco pensadas para ese colectivo, dificultan la permanencia en él. Los mayores en general prefieren envejecer en casa y permanecer en su hogar tanto tiempo como sea posible. Su integración en otros hogares puede deberse a estrategia de reagrupamiento familiar o situación de "dependencia". Varios autores confirman que la adecuación de los espacios vivienda y entorno, mejora en los mayores su calidad de vida. (Farquhar, 1995; Casa et al 2001; IMSERSO, 2002; Castellón, 2003; Poveda et al. 2005).

La casa suele ser el principal o único recurso de gran valor económico que tienen y encierra muchos significados sentimentales e históricos, pues ha sido el lugar de vida y convivencia durante muchos años, especialmente en España donde la movilidad residencial a lo largo del curso de vida es más baja que en otros países europeos y conservan las redes sociales establecidas (Puga, Abellán y Sancho, 2006; Puyol Antolín y Abellán García, 2006).

Pero no siempre el domicilio o el entorno de las personas mayores reúnen las mínimas condiciones necesarias para vivir dignamente, bien sea por el estado de la vivienda, por la existencia de barreras arquitectónicas o por escasa dotación de servicios básicos, etc., a menudo la vivienda envejece con su propietario. Vivir en soledad y ser mayor se relaciona con más carencias en el equipamiento (Arriola y Beloki, 2005), según el informe 2004 sobre las condiciones de vida de las personas mayores; el 13.5% de los que viven solos/as no tiene teléfono, el 44% no tiene calefacción y el 70% no dispone de ascensor.

Desde el ámbito de la salud se pone de manifiesto y es motivo de análisis, la dificultad de permanencia del mayor en el domicilio cuando aumenta alguno de sus deterioros. Adquiere especial relevancia en esa valoración las características de la vivienda y su entorno inmediato; y debe ser tenido en

cuenta que las personas mayores tienden a sobrevalorar el entorno conocido de su barrio (Perez Ortiz, 2004).

Importante también es la frecuencia con la que al alta de un hospital de agudos independientemente del motivo de ingreso la persona mayor aumenta su fragilidad haciéndose difícil volver a vivir en su domicilio (De Pedro, Gallo, Zaforteza, Bover y Galmes, 2001). En la vivienda se acogen los procesos relacionados con la dependencia, y la incapacidad se vive fuera del ámbito institucional (Astrain, et al. 1999). En el sistema actual al cesar la patología si desde el punto de vista médico su estancia en el hospital ya no implica mejorías considerables, el paciente debe ser dado de alta independientemente de su situación de autonomía.

A los/as mayores que viven solos/as les preocupa los problemas que puedan aparecer en el ámbito del domicilio, así el miedo durante la noche, algunos/as mayores lo reducen instalando timbre conectado con vecino o familiar cercano; a la inseguridad, la hacen frente aumentando la seguridad de sus casa y siendo acompañados especialmente por las noches y en algunos casos un problema de este tipo es el final de la etapa de vivir solo (Lopez Doblas, 2005).

Respecto a la causa que desencadena que los mayores vivan en residencia, piso tutelado, o domicilio, a menudo no responde a los intereses de la persona mayor y su familia, sino a motivos indirectos. Evaluar la capacidad de la persona mayor al cumplir años, así como conocer de los recursos sociosanitarios, su existencia, disponibilidad, coste y accesibilidad, facilitan la decisión sobre su situación.

Existen cada vez mas alternativas residenciales especialmente dirigidos a personas mayores, programas como "vivir y convivir" ofrecen la posibilidad de vivir juntos a una persona mayor y un/a estudiante joven sin vínculo familiar, es una iniciativa tuteladas por fundación la Caixa. La fundación Conex lidera el proyecto "Hogares compartidos", con el que se pretende dar una solución a aquellas personas mayores que no pueden hacer frente con

su pensión al alquiler de la vivienda, así como combatir la soledad entre este colectivo.

El **entorno de la vivienda** tiene capacidad para articular las relaciones de intercambio de los hogares con el exterior, Carp (1976) recoge que cada una de las definiciones que podemos encontrar sobre personas mayores tienen en común reconocer un progresivo deterioro que hace que se encuentren más afectadas por su entorno que los/as más jóvenes. En consecuencia, los entornos vitales deberían apoyarles para compensar estas pérdidas.

El entorno debe ofrecer condiciones para que las actividades básicas de la vida diaria puedan seguir siendo realizadas con normalidad, aunque sea necesario contar con ciertos apoyos. Cuando el entorno resulta un medio hostil para las personas mayores, existe riesgo de aislamiento, con el fin de evitarlo se trabaja en conceptos de ciudad favorecedora de la integración social, seguras, con servicios y equipamientos accesibles (Tinker, 2000). Muchas personas mayores que viven solas sienten miedo a padecer un accidente sin tener nadie cerca o temen ser víctimas de algún delito en el domicilio.

La accesibilidad juega un papel importante en los estilos de vida de los/as mayores que permanecen en el domicilio especialmente para las personas afectas de limitación funcional y sus cuidadores que suplen la inaccesibilidad con esfuerzo físico.

La distribución de la soledad residencial entre los/as mayores es algo mayor en las ciudades grandes (17%) que en las zonas rurales (13%) y en ciudades grandes es mayor la proporción de mujeres; para Rodríguez (2004) los hombres y las personas mas ancianas tienen más tendencia a vivir en pueblos de menos de cinco mil habitantes ; dentro de la población solitaria española, el 14,42% de quienes sobrepasan los 90 años y el 10,41% de quienes cuentan de 85-89 años viven en localidades que no alcanzan los mil habitantes.

La OMS (2002) propone políticas que ha llamado "amistosas con los ancianos" que permitan a aquellos que tienen discapacidades permanecer más tiempo en sus hogares y participar plenamente en la vida de la comunidad, incluye desde calles bien iluminadas o semáforos que den más tiempo para cruzar, ayuda mediante alimentos y mantenimiento de la casa, apoyo de enfermería a domicilio y propuestas a los investigadores de redefinir las herramientas usadas para evaluar la capacidad.

Tener en cuenta las características de las personas mayores puede establecer la diferencia entre independencia y dependencia. Los mayores que viven en zonas con barreras o inseguras, tienden al aislamiento y presentan más problemas de movilidad. Viviendas seguras, próximas a la familia, con servicios y transportes adecuados facilitan la interacción social (Fericgla, 1992; OMS, 2002).

En relación a los **productos de consumo**, la cada vez más numerosa presencia de las personas mayores como consumidores evidencia que el mercado en general está pensado para el adulto joven, hasta ahora el mercado que consideraba cliente potencial a la persona mayor era minoritario y de productos concretos.

Los productos diseñados teniendo en cuenta las capacidades y necesidades de los/as mayores facilitan la vida cotidiana y promueven la autosuficiencia de las personas con discapacidad, algunos autores proponen contar con el usuario real desde el principio del diseño asegurando así, la percepción, motivos de uso o rechazo, gustos y preferencias, necesidades y problemas reales de la persona mayor. (Poveda et al. 2005)

Un planteamiento ergonómico correcto permite incorporar al diseño los requisitos específicos dando lugar a soluciones compatibles con cualquier tipo de usuarios "diseño para todos". La ergonomía muestra las múltiples posibilidades que su aplicación ofrece a la solución de las necesidades planteadas por la interacción persona mayor, entorno y producto (Poveda et al. 2004).

La aplicación de los principios ergonómicos al diseño de productos dirigidos a las personas con capacidad funcional disminuida ha dado lugar al término tecnologías sociales, son tecnologías que evitan, neutralizan, compensan o mitigan las limitaciones funcionales de las personas para acceder a entornos y utilizar productos y servicios, mejorando su participación social, independencia y calidad de vida.

El diseño adecuado del entorno no puede modificar la discapacidad de un individuo, pero sí puede evitar que la persona con discapacidad se convierta en dependiente, o al menos hacer que su grado de dependencia disminuya, teniendo en cuenta aspectos ergonómicos tradicionales que son soluciones en potencia: el alcance, la holgura, el acceso, el plano de trabajo, etc. (Poveda et al. 2004).

Los muebles son en el domicilio de los/as mayores su entorno inmediato y son utilizados por ellos/as; para proporcionarles un espacio donde se puedan desenvolver con la mayor independencia posible, es necesario conocer cuáles son las características, necesidades y limitaciones de las personas mayores en las distintas etapas de la franja geriátrica y los factores que mas frecuentemente modifican la capacidad funcional.

Las personas mayores frente a las limitaciones que supone la falta de adecuación del entorno, tienden a producir cambios conductuales y dejan de realizar tareas probablemente debido a la creencia de que el entorno es inalterable, por lo que deberían diseñarse entornos que potenciaran las actividades; las adaptaciones o modificaciones son en ocasiones el motor del funcionamiento independiente (Fernandez-Ballesteros et al. 1991).

La persona mayor sola o con ayuda, debe poder ajustar la situación a sus limitaciones o preferencias. Es necesario conocer los cambios asociados al proceso del envejecimiento y sus consecuencias, para mediante el diseño ergonómico, hacer compatible la utilización de un mismo dispositivo por las personas envejecidas y por las que no lo están (Moreira y Lillo, 2004).

Con los actuales cambios demográficos, conocer de los/as **mayores como clientes** elementos de su cultura, sus tendencias y hábitos como consumidores adquiere gran importancia. Sanchez Vera (2000), en su análisis del mayor como consumidor/a afirma que no es usuario de las grandes superficies, no es comprador compulsivo, tiene en cuenta el precio, utiliza poco la tarjeta de crédito y suele ser fiel a las marcas, este autor pone de manifiesto el reto que para los fabricantes supone tener en cuenta en sus productos, los cambios inherentes al envejecimiento que le hacen mas exigente como cliente, por ejemplo por su dificultad para abrir algunos envases, de lectura y comprensión de las etiquetas o para ajustarse a su pensión.

Respecto a las decisiones económicas en esta coorte de mayores hay que tener en cuenta que han estado masculinizadas, la mujer hasta que no es viuda no hace frente a la gestión de dinero y en algunos de esos casos se deja asesorar por sus hijos/as. (Sanchez Vera, 2000).

La mayoría de los comercios no han tenido en cuenta aspectos ergonómicos en su diseños que les convertirían en mas competitivos entre el colectivo de mayores. Para hacer frente al aumento de clientes mayores deberán crecer los productos que faciliten la vida diaria, teniendo en cuenta que recordar la edad no es agradable.

Diferentes estudios han destacado el rechazo a las etiquetas en general, existente entre los consumidores mayores (Sanchez Vera, 2000). El etiquetado no parece que cumpla la función para la que ha sido diseñado, en términos generales son rechazadas como fuente de información de los productos. Los/as mayores respecto a las posibles mejoras en las etiquetas aluden a la necesidad de aumentar el tamaño de la letra y modificar el diseño o los colores para mejorar el contraste y en cuanto al contenido, proponen eliminar información irrelevante, destacar la información sobre los peligros, unificar los símbolos para mejorar su comprensión y establecer claramente datos como precio, fecha de caducidad y componentes (Sanchez- Herrero, Sanchez Almagro y Veguilla, 1994). Muchos productos incluyen en su envase etiquetas en todos los idiomas de los países en los

que va a ser vendido, a costa de que la letra sea demasiado pequeña, pudiendo ser más visible la marca que el producto.

A diferencia de otros grupos de edad entre los/as mayores prevalece la existencia de un ocio no monetario (Sanchez Vera, 2000). Realizan más actividades de carácter pasivo y dentro del hogar, como ver tv, rezar, pensar o meditar y oír radio. Hacer compras y recados es considerado actividad social (Perez Ortiz, 2004)

I.2.3. Capacidad funcional

El drama del viejo consiste a menudo en que no puede lo que quiere. Concibe, proyecta y en el momento de ejecutar, la fatiga corta sus impulsos.

(De Beauvoir, 1989)

La situación de especial vulnerabilidad de las personas mayores que viven solas requiere de instrumentos de análisis para contribuir al diseño de medidas que promuevan un aumento del bienestar. Se entiende por capacidad funcional la habilidad que tiene una persona para desempeñar papeles y llevar a cabo actividades habituales para las personas de similar edad y condición.

Este concepto es muy amplio y puede ser utilizado para referirse a múltiples actividades, sin embargo, en general, el concepto de capacidad funcional suele referirse a las actividades básicas de la vida diaria (comer, higiene, vestirse, utilizar el cuarto de baño, continencia y movilidad), ya que éstas marcan el umbral de la discapacidad más evidente en la práctica clínica sanitaria; es decir, la falta de independencia para el autocuidado y, por lo tanto, la necesidad de ayuda de otras personas.

La capacidad funcional no debe ser considerada un rasgo absoluto de la persona sino una expresión de la interacción entre la persona con funcionamiento limitado y el entorno. El envejecimiento es un proceso en el cual se producen interacciones bidireccionales entre el organismo y su

entorno (Baltes & Dixon, 1984; Fletcher, Dickinson & Philp, 1992; OMS, 2002; Rico 2003 y Casa et al. 2001).

La necesidad del individuo de ser ayudado para interactuar con su medio se puede definir en términos de incapacidad funcional, si bien debe ser tenido en cuenta que un entorno con estímulos, ayudas protésicas y que conjugue autonomía y seguridad, contribuye a que las personas mayores funcionen en niveles óptimos de ejecución (Pérez Salanova y Yanguas, 1998).

Para conocer las limitaciones funcionales es necesario tener en cuenta aspectos sociodemográficos que marcan diferencias a la hora de establecer cualquier tipo de relación usuario-producto, estas diferencias para el grupo del Instituto de Biomecánica de Valencia (2003), son entre otras: edad, género, nivel de instrucción, convivencia, profesión, situación laboral, entorno socio-familiar, situación económica y estado de salud, este grupo considera que un producto es usable cuando la persona que lo utiliza realiza la tarea para la que ha sido diseñada con rapidez y facilidad.

La capacidad funcional en la vejez presenta diferencias por razón de género, los reparto diferenciales de roles generan dos formas de envejecer, el actual colectivo de hombres mayores ha participado poco o nada en la realización de AVD e instrumentales, el hombre reconoce sus limitaciones domésticas y suele temer más la soledad especialmente por la dificultad en el manejo de las actividades domésticas, al menos en estas generaciones de mayores, llegando a manifestar más necesidad de encontrar pareja que la mujer para evitar las dificultades de la soledad residencial (Lopez Doblas, 2005; IMSERSO, 2006). Las mujeres están más capacitadas para cuidarse de si mismas y vivir solas, la percepción de los hombres de su dependencia está vinculada a tener que cuidar la casa o no (Adelantado et al, 2004).

La capacidad funcional es sensible al nivel socioeconómico, con un mayor nivel de instrucción se esperar en general, mejores oportunidades en la vida, las personas que viven en hogares de mayores ingresos presentan un retraso en la entrada en discapacidad respecto a las de menos ingresos

(INE, 2005). En el estudio de Puyol Antolín y Abellán García (2006) se destaca que el riesgo de padecer discapacidad aumenta según desciende el nivel educativo: las tasas entre las personas con estudios superiores se sitúan en el 13,1%, y las de los/as que no tienen estudios o son analfabetos/as alcanzan el 29,8%. Estos datos parecen apoyar que el aumento del nivel de instrucción conlleva conocimiento sobre actividades de promoción de la salud que puede retrasar la dependencia.

Puede considerarse que los/as mayores con niveles socioeconómicos bajos tienen más dificultades en la realización de las actividades diarias especialmente si viven solos/as. Lopez Doblas, (2005) destaca que respecto a la forma de residencia entre el colectivo de mayores actuales, en nuestro país, el 11% de las mujeres y el 6% de los hombres mayores que viven solos, son analfabetos y existe un 37,24% de personas que, aun sabiendo leer y escribir, carecen de instrucción académica, no es difícil afirma este autor, imaginar las limitaciones que estos mayores encuentran en el curso diario de sus vidas.

La repercusión que el nivel de autonomía de las personas mayores tiene sobre las familias, programas sociales, sanitarios y sociedad en su conjunto preocupa a los profesionales que configuran el equipo de salud en mayor o menor medida.

Los cambios que se presentan en la vejez tienen proyección social sobre la vida cotidiana de quienes lo experimentan como señalan Mishara & Riedel, (1986), la toma de conciencia de la vejez se produce cuando estos cambios afectan al desarrollo de la vida cotidiana.

Términos como fragilidad, discapacidad o dependencia hasta ahora, quizás por su proximidad conceptual han sido usados indistintamente por muchos autores para sus cálculos (Palacios Ramos y Abellán García, 2003).

El patrón de actividad que lleva a cabo la persona refleja metas, valores y preferencias, ser capaz de realizar de forma autónoma estas actividades no sólo es un predictor de necesidad de ayuda sino que es un ingrediente

esencial de la satisfacción personal especialmente entre las personas mayores en situaciones en las que la autonomía para realizarlas está en riesgo. (Villar, Triado y Osuna, 2003).

Autonomía, se define en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, como la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

Dependencia, según la misma Ley 39/2006 de 14 de diciembre se define como la situación permanente, en la que se encuentran las personas que precisan ayudas importantes de otra u otras personas para realizar actividades básicas de la vida diaria. A efectos de la Ley, dependencia es el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria. Esta pérdida de autonomía se puede deber, a una enfermedad o una discapacidad

Las actividades instrumentales son más complejas que las básicas y requieren un mayor nivel de habilidad para ser ejecutadas, por lo tanto, es evidente que el deterioro de estas tareas instrumentales suele preceder en el tiempo al deterioro de las actividades básicas. En este sentido, varios autores han sugerido que las actividades instrumentales podrían ser utilizadas como indicadores de riesgo de discapacidad y, por lo tanto, serían marcadores de fragilidad. (Robles et al. 2008).

Las estrategias de adaptación frente a los cambios que se producen a lo largo de todo el ciclo vital son parte del éxito envejeciendo. Los factores subjetivos requiere una valoración en el contexto individual incorporando aspectos del entorno para evitar la disparidad como la que puede existir entre las necesidades que preocupan a los enfermos y las que los científicos

deciden que son mejor para ellos (Sanz, 2000). Esa valoración debe aportar el peso que para cada persona tiene la posibilidad de ser autónomo/a.

La importancia de valorar el nivel de autonomía al individualizar la ayuda se pone de manifiesto según Ruiz-Jiménez et al. (2006) en la percepción de bienestar, en la que durante el envejecimiento actúan factores subjetivos como el equilibrio entre retos y habilidades, actitud personal y disponer o no de recursos.

Respecto a la forma cómo medimos estas capacidades existe un cuestionamiento de las concepciones biomédicas por su tendencia a culpar al paciente por padecer su condición, dejando fuera la influencia de factores sociales, psicológicos, y ambientales; en contraposición existen perspectivas que analizan la discapacidad como algo que ocurre no como algo que se tiene (Hurst, 2000; Palacios y Abellán, 2003).

Para (Puga y Abellán, 2004) la dependencia, igual que otras medidas de capacidad funcional es un concepto mensurable desde el punto de vista médico, pero su abordaje se sitúa claramente en el ámbito de lo social. La dependencia es un hecho variable en función de la salud y factores del contexto en el que desenvuelve la persona.

El modelo social entiende la incapacidad como un problema socialmente creado, la incapacidad no es un atributo del individuo sino un conjunto de condiciones, varias de ellas creadas por el entorno (Oliveira y Villaverde, 2001).

En el estudio sobre las condiciones de vida de las personas mayores Abellán et al. (2007) encontraron que la cuarta parte tiene algún tipo de problemas para la realización de actividades de la vida diaria; El mayor número de limitaciones aparecen en movilidad exterior; le sigue en importancia los problemas en actividades instrumentales y finalmente, el menor número de limitaciones, pero las más graves y que demandan más apoyo, están referidas a actividades de autocuidado y autonomía personal. La edad avanzada según este autor, agudiza las desigualdades, la tasa de dependencia de las personas de 75 y más años duplica a la de la población entre 65 y 74 años.

El binomio envejecimiento y dependencia constituyen un auténtico reto para las familias y las políticas sociales, para dar respuesta es especialmente relevante el papel que juegan los individuos frente a su propio riesgo de dependencia, tanto en el aspecto económico como en el de la salud (Sancho Castiello, 2005), y es necesario conocer la percepción que ellos/as tienen de su capacidad funcional.

Las personas con **discapacidad** tienen limitaciones para realizar determinadas actividades en un contexto social y en un entorno determinado, no todas necesitan ayuda de otra persona para desenvolverse en su vida diaria. La discapacidad puede o no, producir dependencia. Para Puga y Abellán, (2004) es la brecha entre las capacidades de la persona y las demandas del medio.

Algunos autores utilizan el término incapacidad como pérdida de autonomía, Verbrugge y Jete (1994) entienden la incapacidad como la dificultad para hacer las actividades en cualquier ámbito de la vida, no como una característica personal.

Anciano frágil es un término que se utiliza en gerontología de manera cada vez más homogénea, para referirse a aquella persona mayor que conserva su independencia de manera precaria y que se encuentra en situación de alto riesgo de volverse dependiente. Se trata de una persona con una o varias enfermedades de base, que cuando están compensadas permiten al anciano/a mantener su independencia, gracias a un delicado equilibrio con su entorno socio-familiar. Galeno sitúa la vejez en el camino hacia la enfermedad.

En los ancianos/as frágiles la capacidad funcional está aparentemente conservada para las actividades básicas de la vida diaria, aunque pueden presentar dificultades en tareas instrumentales más complejas como son hacer gestiones, comprar e ir a los servicios de salud etc. Son actividades con cierta dificultad que se incrementa para estas generaciones tanto por la disminución o ralentización de ciertas funciones físicas (la movilidad, la

visión, la adición, etc.) como por el bajo nivel educativo. En general se considera que aumenta la fragilidad de manera significativa partir de los 80 años.

Los instrumentos mas utilizados para medir la capacidad funcional, presentan limitaciones como la fiabilidad de las declaraciones hechas por los/as entrevistados/as, la capacidad de observación de personas cercanas y la precisión para detectar unos aspectos mientras que otros pueden pasar desapercibidos. Así para Puyol y Abellán (2006) la resistencia de los varones a reconocer fragilidad o debilidad, o tareas distribuidas tradicionalmente por sexo, contribuye a la forma de preguntar por las dificultades en los cuestionarios. Otros/as autores/as sugieren que la mayor masa muscular de los hombres les facilita conservar las habilidades que miden las escalas de capacidad para la realización de AVD (Rabuñal et al. 2004; Andersen-Ramberg et al. 1999)

En general la valoración de la persona con dependencia se basa en conocer su capacidad para desarrollar determinadas actividades de la vida diaria pero diferentes objetivos requerirán instrucciones de uso distintas. (Puyol y Abellán, 2006).

Es necesario identificar porqué valorar. La valoración de la persona con problemas de autonomía puede realizarse por diferentes objetivos:

a) Establecer un plan de cuidados, b) Conocer las características de una población, c) Conocer si una persona reúne los requisitos para acceder a determinados servicios o prestaciones.

Podría decirse que la diversidad de medidas utilizadas hasta ahora ha consentido la inmovilidad de familias y profesionales frente a las condiciones en las que algunos/as mayores permanecer en sus domicilios. La persona mayor y su familia tienden a sobrevalorar sus capacidades y el sistema sanitario es lento y dispone de escasos recursos para valorar y muy pocos para cuidar en estos casos.

La propuesta de Querejeta (2003) de unificar criterios de valoración incluye hablar de grado de dependencia en relación a qué actividad y en función de qué baremo, así como clasificar el problema y no la persona por ejemplo: Persona con discapacidad para actividades de autocuidado por deterioro cognitivo.

I.2.4 Recursos sociosanitarios

Cuando se ha comprendido lo que es la condición humana de los viejos no es posible conformarse con reclamar una política más generosa en la vejez. Todo el sistema es lo que está en juego y la reivindicación no pueden sino ser radical: cambiar la vida. (De Beauvoir, 1989)

Las personas mayores y sus familias están teniendo un papel relevante en la demanda de soluciones sociosanitarias como respuesta a sus problemas de salud. El fenómeno del envejecimiento acelerado a que estamos asistiendo, fundamentalmente en países como España, ha provocado una avalancha de demandas para las que no estábamos preparados ni a nivel de recursos ni en el campo de las actitudes. La existencia y accesibilidad de servicios sanitarios y sociales se considera uno de los determinantes de la salud.

Gran parte de lo que somos y de lo que sentimos está en directa relación con lo que hacemos en nuestra vida cotidiana, con las rutinas diarias que componen nuestro día a día (Brandtstädter & Lerner, 1999). La permanencia en el domicilio, solo es posible con la utilización de recursos, cuya escasez pone en riesgo algunas rutinas de nuestra vida diaria. El interés por unos recursos y no otros depende de la capacidad funcional y de rasgos biográficas de la persona mayor.

Las personas mayores representan uno de los colectivos hacia los cuales el sector público viene mostrando una atención preferente (Alemán y Madrigal, 1996; Aznar, 1998; Juárez, 1998). La creciente preocupación por

asegurarles unos niveles dignos de calidad de vida se ha traducido en la puesta en marcha de programas generales destinados a mejorar su bienestar. El objetivo que se plantean los Gobiernos en las sociedades occidentales es que las personas mayores envejecan dignamente en la comunidad (Heumann & Boldy, 1995; Bazo, 2005), respondiendo así además al deseo de los propios mayores y, de la sociedad: la idoneidad que supone que los ancianos permanezcan en sus hogares, aun cuando no puedan valerse plenamente por sí mismos y necesiten cuidados especiales, es defendida por un porcentaje bastante alto de la sociedad tanto española (INSERSO, 1995) como europea (Walker, 1996).

Varios autores vaticinaron al final de los noventa el agotamiento de las posibilidades de la familia para seguir haciéndose cargo de los mayores dependientes (Maravall, 1997; Rodríguez Rodríguez, 1998), cada vez es más difícil que una mujer reúna el perfil actual de la cuidadora española (mediana edad, ama de casa, formación escasa), se plantea la necesidad de complementar de alguna forma las redes formales e informales de protección, por no ser viable sociológica ni económicamente la sustitución de la familia en estas tareas.

Las comunidades autónomas disponen de recursos agrupados como sociosanitarios que ofrecen camas de media y larga estancia para pacientes cuya recuperación es más lenta, esta es otra opción al alta de un hospital de agudos. La valoración en el momento del alta y la coordinación con el equipo responsable en el siguiente destino debería ser un papel relevante de los profesionales de la salud, evaluar la idoneidad o no de volver a su domicilio requiere de un equipo interdisciplinar, siendo la aportación de la mirada enfermera por su globalidad una de las más idóneas.

La implementación de la recién aprobada Ley de Promoción de Autonomía personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia además de mejorar la situación de los/as mayores dependientes y sus familias ha hecho más visible el cuidado y la desaparición de la siempre disponible silenciosa mujer, cuidadora de las familias, han dado a ese rol otro valor.

Los profesionales de la salud deben aprender a cuidar personas mayores en las que la familia, no está disponible.

En este periodo de implementación de la LAAD parece claro que envejecer con calidad de vida viene de la mano de la adquisición de servicios; respecto a la compra de servicios existen diferencias entre la mujer inactiva tradicional, en especial con pocos recursos y la mujer que trabaja fuera de casa, profesional y con mas posibilidades de "comprar cuidados".

Decidir qué recursos comprar y su utilidad precisa de información previa. El conocimiento de los recursos existentes y su disponibilidad no es uniforme entre los/as mayores y sus familias, la información es menor en las zonas rurales que en las ciudades grandes (Rodriguez, 2004), y es mayor el desconocimiento entre los/as mayores con nivel educativo bajo, los/as muy mayores y los/as que necesitan mas ayuda (Perez Ortiz, 2004).

Frente al cuidado, encontrar estrategias y utilizar recursos se relaciona con nivel cultural, Puga y Abellan (2002) y Otero et al. (2004) encontraron que el nivel de instrucción mejora la utilización de recursos. Cabe suponer que los escasos recursos disponibles son infrautilizados por desconocimiento, barreras burocráticas o de accesibilidad.

La utilización de **recursos en el domicilio** sin renunciar a los servicios sociosanitarios facilita a las familias la conciliación de la vida familiar y laboral y a las personas mayores la permanencia en la vivienda habitual; pueden verse favorecidos por la recepción de ayuda social para: cubrir necesidades, de adaptación de la casa, en tareas domésticas, servicio de comida, lavandería u otras tareas del hogar etc. De todas ellas, una buena proporción de los ancianos españoles declaran tener conocimiento de su existencia, si bien dos de las ayudas más directamente relacionadas con la permanencia en casa, como son la adaptación de la vivienda y el servicio de comida y lavandería a domicilio, sólo son conocidas por dos quintas partes de la población. En cuanto a su utilización, en torno a un 5% de mayores utiliza el servicio de ayuda a domicilio, mientras que el resto de los servicios es utilizado en proporciones más bajas. (Abellán et al. 2007).

Los/as mayores y su red social tienden a organizarse en el ámbito del hogar, con recursos internos (familia, ayuda mutua, apoyo económico, etc.), cuando disminuyen los recursos o aumenta el grado de dependencia se requieren recursos complementarios; la escasez de los mismos pone en riesgo sus rutinas y la permanencia en la vivienda con diferencias por género que se suele traducir en que los hombres mayores tienen más ayuda que las mujeres de su misma edad, tienen ayuda en su cuidado personal de sus mujeres y cuando viven solos disponen de más ayuda externa que las mujeres; ellas reciben ayuda de amigos/as y parientes y en menor medida de sus maridos (Gurung, Taylor & Seeman, 2003 y García Martínez, Rabadán Rubio y Sánchez, 2006).

En el marco de las relaciones sociales destaca Arriola y Beloki (2005) que se engloban diferentes iniciativas, de ayuda mutua que aportan recursos especialmente indicados para las personas mayores, como el banco de intercambio de servicios, reuniones en el domicilio de persona confinada, conversaciones telefónicas grupales etc. Algunas asociaciones presentan iniciativas destinadas a socios que necesitan ayuda puntual, llaman "Canguro Amigo" al voluntario/a para una tarea concreta, como acompañar al médico (Perez Salanova, 2003).

El recurso de ayuda a domicilio facilita la permanencia en la vivienda aún en personas mayores frágiles, si bien la escasa cobertura, el papel protagonista de la familia en nuestra cultura, el desconocimiento de la utilidad del recurso y la escasa utilización de los servicios de la enfermera comunitaria, dan cifras bajas de su demanda y utilización, (De Pedro, Gallo, Zaforteza, Bover y Galmes, 2001) en el marco de la LAAD las mejoras en su cobertura será de gran apoyo a las personas mayores que viven solas.

El recurso más utilizado por los/as mayores que viven solos/as es la Teleasistencia, es un servicio de atención telefónica ininterrumpida, con un equipamiento de comunicaciones e informática específicos, que permite a las personas con discapacidad, que viven solas, mantener comunicación con un centro de atención que presta la respuesta adecuada. Este servicio

ofrece seguridad y tranquilidad ante situaciones de riesgo y propicia además la permanencia en el domicilio, evitando la innecesaria institucionalización. Teleasistencia y ayuda a domicilio son prestaciones que lo más común es que se den juntas, sobre todo entre las personas mayores que viven solas.

A pesar de que es más frecuente la imagen de los/as mayores demandando ayuda que ofreciéndola, el aumento de la esperanza de vida, y las mejoras en el estado de salud en la franja geriátrica, presenta cada vez más personas con más años libres de dependencia y con tiempo libre, hecho que facilita que ellos también presten ayuda, una de cada nueve mujeres mayores presta ayuda a otra persona en la realización de las AVD (pareja, hijos, padres, suegros (Perez Ortiz, 2004).

Los recursos son pocos y poco conocidos, Casa et al. (2001), proponen potenciar redes de información sobre disponibilidad de los servicios y las actividades que realizar.

De acuerdo con la revisión de la literatura se hace necesario un replanteamiento del papel que la familia puede desarrollar en la situación de soledad residencial de las personas mayores, al mismo tiempo, la sociedad en general debe tener en cuenta la cada vez mayor presencia de este colectivo de personas; es prioritario conocer la opinión de las propias personas mayores y sus familias sobre los factores que modifican la permanencia en su domicilio.

Capítulo II. ORIENTACIÓN TEÓRICA

II.1. La cuestión de la investigación

Con la revisión de la literatura he podido conocer con mayor profundidad la dimensión de la soledad residencial en el contexto de Mallorca, España y en el mundo occidental, sus actores, efectos, evolución, relación con los sistemas sociosanitarios y las estrategias de abordaje propuestas desde los diferentes trabajos consultados. De todo ello se desprende que los cambios

socioeconómicos ocurridos en las últimas décadas están generando necesidades a las que los sistemas sociosanitarios deben buscar respuestas efectivas.

En la búsqueda de propuestas de estrategias que faciliten a las personas mayores la permanencia en su domicilio incluso en soledad, se hace necesario profundizar en las cuestiones que modulan la vida cotidiana en esa etapa de la vida.

Se considera 75 años un punto de inflexión en las características de las personas que pertenecen a la franja geriátrica, por lo que se va a considerar objeto de estudios las personas mayores de esa edad que viven solas.

Las variables de género y generación a la que pertenecen las personas mayores y las familias, producen un efecto en la percepción de autonomía en el domicilio. Estos elementos han sido poco explorados conjuntamente.

Por todo ello la pregunta que guía todo el proceso investigador es la siguiente:

¿Cómo influye en la percepción de soledad residencial el género y la generación de las personas mayores de 75 años y de sus familias?

Una mayor comprensión de estos conceptos permitirá establecer estrategias de intervención, dirigidas a las personas mayores, su familia y a la sociedad en general, para que los/as mayores consigan permanecer más tiempo en su domicilio habitual, con una mayor equidad, eficacia y eficiencia en el uso de recursos.

II.2. El marco teórico

En la planificación y diseño de una investigación hay una serie de cuestiones que son fundamentales (Mason, 1996). La primera de ellas es la referida a

la naturaleza del fenómeno de estudio, o las entidades y la realidad social que el investigador/a desea investigar y porqué. Esta primera cuestión con aspectos más ontológicos ha sido argumentada tanto en el apartado "el punto de partida", en la introducción, donde desarrollé mi posición respecto de los/as mayores que viven solos/as, así como en mi exploración en la naturaleza de este fenómeno, sus actores, los mayores y su familia y su contexto, tanto en el apartado introductorio como en la revisión de la literatura.

La segunda cuestión fundamental en una investigación (Mason, 1996) es identificar el conocimiento o evidencia de las entidades o realidad social que yo deseo investigar que podría estar representado en la teoría general del conocimiento. Esta es la denominada cuestión epistemológica que conecta las cuestiones de perspectivas teóricas con la visión del autor/a sobre la naturaleza de la realidad (ontología). Estos modelos teóricos que nos permiten la conexión entre las dos preguntas son conocidos como paradigmas, entendidos como realizaciones científicas universalmente reconocidas, que durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica (Kuhn, 1962). Los paradigmas actúan de marco teórico de referencia en la interpretación de un fenómeno entendido como real por el investigador. Kuhn (1962) se refiere a esta interpretación como una actividad gobernada por un paradigma en la resolución de un enigma.

Guba y Lincoln (2000) definen los paradigmas como el sistema básico de creencias o visión del mundo que guía al investigador/a, ya no sólo al elegir los métodos, sino en las formas que son ontológica y epistemológicamente fundamentales. El modelo paradigmático guiará por tanto todo el proceso investigador con un continuo diálogo entre la posicionalidad del investigador y la teoría de referencia que es utilizada en la búsqueda de la respuesta a las preguntas surgidas tras la reflexión.

Stoehrel (2000) señala, parafraseando a Pierre Bourdieu, que si el cambio de perspectiva en la investigación científica nos ayuda a entender y clarificar los hechos y las praxis sociales (...) la elección de una perspectiva y no de otra es de gran importancia desde el punto de vista de las interpretaciones y resultados que podamos hacer de un mismo hecho empírico. Esta misma autora explica que las interpretaciones del investigador van a depender del marco teórico seleccionado y que ello representa un acto de valor; las investigaciones científicas influyen en las políticas y estas en la elección de temas que parecen ser relevantes para ser investigados o no.

Al centrar mi interés en los factores que parecen modular el desarrollo de la permanencia en el domicilio y que parecen determinantes en la comprensión del fenómeno, el género y la generación a la que pertenecen las personas mayores que viven solas y sus familias, pretendo explorar las diferencias en sus percepciones y habilidades.

En este proceso, buscar una teoría es fundamentalmente intentar usar un argumento que refiere un fenómeno observado a sus causas fundamentales (Ratcliffe y González Del Valle, 2000). En esta investigación el paradigma que parece adaptarse mejor al tipo de cuestiones planteadas es el Crítico Social y dentro de él específicamente la corriente teórica del postfeminismo.

En este marco es posible interpretar, ser mayor y vivir solo/a como una actividad humana construida socialmente, en la que el entorno sociocultural determina su desarrollo y el valor que le es atribuido. La soledad residencial de las personas mayores está vinculada a constructos sociales, como son el género y además está constituido por las particularidades del contexto, como pueden ser los valores generacionales familiares.

II.2.1. Paradigma Crítico Social

Guba y Lincoln (2000), se refieren a la teoría crítica social como un paradigma amplio que denota una serie de orientaciones teóricas, incluyendo el marxismo, el materialismo histórico, el feminismo y el post-estructuralismo. Independientemente de sus diferencias, tienen en común la innovadora suposición epistemológica de que la naturaleza de la investigación está regida por los valores y que el conocimiento es político y no neutro. La perspectiva ontológica se sitúa en un realismo histórico, entendido como realidad virtual moldeada por valores sociales, políticos, culturales, económicos, étnicos y de género; para después quedar cristalizados en una serie de estructuras que ahora se consideran (inapropiadamente) reales, es decir naturales e inmutables. Si nos fijamos en las soledad residencial de las personas mayores como observadores limitados de la realidad, vemos que nos movemos en una incesante construcción de realidades que son a al vez producto de nuestra propia realidad.

Kincheloe y McLaren (2000), resumen las asunciones básicas que comparten las/os investigadoras/es que plantean sus trabajos como una forma de crítica social y cultural. Las asunciones fundamentales del Paradigma Crítico Social son: a) todo pensamiento esta fundamentalmente mediado por relaciones de poder que se constituyen social e históricamente, b) las relaciones entre concepto y objeto y entre significativo y significado no son nunca estables o fijas y están a menudo mediadas por las relaciones sociales, c) los hechos nunca pueden ser aislados del dominio de valores o separados de alguna forma de adscripción ideológica, d) el lenguaje es un eje central para la constitución de la subjetividad, tanto consciente como inconsciente, e) en cualquier sociedad, ciertos grupos gozan de privilegio sobre otros y, aunque las razones para este privilegio pueden ser ampliamente variadas, la opresión que caracteriza a las sociedades contemporáneas se reproduce con más fuerza cuando los subordinados aceptan su estatus social como natural, necesario, o inevitable, f) la opresión tiene muchas facetas, centrarse sólo en una, excluyendo otras,

frecuentemente elude la interconexión entre ellas, g) las prácticas investigadoras consolidadas están generalmente, aunque muy a menudo sin saberlo, implicadas en la reproducción de sistemas de clase, raza, y opresión de género. En este sentido es la vejez presentada como etapa de pocos privilegios, en la que aspectos como soledad o género actúan como mediadores en las relaciones sociales.

En la perspectiva epistemológica del paradigma Crítico Social sus hallazgos están mediados por valores, se supone que el investigador/a y el objeto investigado están vinculados interactivamente y que los valores del investigador/a influyen la investigación. Estas características generan una fusión entre la ontología y la epistemología. Por ello es importante clarificar desde el inicio cuál es la posicionalidad del investigador/a y el proceso reflexivo que ha ido surgiendo a lo largo del estudio y relacionarlo con la perspectiva teórica elegida. Guba y Lincoln (2000) señalan que las investigaciones enmarcadas en la Teoría Crítica Social suelen usar una metodología que requiere un diálogo entre el investigador/a y lo investigado, para transformar los conceptos aceptados como inmutables y no como resultado de estructuras socio y históricamente mediadas en una conciencia más informada. En este sentido, Giroux (1988) afirma: como intelectuales transformadores (...) descubrir y excavar aquellas formas de conocimiento históricas y subyugadas que apuntan hacia experiencias de sufrimiento, conflicto y lucha colectiva; (...) vincular la idea de comprensión histórica con elementos de crítica y esperanza. En el punto de partida ha sido descrito mi interés por las construcciones sociales de las personas mayores que viven solas y sus familias, los detalles que componen las partes y el dialogo que establece con la realidad externa.

El propósito del investigador situado en esta perspectiva paradigmática es, según estos mismos autores (Giroux, 1988; Guba y Lincoln, 2000), la crítica y la transformación de las estructuras sociales, políticas, culturales, económicas, étnicas y de género que limitan y explotan a parte de la humanidad, iniciando enfrentamientos e incluso conflictos. Se convierte así la defensa de estos colectivos más desfavorecidos con las estructuras vigentes y el activismo en conceptos claves para la producción de

conocimiento en el paradigma Crítico Social. Esta perspectiva permite un acercamiento al sistema social y familiar de las personas y una mínima modificación puede ocasionar grandes transformaciones.

El investigador/a en este paradigma juega el papel de instigador/a y facilitador/A, lo que implica que genera y produce entendimiento sobre cuáles son las transformaciones necesarias. Se pueden plantear generalizaciones cuando la combinación de circunstancias y valores sociales, políticos, culturales, económicos, étnicos y de género son similares en distintos escenarios. El envejecimiento a lo largo de la historia ha generado visiones encontradas y nunca el ser humano ha tenido en perspectiva, la posibilidad de conseguir niveles de vida tan positivos.

En el paradigma Crítico Social los valores tienen su lugar y no sería ético excluirlas, sería adverso para el público sin poder o "en riesgo", cuyas construcciones originales (emic) merecen la misma consideración que las de otros públicos más poderosos y las del investigador (etic).

Debo decir que aunque soy consciente de las limitaciones de la ciencia y de su efecto sobre el contexto social y en este caso, de su influencia en el desarrollo de políticas públicas dirigidas a la protección de las personas mayores que residen solas en sus domicilios que mi pretensión es buscar elementos críticos que permitan entender mejor el fenómeno de su soledad residencial en las sociedades actuales y cual podría ser su futuro a corto y medio plazo, atendiendo los valores predominantes en el contexto sociocultural donde se desarrolla y se enmarca este estudio.

Para una mejor comprensión de la complejidad de género dentro del paradigma crítico, realizaré a continuación una aproximación a la corriente teórica del postfeminismo ya que la identidad de género se articula con otros determinantes sociales como son los ligados a la generación.

II.2.2. La teoría Postfeminista

Realmente la tercera ola o feminismo de la diferencia (postfeminismo) no fue una consecución del feminismo de la igualdad. Estas dos corrientes han coexistido durante dos décadas y sus defensores han mantenido una interesante e intensa dialéctica que ha ido desde una buena comunicación e incluso complementación de los fines hasta enfrentamientos totalmente polarizados sobre el propósito del feminismo en la sociedad actual y el papel de las mujeres en la transformación social que ambas esperan.

Sendón (2000), asegura que mientras unas, las feministas de la igualdad, eligieron lo urgente con la búsqueda de iguales derechos entre hombres y mujeres sobre todo a nivel jurídico y laboral, las feministas de la diferencia, entre las que la autora se define, se encaminaron hacia lo importante. Hooks (2000) señala que las feministas de la igualdad, denominadas también reformistas, enfatizan la igualdad de género en el sistema existente, mientras que las feministas de la diferencia o revolucionarias quieren transformar el sistema con el fin de acabar con el patriarcado y el sexismo. Esta misma autora apunta que las reformistas asumen que mientras el sexismo no acabe, ellas podrían maximizar su libertad dentro del sistema existente.

Las autoras de la diferencia se encontraron con un nuevo panorama paradigmático que prefiguraba la posmodernidad y que planteaba la crisis del sujeto como elemento central del nuevo paradigma. Autores como Foucault, Deleuze, Guattari, Derrida, Chomsky y otros fueron determinantes y muy influyentes dentro de esta corriente feminista (Sendón, 2000). La corriente postfeminista recoge de estos autores la concepción de un sujeto desde múltiples posiciones construidas socialmente y determinadas por las relaciones de poder existentes entre los individuos y grupos, en ese sentido las relaciones entre las personas mayores y su familia están sujetas a relaciones de poder y como siempre que hay una interacción humana, estas relaciones de poder regulan todos los intercambios sociales.

Durán (2002) manifiesta que la postmodernidad exalta la figura del otro, aquel que fue excluido de todo progreso civilizatorio, escondido tras un muro o un diagnóstico. Este otro se transforma en valor, lo que hace más tolerable la diversidad, huyendo de la monolítica concepción del sujeto como el hombre abstracto de las constituciones de la ciencia, la razón, la técnica y el Estado del mundo moderno. Frente a este sujeto moderno el sujeto postmoderno parece fracturado, incoherente e inestable como la sociedad postmoderna que lo acoge (Lowell, 2000). En esta sociedad la persona mayor con la fragilidad inherente al envejecimiento y los vínculos familiares más débiles, opta cada vez más a la soledad residencial.

Las mujeres y su representación social se entienden como el otro, frente al sujeto monolítico masculino de la concepción moderna del mundo. El género es considerado una de las construcciones sociales más determinantes, que además está sujeto a una clara relación de poder desfavorable del género femenino frente al masculino. El mundo como representación se entiende como no más que una proyección del sujeto masculino (Sendón, 2000). Así el postfeminismo pretende recuperar este otro femenino para situarlo en la escena social.

El postfeminismo utiliza estrategias de deconstrucción con el fin de desestabilizar un modelo binario inscrito en la dualidad masculinidad/feminidad, que siempre privilegian a uno sobre el otro, por ejemplo el hombre sobre la mujer (Phoca, 1999).

En el postmodernismo la posición de "mujer" se invierte y se redefine, proponiéndolo como una alternativa de alteridad al sujeto, que es masculino (Amorós, 2002), ya que la identificación del sexo femenino con la alteridad consigue el no reconocimiento de la mujer como sujeto (González Aguado, 2001).

En los años setenta algunos autores introducen el elemento de clase, y más tarde raza, como diferenciadores dentro del colectivo de mujeres confrontando que pueden producir dominación y explotación entre las propias mujeres y como desde esas perspectivas podían vivir de forma diferente su experiencia de género (Ruzek, Clarke, y Olesen, 1997). Clase se refiere no sólo a diferencias materiales, sino también a oportunidades vitales y diferencias culturales, ligadas a una estructura económica desigual (Coole, 1996).

Hooks (2000) manifiesta que también el feminismo revolucionario señala el neocolonialismo, que impone sobre muchas otras culturas la supremacía de la cultura blanca, como otra forma diferente de opresión que puede estar presente entre mujeres en este mundo ya globalizado. Harding (1998) aboga por un feminismo postcolonialista que proporcione recursos para pensar sobre las relaciones de género dentro de sociedad multiculturales.

No todas las mujeres son iguales frente al sistema patriarcal, ellas pueden también formar parte de este, para perpetuar las clásicas relaciones de poder y dominación existentes basadas en los privilegios de las elites y la supremacía de la raza blanca. Según Ruzek y colaboradoras (1997), no sólo las mujeres también los hombres presentan múltiples facetas que condicionan sus actitudes y valores así como sus acciones consecuentes definidas en diferentes roles que están establecidos socialmente. El rol de la persona mayor es uno de ellos, por tanto no se puede pretender estudiar el fenómeno de la soledad residencial sin tener en cuenta la diversidad de sujetos que participan en la conformación de cada una de las personas mayores.

Considera Sherwin (1992) que los/as investigadores/as en salud debemos incluir en nuestros estudios representantes de todos los grupos oprimidos, pues sin una evaluación del rol de cada sexo en la opresión, no se puede recrear y reforzar modelos de pensamiento y acción opresivos.

Es por esto que en el estudio que aquí se presenta, los elementos que considero de mi interés como investigadora y que creo pueden dar una mayor aportación en el entendimiento del fenómeno de las personas mayores que viven solas, son el género y la generación a la que pertenecen ellos/as y sus familias.

El rol de persona mayor viviendo sola tienen implícitos toda una serie de factores que pueden influir en su desarrollo, de los que ya se habló en la revisión bibliográfica. Aunque parece ser que los factores del género y generación a la que pertenecen los mayores pueden ser de los más influyentes en la forma de percibir los factores que modifican la permanencia en su domicilio. Por ello, profundizaré en estos conceptos para permitir una visión más nítida de la posición teórica adoptada y de cómo estos elementos claves del estudio se sitúan en ella. Estos conceptos son el vivir solo/a siendo mayor, el género y la generación.

II.2.2.1. Las personas mayores que viven solas

En relación a la forma de envejecer, Neugarten (1975) establece dos categorías, antes y después de 75 años, la franja geriátrica agrupa generaciones distintas que puede marcar diferencias en la manera de envejecer y de adaptarse a los cambios.

El espacio doméstico ha sido considerado tradicionalmente como ámbito de influencia femenino, mientras que el rol de los varones queda abierto a lo social y cultural, identificado con lo público, ello contribuye a entender el vivir solo/a durante la vejez como una actividad circunscrita al ámbito femenino, de ahí que la forma de asumir los hombres las tareas de la casa determinará al quedarse viudo la estabilidad residencial (Shahar et al. 2001 y Laínez, 2002).

La permanencia en el ámbito doméstico aun siendo mayor también es un ejercicio de poder, tanto desde la persona mayor que vive sola como desde las relaciones afectivas o familiares establecidas, así como la clase social y otros factores culturales que modulan la forma de hacer y entender esta opción residencial dentro de la familia.

La vivienda es además de un espacio físico, un espacio emocional y de relaciones sociales, el individuo encuentra en los componentes de la vivienda, la satisfacción por vivir, de no darse esa satisfacción la alternativa suele ser la movilidad residencial (Rojo Pérez et al. 2007)

II.2.2.2. El género

Existe una clara diferencia entre el concepto de sexo y el de género. Por sexo se entiende la diferencia física y de conducta que distingue a los organismos individuales, según las funciones que realizan en los procesos de reproducción, siendo este un concepto puramente biológico. Por el contrario género es un concepto sociológico y antropológico, es la identidad generada por el rol sexual de las personas, entendiendo el rol como el patrón de conducta de las personas en las situaciones sociales. El género se refiere a las conductas de identificación sexual asociadas a miembros de una sociedad. Es un concepto que hace referencia a la construcción sociocultural de la identidad de mujeres y hombres en un contexto social determinado. Así el género al ser cultural es modificable en función de costumbres, creencias y momento histórico, político, religioso y social. Mientras que el sexo, al ser biológico, no es modificable, si quizás de forma externa a través de la cirugía. De Beauvoir (1949) establece que el género es un sistema de relaciones culturales, una construcción simbólica establecida sobre los datos de la biología.

Kaufman (1994) va más allá cuando sugiere que en la distinción entre sexo/género existen características, necesidades y posibilidades dentro del potencial humano que están conscientes e inconscientemente suprimidas,

reprimidas y canalizadas en el proceso de producir hombres y mujeres. Es de estos productos, lo masculino y lo femenino, el hombre y la mujer, de lo que trata el género.

En el postfeminismo se entiende que todo género y toda identidad sexual son representaciones. El sujeto contemporáneo no se sitúa dentro de una sola identificación de género, por tanto hombres y mujeres pueden y deberían estar atentos y participar desarrollando nuevas formas de configurar este sujeto contemporáneo. De esta forma, el género no es representado como real, pero sí como un límite políticamente regulado. No hay una esencia de sujeto masculino, ni tampoco una esencia de sujeto femenino; las sexualidades masculina y femenina están significadas por estrategias que son culturalmente acogidas, el género puede ser sólo entendido como una ficción (Phoca, 1999).

Una aproximación feminista empieza con la perspectiva de que el género es estructural, relacional y con una simbólica diferenciación entre hombres y mujeres. El género es creado en las relaciones entre hombres y mujeres, las diferencias entre ellos son definidas en la estructura social, más allá de la individualidad (Hooyman y Gonyea, 1995). En un análisis feminista el género no es una categoría analítica rígida impuesta sobre la experiencia humana que refleja inmutables diferencias, es más bien algo fluido cuyo significado emerge en especiales contextos sociales y es creado a través de las acciones humanas (Gerson y Peiss, en Hooyman y Gonyea, 1995).

La forma de asumir las personas mayores las actividades de la vida diaria es su domicilio es un exponente claro de como estos significados sociales de género toman más cuerpo y son creados y recreados constantemente por los actores así como por sus familias.

Algunos autores intentan usar esa teoría para descentrar la teoría moral del concepto masculino de la racionalidad, la autonomía e independencia del hombre (Held & Ruddick en Cloyes, 2002), y señalan el peligro de que esa

dialéctica perpetúe y favorezca el discurso patriarcal que somete y reprime las experiencias de las mujeres. Sendón (2000) también señala en este mismo sentido que la posibilidad de ser madres y la mayor ligazón de las mujeres a la crianza y otras derivaciones ha jugado en contra de las mujeres en un modelo androcéntrico.

Tong y College (1998) indagan en los diferentes valores asignados a los dos sexos en la tradición de los pensadores modernos que han conformado la construcción de los géneros y los patrones de la dominación masculina y la subordinación femenina en nuestra cultura. Se distinguen así la ética y virtud masculina y femenina, a la masculina se le adscriben los valores de justicia, independencia, autonomía, razón, mente, cultura, acción, trascendencia y militarismo, mientras que a la virtud femenina se le atribuyen los valores de cuidado, interdependencia, conexión, emoción, cuerpo, naturaleza, contemplación, emanación y pacifismo. Las diferencias por género, entre las personas mayores que viven solas se evidencian especialmente frente a las tareas básicas que se realizan en el ámbito privado del hogar, entre las familias las diferencias se presentan en la construcción de relaciones interfamiliares y su articulación en el ámbito de lo privado.

Bazo y Domínguez –Alcón (1996) explican que las políticas y los servicios socio-sanitarios se elaboran teniendo en cuenta una concepción determinada de familia y comunidad; en la familia se ha entendido el compartir responsabilidades entre sus miembros como algo propio a las obligaciones familiares, con reparto de roles por género. Esta concepción de familia se basa en una estructura en la que el varón es el proveedor de los ingresos y la mujer la proveedora de los cuidados y el servicio.

Los hombres también se consideran víctimas del sistema patriarcal, la inmutabilidad supuesta culturalmente para su género dificulta la trasgresión hacia otros valores que no son considerados socialmente adecuados para su sexo (Cazés, 2003). Este hecho puede producir un sentimiento también de

opresión y es una forma de establecer poder sobre ellos para no transgredir la estructura normativa predominante. Kaufman (1994) afirma que con ello no se quiere equiparar el dolor de los hombres con las formas sistemáticas de opresión a las mujeres, sino que el poder de los hombres en el mundo tiene su coste; este mismo autor afirma que el patriarcado existe no sólo como un sistema de poder de los hombres sobre las mujeres, sino de jerarquías de poder entre distintos grupos de hombres y también entre diferentes masculinidades y en este tipo de sociedades cada una de las personas no tiene la posibilidad de desarrollar sus capacidades en igual medida, este hecho se evidencia en los hombres mayores que pasan a vivir solos al quedarse viudos, el reparto de roles establecido entre los miembros durante la vida en pareja, les inhabilita para la soledad residencial.

Kaufman (1994) señala en términos más concretos que la adquisición de la masculinidad hegemónica es un proceso tal que los hombres llegan a suprimir toda una gama de emociones, necesidades y posibilidades, tales como el placer de cuidar a otros y de sí mismos, la receptividad, la empatía y la compasión, experimentadas como inconsistentes con el poder masculino. Esta posición del feminismo, según este autor, mantiene a los hombres presos de su propia creación, la masculinidad se ha convertido en una especie de alineación, los hombres al perder el hilo de esta gama de necesidades y capacidades y reprimir la necesidad de cuidar, los hombres pierden el sentido común emotivo y la capacidad para cuidar de sí mismos.

Hooks (2000) llama a la atención sobre estos conocidos como "movimientos de la liberación de los hombres" afirmando:

Estos hombres se identifican a ellos mismos como víctimas del sexismo, trabajando para liberar a los hombres. Identifican los rígidos roles sexuales como el primer recurso para su victimización, y aunque ellos quieren cambiar la noción de masculinidad, no están particularmente preocupados con su explotación sexista y opresora de las mujeres.

Existen numerosas investigaciones en las que queda patente que el género condiciona la experiencia de la soledad residencial en la vejez y provoca diferencias de relación entre las personas mayores y los miembros de la familia.

II.2.2.3. La generación

Stoehrel (2000), al hablar de las relaciones de poder que están implícitas en las prácticas ligadas al género afirma que estas también varían según lugar y tiempo en las que ocurren. Esta autora nos dice que el mismo poder estructural afecta de manera diferente a una mujer de 20 años que a una mujer de 50. Por tanto, el factor generacional es un elemento que influirá en la manera que cada uno de los sujetos interpretan el mundo y cómo desarrollan sus diferentes roles según ese contexto y momento histórico. (Manhiem en Pilcher, 1998) argumenta que las personas son crucialmente influenciadas por su contexto socio-cultural y de esta forma, las generaciones tienen distintas visiones históricas del mundo. Bengtson & Cutler en Brody, Johnsen, Fulcomer & Lang, (1986) definen generación como aquellos grupos de edad que comparten las mismas características sociales e históricas que les sitúa a parte de otros grupos contemporáneos.

Izquierdo (2001) señala que el género consiste en un sistema de adscripción de posiciones sociales apuntalado en el carácter sexual de la producción y que los reajustes entre hombres y mujeres no se pueden separar de los que se producen entre diferentes generaciones; apunta que el patriarcado no sólo estructura los sexos y sus relaciones, sino que estructura también las edades y su relación con el sexo y ello configurará la identidad de cada uno de nosotros. Budgeon (2001) explica que las diferencias en la creación del sujeto postmoderno no son sólo de raza, clase o etnicidad asegura que la edad también lo es.

Factores como el proceso madurativo personal o el contexto determinan el tipo de implicaciones labores y emocionales específicas en cada una de las diferentes etapas vitales. Este proceso evolutivo está condicionado por varios elementos como son además de la propia naturaleza del proceso de crecimiento personal, la vivencia sobre el cambio biológico corporal así como por el contexto histórico y cultural en que se han conformado tanto los valores y creencias como la autopercepción de las capacidades en la vejez en un contexto social determinado (Bover, 2004).

El rol de persona mayor se conforma desde el nacimiento, y las cuestiones de género son inherentes a su desarrollo, en relación a cómo este ha sido aprendido en la familia y como ha sido modelado, Murillo (2000) afirma que las responsabilidades van incluidas en la biografía del sujeto.

La cuestión intergeneracional del movimiento feminista, donde están conviviendo en el mismo momento diferentes generaciones de mujeres con formaciones y motivaciones propias según el momento de iniciación en el feminismo, está cuestionando el éxito o el fracaso de la segunda ola del feminismo o el feminismo de la igualdad (Budgeon, 2001), para esta autora se constata una verdadera tensión en las generaciones más jóvenes de mujeres entre el feminismo de la igualdad y el feminismo postmoderno de la diferencia, que está condicionando la creación de su identidad con elecciones que afectan a la micropolítica en los ámbitos públicos y privados en la vida diaria.

Las razones que pueden conducir a estas afirmaciones van ligadas en primer lugar al mayor número de roles desempeñados por las mujeres más jóvenes. El estrés y el nivel de sobrecarga experimentado se incrementará según una progresión multiplicativa (Abengoza, 1992) pues se suelen acumular en estas mujeres más jóvenes, los roles de cuidadora, de esposa, de madre, de cuidadora del hogar y el de trabajadora. Para Sendón (2000) el discurso de la igualdad ha supuesto un precio, que en muchos casos, ha sido muy alto: soledad, agotamiento, triples jornadas, venta de la propia

alma, claudicaciones, enfrentamientos, dispersión, enfermedad en muchos casos.

Reger (2001) señala que existen variaciones en la construcción de las identidades femeninas entre las mujeres y que cuestiones como clase, raza, sexualidad y género le dan forma.

Pohl & Boyd (1993) aseguran que las mujeres de las generaciones mayores sufren una discriminación dentro del feminismo, estas mujeres mayores a menudo representan poderosos perfiles en coraje, aunque frecuentemente acaban pobres, discapacitadas, invisibles y solas, incluso después de una vida de cuidado para otros miembros de su familia; como mujeres de edad avanzada su falta de poder crece, inevitable condición que no es comfortable experimentar.

Varios autores han incluido mas de una generación de mujeres en sus trabajos. El estudio cualitativo de Pilcher (1998) nos muestra como la construcción del género de la mujer se presenta de diferente forma según la localización histórica de la cohorte y fundamentalmente que ellas retienen distintos visiones sobre el mundo, nos demuestra la importancia de la edad como un recurso para entender la relevancia y la diversidad social de las mujeres. Lee & Powers (2002) han detectado diferente impacto sobre el bienestar de estas mujeres según la generación a la que pertenecen al realizar varios, uno o ningún rol social. Nielsen & Rudberg (2000) muestran cómo el proceso de socialización y las elecciones de vida han sido diversas para diferentes generaciones de mujeres noruegas, elecciones que han determinado su movilidad social.

Pilcher (1998) afirma que la investigación feminista está explorando diferencias, pero no puede seguir ignorando las cuestiones de generación como un elemento generador de diferencias importantes para los estudios de género.

El estudio que presento pretende aportar nuevos conocimientos sobre la percepción de los hombres y mujeres mayores de 75 años y de sus familias de las condiciones necesarias para permanecer en el domicilio, así como de los factores que mejoran su autonomía

Este estudio ha sido presentado para su evaluación por el Fondo de Investigación Sanitaria. Instituto de Salud Carlos III (PI09/90248), en el que consto como investigadora principal.

Capítulo III. PLANTEAMIENTO DE INVESTIGACIÓN

La perspectiva postestructuralista postfeminista ofrece herramientas teóricas que permiten concebir la autonomía residencial sin desligarla de su dimensión política y cultural. (Crowe, 1998). Esta perspectiva abre un nuevo campo de posibilidades sobre las influencias recíprocas de la estructura social y el sistema de roles y estatus en la configuración de los mayores que viven solos, como resultado de procesos de interacción social múltiples.

III.1. A qué intenta responder

Aunque los estudios cualitativos no parten de una única hipótesis, esta investigación se plantea desde un conjunto de premisa como:

- Los factores sociales que inciden en la permanencia en el domicilio para satisfacer las necesidades de las personas mayores son poco conocidos por la escasez de estudios y lo novedoso del envejecimiento de la población como cambio demográfico en un contexto social con transformaciones profundas. Especialmente explicativos serán el género y la generación de ambos grupos.
- Los recursos que mejorarían la permanencia en el domicilio son escasos, desconocidos y poco utilizados.

- La persona mayor prefiere permanecer en su domicilio más que en el de sus familiares, a pesar de que aparezcan dependencias.

- La familia actual presenta dificultades para la continuidad de los cuidados de las personas mayores.

El entorno que rodea a las personas mayores y la relación de estas con el mismo, es un determinante de capacidad funcional y puede modificar el nivel de dependencia, se puede afirmar que la mayoría de las personas mayores padecen alteraciones funcionales en parte debidas al diseño de las características del entorno.

III.2. Objetivo general

Explorar cómo los factores sociales, son entendidos por hombres y mujeres mayores de 75 años que viven solos/as y su familia, como recurso modulador de la permanencia en el domicilio.

III.3. Objetivos específicos

A nivel de las personas mayores y familia:

- 1.- Conocer cómo la percepción del entorno, vivienda y comunidad de este colectivo condiciona la permanencia en el domicilio.
- 2.- Analizar cómo entienden los recursos sociosanitarios como moduladores de la permanencia en el el domicilio.
- 3.- Explorar cómo perciben el nivel de dependencia o autonomía que incide en la capacidad para vivir solo/a.
4. Conocer los elementos centrales que construyen el papel de la familia y red social a lo largo del proceso de satisfacción de las necesidades básicas de las personas mayores.

III.4. Diseño

Estudio de análisis de discurso a partir de los referenciales postestructuralista y postfeministas. Se utilizarán dos técnicas de recogida de información, las entrevistas y grupos focales que darán respuesta a los objetivos propuestos.

Las entrevistas tienen como finalidad explorar en profundidad la significación de los factores y de las estrategias de adaptación en el domicilio de las personas mayores. Los grupos focales permitirán llegar a un consenso respecto a la percepción de la familia de la capacidad de la persona mayor de permanecer en su domicilio.

El estudio consta de cuatro fases: (a) fase de pilotaje, esta fase constará de 4 entrevistas para la elaboración de la matriz básica de preguntas dirigidas a las personas mayores de 75 años de forma que aseguremos que se cubran los objetivos específicos propuestos; (b) fase exploratoria, en donde se realizarán 12 entrevistas a personas mayores de 75 años, la duración de las entrevistas no será de más de 45 minutos y se crearán 6 grupos focales de familiares de personas mayores que viven solos (8 participantes por grupo) que serán subdivididos en grupos por género y generación; este número de entrevista y grupos focales se aumentará dependiendo del nivel de saturación (c) fase de verificación de los resultados; (d) fase de difusión de los resultados.

III.5. Participantes y muestra

La población estudiada será de mujeres y hombres residentes en Mallorca mayores de 75 años que viven solos/as y sus familiares. El muestreo será intencional considerando el género y generación, el número de mayores de 75 años se elegirá teniendo en cuenta género y generación. Las familias participantes en los grupos focales se seleccionarán teniendo en cuenta género y generación. En la primera fase de entrevistas preparatorias se

seleccionarán 2 mujeres y 2 hombres mayores de 75 años que viven solos/as. En la segunda fase, el subgrupo de entrevistas, recogerá a 6 hombres y 6 mujeres mayores de 75 años que viven solos/as y los grupos focales, se seleccionarán 3 grupos de mujeres y 3 grupos de hombres de 8 componentes cada uno según tramos de edad (30-40 años, 40-50 años y de 50 a 60 años) para analizar la percepción que tienen estas familias de las estrategias de adaptación a la soledad residencial. Serán criterios de exclusión personas que tengan situaciones de salud incompatibles con la comunicación y comprensión hablada en castellano o catalán.

III.6. Muestreo y reclutamiento

Serán reclutados un total de de 8 mujeres y de 8 hombres mayores de 75 años para las entrevistas y 24 mujeres y 24 hombres, familiares de personas mayores de 75 años que viven solas, para los grupos focales en las dos primeras fases del estudio. El reclutamiento para entrevistas será hecho por la técnica de "bola de nieve", balanceado según género y generación, en cuanto a los grupos focales la estrategia de búsqueda consistirá en reclutar familiares de personas mayores de 75 años que a través de anuncios en prensa y buzoneo, quieran participar de forma voluntaria.

III. 7. Recogida de datos

En este estudio se utilizaran tres fuentes de recogida de datos: diario de campo, transcripción de entrevistas y transcripción de grupos focales. La recogida de datos se hará mediante la video grabación de las entrevistas individuales de máximo 45 minutos de duración y grupales que tendrán una duración máxima de 1.5 horas. Las grabaciones serán transcritas por un "typewriter" y posteriormente revisadas por los investigadores para garantizar la precisión del contenido e integrar notas de campo. Las anotaciones de las observaciones del comportamiento no-verbal de los entrevistados serán integradas en esta fase.

III.8. Análisis de datos

El análisis de datos se realizará concomitantemente a lo largo de todo el proceso de investigación. La posicionalidad de los investigadores será constantemente examinada por los mismos y se mantendrá un diario de campo para registrar el proceso reflexivo que informará la toma de decisiones con relación a la recogida y análisis de datos. El tipo de análisis seleccionado para este estudio es "análisis de discurso" porque permite explorar las construcciones sociales sobre las estrategias que utilizan los mayores de 75 años y familia para permanecer en su domicilio viviendo solos/as. El análisis estará compuesto de dos partes secuencialmente interrelacionadas mediante un proceso deductivo de codificación basado en las teorías ya establecidas sobre estrategias de soledad residencial y de un análisis inductivo para asegurar que es suficientemente amplio para producir nuevo conocimiento contextualizado. Las entrevistas serán analizadas sobretodo en relación con su contenido para la creación de códigos, subcategorías y categorías, y los grupos focales serán también examinados en términos de proceso, las dinámicas que se establecerán entre los participantes del grupo constituyen una importante fuente de información cualitativa. El proceso de análisis será hecho con el programa de computo, NUD.IST, que permite guardar, codificar y manejar la información.

Para asegurar la validez y el rigor metodológico, los investigadores utilizarán la triangulación de métodos y fuentes de los resultados. Los resultados preliminares del análisis serán presentados a un grupo compuesto por un participante de cada grupo focal y dos investigadores externos y expertos en esta metodología.

III.9. Consideraciones éticas

Todos los entrevistados participarán de forma voluntaria y darán su consentimiento después de ser informados oralmente y por escrito sobre la

naturaleza del estudio. El primer contacto será hecho por teléfono, cuando el/la participante manifieste su interés en participar. Los/as que acepten formar parte del estudio serán llamados de nuevo para marcar la fecha de la entrevista o grupo de discusión. Antes de la entrevista los/as participantes recibirán información por escrito sobre el estudio, una copia del consentimiento informado en su lengua de preferencia (español o catalán) y firmarán la copia que se quedara con la investigadora. La Hoja de Información del estudio para el participante contendrá un teléfono de contacto de la investigadora principal, las estrategias para mantener la confidencialidad de la información compartida con la investigadora (cambio de los nombres u otros datos que puedan identificar a los participantes) que implicará el mismo grado de cumplimiento tanto para los/as investigadores colaboradores como los/as participantes en los grupos focales. Se respetarán los Códigos de Buena Práctica Ética para investigaciones en salud así como los Principios de la Bioética. La recogida de datos respetará la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, quedando asegurado el derecho al acceso, cese y cancelación de datos por parte de los participantes. El estudio de investigación ha sido sometido a la evaluación de la Comisión de Investigación y Comité de Ética de la Universitat de les Illes Balears y al Comité de Ética de Investigación Clínica de las Illes Balears.

III.10. Límites y potencial del estudio

Los estudios cualitativos producen datos que son de gran valor social por ser contextualizados, pero eso hace que ellos no sean generalizables. Los resultados serán, entretanto, transferibles a contextos que compartan similitudes socio-demográficas y socio-culturales con el lugar donde se recogen los datos.

En este tipo de estudios puede presentar dificultad por parte de las personas mayores y sus familias, para reconocer la incapacidad para vivir solo/a, para corregir esta limitación se generará un ambiente de confianza, empatía y escucha activa.

III.11. Etapas del trabajo

1ª ETAPA - Fase de Pilotaje (6 meses):

- Revisión crítica de la literatura
- Preparación de la guía de entrevista semi-estructurada
- Preparación del consentimiento informado y proyecto de investigación para el Comité de Ética de la Universidad de las Islas Baleares y del CEIC de Illes Balears
- Una vez aprobado el proyecto, selección de 4 personas mayores de 75 años y realización de las entrevistas
- Transcripción de las entrevistas
- Análisis de datos con la delimitación de categorías para crear la guía de discusión en los grupos focales

2ª ETAPA - Fase Exploratoria (10 meses):

- Creación del material informativo para el reclutamiento de los participantes
- Reclutamiento y selección de 24 mujeres y 24 hombres en tres grupos generacionales para participar en los grupos de discusión
- Desarrollo de los 6 grupos de discusión, distribuidos según género y generación
- Transcripción de las entrevistas
- Análisis en dos fases (deductiva e inductiva); elaboración de códigos, subcategorías y categorías de análisis y representación visual de todos los niveles del análisis para posterior validación.

3ª ETAPA - Fase de Verificación de Resultados (3 meses):

- Verificación de los resultados por triangulación de métodos y fuentes con la participación de dos investigadores externos al proceso, participantes del estudio y profesionales sanitarios
- Elaboración de la versión final del análisis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abellán García, A. y Puga González, M. D. (1999). Movilidad residencial y género entre las personas de edad. Una aproximación a las estrategias residenciales en Madrid. *Documents d'Anàlisi Geogràfica*, 34, 143-159

Abellán A et al. (2007). A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. Madrid: IMSERSO

Abengoza, M.C. (1992). Cuidar a un anciano: Diferencias de género y edad ante una misma realidad. *Revista de Psicología, Universitat Tarraconenses*: 14(1), 49-56.

Adelantado, F., Segura, C., De Andres, J., Feliu T. y Martinez P. (2004). Los mayores de 85 años en Sabadell. *Revista Multidisciplinar Gerontología*; 14 (5) 271-278

Amorós, C. (2002). Tiempos de Feminismo-Sobre feminismo, proyecto ilustrado y Postmodernidad, Madrid: Cátedra

Andersen-Ramberg, K., Christensen, K., Jeune, B., Skitthe, A., Vasegaard, L. & Vaupel, J.W. (1999). Declining physical abilities with age: a cross-sectional study of older twins and centenarians in Denmark. *Age an Ageing*, 28, 373-377

Aranguren, J.L. (1992). La vejez como autorrealización personal y social. Madrid: INSERSO

Arquiola, A. (1995). La vejez a debate. Madrid: CSIC

Arriola, M.J. y Beloki, U. (2005). Personas que viven solas : envejecer en el propio entorno con calidad, ¿reliabilidad o reto? *Letras de Deusto*, 35 (107), 33-66

Aspiazu, M., Cruz, A., Villagrasa, JR., Abanades, JC., Garcia, N. y Alvear, F. (2002). Factores asociados a mal estado de salud percibido o mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Rev. Española Salud Pública*; 76, 683-99

Astrain, V., Jusué, L., Celaya, T. y Gaminde, I. (1999). Consideraciones en torno a la atención sociosanitaria. Extraído el 14 de enero de 2008 desde <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/n3/salud1.html>

Attias-Donfut, C. & Segalen, M. (2002). The construction of grandparenthood. *Current Sociology*, 50 (2), 281-294.

Baltes, P.B. & Dixon, R. (1984) New perspectives on the development of intelligence in adulthood: Toward a dual process conception and model of selective optimization with compensation. En P.B. Baltes., y O.G. Brim. (Eds), *Life-span development and behaviour*. New York: Academic Press. 33-76

Baltes, P.B. & Baltes, M.M. (1990). *Successful Aging*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Bazo, M.T. y Domínguez –Alcón, C. (1996) Los cuidados familiares de salud en las personas ancianas y las políticas sociales. *Revista Española de Investigaciones sociológicas*. 73, 45-56

Bazo, M.T. (2005). Consecuencias del envejecimiento en la sociedad española actual. *Panorama social*, 1, 48-57

Bazo, M.T. y Garcia, B. (2006) *Envejecimiento y sociedad: Una perspectiva internacional*. 2ª edición. Madrid: panamericana S.A.

Beland, F. y Zunzunegui, M.V. (1995) Presentación del estudio envejecer en Leganés. *Rev. Gerontología*; 5, 207-14

Bover, A. (2004). Cuidadores Informales de Salud del Ámbito Domiciliario: Percepciones y Estrategias de Cuidado Ligadas al Género y a la Generación. Tesis doctoral. Palma de Mallorca. Universidad de las Islas Baleares

Brandtstädter, J. & Lerner, R.M. (1999) introduction: Development, action and intentionality. En: J. Brandtstädter y R. Lerner (Eds.), *Action and self-development. Theory and research through the life span*. Thousand Oaks: Sage: IX-XX

Budgeon, S. (2001). Emergent Feminist (?) Identities. Young Women and the Practice of Micropolitics. *The European Journal of Women's Studies*; 8(1), 7-28.

Burr, J.A. & Mutchler, J.E. (2007) Residencial independence among older persons: community and individual factors. *Population Research and Policy Review* 26 (1), 85-101

Cannuscio, C. & Kawachi M.D. (2003). Social Capital and Successful Aging: The Role of Senior Housing. *Annals of Internal Medicine*. (139). 5, (par2).

Carp, F. (1976). Housing and living environments of older people. In *Handbook of aging and the social sciences*. En R. Binstock y S. Ethel (Eds.) New York: Van Nostrand Reinhold Company Inc. 244-271

Casal, J., Masjoan, J. y Planas, J. (1988). Elementos para un análisis sociológico de la transición a la vida adulta. *Política y Sociedad*, (1), 97-104.

Casas, F., Gonzalez, M., Senders, G., Aymerich, M., Domingo, A. y Del Valle, A. (2001). Indicadores sociales y psicosociales de calidad de vida de las personas mayores en un municipio. *Intervención Psicosocial*, 2001, 10(3), 335-378

Castellón Sanchez del Pino, A. (2003). Calidad de vida en la atención al mayor. *Revista Multidisciplinar Gerontología*; 13(3), 188-192

Cazés, D. (1999). El feminismo y los hombres. Extraído el 14 de enero de 2008 desde <http://www.edualter.org/material/masculinitat/feminismo.htm>

Cea D'Ancona, M. Á. y Valles Martínez, M. S. (1992). Hogares unipersonales en la vejez. Formas de vida y vivienda en la gran ciudad. Madrid: Ayuntamiento de Madrid. Dirección de Servicios de Organización e Informática, 91-110

Centro Investigación Sociológica. (2006). Condiciones de vida de las personas mayores. Estudio nº 2647. Madrid: IMSERSO

Clark, W. A. V. & Dieleman, F. M. (1996). Households and housing. Choice and Outcomes in the housing market. Ney Yersey. USA: Rutgers.

Coleman, J. S. (1990). Foundations of Social Theory, Harvard University Press, Cambridge (Massachusetts). 300-304.

Cloyes, K.G. (2002). Agonizing care: care ethics, agonistic feminism a political theory of care. *Nursing InquirÍ*; 9(3), 203-214.

Coole, D. (1996). Is class a difference that makes difference? *Radical Philosophy*; 77, 17-25.

Corrales, D., Palomo, L., Magariño, M.J., Alonso, G., Torrico, P., Barroso, A. y Merchan, V. (2004). Capacidad funcional y problemas socioasistenciales de los ancianos del área de salud de Cáceres. *Atención Primaria*; 33(8), 426-36

Cortés Alcalá, L. (1997). Hablando sobre la exclusión residencial. Madrid: Caritas Española.

De Beauvoir, S. (1949). La vejez. Barcelona: Edhasa

De Irala-Estéve, J., Martínez- Gonzalez, M.A. y Seguí-Gomez, M. (2003). Epidemiología aplicada. Barcelona: Ariel Ciencias Médicas, 89-90

De Pedro, J., Gallo, J., Zafroteza, C., Bover, A. y Galmes, A. (2001). Prevalencia de los diagnósticos enfermeros en el paciente geriátrico después del alta y su evolución. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, Vol. 11, nº 1, 20-22

Ducharme, F. & Corin, E. (2000). Y a t-il restructuratis des stratégies adaptatives suite au veuvage?. Une étude longitudinales. *Canadian Journal on agin*, vol. 19, nº 2, 160-185

Durán, M.A. (2000). La contribución del trabajo no remunerado a la economía española: alternativas metodológicas. Madrid: Instituto de la mujer.

Farquhar, M. (1995). Elderly people's definitions of quality of life. *Society Science Medicine* 41 (10), 1439-46

Fericgla, J.M. (1992). Envejecer. Una antropología de la ancianidad. Anthropos, Barcelona: Editorial del hombre.

Fernandez-Ballesteros, R. (1986). Hacia una vejez competente. En Carretero, M., Marchesi, A., Palacios, J. (dir). *Psicología evolutiva*. Vol. 3. Adolescencia, madurez y senectud. Madrid: Alianza

Fernandez -Ballesteros, R., Izal, M., Montorio, I., Gonzalez, J.L. y Díaz P. (1991) Evaluación e intervención psicológica en la vejez. Barcelona: Martínez Roca.

Fernández-Ballesteros, R., Caprara, M.G., Iñiguez, J. y García, L.F. (2005). Promoción del envejecimiento activo: efectos del programa "Vivir con Vitalidad". *Revista Española Geriatria y Gerontología*. 40(2), 92-102

Figuera, P. (1995). Panorámica de la investigación sobre los procesos de inserción socio-profesional (monográfico) *Revista de Investigación Educativa* 25, 1, 125-148

Fletcher, A., Dickinson, E.J. & Philp, I. (1992) Review: audit measures: Quality of life instrument for every-day use with elderly patients. *Age Agein*, 21, 142-150

García Martínez, A., Rabadán Rubio, J.A. y Sánchez, A.M. (2006). Dependencia y vejez. Una aproximación al debate social. Madrid: Arán

Gil Calvo, E. (2003). El poder gris. Una nueva forma de entender la vejez. Random House Mondadori. Barcelona.

Giroux, H. (1998). Schooling and the Struggle for Public Life: Critical Pedagogy in the Modern Age. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Guba, E.G. & Lincoln Y.S. (2000) Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En C.A. Denman y J.A. Haro. Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social. Sonora: Colegio de Sonora, 113-145.

Gurung, R.A.R.; Taylor, S.E. & Seeman, T.E. (2003). Accountin for changes in social support among married older adults: Insights from the MacArthur studies of successful aging. *Psychology an Aging*, 18(3), 487-496

Harding, S.(1998) Is Science Multicultural?. Postcolonialism, feminisms, and epistemologies. Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press.

Heumann, L.F. y Boldy, D.P. (1995). Envejecer dignamente en la comunidad. Barcelona: SG editores y fundación Caja Madrid

Hooks, B. (2000). Feminism is for everybody: passionate politics. Cambridge: South End Press.

Hooyman, N.C. & Gonyea J. (1995). Feminist Perspectives on Family Care. London: Sage.

Hurst, R. (2000). To revise or not revise. *Disability and society*; 15 (7),1083-7

Iglesias de Ussel, J. (1996). Cambios recientes de la familia española. Sociedad y Utopía. *Revista de Ciencias Sociales*; 7, 33-47

Iglesias De Ussel, J. (1998). La familia y el cambio político en España, Madrid: Tecnos

Iglesias de Ussel, J. (2001). La soledad en las personas mayores. Influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo. Madrid: IMSERSO

IMSERSO. (2003). 25 años: el IMSERSO y las políticas sociales. Madrid: IMSERSO

IMSERSO. (2006). Las personas mayores en España. Informe 2006 Madrid: IMSERSO Extraído el 14 de enero de 2008 desde <http://www.seg-social.es/imserso>

INSERSO. (1995). *Cuidados en la vejez. El apoyo informal*. Madrid: INSERSO.

INE (2001). Censo de Población y viviendas. Extraído el 14 de enero de 2008 desde <http://www.ine.es/censo2001/index.html>

INE (2005). Encuesta de Población Activa. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Extraído el 14 de enero de 2008 desde <http://www.ine.es/htdocs/espcif/espcifes/trab98.pdf>

Instituto de Biomecánica de Valencia. (2003). Datus. ¿Cómo obtener productos con alta usabilidad? Valencia, IBV

Izquierdo, M.J. (2001). Sin vuelta de hoja, sexismo: poder, placer y trabajo. Barcelona: Ediciones Bellaterra SA.

Kaufman M.(1994). Men, Feminism, and Men's Contradictory Experiences of Power. En H. Brod y M. Kaufman (Eds). Theorizing Masculinities. Thousand Oaks: Sage Publications, 142-165.

Kaufmann, J. C. (1999). La femme seule et le Prince charmant. Paris. . Nathan

Kawachi, I. & Berkman, L. F. (2000). Social cohesion, social capital and health. In LF. Berkman, & I. Kawachi (Eds.), Social epidemiology. Oxford: Oxford University Press, 174-190

Kemeny, J. (1991). Housing and social theory. London-New York: Routledge.

Kincheloe, J.L. & McLaren, P. (2000). Rethinking Critical Theory and Qualitative Research. En N.K.Denzin y YS Lincoln. Thousand Oaks: SAGE Publications, 279-314.

Kuhn, T.S. (1962). The Structure of Scientific Revolutions. Chicago: The University of Chicago Press

Laínez, M.T. (2002). Envejecimiento, familia y vivienda: estrategias y prácticas residenciales de las personas mayores en Navarra. Tesis doctoral. Extraído el 23 de enero de 2009 desde <http://www.ucm.es/BUUCM/tesis/cps/ucm-t26176.pdf>

Lee, C. & Powers, J.R. (2002). Number of Social Roles, Health, and Well-Being in Three Generations of Australian Women. *International Journal of Behavioral Medicine*; 9(3), 195-215.

Lin, N. & Ensel, W.M. (1989). The stress and health: stressors and resources. *American Sociological Review*, nº 54, 382-399

Linton, R. (1992). Status y rol. Antropología. Lecturas, 2ª edición, Madrid: McGraw Hill, 191-211

Lopez Doblas, J.L. (2005). Personas mayores viviendo solas. La autonomía como valor en alza. Madrid: IMSERSO. Extraído el 14 de enero de 2008 desde <http://www.seg-social.es/imserso>

Lowell, T. (2000). Feminisms Transformed? Post-Structuralism and Postmodernism. En B.S. Turner. The Blackwell Companion To Social Theory. Massachussets and Oxford: Blackwell Publishers.

Maddox, G.L. (1999). Los viejos-jóvenes y la sociedad donde la edad es irrelevante. En B.L. Neugarten. Los significados de la edad. Barcelona: Herder, 39-74

Maravall, H. (1997). La atención a la dependencia: el gran reto de la política social hacia las personas mayores de los próximos años. *Intervención Psicosocial*; 6(1), 9-19.

Marina, J.A. (2005). La inteligencia fracasada. Barcelona: Anagrama

Mason, J. (1996.) Qualitative Research. Thousand Oaks: SAGE Publications.

Medina, J.A. y Cembranos, F. (1996). La Soledad. Madrid: Aguilar.

Mendes De Leon, C., Glass, T. & Berkman, L. (2003): "Social Engagement and Disability in a Community Population of Older Adults" *American Journal of Epidemiology*, 157 (7), 633-642.

Minois, G. (1987). Historia social de la vejez. De la Antigüedad al Renacimiento. Madrid: Nerea

Mishara, B. L. & Riedel, R. G. (1986). El proceso de envejecimiento. Madrid: Morata.

Moreira, H. y Lillo, J. (2004). Diseño ergonómico y envejecimiento. Extraído el 14 de enero de 2008 desde http://www.tid.es/documentos/boletin/numero26_1.pdf

Murillo, S. (2000). La invisibilización del cuidado en la familia y los sistemas sanitarios. *Política y Sociedad*; 35, 73-80.

Neugarten, B.L. (1975). The future and the young old. *The Gerontologist*, 15,49

Nielsen, H.B. & Rudberg, M. (2000). Gender, Love and Education in Three Generations. *The European Journal of Women's Studies*; 7, 423-453.

Noddings, N. & Caring, A. (1984). *feminism approach to ethics and moral education*. Berkley: University of California Press.

OMS (2002) Envejecimiento Activo: un Marco Político. *Rev. Española Geriatria Gerontología*; 37 (S2), 74-105

OMS. (2008). Envejecimiento. Extraído el 10 de septiembre de 2008 desde <http://www.who.int/features/qa/42/es/index.html>

Oliveira, R., y Villaverde C. (2001). Una nueva aproximación conceptual para la Incapacidad. *Rev. Multidisciplinar Gerontología*; 11(2), 72-77

Otero, A., Zunzunegui, MV., Rodríguez-Laso, A., Aguilar, MD., y Lázaro P. (2004). Volumen y tendencias de la Dependencia asociada al envejecimiento en la población Española. *Rev. Española Salud Pública*; 78, 201-13

Otero, A., Zunzunegui, M.V., Béland, F., Rodríguez-Laso, A. y Garcia de Yébenes, M.J. (2006). Relaciones Sociales y envejecimiento saludable. Documento de Trabajo nº 9. Madrid: Fundación FBBVA

Palacios Ramos, E. y Abellán García, A. (2003). Diferentes estimaciones de la discapacidad y dependencia en España. Madrid: Portal Mayores, Informe Portal Mayores, nº 56. Extraído el 10 de septiembre de 2007 desde <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/abellan-estimaciones-10.pdf>

Peters, A., & Liefbroer, A.C. (1997). Beyond marital status: partner history and well-being in old age. *Journal of Marriage and the Family*, vol, 59, 687-699

Pérez Diaz J. (2006). Demografía y envejecimiento. Madrid, Portal Mayores, Informe Portal Mayores nº 51. Lecciones de Gerontología. Extraído el 10 de septiembre de 2007 desde <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/perez-demografia-01.pdf>

Pérez Ortiz, L. (2004). Envejecer en femenino. Las mujeres mayores en España a comienzos del siglo XXI. Madrid: IMSERSO (instituto de la mujer)

Pérez Salanova, M. y Yanguas, J.J. (1998). Dependencia, personas mayores y familia. De los enunciado a las intervenciones. *Anales de psicología*; 14(1), 95-104

Pérez Salanova, M. (2003). Activando el envejecimiento activo. Madrid, IMSERSO. Extraído el 14 de enero de 2008 desde <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-estudiosidi-18.pdf>

Phoca, S. (1999). Feminism and gender. En S. Gamble. *The icon critical dictionary of feminism and postfeminism*. Cambridge: Icon Books, 55-65.

Pilcher, J. (1998). *Women of Their Time: Generation, Gender Issues and Feminism*. Aldershot: Ashgate.

Pinazo, S. (2005). Las abuelas y los abuelos de la familia: el caso de las abuelas /os itinerantes. *Rev. Multidisciplinar de Gerontología*; 15(3), 178-187

Pohl, J.M. & Boyd, C. (1993) Ageism Within Feminism. *Journal of Nursing Scholarship*; 25(3), 199-203.

Poveda, R., Barberà, R., Alcántara, E., Tito, M., Baydal, J.M., Garrido, D., Helios, R. y Zamora T. (2004). Mejorar la calidad de vida de las personas mayores con productos adecuados. Boletín sobre el envejecimiento nº 12; IMSERSO. Madrid

Pope, C., Ziebland, S. & Mays, N. (2000). Analysing qualitative data. 320 (1), 114-116.

Poveda, R., Belda, J., Barberà, R., Cort, JM., Prat, JM., Matey, F., Soler C. y Dejoz R. (2005). Facilitación de la vida cotidiana mediante diseño y la selección adecuada de tecnologías de apoyo para personas mayores. *Rev Multidisciplinar Gerontología*; 15(3), 155-164

Puga, M.D. y Abellán, A. (2002). *Revista Fuentes Estadísticas*; 68, 20-22

Puga, M.D. y Abellán, A. (2004). El proceso de discapacidad: un análisis de la encuesta sobre discapacidades. Deficiencias y estado de salud. Madrid: Fundación Pfizer

Puga, M.D., Abellán, A. y Sancho, M.T. (2006): Mayores y familia en la sociedad actual. En: *Informe España 2006. Una interpretación de su realidad social*. Madrid: Fundación Encuentro.

Puyol Antolín, R. y Abellán García, A. (coord) (2006). Envejecimiento y Dependencia. Una mirada al panorama futuro de la población española. Madrid: Mondial Asístanse

Querejeta, M. (2003). Discapacidad/Dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación. Extraído el 14 de enero de 2008 desde <http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/cif/discapacidad-dependencia.pdf>

Rabuña, I. R., Monte, R., Veiga, M.D., Rigueiro, M.T., Lopez, M.J., Casariego, E.J. y Gerrero, J. (2004). Estado de salud de los muy ancianos: situación clínica y funcional de la población centenaria. *Anales Medicina Interna*; 21(11), 543-547

Ratcliffe, J.W. y González del Valle, A. (2000). El rigor en la investigación de la salud: hacia un desarrollo conceptual. En C.A. Denman, y J.A. Haro. Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social. Sonora: El colegio de sonora, 57-111

Reger, J. (2001). Motherhood and the Construction of Feminist Identities: Variations in a Women's Movement Organization. *Sociological Inquiry*; 71(1), 85-110.

Rico, M.A. (2003). La Medición de la capacidad funcional en el mayor desde la perspectiva de los apoyos necesarios. *Geriátrika*; 19(9-10), 297-303

Robles, L. (2000). La subjetividad del investigador en sus análisis científicos. La construcción de explicaciones a partir de experiencias personales. En F. Mercado, D. Gastaldo, C. Calderón. Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica. (pp311-326) Guadalajara (México): Universidad de Guadalajara.

Robles, M.J., Miralles, R., Llorach, I. y Cervera, A. M. (2006). Definición y objetivos de la especialidad de geriatría. Tipología de ancianos y población diana en Tratado de Geriatría. Extraído el 14 de enero de 2008 desde <http://librosdeciencias.blogspot.com/2009/01/tratado-de-geriatria-para-residentes.html>

Rodríguez, P. (2004). Envejecimiento en el mundo rural: necesidades singulares, políticas específicas. Madrid: IMSERSO.

Rojo Pérez, F., Fernández Mayorales, G. y Pozo E. (2002). Envejecer en casa. La satisfacción residencial de los mayores en Madrid como indicador de su calidad de vida Madrid: CSIC.

Rojo Pérez, F., Fernández-Mayoral, G., Rodríguez Prieto, V. y Rojo Abuín, J. (2007). Entorno residencial de los mayores en España. Hacia una Clasificación municipal. Boletín Asociación Geógrafos Españoles nº 43, 51-72.

Rosenmayr, L. & Koekeis, E. (1963) .Marriage, familia and friendships. En J.B. Williamson (Ed), Aging and society: An introduction to social gerontology. Hol-Rinehart y Winston. Nueva York, 95-119

Rowe, J.W., & Khan, R.L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37, 433-440

Rubio, R., Rico, M. y Casado, J.L. (1997). Estudio sobre la valoración de la calidad de vida en la población anciana andaluza. *Geriatrka* 13, 271-81

Reger, J. (2001). Motherhood and the Construcción of Feminist Identities: Variations in a Women's Movement Organization. *Sociological InquirÍ*; 71(1), 85-110.

Ruiz-Jiménez, D., Colás-Taugís, M. I., Padín-Minaya, C., Morell, R., López Pisa, R.M. y Hernández Faba, E. (2006). Envejecer: aspectos positivos, capacidad funcional, percepción de salud y síndromes geriátricos en una población mayor de 70 años. *Enfermería Clínica*; 16(1), 27-34

Ruzek, S.B., Clarke, A.E., & Olesen, V.L. (1997). What Are the Dynamics of Differences?. En S.B. Ruzek, V. L. Olesen, A.E. Clarke. Women's Health. Complexities and Differences. (pp. 51-95) Columbus: Ohio States University Press.

Sanchez Beiza, L. y Sanchez del Corral, F. (2000). Nuestros ancianos se vuelven itinerantes. *Atención Primaria*; 25, 331-332

Sanchez- Herrero, A., Sanchez Almagro, ML., y Veguilla, M. (1994) Utilización del etiquetado de productos de consumo en la tercera edad. *Estudios sobre Consumo*; X (29), 27-37

Sanchez Vera, P. (2000). Sociología de la vejez versus economía de la vejez. *Revista de Sociología, Papers*; 61, 39-88

Sancho Castiello, M. (2005). "Saber envejecer, prevenir la dependencia. Un modelo para el diseño de materiales didácticos. En Casado (Dir.). Avances en bienestar mediante el conocimiento. Madrid: Editorial CCS

Sanz, J. (2000). El factor humano en la relación clínica. El binomio razón-emoción. *Medicina Clínica*, 114(6), 222-226

Sauvy, A. (1972). "Intento de una visión de conjunto". En A. Sauvy, H. Bergues y M. Riquet (Eds). Historia del control de nacimientos. Barcelona: Península.

Sendón de León, V. (2002). Marcar las diferencias. Discursos feministas ante un nuevo siglo. Barcelona: Icaria

Sherwin, S. (1992). Dejar de ser paciente: la ética feminista y la asistencia sanitaria. Philadelphia: Temple University Press.

Shahar, D.R., Schultz, R., Shahar, A. & Wing, R.R. (2001). The effect of widowhood on weight change, dietary intake, and eating behaviour in the elderly population. *Journa of Agin and Health*, vol. 13, nº 2, 186-199

Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. (2000). Recomendaciones de la Sociedad Española De Geriatria y Gerontología al defensor del Pueblo

en relación con la atención sociosanitaria a las personas mayores en España. *Rev. Geriatr Gerontol*; 35 (2) 108 -114

Stoehrel, V. (2000). Sobre los fines y la metodología en los estudios sobre la mujer y las relaciones de poder en las sociedades occidentales desarrolladas. *Especulo. Revista de estudios literarios*. . Extraído el 14 de enero de 2008 desde http://www.ucm.es/info/especulo/numero16/v_stoehr.html

Tinker., A. (2000). Housing design, social services, transportation and development. In Conference on ageing, housing and urban development. OCDE-Norway

Tong, R. & College, D. (1998). The Ethics of Care: A Femenist Virtue Ethics of Care for Healthcare Practitioners. *Journal of Medecine and Philosophy*; 23(2), 131-152.

United Nations. (2002). Population Division. World Population Ageing 1950-2050. Extraído el 14 de enero de 2008 desde www.who.int

Valladares, S. (1995). Mitos de la vejez. Una aproximación antropológica. *Revista Infancia y sociedad*. (29), 79-100

Vallés, M. S. (2001). La ambivalente soledad de los mayores. En A. De Miguel y L. Grandal. (Eds). *Los mayores activos*. (pp- 459-485). Madrid: SECOT.

Vera, P. (2000). Sociología de la vejez *versus* economía de la vejez *Papers*, 61, 39-88

Verbrugge, J.M. & Jete, A.M. (1994). The disablement process. *Soc Sci Med*; 38(1),1-14

Villar, F., Triado, C., y Osuna M.J. (2003). Rutinas cotidianas en la vejez: patrones de actividad e influencia del sexo y la edad. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13(1), 29-36

Walter, A. (1999). Actitudes hacia el envejecimiento de la población en Europa. Extraído el 14 de enero de 2008 desde <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/walker-actitudes-01.pdf>

Whitten, P. (1998). Menages et families. Les modes de vie évoluent. Portrait Social de l'Europe. Luxemburgo: EUROSTAT

Wilson, G. (1996). "Yo soy los ojos y ella los brazos": cambios en los roles de genero en la vejez avanzada. en S. Arbes y J. Ginn.(pp. 141-162). Relación entre genero y envejecimiento: *Enfoque sociológico*, Madrid: Nancea.