



boletín

sobre el envejecimiento

perfiles y tendencias

Nº 21

FEBRERO 2006

Envejecer en el siglo XXI

EDITORIAL

El Observatorio de Personas Mayores, en su afán de divulgación de trabajos de interés científico que mejoren el conocimiento sobre las consecuencias del envejecimiento y estimulen la investigación aquí en España, presenta un amplio programa de investigación social, realizado en el Reino Unido, que se centra en distintos aspectos de la calidad de vida y el envejecimiento activo.

El Programa Envejecer (*Growing Older Programme*) está dirigido por el profesor Alan Walker, coordinador del Departamento de Estudios Sociológicos de la Universidad de Sheffield, en el Reino Unido. En este departamento se encuentra uno de los más prestigiosos grupos de investigación de Europa en el campo del envejecimiento, que viene avalado por distintos galardones, recibidos dentro y fuera de las Islas Británicas. Las líneas de investigación seguidas desde este departamento abarcan áreas tan distintas como la construcción social de la edad, los servicios sociales y de salud o la participación política de la mujer mayor, entre otros.

Los antecedentes del Programa Envejecer hay que buscarlos en la llamada a los investigadores de Ian Lang, presidente de la Cámara de Comercio británico, en 1995, para que indagaran nuevas formas que hicieran posible un envejecimiento activo. El guante fue recogido

por el Economic Social Research Council (ESRC), una fundación dedicada a la investigación social y económica, cuyos estudios se centran primordialmente en la calidad de vida y el bienestar económico de los británicos. Esta fundación elaboró el programa de investigación y propuso a Alan Walker como director. El programa ha tenido como resultado veinticuatro proyectos, financiados por la citada Cámara de Comercio, que fueron seleccionados entre más de doscientas propuestas y en el que participan noventa y cuatro investigadores.

Las distintas investigaciones tienen en común el estudio de la calidad de vida de las personas mayores, aunque vista desde diversos ángulos: definición y medición, tanto desde el punto de vista subjetivo como objetivo, diferencias sociológicas y etnográficas, redes de apoyo formales e informales... Para ello, se plantean dos grandes objetivos: El estudio de la calidad de vida de las personas mayores desde un punto de vista multidisciplinar; y la promoción de políticas y prácticas en materia de envejecimiento.

La primera parte del documento publicado en este boletín recoge una amplia introducción al Programa Envejecer, en la que se ponen de relieve las conclusiones más relevantes. Una vez conseguido el objetivo de que las personas vivamos

muchos más años, las sociedades occidentales se deben plantear el diseño de programas que mejoren la calidad de vida de la población mayor. Pero para lograr este reto, los agentes sociales responsables deben saber que no existen recetas mágicas válidas para todo el mundo. Las personas mayores tienen en común la pertenencia a un grupo de edad, pero este grupo es muy heterogéneo, formado por personas con necesidades y expectativas diferentes, por lo que el concepto de calidad de vida cambiará al variar las circunstancias personales, sociales y culturales. Y esto es una aportación importante del programa, la visión antropológica que se desprende del mismo. La segunda parte de la publicación recoge una ficha-resumen de cada uno de los proyectos que describe los objetivos del estudio, los hallazgos principales, datos de contacto del equipo de investigación y publicaciones relacionadas con el asunto tratado en el estudio.

Desde el Observatorio de Personas Mayores, le queremos recordar que Vd. puede hacer las observaciones y sugerencias que considere oportunas, además de ampliar la información sobre este tema y otros relacionados, bien directamente, bien a través de su portal (<http://www.imsersomayores.csic.es>).

Observatorio de Personas Mayores



ÍNDICE

1. PRÓLOGO	2
2. INTRODUCCIÓN	3
3. CALIDAD DE VIDA	4
4. EL CONTEXTO POLÍTICO	6
5. EVIDENCIA Y MENSAJES	8
6. DIVERSIDAD	9
7. EXCLUSIÓN SOCIAL.....	12
8. APOYO SOCIAL	16
9. APÉNDICE I: El Programa Envejecer del ESRC	19
10. APÉNDICE II: Futuros estudios sobre el envejecimiento	22

1 ♦ Prólogo

Estoy encantado de prologar esta visión general del Programa Envejecer (GO) del Economic and Social Research Council (ESRC). Está diseñado como una guía para hacer accesible la ingente cantidad de estudios generados por el programa y lo ha escrito uno de los periodistas con mayor experiencia en temas sociales. Creo que Malcolm Dean ha hecho un gran trabajo destilando los resultados del programa en un resumen muy nítido, que merece ser leído con atención.

Además de aprovechar en la práctica los nuevos descubrimientos en el importante tema de la calidad de vida en la vejez, el Programa GO ha tratado de contribuir al desarrollo de políticas y programas en este terreno y, por tanto, ayudará sin duda a la expansión de

la calidad de vida en la vejez. Con el impulso del ESRC el programa ha dedicado mucho tiempo a establecer comunicación con los ámbitos políticos y prácticos. Las series *Go Finding* han sido la mejor forma de hacerlo. Ha habido también reuniones de trabajo especiales con políticos y profesionales. Esta publicación da al programa una herramienta más para dicha comunicación, orientada específicamente a la gestión en la comunidad. Refrendo totalmente los comentarios de Malcolm Dean a propósito del gran caudal de resultados importantes originados por el Programa GO y su llamada a la acción a los políticos.

Profesor ALAN WALKER
Director del Programa Envejecer del ESRC

2. Introducción

Una nueva era ha comenzado. A diferencia de anteriores cambios sísmicos de la población –resultado de sucesos impredecibles como la hambruna, plagas o guerras– el nuevo cambio puede ser previsto. Vivimos ya en una de las sociedades más envejecidas que jamás hayan existido, y todavía envejecerá más. El censo de 2001 mostraba que por primera vez hay más personas mayores de 60 años (21% de la población) que menores de 16 (20%). En 2020 un tercio de la población superará los 50 años. La disminución de nacimientos junto con la prolongación de la vida va a significar que el número de personas de 65 y más años superará en diez veces la tasa global de crecimiento de la población en los próximos 40 años. Se espera que la tasa de los mayores de 80 años, que son el segmento de población que crece con más rapidez, se triplique en los 25 años venideros. Mientras que en 1951 había sólo 270 centenarios, en la actualidad ya hay más de 6.000, y las proyecciones sugieren que en 2030 pueden llegar a 45.000.

Uno de los logros más importantes del siglo xx ha sido los 25 años añadidos a la esperanza de vida. Sin embargo, los futuros historiadores sociales encontrarán una paradoja. Una sociedad que ha conseguido reducir con éxito la agresión del envejecimiento biológico ha sido, al mismo tiempo, incapaz de enfrentarse a los efectos negativos del envejecimiento social. En las tres últimas décadas de siglo, dentro de una sociedad en la que las personas vivían más y mejor que antes, un número cada vez mayor de trabajadores fue injustamente apartado del trabajo. Únicamente uno de cada tres varones estaba en activo a finales de 1990 al alcanzar la edad reglamentaria de jubilación. Y éste es sólo uno de los numerosos frentes en donde las personas mayores sufren prejuicios, discriminación y exclusión social. El coste económico de los mayores de 50 años pensionistas es enorme, estimado en 31 billones de libras esterlinas. Con esta imagen como fondo, el Programa Envejecer (GO) del ESRC ha sido muy oportuno.

Los profundos cambios que presentaba una sociedad envejecida ya fueron reconocidos en Whitehall y en otros foros, pero no habían sido debatidos ampliamente en el Reino Unido. La pregunta que hacía la OMS era la siguiente: se han añadido años a la vida, pero ¿se ha sumado vida a los años? No fue éste, desgraciadamente, el aspecto que atrajo la atención de los medios de comunicación británicos, que se interesaron más por las consecuencias negativas de las tendencias demográficas. Alan Walker, director del Programa GO, lo resumió muy bien en la sesión de lanzamiento del programa en marzo de 2001. Vio que el vacío que existía en el debate público se llenaba con frecuencia «con una demografía del pesimismo, que retrata el envejecimiento de la población, no como un triunfo de la civilización, sino como algo parecido a un Apocalipsis». Tal vez sería de gran ayuda que los pesimistas profesionales visitaran regiones de África o algunos de los estados de la antigua Unión Soviética, en donde los que lo sufren podrían explicar cómo se vive en sociedades con una esperanza de vida en descenso.

Los orígenes del programa datan de 1995, cuando Ian Lang, presidente de la Cámara de Comercio, pidió a todos los consejos de estudios científicos del Reino Unido que buscaran la manera de mantener una vida activa en la vejez. El ESRC decidió elaborar un programa específico para esta cuestión. Alan Walker, profesor de Política Social de la Universidad de Sheffield, fue invitado a finales de 1997 a presentar un plan. En mayo de 1998 se aprobó el programa del ESRC, con un presupuesto de 3,5 millones de libras esterlinas. Se presentaron unos 204 equipos de investigadores y, finalmente, en mayo de 1999 fueron seleccionados 24 proyectos, lo que suponía 94 investigadores. El programa tenía dos objetivos: estudiar con una amplia base multidisciplinar los distintos aspectos de la calidad de vida de las personas mayores, y contribuir al desarrollo de políticas y programas sobre el tema, mejorando así la calidad de vida.

3. Calidad de vida

Era importante centrarse en la calidad de vida, ahondar en este tema daba al estudio una finalidad positiva. Se trataba de una cuestión que los dos extremos del espectro político podían asumir: para los solidarios laboristas significaba lograr una vida mejor para las personas mayores; para los neoliberales y conservadores, en el otro extremo, la forma de animar a la gente a trabajar más tiempo, gozar de mejor salud y reducir los costes de la asistencia. Hace quince años hubiera sido difícil encontrar muchos estudios sobre calidad de vida. Cuando se implantó el programa, se estaban publicando más de 1.000 trabajos al año únicamente en revistas médicas. Como dijo David Milliband, entonces jefe de departamento de gestión política de Downing Street, en la sesión de lanzamiento: «Supone un grato alivio el tono positivo y no negativo del contenido del programa *Envejecer*; los ciudadanos de edad no son un problema, sino una alegría, y mejorar su calidad de vida es un objetivo genuinamente noble. Tenemos que desprendernos de la mentalidad victimista y que hace hincapié en la carga».

La amplitud del programa permitía investigar a lo largo y a lo ancho. Se han hecho desde grandes sondeos, incluyendo un proyecto en el que se tomó contacto con más de 8.000 personas de 75 y más años, hasta entrevistas en profundidad y sesiones de trabajo con grupos particulares de personas mayores: viudas, viudos, diferentes grupos étnicos, personas en residencias, habitantes de zonas rurales y de ciudades deprimidas del interior. Se estudiaron seis grandes temas: desigualdades; envejecimiento sano y activo; redes de apoyo familiar; participación y actividad en edades avanzadas; tecnología, transporte y diseños de entornos. Para la comunidad académica y los políticos, formas distintas de definir y medir la calidad de vida.

Lo más importante para un gobierno que ha declarado que desea tener en cuenta a los usuarios de los servicios públicos es la gran variedad de puntos de vista de las personas mayores que ha compilado el

programa. El grupo interministerial para personas mayores ha tenido un programa nacional propio «para escuchar a las personas mayores», pero con el desarrollo del programa del ESRC éste puede pasar a ser, utilizando una metáfora, de una biblioteca parroquial, a la British Library, con un amplio material de distintas perspectivas de personas mayores que debería ser capaz de dar respuesta a muchas de las preguntas que los ministros quieren hacer.

Más de uno de los 24 proyectos ha resaltado la importancia de no considerar a la vejez como una enfermedad, como normalmente se hace. A los ministros, que han declarado luchar contra la discriminación por la edad, les podría venir bien leer el ensayo sobre envejecimiento satisfactorio, que, 44 años a. C., en *De Senectute*, decía que la vejez ofrece oportunidades para cambios positivos y un funcionamiento activo, y que la vejez no debería confundirse con enfermedad. Patricia Hewitt, Secretaria de Estado de Comercio, que publicó el documento del Gobierno sobre discriminación por la edad en julio de 2003, sugería que dicha discriminación no era tomada tan en cuenta de la misma manera que el racismo, por dos motivos: primero, porque no se basa en hostilidad o en un sentimiento antagónico; segundo, porque, como todo el mundo espera envejecer, la mayoría parece estar resignada. Tales afirmaciones son ciertas, pero ignoran las lecciones aprendidas en la lucha contra el racismo. Existen tres tipos de racismo: uno abierto e intencionado; otro enmascarado pero deliberado; y otro no intencionado pero adverso. Son estos dos últimos los que actualmente provocan más amenaza. El mismo patrón se repite con las personas mayores, como se documenta muy gráficamente en este programa del ESRC.

Hay otros paralelismos con el racismo. Las personas mayores son vistas en muchos círculos políticos como grupo separado que requiere un tratamiento por separado. Ello es lógico en relación con algunas incapacidades relacionadas con la edad, pero, como ha reconocido incluso el National Health Service con su estructura de servicios nacionales para las personas

mayores, la mayoría de las veces éstas precisan servicios comunes. El primer criterio es terminar con la discriminación por la edad en todos los niveles, tanto en los centros de salud como en los servicios de urgencias y en los hospitales. El mismo principio debe ser aplicado a otros servicios públicos. Las personas mayores deben acceder a la corriente de los servicios comunes.

Los proyectos del ESRC sobre desigualdades, distritos deprimidos de ciudades del interior y personas mayores de las minorías étnicas, apuntan a tres respuestas. La primera, la necesidad de que la Social Exclusion Unit, que hasta la fecha no ha hecho mucho por las personas mayores, amplíe su red de acción. Para un gobierno que ha prometido acabar con la injusticia social, los daños ocasionados por la discriminación por la edad necesitan soluciones firmes y rápidas. La segunda, que los ministros y los políticos deben leer los cinco proyectos sobre desigualdades, en particular el estudio del Dr. Thomas Scharf de tres distritos deprimidos de Liverpool, Manchester y el London Borough de Newham.

El alto grado en el que las personas mayores son excluidas socialmente en esos distritos es devastador. Hay que recordar que a nivel nacional son 88 los distritos deprimidos. Como hizo notar Barbara Roche, la entonces ministra de Igualdad y Exclusión Social con responsabilidad en la Neighbourhood Renewal Unit,¹ que conocía el informe Scharf, en la conferencia de Help the Aged de 2003: «La National Strategy for Neighbourhood Renewal reconoce la importancia de asegurarse de que la renovación sea genuinamente inclusiva. Pero sólo asegurándose de que las personas mayores son incluidas en este proceso a nivel local permitirá que su aportación sea adecuada en la toma de decisiones». Esto debería ser sólo el principio.

El Primer Ministro fue mucho más ambicioso en su introducción al informe del Cabinet Office's Performance and Innovation Unit *Winning the Generation Game* (Ganando el Juego Generacional) en abril de 2002: «El Gobierno quiere ayudar a todos a mantenerse activos a una edad avanzada. Ello significa no suprimir o excluir a la gente del mundo laboral, del ocio o de la participación en la comunidad, sea a la edad de 50, 70 o 90 años».

El informe era, además, audaz e inequívoco en relación con los objetivos del Gobierno: «Asegurar que las personas mayores disfrutaran una vida activa, independiente y segura, plena para ellas y para la comunidad; reconocer la enorme contribución que las personas mayores hacen a la sociedad y asegurar que sus preocupaciones figuren en el centro de la toma de decisiones; construir un país en el que todos sean valorados y en donde cada uno, joven o viejo, tenga la oportunidad de desempeñar plenamente su papel».

La tercera respuesta al programa del ESRC –comentada más adelante en detalle– es la necesidad de tener una Comisión para la Igualdad que cumpla un doble papel: controlar los servicios públicos para asegurar que, entre otras cuestiones, no se discrimina a las personas mayores, y que los servicios públicos promuevan la igualdad, como ya sucede en las relaciones raciales. Irlanda dispone ya de dicho doble organismo, así como Australia, Canadá y Nueva Zelanda. El programa del ESRC ha hecho frente al desafío mencionado por Mike Le Brun, antiguo secretario del grupo interministerial para personas mayores, quien dijo en la sesión de lanzamiento: «Percibo aquí una tensión en la lógica necesidad de investigar a la que se enfrenta el Gobierno –aunque ningún político teme a un gobierno constructivo– incluso si la gente está a favor de las políticas gubernamentales».

¹ Departamento gubernamental para la renovación de los barrios pobres. Incluye programas para atender a cinco cuestiones fundamentales: baja oferta de trabajo, niveles altos de delincuencia, fracaso escolar, mala salud y problemas de vivienda y el entorno físico.

4. El contexto político

Antes de dar más detalles sobre los principales resultados de los 24 proyectos, resulta útil situar el programa en un contexto político. El inicio tuvo lugar a finales de dos desalentadoras décadas de política social. Hasta finales de los setenta, como se subrayó en la sesión de implantación del programa, los gobiernos de los dos partidos mayoritarios subieron las pensiones y aumentaron los servicios sanitarios para las personas mayores, no como respuesta al cambio demográfico, sino para mejorar la calidad de vida y reducir la pobreza y las privaciones que sufría un alto porcentaje de personas mayores. El factor demográfico sólo pesó un tercio en el incremento del gasto público. Pero los ajustes impuestos por el Foro Monetario Internacional en el gasto público en los años posteriores de 1974-79 de gobierno laborista se hicieron más severos en las administraciones siguientes, de Thatcher/Major que siguieron. El primer Libro Blanco de Margaret Thatcher en 1979 puso el tono. Su primera frase decía: «El gasto público está en el centro de las actuales dificultades económicas de Gran Bretaña».

Lo que siguió después, como exponía el informe Wanless sobre gasto sanitario en 2002, fueron 25 años de baja inversión en servicios públicos y recursos sociales. Seis años con una administración laborista –incluyendo un gasto público récord en los cuatro últimos años– han dejado todavía a dos millones de pensionistas viviendo bajo el umbral de la pobreza. Cerca de la mitad (44%) de las personas mayores residen en casas en malas condiciones y térmicamente inadecuadas –habiendo sido esto último un importante factor en las 23.000 a 50.000 defunciones habidas por frío en los cinco últimos inviernos–. El Reino Unido ostenta la mayor proporción de muertes «excesivas» por frío de la Unión Europea. Hay cerca de cuatro millones de pensionistas viviendo en los 88 distritos de autoridades locales con mayores carencias de Inglaterra.

Incluso quienes viven ahora bien se enfrentan a un futuro peor. Tres años de caída de la bolsa de valores

y una década de bajada del valor de los bienes han dejado la industria de las pensiones en crisis. Un país que impuso ya una mayor responsabilidad en sus ciudadanos para que se hicieran cargo de sus necesidades tras la jubilación, con un mayor esfuerzo que en cualquier otro país occidental, obliga ahora a millones de personas a afrontar un futuro incierto, al haber cada vez más compañías que están abandonando los esquemas finales salariales para los planes de préstamos de dinero. Allá donde la jubilación de los trabajadores era vista como responsabilidad tripartita del Gobierno, empleadores y empleados, los dos primeros del triunvirato se han echado atrás durante más de una década.

Pero no todo es gris y triste. Comparado con el audaz objetivo laborista de eliminar la pobreza infantil en 20 años, la pobreza de los pensionistas se ha convertido en un objetivo de segunda línea. El gobierno laborista ha introducido un ingreso mínimo garantizado para las personas mayores, que este año se situó por encima de 100 libras esterlinas a la semana, aunque entre un quinto y un tercio de los pensionistas con derecho al mismo todavía no lo perciben. En octubre de 2003 se puso en marcha un crédito de pensiones, para el cual serían elegibles la mitad de los hogares de los pensionistas, con una ganancia extra anual de 400 libras esterlinas. El grupo interministerial para las personas mayores fue creado en 1998 con el fin de mejorar la coordinación de las políticas que afectan a las personas mayores. El Better Government for Older People (BGOP)² reunió a personas mayores y a sus organizaciones con funcionarios de la administración nacional y local y proveedores de servicios para debatir cómo deberían ser reestructurados los servicios. Un resultado fue el estudio de 116 páginas sobre envejecimiento activo (*Winning the Generation Game*) publicado por el Cabinet Office's Performance and Innovation Unit, que sentó las bases para terminar con la discriminación en el trabajo e implicaba, en mayor medida, a las personas

² Iniciativa gubernamental que anima a las autoridades locales a implicarse más activamente en las necesidades de las personas mayores.

mayores en la acción voluntaria y comunitaria. El envejecimiento activo encajaba perfectamente en el debate de mayor calado en el que participa el Gobierno sobre la manera de hallar fórmulas que vuelvan a conectar a las personas mayores con su comunidad, evitando su retirada de la sociedad civil.

Se ha producido un mayor progreso en la lucha contra la discriminación debido a la edad que afecta a todos los sectores de la sociedad, desde grupos de voluntarios (en los que uno de cada cinco opera todavía con un techo de edad para los voluntarios), a los empleadores (con la sistemática de que los trabajadores mayores son descartados) y el Gobierno (en donde la discriminación por la edad todavía existe en muchos servicios públicos, entre ellos educación, sanidad, vivienda, educación y transporte). El Libro Blanco del Gobierno sobre *Learning Age* (Edad y educación), en 1988, supuso un primer paso. En la actualidad hay una estructura de servicio nacional para personas mayores en el National Health Service, diseñado para mejorar su tratamiento y cesar la discriminación que los servicios clínicos han mantenido en el pasado. En el documento consultivo del Gobierno sobre discriminación por la edad de julio de 2003, se abordaron políticas más ambiciosas. En dicho documento subyacía el compromiso, anunciado anteriormente por el paquete de reforma de pensiones de diciembre de 2002, de abolir la jubilación obligatoria y prohibir la discriminación por la edad en el empleo.

Ésta era una respuesta a la directriz de la Unión Europea que requería a los estados miembros de la Unión para que prohibieran la discriminación por edad en diciembre de 2006. Entre quienes hacían campaña a favor de las personas mayores se extendió el temor de que al oponerse la CBI³ a la ley de la Unión Europea, los ministros rehuirían el tema. Para satisfacción de Age Concern y Help the Aged,⁴ no fue así. Lógicamente las personas podrán seguir cobrando su pensión a la edad de 60 años (las mujeres) y de 65 (los hombres). Hubiera sido injusto para quienes realizan trabajos monótonos, repetitivos o un trabajo físico y duro, que fuese de otro modo. Hubiera sido también regresivo, ya que su menor esperanza de vida habría significado una pérdida de parte del ingreso de la

pensión en mayor medida que la media. Pero se reconoce un nuevo derecho a quienes deseen continuar trabajando después de los 65 años. Sólo pueden ser jubilados obligatoriamente si los empleadores pueden demostrar que hay una «justificación objetiva».

Estas reformas hacen que los mensajes surgidos del programa del ESRC sean más relevantes, ya que el Gobierno todavía no ha dicho cómo piensa prohibir la discriminación por razones de edad. La directriz de la Unión Europea ha añadido tres nuevos campos (religión, orientación sexual y edad) a los tres que había anteriormente (raza, sexo e incapacidad), en los que ya existe prohibición de discriminación. Estos tres tienen organismos separados para aplicar la ley. Los ministros han notificado que no quieren más organismos separados para luchar contra la discriminación. Hay un creciente consenso sobre la conveniencia de una comisión única con subsecciones específicas; sería la solución más adecuada, pero hay otros problemas. Existe en la actualidad una jerarquía de poderes que los ministros no tienen por el momento intención de abordar. La directriz de la Unión Europea se restringe a la discriminación en el empleo, lo que significa que, a diferencia de la exclusión por razones raciales, no afectará a las personas mayores discriminadas en temas como la vivienda, sanidad, transporte u otros servicios públicos.

El nuevo organismo necesita tener un poder similar al que disfruta la Comisión for Racial Equality desde el *Race (Amendment) Act* de 1999. Éste insta a todos los organismos públicos a promover positivamente la igualdad, más que centrarse únicamente en los aspectos negativos de la discriminación.

Una solución, que está ganando adeptos, es la propuesta presentada en un informe de la Comisión (Conjunta) Parlamentaria para Derechos Humanos de mayo de 2003, que abogaba por una doble comisión para la igualdad, que lucharía contra la discriminación y promovería los derechos humanos. Estas dos funciones son complementarias, como lo han demostrado las dobles comisiones de Irlanda, Australia, Canadá y Nueva Zelanda. Los mensajes del programa del ESRC apoyarían la idea. Los ministros sólo tienen que tomar en cuenta la evidencia recogida.

³ Confederación de la Industria Británica, organización independiente de empresarios en el Reino Unido.

⁴ Dos de las principales organizaciones nacionales de voluntariado del Reino Unido.

5. Evidencia y mensajes

Los mensajes del ESRC sobre calidad de vida se encuadran en tres categorías: diversidad, exclusión social e importancia del apoyo, tanto formal como informal, incluyendo asistencia, transporte, apoyo social y educación. Filósofos tan lejanos como los antiguos griegos de hace 2.000 años, han debatido sobre qué es lo que hace que la vida sea buena, pero en los círculos médicos, en los que se ha convertido en un asunto fundamental, la idea surgió hace sólo 20 años. Algunos investigadores médicos han sugerido que el concepto debería restringirse hasta el punto de excluir la satisfacción en la vida y estándares de vida. Es más, incluso en los círculos médicos, como señaló Christopher McKeivitt, del King's College de Londres, en uno de los boletines del Programa GO, existen definiciones muy dispares y hay médicos que piensan que al ser un concepto subjetivo es imposible evaluarlo.

Como señala McKeivitt, son tres los factores que han contribuido a que el mundo médico dirija su atención al tema de la calidad de vida: una mayor disposición a contemplar los puntos de vista de los usuarios sobre la atención sanitaria, el auge de la medicina basada

en la evidencia, que requiere el uso de indicadores de evolución, y la presión para mejorar la eficiencia en el gasto sanitario. El Programa GO muestra las ventajas de las definiciones amplias al incluir distintos proyectos que solicitaban a las personas mayores dar sus propias definiciones.

El proyecto GO de McKeivitt comparaba las perspectivas de los profesionales con las de los pacientes. Encontró que los profesionales tenían al menos dos tipos de modelos, uno coloquial, de sensación común de «felicidad», y otro científico, que podría ser utilizado para estudiar la forma de racionalizar la provisión de la atención sanitaria. Su estudio observacional de una unidad de ictus sugería que raramente se tenía en cuenta la calidad de vida en la práctica. En lugar de ello, los profesionales se centraban en la medición objetiva de la incapacidad, el estado clínico y la recuperación. Muchos pacientes de ictus podían definir el concepto que cubría un amplio espectro de necesidades: capacidad de participación social con amigos y familiares, realización de actividades en casa (cocina, limpieza) o fuera de la vivienda, tener acceso a suficientes recursos materiales y ser felices.

6. Diversidad

El mensaje aquí es simple. El colectivo de personas mayores es más diverso que el de los jóvenes. Sufren más desigualdades, mayores diferencias en la calidad de vida y en la capacidad física y mental. No debería ser considerado como un grupo homogéneo, sino reconocido como grupo heterogéneo en el que existen distintos subgrupos según la cultura, sexo, clase social y raza. Cuanto más se reconozca esto, más fácil será asegurar que las personas mayores tengan acceso a los principales servicios sociales, en lugar de recibir servicios de segunda clase. Envejecer no es un proceso uniforme, que marcha a velocidad cronológica, como se podía comprobar en las respuestas de las personas mayores en las entrevistas del programa del ESRC. Para algunos, un elemento esencial de su calidad de vida era seguir llevando una vida activa. Para otros, que no podían salir de casa y sufrían incapacidades físicas pero eran optimistas, la calidad de vida la proporcionaban la familia, los amigos y el apoyo social que recibían.

Uno de los primeros proyectos del ESRC fue el estudio de 250 voluntarios mayores de 65 años en el London Borough de Wandsworth, que fueron entrevistados por un grupo dirigido por Graham Beaumont, de la Universidad de Surrey. El estudio contradecía la idea de que el deterioro funcional es sinónimo de vejez y rompía con la tendencia de centrarse en la salud y la capacidad física. Se fijaba en otros trabajos anteriores que sugerían que la vejez es un estado natural de la vida, y que el significado del concepto calidad de vida varía a lo largo del ciclo vital. Así, hacía mención a trabajos que indicaban que la capacidad funcional y el estado de salud no son prerrequisitos para una «buena» calidad de vida en la vejez, sino que eran relativos a las expectativas y la capacidad de adaptación de cada persona. Se encontró que los factores mencionados en mayor medida como relevantes para la calidad de vida eran la familia, la salud y la vivienda. A ellos se añadía la sensación de bienestar, la independencia (libertad para elegir) y la movilidad. Concluía el estudio diciendo que el entorno social (vivienda, seguridad, economía, servicios, ocio y

transporte) era el factor predictivo más importante de la calidad de vida del individuo.

Un estudio más amplio fue el llevado a cabo por el grupo de Ann Bowling, del University College de Londres, con 999 personas mayores de 65 años que residían en sus hogares en Gran Bretaña y que fueron elegidas de forma aleatoria. Se hizo a través de encuestas de tipo respuesta abierta y con entrevistas en profundidad. Dicho estudio partía del hecho de que en ciencias de la salud y en ciencias sociales, los conceptos de calidad de vida normalmente se basan en la opinión de los expertos más que en la opinión de la gente. En él se enfatizaba que la vejez ofrece muchas oportunidades para un cambio positivo y que no debe ser confundida con enfermedad. Hacía notar que la futura compresión de la morbilidad y de la incapacidad en un período más corto de la vida podía llevar a visiones del envejecimiento saludable como algo normal. El estudio halló que muchos hombres y mujeres puntuaban su calidad de vida en grados diferentes, no únicamente como buena o mala. La calidad de vida se deterioraba con la vejez, pero cerca de tres cuartas partes del grupo entre 65 y 69 años decían que su vida en general era «tan buena que no podría ser mejor», o «muy buena», en comparación con un tercio y hasta la mitad de las personas en grupos de mayor edad. Concluía el estudio señalando que lo que más influye en la calidad de vida en la vejez, son: los estándares comparativos de las personas, las expectativas, su sentido del optimismo, la buena salud y la capacidad física, la implicación en muchas actividades sociales, sentirse apoyados y residir en zonas seguras con buenas comunicaciones y buenos servicios.

En el informe de Ann Bowling, se ofrece una lección importante para los políticos y sus colaboradores: la importancia de combinar pequeños servicios de menor nivel –oficinas de correos, iluminación de las calles, recogida de basuras, biblioteca ambulante y policía local, así como el acceso a medios de transporte y grupos voluntarios– para ofrecer una buena calidad

de vida a las personas mayores. Como apunte optimista cabe destacar que algo más de la mitad dijeron haber realizado durante su vida todo lo que deseaban; un tercio dijo que había realizado algunas de las cosas y sólo el diez por ciento declaró haber realizado pocas o ninguna de las cosas que deseaban.

Otros apuntes positivos se dieron en un estudio de 92 personas de 55 a 95 años (46 viudas y 46 viudos), que destacaba las tres fases que las mujeres identifican en el duelo: la respuesta negativa ante la pérdida de compañía; el reto de vivir solo (mantenimiento del hogar, economía y transporte); y una tercera fase, de crecimiento positivo y reintegración, que proporcionaba una nueva identidad y sentido de realización a muchas mujeres. El grupo responsable del estudio, dirigido por Kate Bennett, de la Universidad de Liverpool, halló que los hombres eran tan capaces como las mujeres de adaptarse a la pérdida de su compañera. Puede que los trabajadores sociales deseen tomar nota de que mantener la actividad a la persona que está pasando por un duelo proporciona tres cosas importantes: capacidad para salir adelante, idea de sentido de la vida y un nuevo planteamiento. Cuantos más años de duelo, mejor es la adaptación. Igualmente, a mayor adaptación, menor depresión.

Saber cuántos subgrupos puede haber en un mismo género fue estudiado en hombres mayores por Sara Arber y Kate Davidson, de la Universidad de Surrey. Su equipo encontró claras diferencias de clase social, pero también diferencias significativas entre hombres casados y divorciados o solteros. Los hombres mayores de clase trabajadora participaban menos en grupos voluntarios, religiosos o deportivos, pero eran más proclives a apuntarse a centros sociales que los de clase media. Los centros diseñados únicamente para personas mayores eran rechazados por todos los hombres, indistintamente de su clase social. Uno de los motivos era terminar con los clubs de voluntarios diseñados para mujeres solas, ya que la mayoría de los hombres mueren antes que sus parejas.

El informe solicitaba expresamente a las organizaciones de voluntarios que los centros tuviesen más en cuenta las preferencias de los hombres, ofreciendo, por ejemplo, cerveza o vino en las comidas y teniendo una mesa de billar o una sala de informática.

Señalaba, además, que el número de hombres mayores divorciados iba en aumento, y que se encontraba en desventaja en cuanto a redes sociales, además de presentar niveles más altos de tabaquismo y consumo de alcohol. Los divorciados y los solteros participaban poco en las organizaciones. Las entrevistas revelaban que los hombres concedían mayor importancia a la autonomía personal y a la independencia, y menor a las relaciones sociales y la intimidad que buscan las mujeres. Aun así, los viudos se apuntaban a clubs deportivos y sociales más que los casados, lo que sugiere que las asociaciones de tiempo libre dan más compensaciones en el período de viudez.

No todas las personas mayores están jubiladas, ociosas o inactivas. Cerca de un nueve por ciento de las personas en edad superior a la de jubilación sigue trabajando. Cuando llegue la abolición de la jubilación obligatoria, ¿cuántos seguirán trabajando? Un equipo de la Universidad de Sheffield, dirigido por Peter Warr, analizó el sentimiento de bienestar psicológico y de satisfacción en la vida en personas entre 50 y 75 años. De los tres grupos (jubilados, en paro y en activo), los encuestados que trabajaban dieron el grado más alto de sentimiento de bienestar. Es significativo para las nuevas políticas que el grado más elevado se diera en quienes seguían en activo pasada la edad de jubilación. Aunque no era claramente así. Quienes permanecían en la vida laboral activa por necesidades económicas mostraban peor situación psicológica. Y en términos de satisfacción en la vida (basada en la autoestima durante un largo período y no como sensación inmediata), puntuaron más alto los que trabajaban a tiempo parcial. Las puntuaciones más bajas fueron de personas desempleadas que buscaban trabajo.

Como señala el informe, aunque la motivación para trabajar a una edad más avanzada que la de jubilación era, con frecuencia, económica, se observaban también importantes beneficios de otra naturaleza: gusto por el trabajo, amistades, no aburrirse y ganar el respeto de los demás. Pero, a pesar de estos incentivos, muchas personas mayores no deseaban continuar trabajando.

El estudio de mayor tamaño del programa, llevado a cabo en unas 8.000 personas de 75 y más años en 23 centros médicos de Gran Bretaña, formó parte del

ensayo del Medical Research Council sobre evaluación y gestión de la salud en las personas mayores. En él se resaltaba también la preocupación por las desigualdades de la vejez. Entre los temas estudiados figuraba la vivienda, otro ejemplo de la diversidad en las vidas de las personas mayores. El área de la vivienda se ha visto fuertemente afectado, en mayor medida que otros servicios, por los recortes del gasto público de los sucesivos gobiernos, al menos en los últimos 25 años. El pasado ha sido el año en el que menos viviendas se han construido desde 1924.

Un equipo formado por seis miembros procedentes de cuatro universidades encontraron que la probabilidad de tener una mala calidad de vida en la vejez se incrementaba en un 50-70% en las personas que vivían de alquiler, en comparación con quienes tenían vivienda en propiedad. Esta gran diferencia se debía en parte a que las personas del sector alquiler tenían peor salud y hábitos de vida no saludables, como el tabaquismo. La posibilidad de situarse dentro del 20% de los que obtienen peor medición de la calidad de vida aumenta con la edad en los mayores de 75 años para todos los problemas, excepto para el «ánimo». Las mujeres tienden a tener peor calidad de vida que los hombres. La diferencia entre hombres y mujeres es más acusada en la medición del «ánimo», siendo éste más bajo en las mujeres.

Un séptimo informe que analizaba las desigualdades en la calidad de vida en jóvenes mayores (65 a 75 años) confirmó resultados anteriores, en el sentido

de que las personas de menos de 70 años tienen mejor calidad de vida que los mayores de 70. Los hombres obtenían puntuaciones ligeramente superiores que las mujeres. En cuanto a las distintas razones que hay detrás de la decisión de jubilarse, se encontró que quienes podían elegir al llegar a la edad de jubilación (dejar de trabajar o seguir trabajando) tenían un grado de calidad de vida significativamente mejor que quienes debían jubilarse por fuerza. El equipo analizó la importancia del estado de salud en comparación con la situación económica, y encontró que tener buena salud era más importante que la calidad de vida. Más interesante fue la evidencia que se extrajo de una muestra de 1.352 familias que habían sido encuestadas cuando eran niños, entre 1937 y 1939, de que la calidad de vida a una edad avanzada se veía menos influida por el pasado –tal como el tipo de trabajo de sus padres– que por el presente, siendo dos de las principales influencias poder elegir entre trabajar y no trabajar y tener amigos en quienes confiar.

Este equipo, dirigido por David Blane, del Imperial College de Londres, creó un nuevo sistema de medición de la calidad de vida basado en cuatro necesidades –control, autonomía, autorrealización y sensación placentera– y una escala de 19 ítems llamada CASP-19. Partía de la base de que otras mediciones, que utilizan los temas salud y pobreza, no habían conseguido detectar los nuevos intereses y las experiencias de personas mayores en buena situación económica, buena salud y libres de responsabilidades.

7. Exclusión social

La segunda categoría de informes refleja también la diversidad de la gente mayor, pero además, de forma más profunda: el grado de exclusión social, de carencias y de pobreza que algunas personas mayores sufren en comunidades deprimidas. Recuerden los cuatro millones de pensionistas que viven en los 88 distritos más deprimidos de Inglaterra. Thomas Scharf, de la Universidad de Keele, y su grupo, estudiaron tres de los distritos con mayores carencias en Liverpool, Manchester y el London Borough de Newham. El tema principal del debate sobre exclusión social fue el empleo, sin quedar clara la posición de quienes dejaron de forma permanente el mundo laboral. Muchos estudios anteriores habían observado relaciones más bien fluidas que rígidas. El estudio Scharf encontró que la mayoría de las personas mayores, a diferencia de las jóvenes, mantienen relaciones poco flexibles, y no salen del entorno vecinal la mayor parte del tiempo.

En su haber hay que reconocer que el gobierno laborista puso en marcha 18 grupos de trabajo tras el devastador informe de la Social Exclusion Unit sobre barrios vecinales deprimidos. Fue seguido por una sucesión de iniciativas políticas y de planes para renovar los entornos vecinales, pero el estudio Scharf, realizado en el curso de tres años hasta finales de 2002, hace ver cuánto más queda por hacer si se quiere cumplir el objetivo del Gobierno de extender la justicia social. En el estudio Scharf, el setenta por ciento de las personas mayores experimentaba algún tipo de exclusión social, y el cuarenta por ciento múltiples exclusiones –no eran exactamente pobres, pero estaban aislados socialmente y excluidos de las actividades cívicas, sufrían recortes en los servicios básicos y tenían miedo de la delincuencia en el barrio–. Cerca de la mitad de las personas encuestadas eran pobres, duplicando la tasa nacional de pobreza de los pensionistas. Casi la mitad de los que eran pobres no había comprado ropa en el último año, el 15% había estado ocasionalmente sin poder adquirir alimentos y el 14% había reducido el uso del gas, electricidad o teléfono. De una lista de 26 ítems que el 50% de la

gente entendía que eran comodidades básicas de la vida diaria, el 45% consideraba que no podía obtener dos de ellas (definición de pobreza) y el 7% era incapaz de obtener once. De nuevo, cuanto mayor era la edad, mayores eran las carencias. Una quinta parte de las personas mayores fue clasificada como socialmente aislada –ausencia de contactos con hijos, familiares, amigos o vecinos– y el 16% sufría una soledad importante o muy importante (con puntuación igual o superior a 9 en una escala de 11 ítems). En cuanto a actividades cívicas, aunque el 68% de las personas mayores de la encuesta votó en las últimas elecciones generales y el 66% en las locales que siguieron, cerca del 24% no había tomado parte en ninguna de las 11 actividades cívicas.

También les preocupaba el problema de la delincuencia en los barrios –y el miedo que ésta suscita–. El estudio Scharf refuerza la necesidad de elaborar programas de seguridad por parte de la policía en zonas de alto riesgo, que el Home Office ya ha iniciado, pero para que tengan éxito se necesita mucho más que los 6 millones de libras esterlinas destinados. El British Crime Survey (BCS) de 2001 sugiere que, a escala nacional, las viviendas de las personas mayores tienen una tasa de robos inferior a la media, del 2,2%. El estudio Scharf, que inquiría sobre robos «en el último año o en los dos últimos años» (no como la encuesta BCS, que preguntaba «en el último año»), encontró una tasa del 21%. Igualmente, aunque la encuesta BCS halló a nivel nacional que sólo el uno por ciento de las personas mayores había sido víctima de la violencia, Scharf encontró en su estudio que el 15% había sufrido una agresión o les habían robado algo que llevaban encima.

Incluso dentro de una zona deprimida, los pobres en ese área sufrían más que el resto de los residentes. Cerca del 48% de los encuestados que vivía por debajo del umbral de la pobreza había sido víctima de una o varias formas de delincuencia, en comparación con el 33% de quienes estaban por encima de dicho umbral. Un plan anterior para luchar contra la delin-

cuencia elaborado por los laboristas proporcionó fondos para hacer más seguras las viviendas desprotegidas. El estudio Scharf sugiere que esto debería hacerse a gran escala. Dos quintas partes de los encuestados estaban preocupados por un posible asalto a sus viviendas y sólo el siete por ciento declaró que se sentía seguro incluso caminando en la noche solo por la calle. Estos hallazgos refuerzan las opiniones que ya circulan en medios policiales, que los responsables de las unidades operativas deben elaborar con mayor discreción estrategias locales contra la delincuencia. A nivel nacional la delincuencia ha disminuido en un tercio en los últimos ocho años, incluyendo tanto los robos en viviendas como en coches. A pesar de ello, en áreas de alto riesgo, como ha hecho notar Scharf, es lógico que la comunidad no llegue a percibir esta tendencia.

Un hallazgo también inquietante en el estudio Scharf es la desproporcionada cantidad de exclusión social, pobreza y delincuencia que sufren las comunidades étnicas en esos tres distritos con mayores carencias. De los cuatro grupos étnicos en los distritos –negros caribeños, hindúes, pakistaníes y somalíes–, todos sufrían más que la comunidad blanca, en particular los dos últimos grupos. Más de la mitad de las personas mayores pakistaníes y el 80% de los somalíes eran víctimas de exclusión social. Algo parecido sucedía con respecto al miedo a la delincuencia. El doble de personas mayores caribeñas e hindúes decía sentirse seguros o bastante seguros fuera de casa por la noche (52%), en comparación con las personas mayores pakistaníes o somalíes (28%).

El estudio Scharf ha tenido ya un gran impacto en los medios de comunicación, incluyendo un informe especial de Help the Aged basado en sus resultados (*Growing Older in Socially Deprived Areas*), en el grupo de presión Stop Pensioner Poverty Now, y fue citado por Barbara Roche, ministra de Exclusión Social, en la conferencia anual de 2003 de Help the Aged. La asociación Help the Aged ha empezado a ayudar a mejorar las condiciones de vida en las comunidades pakistaní y somalí identificadas por Scharf, pero quedan otros 85 distritos con grandes carencias en los que se precisa una mayor acción.

Una encuesta en 200 personas mayores elaborada por el National Institute for Social Work del King's

College de Londres, hacía una llamada de atención a los expertos sociales para que se incluyese el racismo en las mediciones de la calidad de vida. El director del equipo, Jabeer Butt, decía: «Cerca de la mitad de las personas pertenecientes a minorías étnicas relata que ha sufrido racismo, una cifra probablemente subestimada dada la extendida reticencia a hablar del tema. Únicamente las personas de raza blanca, que eran una pequeña minoría, como los galeses e irlandeses, o quienes tenían una pareja negra, declararon sufrir racismo».

En el estudio se observó una tendencia creciente en las personas mayores caribeñas negras o asiáticas a vivir en hogares tutelados llevados por asociaciones de viviendas que operan dentro de las comunidades étnicas. Esto les permite vivir con independencia al mismo tiempo que mantienen un contacto frecuente con los hijos. Se trata de una tendencia que los planificadores de políticas de vivienda deberían anticipar, dado el constante incremento de personas mayores de origen étnico. Los expertos han hecho notar que las personas mayores de origen chino o asiático, que mantienen sus tradiciones nacionales con respecto al envejecimiento como proceso para alcanzar una mayor sabiduría y tolerancia, podrían transmitir esta lección a la raza blanca, que ve todavía el envejecimiento como una experiencia negativa.

Un tercer proyecto en esta categoría se encargó de estudiar la manera de contraponer los estereotipos negativos frente a las oportunidades para alcanzar una vida satisfactoria. El equipo formado por cuatro miembros de la Universidad de York, dirigido por Mary Maynard y Haleh Afshar, entrevistó a 150 mujeres de entre 60 y 75 años de origen caribeño, Asia, Polonia y de comunidades blancas. Se decidió realizar el estudio debido al número creciente y cambiante de ancianos de origen étnico. Las comunidades étnicas, que tradicionalmente han tenido menos personas mayores, no sólo envejecen sino que en ellas desciende también el predominio de los varones en los grupos de más edad, incrementándose el número de ancianas. En términos políticos es una llamada a los servicios residenciales y otros servicios para que sean más sensibles a las necesidades multiculturales. Éstas incluyen espacios tranquilos, alfombras para rezos y comprender la necesidad que muchas mujeres de las comunidades étnicas tienen de

llevar una vida de devoción. El estudio sugería también que deberían ser incluidas en la planificación de los servicios las mujeres influyentes que median y organizan el apoyo entre el vecindario y las comunidades étnicas.

Un cuarto estudio, realizado por el equipo de Lorna Warren, Tony Malbty y Joe Cook, con el programa Sheffield's Better Government for Older People, ofreció la oportunidad de definir la calidad de vida desde sus propias perspectivas a las personas mayores pertenecientes a cinco grupos étnicos –negros caribeños, chinos, irlandeses, somalíes y británicos blancos–. Se partió del hecho de que el término calidad de vida no es de uso común entre personas mayores. En vez de ello, se preguntó a las personas mayores qué les parecía bueno y qué les parecía malo en sus vidas. Las 100 mujeres de entre 50 y 94 años fueron divididas en 11 grupos de debate, reuniéndose tres veces cada grupo. El envejecimiento, la utilización de servicios y expresar abiertamente sus opiniones fueron los temas elegidos, aunque las mujeres eran libres de abordar cualquier otro que les pareciera importante. En los grupos de debate se escogieron a diez mujeres, que fueron formadas para entrevistar a su vez a los miembros de los grupos sobre más detalles de sus vidas. Esta parte del estudio eligió el método de historias de vida, haciéndolo cada uno en forma de testimonio oral.

Los aspectos buenos de la vida se describieron con un aumento en la autoaceptación y la autoconfianza, la facilidad para llevar a cabo las tareas domésticas y el cuidado de los hijos, el incremento del tiempo de ocio y la posibilidad de trabajo. En general, el aspecto al que se daba mayor importancia era la familia. Los aspectos negativos de la vida fueron la mala salud, la incapacidad, el aislamiento y la soledad.

La lección más importante para los políticos que desean implicar a los usuarios fue el sentido de impotencia que tienen estas personas mayores. Citando al resumen: «Los participantes tenían interés en describir sus necesidades en términos de provisión de servicios pero pocos tenían experiencia en expresar su opinión sobre temas políticos. Se sentían minados por los estereotipos; dudaban de su capacidad para cambiar sus vidas; habían sido educados en la resignación; pero nada cambió. Muy pocos habían sido

consultados anteriormente. Como usuarios potenciales de servicios, sentían que la percepción de enfermedad, incapacidad y edad los hacía invisibles, especialmente si estaban ingresados en residencias. El origen étnico agravaba el problema. Por ejemplo, huyendo de una guerra civil las mujeres somalíes seguían sin ser consideradas como cabezas de familia, sino simples refugiadas. Incapaces de hablar inglés, no podían integrarse a una comunidad más amplia ni relacionarse con sus hijos».

Esto creaba también dificultades para las mujeres chinas, en las que la expectativa de los proveedores de servicios era que «se cuidan de sí mismas». Incluso miembros de comunidades inmigrantes de larga tradición, caribeños negros mayores y mujeres irlandesas, hablaron de una falta de comprensión de sus necesidades particulares, así como de racismo y discriminación. Los servicios de intérpretes eran insuficientes, la información inadecuada y la ayuda de abogados, escasa. Más adelante, el informe advierte de los problemas derivados de confiar en los hijos para que actúen como intérpretes en las reuniones con los proveedores de servicios formales. Una mujer china explicaba: «Tengo hijos que hablan inglés, pero no son capaces de explicármelo en chino de forma que yo lo entienda». Como positivo cabe destacar que no todas esas mujeres permanecían en silencio. Han surgido tres grupos –Chinese Lai Yin, Irish Forum y Sheffield 50plus– para hacer campaña por las necesidades de las mujeres mayores.

Un quinto y último estudio en esta categoría de exclusión social se centró en las desigualdades étnicas, con resultados diferentes. El estudio se desarrolló en dos fases. La primera, estudió una muestra de 73 entrevistados de la encuesta Fourth National Survey of Ethnic Minorities; la segunda, se volvió a analizar la misma encuesta. Los grupos étnicos eran caribeños, hindúes, pakistaníes y británicos blancos. Como se esperaba, el grupo de blancos estaba por encima de los otros grupos en términos de ingresos económicos, condiciones materiales, salud, entorno físico y participación social formal. Por debajo de esta calidad de vida de los blancos venían los indios y los caribeños, ocupando el último lugar los pakistaníes. Menos predecible fue constatar que cuando la calidad de vida era evaluada en aspectos menos formales –los contactos familiares y la percepción de calidad de las co-

modidades a nivel local–, las diferencias se invertían, colocando al grupo de pakistaníes en cabeza.

Este cambio dependía de las inversiones que las comunidades inmigrantes habían hecho para crear lugares de culto, tiendas y clubs. Las personas residentes en los distritos más deprimidos⁵ según el Index of Deprivation 2000, con los peores accesos a servicios y una alta población de pakistaníes, daban una valo-

ración elevada a los servicios locales. El equipo de trabajo, liderado por James Nazroo, de la University College de Londres, señaló que «la puntuación media global para los servicios locales era significativamente más alta en los tres grupos étnicos minoritarios que en el grupo de personas blancas». Una lección para los políticos es la necesidad de pensar más allá de los servicios públicos formales y ver las maneras de promover servicios informales.

⁵ El índice de deprivación combina seis indicadores socioeconómicos en una sola medida: tasa de pobreza, ingresos *per capita*, porcentaje de población mayor de 5 años que habla un idioma extranjero y dice no hablar bien inglés o no saber inglés, tasa de desempleo, porcentaje de población mayor de 25 años sin estudios superiores, tasa de delincuencia por 100.000 habitantes.

8. Apoyo social

El tercer grupo de proyectos cubre una parte de importantes servicios de apoyo: cuidadores, atención en residencias, transporte y educación. Es fundamental recordar que el mayor volumen de la asistencia corre a cargo de las familias y de los amigos. Es más, las personas mayores juegan un gran papel en este sentido. Cerca de dos millones de personas mayores cuidan de su cónyuge o de un familiar. Un tercio de ellos no ha tenido ningún descanso desde que comenzó. Sólo uno de cada diez de los que conviven con la persona cuidada recibe ayuda en el domicilio, una situación que requiere una intervención urgente. Otro gran grupo de cuidadores ha tenido que dejar prematuramente su trabajo, unos 2,8 millones en edades entre 50 y 60 años; un millón al menos de ellos hubiera preferido continuar trabajando.

Un estudio realizado por Maria Evandrou y Karen Glaser, del King's College de Londres, analizó las múltiples tareas a las que se dedican los cuidadores de mediana edad. Se observó que las mujeres estaban en situaciones particularmente desventajosas, con importante reducción del derecho a pensiones de segundo grado y en riesgo de ser excluidas socialmente más adelante en términos de recursos económicos. Los investigadores hacían una llamada para que ciertas disposiciones laborales, que ya se aplican a trabajadores que tienen niños pequeños, se extiendan a los trabajadores que cuidan a personas mayores, por ejemplo baja parental, tiempo libre para la asistencia a personas dependientes y descansos para cuidadores de larga duración. Piensan que los empleadores adaptarían las condiciones de trabajo a los cuidadores si se introdujera una dimensión explícita del cuidador en el *working tax credit*,⁶ que comenzó en abril de 2003. Ayudaría a ello además si el Gobierno redujese la jornada laboral de 30 a 16 horas semanales, dando a los cuidadores parecido tratamiento al que reciben los padres y las personas con discapacidad.

⁶ El *working tax credit* compensa los ingresos de trabajadores de bajo salario. Se hace con un elemento básico, más cantidades extra para personas de 50 o más años que vuelven a trabajar, personas que trabajan 30 o más horas a la semana, trabajadores con disminuciones físicas o severa incapacidad y personas que tienen niños pequeños.

Pocas personas necesitan más ayuda que las personas mayores con imposibilidad de salir del domicilio por incapacidad. Sin embargo, el proyecto dirigido por John Baldock, de la Universidad de Kent, que analizó a 35 personas mayores que habían quedado recientemente incapacitadas para salir del domicilio, encontró que una significativa minoría rehusaba la ayuda y los servicios. Su media de edad era 82 años. Al preguntarles sobre los factores de calidad en sus vidas ninguno mencionó en primer lugar los servicios, a pesar de que 15 habían sido valorados y diez recibían ayuda a domicilio o ayuda doméstica. Haber quedado incapacitados les provocó al inicio una disminución del sentimiento de autoestima, pero seis meses después dos terceras partes de la muestra lo recuperaron.

El equipo de trabajo se puso en contacto con los servicios asistenciales, aunque no fuese del agrado de algunas personas mayores, y parece que produjo un efecto estimulante para su autoestima. La lección extraída para los trabajadores sociales fue que deberían considerar una intervención precoz al observarse un aumento de la dependencia, de forma que se facilite el contacto de los mayores con otras personas.

El equipo dirigido por Susan Tester, de la Universidad de Stirling estudió un grupo todavía más dependiente, que estaba compuesto por 52 personas mayores en una unidad de larga estancia. Incluyó 24 horas de observación en cuatro residencias, seis grupos de trabajo y entrevistas individualizadas, y de nuevo se constataba una definición más amplia de calidad de vida que la obtenida en situaciones médicas. El mensaje para los directores de residencias era que no se basaran en sus propias opiniones y se centraran en las prioridades de los residentes. Éstas incluían la realización de actividades con sentido, la comunicación verbal y no verbal y el desarrollo de relaciones.

Una actividad relativamente sencilla que las residencias y centros asistenciales podrían promover era la reminiscencia (hablar o escribir sobre el pasado). Un estudio de 142 personas mayores en residencias, dirigido por Kewin McKee, del Sheffield Institute for Studies in Aging, encontró que los ejercicios de reminiscencia resultaban beneficiosos para elevar el ánimo y producir una emoción más positiva en quienes participaban. Las entrevistas con el personal asistencial hacían ver que los ejercicios de reminiscencia podían sacar a la luz «discontinuidades» en las personas mayores (el sentimiento de que el presente no era el mundo al cual ellas pertenecían), pero la conclusión del estudio fue que la implicación de las personas mayores en tales sentimientos, junto con la reminiscencia, producía más efectos beneficiosos que la reminiscencia por sí sola.

Una encuesta de 194 personas mayores, en Escocia, y de 109, en Londres, halló que el hecho de tener coche o acceso a un transporte era un elemento esencial para una buena calidad de vida. Los fabricantes de automóviles puntuaron alto por pensar seriamente en las personas mayores y en cómo hacer la conducción más fácil y segura. Asimismo, se observó que los responsables del transporte en trenes y autobuses no veían de buen grado a los mayores y a las personas incapacitadas, por ser una pérdida potencial para el negocio al demandar tarifas gratuitas. El equipo liderado por Mary Gilhooly, de la Universidad de Paisley, encontró 28 barreras potenciales en el uso del transporte público: en primer lugar, la preocupación por la seguridad personal de noche (65%), seguido de la dificultad para llevar mucho peso (59%), tener que hacer largas esperas (51%), posibilidad de cancelaciones (51%) y, al final de la lista, miedo a verse involucrado en un accidente (8%). Los proveedores de servicios sociales deberían tomar nota de que las personas mayores son reacias a pedir que sus familiares les lleven, incluso al hospital o a la consulta médica.

A menos que hubiese una relación recíproca, los encuestados eran reacios a solicitar a sus amistades que les facilitasen el transporte. La conclusión del estudio fue: «Los políticos no deberían asumir, por tanto, que la necesidad de transporte en las personas mayores se cubre por familiares o amigos».

Estar solo, o sola, siempre se ha visto como uno de los mayores desafíos en la vejez. Sin embargo, como pudo observar el equipo de cuatro componentes dirigido por Christina Victor, del St. George's Medical School's Department of Public Health de Londres, la relación entre estar solo, vivir solo, aislamiento social y soledad no está nada clara. El estudio clave en este campo, que ya tiene 50 años de antigüedad, encontró que el diez por ciento de las personas mayores vivían solas, y el veinte por ciento aisladas.

El nuevo estudio se ha basado en un sondeo a 999 personas mayores y 45 entrevistas. Se halló que sólo una minoría vivían solas (7%) y un grupo relativamente pequeño de forma aislada (11-17%), de lo cual se dedujo que se han producido pocos cambios en los últimos 50 años. El mensaje de los autores del estudio a los políticos era claro: «Necesitamos diferenciar entre quienes han estado siempre aislados socialmente (o solos) de quienes lo están desde tiempos recientes. Hay que distinguir el inicio "agudo" de la soledad del inicio insidioso. Son dos grupos diferentes».

Durante el desarrollo del programa ESRC la formación continua, como factor importante para reducir la soledad, experimentó diferentes cambios. Inicialmente, la visión del Gobierno sólo contemplaba a personas con una vida laboral activa y cabezas de familia, es decir, quedaban excluidos los jubilados y las personas mayores. Sin embargo, a medida que el programa del ESRC fue progresando también lo hizo la naturaleza de la formación continua, llegando casi a convertirse en una filosofía de desarrollo de la cultura de la educación para promover la independencia personal, creatividad e innovación. El estudio dirigido por Alexandra Withnall, de la Warwick Medical School, encontró que el aprendizaje a una edad avanzada daba muchos resultados positivos, siendo lo menos importante la adquisición de nuevos conocimientos. El estudio identificó dos tipos de aprendizaje: uno formal, en el sentido de clases o cursos organizados por centros de formación u otros organismos, y otro informal, en el que las personas mayores se veían a sí mismas aprendiendo en el curso de sus actividades diarias: lectura, comentarios de las noticias, documentales de TV, trabajo voluntario y actividades sociales. Las personas mayores decían que los programas de aprendizaje ayudaban a mantener activa su mente, estimulaban su inteligencia y eran de

su agrado. Algunas creían que el valor terapéutico del aprendizaje les garantizaba una buena salud. El mensaje era simple: cuanto más aprendizaje, mejor.

De todo lo anterior se puede extraer una gran variedad de implicaciones políticas, pero hay un importante mensaje final: los estudios del programa del ESRC han demostrado que las personas más mayores son, con mucho, las más pobres. El Gobierno desea ocuparse de quienes más necesidades tienen. Parece una decisión adecuada la política que se inició para los mayores de 80 años –incrementar los actuales miserables 25 peniques extra a la semana a una cantidad que les pondría por encima de la línea de pobreza– y que luego se extendió a los mayores de 75 años. Mientras se estaba escribiendo esta visión general, el gobierno laborista ha anunciado la formación de un equipo de trabajo para planificar nuevas políticas para un tercer mandato legislativo. Parece que Downing Street está interesado en priorizar las políticas dirigidas a la infancia.

Eso está bien, dado que los estudios señalan la importancia de los primeros años en el desarrollo cognitivo. Pero como un *quid pro quo*, por qué no equili-

brar esa generosa decisión con una similar para el otro extremo de la vida. Como el citado informe del Ministerio decía: «Los objetivos del Gobierno son... reconocer la enorme contribución que las personas mayores hacen a la sociedad, y poner sus preocupaciones en el centro de la gestión política».

No es probable que las personas mayores del Reino Unido consigan nunca el poder que tienen los mayores en los Estados Unidos. Hay más presiones legislativas en los Estados Unidos; mayor tradición de «políticas interesadas en grupos»; un único grupo de presión en lugar de las organizaciones fragmentadas de Gran Bretaña; y una demanda de mayor grado de provisión social, que implica automáticamente a personas de clase media. Pero el «voto gris» está emergiendo poderosamente también en Gran Bretaña. Los que tienen más de 65 años tienen ya un poder de voto cuatro veces mayor que los de menos de 25 años, resultado del doble de personas con doble probabilidad de votar. Estas proporciones seguirán aumentando. Si se centrara en este segundo e importante grupo de pobreza, el Gobierno se ayudaría a sí mismo y ayudaría a otros. La idea tendría todas las garantías de vencer en un tercer mandato legislativo.

9. APÉNDICE I: El Programa Envejecer del ESRC

El Programa Envejecer consta de 24 proyectos de investigación acerca de la calidad de vida en la vejez. Fueron encargados por el ESRC como parte de una inversión de 3,5 millones de libras esterlinas. El programa tuvo dos objetivos principales: conseguir un amplio programa multidisciplinar destinado a saber cómo mejorar la calidad de vida; y contribuir al desarrollo de políticas y prácticas sobre el terreno, y por tanto, tratar de contribuir directamente a ampliar la calidad de vida. El programa comenzó en 1999 y finalizó en 2004.

Datos de contacto

Director del programa:

Professor Alan Walker

Subdirector del programa:

Dr Catherine Hennessy

Coordinador del programa:

Marg Walker
Growing Older Programme
Department of Sociological Studies
University of Sheffield
Sheffield S10 2TU
Tel: 0114 222 6467
Fax: 0114 222 6492
Email: Marg.Walker@shef.ac.uk
www.shef.ac.uk/uni/projects/gop

Proyectos de investigación

Análisis de las percepciones de la calidad de vida de personas mayores frágiles durante y después de su ingreso en centros institucionales

Susan Tester
Department of Applied Social Science
University of Stirling
Stirling FK9 4LA
Tel: 01786 467701
Fax: 01786 467689
Email: susan.teste@stir.ac.uk

Añadir calidad a cantidad: visión de las personas mayores sobre su calidad de vida y su mejora

Professor Ann Bowling
Department of Primary Care

and Population Sciences
University College London
Royal Free Campus
Rowland Hill Street
London NW3 2PF
Tel: 020 7830 2239
Fax: 020 7794 1224
Email: a.bowling@pcps.ucl.ac.uk

Calidad de vida de las personas mayores sanas: entorno residencial y procesos de comparación social

Professor Graham Beaumont
School of Psychology
and Therapeutic Studies
University of Surrey Roehampton
Whitelands College
West Hill
London SW15 3SN
Tel: 020 8780 4500 x 5013
Fax: 020 8780 4501
Email: gbeaumont@rhon.org.uk

Calidad de vida y apoyo social en personas de diferentes grupos étnicos

Jabeer Butt
REU
Unit 35
Kings Exchange
Tileyard Road
London N7 9AH
Tel: 020 7619 6229
Email: jabeer@reunet.demon.co.uk

Calidad de vida y función cognitiva en la vida real

Professor Mary Gilhooly
Centre of Gerontology and Health Studies
University of Paisley
Paisley PA1 2BE
Tel: 0141 848 3771
Fax: 0141 849 4264
Email: mary.gilhooly@paisley.ac.uk

Creencias religiosas y sentido existencial en la vejez: la experiencia de cónyuges mayores en duelo

Professor Peter Coleman
School of Psychology
University of Southampton
Highfield
Southampton SO17 1BJ
Tel: 023 8079 6131

Fax: 023 8079 6134
Email: p.g.coleman@soton.ac.uk

Desigualdades en la calidad de vida en personas de 75 y más años

Dr Elizabeth Breeze
Centre for Ageing and Public Health
London School of Hygiene
and Tropical Medicine
Keppel Street
London WC1E 7HT
Tel: 020 7927 2109
Fax: 020 7580 6897
Email: elizabeth.breeze@lshtm.ac.uk

Desigualdades étnicas en la calidad de vida en las personas mayores: elementos subjetivos y objetivos

Professor James Nazroo
Department of Epidemiology
and Public Health
University College London
1-19 Torrington Place
London WC1E 6BT
Tel: 020 7679 1705
Fax: 020 7813 0280
Email: j.nazroo@public-health.ucl.ac.uk

Entorno e identidad en la vejez: estudio cruzado

Dr Sheila Peace
School of Health and Social Welfare
The Open University
Horlock Building
Walton Hall
Milton Keynes MK7 6AA
Tel: 01908 654240
Fax: 01908 6541224
Email: s.m.peace@open.ac.uk

Experiencia de personas mayores en trabajos remunerados

Professor Peter Warr
Institute of Work Psychology
University of Sheffield
Sheffield S10 2TN
Tel: 0114 222 3528
Fax: 0114 272 7206
Email: p.warr@sheffield.ac.uk

Factores que influyen en la calidad de vida en la edad madura

Dr David Blane
Department of Social Science
and Medicine
Imperial College London
St Dunstan's Road
London W6 8RP
Tel: 020 7594 0789

Fax: 020 7594 0854
Email: d.blane@imperial.ac.uk

Enriquecimiento y empobrecimiento: estudio comparativo de mujeres de la tercera edad afrocaribeñas, asiáticas y británicas de raza blanca

Professor Mary Maynard
Department of Social Policy
and Social Work
University of York
Heslington
York YO10 5DD
Tel: 01904 321247
Fax: 01904 321270
Email: mm4@york.ac.uk

Hombres mayores, sus ámbitos sociales y estilos de vida saludables

Dr Kate Davidson
Centre for Research on Ageing
and Gender
Department of Sociology
University of Surrey
Guildford GU2 7XH
Tel: 01483 683964
Fax: 01483 689551
Email: K.Davidson@surrey.ac.uk

Investigación antropológica sobre los significados de calidad de vida para los no expertos y para los profesionales

Dr Chris McKeivitt
Department of Public Health Sciences
King's College London
Capital House
42 Weston Street
London SE1 3QD
Tel: 020 7848 6603
Fax: 020 7848 6620
Email: christopher.mckeivitt@kcl.ac.uk

Personas mayores en barrios deprimidos: exclusión social y calidad de vida en la vejez

Dr Thomas Scharf
Centre for Social Gerontology
School of Social Relations
University of Keele
Staffordshire ST5 5BG
Tel: 01782 584066
Fax: 01782 584069
Email: t.s.scharf@keele.ac.uk

Personas mayores que no pueden salir de casa: relaciones entre identidad, autoestima y empleo de servicios asistenciales

John Baldock
School of Social Policy,

Sociology and Social Research
University of Kent at Canterbury
Darwin College
Canterbury CT2 7NF
Tel: 01227 827574
Fax: 01227 824014
Email: jcb4@kent.ac.uk

Personas mayores y educación continuada: opciones y experiencias

Dr Alex Withnall
Centre for Primary Health Care Studies
Warwick Medical School
University of Warwick
Coventry CV4 7AL
Tel: 024 7657 3851
Fax: 024 7652 8375
Email A.Withnall@warwick.ac.uk

Ser abuelos: su significado y contribución en la vida de las personas mayores

Lynda Clarke
Centre for Population Studies
London School of Hygiene
and Tropical Medicine
49-51 Bedford Square
London WC1 3DP
Tel: 020 7299 4636
Fax: 020 7299 4637
Email: lynda.clarke@lshtm.ac.uk

Soledad, aislamiento social y vivir solo en la vejez

Professor Christina Victor
Department of Community
Health Sciences
St George's Hospital Medical School
Cranmer Terrace
London SW17 0RE
Tel: 020 8725 3584
Fax: 020 8725 3584
Email: cvictor@sghms.ac.uk

Trabajo familiar y calidad de vida: cambio en los roles económicos y sociales

Maria Evandrou
Institute of Gerontology
King's College London
Franklin-Wilkins Building
Waterloo Road
London SE1 9NN

Tel: 020 7848 3038
Fax: 020 7848 3235
Email: maria.evandrou@kcl.ac.uk

Transporte y envejecimiento: ampliar la calidad de vida de las personas mayores mediante el transporte público y privado

Professor Mary Gilhooly
Centre of Gerontology
and Health Studies
University of Paisley
Paisley PA1 2BE
Tel: 0141 848 3771
Fax: 0141 849 4264
Email: mary.gilhooly@paisley.ac.uk

Valoración de la importancia de la reminiscencia en la calidad de vida de las personas mayores

Dr Kevin McKee
Sheffield Institute for Studies on Ageing
University of Sheffield
Community Sciences Centre
Northern General Hospital
Sheffield S5 7AU
Tel: 0114 271 4099
Email: k.j.mckee@sheffield.ac.uk

Vidas y voces de mujeres mayores: participación y políticas en Sheffield

Dr Lorna Warren
Department of Sociological Studies
University of Sheffield
Elmfield
Northumberland Road
Sheffield S10 2TU
Tel: 0114 222 6468
Fax: 0114 276 8125
Email: L.Warren@Sheffield.ac.uk

Viudas y viudos mayores: efectos del duelo y del factor sexo en el modo de vida y en la participación

Dr Kate Bennett
Department of Psychology
University of Liverpool
Eleanor Rathbone Building
Bedford Street South
Liverpool L69 7ZA
Tel: 0151 794 1410
Fax: 0151 794 6937
Email: kmb@liv.ac.uk

10. APÉNDICE II: Futuros estudios sobre el envejecimiento

En 2004 se puso en marcha un nuevo programa de investigación sobre envejecimiento. Éste fue financiado conjuntamente por el Economic and Social Research Council (ESRC), el Engineering and Physical Sciences Research Council (EPSRC), el Biotechnology and Biological Sciences Research Council (BBSRC) y el Medical Research Council (MRC).

El programa de investigación de estos organismos desarrolló temas destacados en los anteriores programas sobre envejecimiento, incluido el Programa En-

vejecer (GO) del ESRC. Se abarcaron aspectos de la calidad de vida como el papel de la información, comunicación y tecnologías (ICT) y el impacto económico del envejecimiento, así como elementos básicos como el empleo, la vivienda y el transporte. Además se abordaron estas nuevas materias: globalización y políticas sobre envejecimiento, planificación económica y futuro de las pensiones, y políticas sobre la vejez. El programa incluyó también investigación médica y biológica.

PROGRAMA ENVEJECER *Resúmenes del proyecto*

ÍNDICE

Introducción	23	Sección 3. Tecnología y creación del entorno	34
		Transporte y envejecimiento	34
Sección 1. Definir y medir la calidad de vida	24	Sección 4. Envejecimiento sano y productivo	35
Personas mayores que no pueden salir de casa	24	Calidad de vida y función cognitiva en la vida real	35
Calidad de vida de las personas mayores sanas	25	Experiencia de personas mayores en trabajos remunerados	36
Añadir calidad a cantidad	25	Valorar la importancia de la reminiscencia en la calidad de vida de las personas mayores	36
Creencias religiosas y sentido existencial en la vejez.....	26	Sección 5. Familia y redes de apoyo	38
Investigación antropológica sobre los significados de calidad de vida para no expertos y para profesionales	27	Hombres mayores, sus ámbitos sociales y estilos de vida saludables	38
Entorno e identidad en la vejez	28	Viudas y viudos mayores.....	39
Sección 2. Desigualdades en la calidad de vida	29	Calidad de vida y apoyo social en personas de diferentes grupos étnicos	40
Factores que influyen en la calidad de vida en la edad madura	29	Trabajo familiar y calidad de vida.....	41
Desigualdades en la calidad de vida en personas de 75 y más años	29	Soledad, aislamiento social y vivir solo en la vejez	42
Desigualdades étnicas en la calidad de vida en las personas mayores	30	Ser abuelos	43
Personas mayores en vecindarios deprimidos	31	Sección 6. Participación y actividad en la vejez	45
Análisis de las percepciones de la calidad de vida de personas mayores frágiles durante y después de su ingreso en centros institucionales	32	Ganancia y pérdida de poder	45
		Vidas y voces de mujeres mayores.....	46
		Personas mayores y educación continuada	47

INTRODUCCIÓN

El Programa Envejecer (GO) del Economic and Social Research Council (ESRC) es el programa de investigación en ciencias sociales sobre envejecimiento más amplio realizado hasta la fecha en el Reino Unido. Comenzó su andadura en mayo de 1999 y constó de 24 proyectos seleccionados entre más de 200 propuestas, con un equipo coordinador que incluía un director, un administrador y un supervisor del programa ESRC. En el año 2001 se incorporó al equipo un subdirector que fue además nombrado en esa fecha responsable del UK National Collaboration on Ageing Research (<http://www.shef.ac.uk/ukncar>).

El objetivo central de la investigación del programa se encuentra en el núcleo del reto principal que afrontan las políticas sobre envejecimiento en el mundo desarrollado: en palabras de la OMS, «hasta ahora se han ido añadiendo años a la vida, el reto es ahora añadir vida a los años». Por ello el primer objetivo fue crear un amplio programa multidisciplinar y coordinado de investigación en ciencias sociales sobre diversos aspectos de la calidad de vida en las personas mayores. Los contenidos de esta publicación demuestran que se alcanzó dicha meta.

El segundo objetivo supone, sin embargo, un desafío mucho mayor: tratar de contribuir al desarrollo de políticas y prácticas sobre el terreno y, esperamos que de este modo, extender la calidad de vida. Está claro que la política y la práctica no son el ámbito de los investigadores científicos y por tanto se pretende mostrar evidencias que puedan ser fácilmente comprendidos por políticos y profesionales. Con este propósito, los investigadores del programa y el equipo coordinador han dedicado mucho tiempo a conectar sus experiencias con el ámbito de la política y la práctica. El medio principal fue a través de las series *GO Findings*. Además de ello, hubo reuniones específicas con políticos y con profesionales. Llevaría tiempo saber si el programa ha influido realmente en la calidad de vida de las personas mayores, pero se ha realizado un gran esfuerzo en este sentido.

Esta publicación refleja la intención del programa de comunicar lo más ampliamente posible los hallazgos de los estudios, así como el objetivo estratégico del ESRC de compro-

miso con las personas objeto del estudio. Cada equipo del proyecto ha preparado un sucinto resumen de sus principales hallazgos y se invita a los lectores que deseen más información a que visiten la página web del Programa GO (<http://www.shef.ac.uk/uni/projects/gop/index.htm>) o a que contacten directamente con los investigadores. El programa se dividió inicialmente en seis áreas de investigación con el objetivo de cubrir todas las materias relativas a ampliar la calidad de vida:

- Definir y medir la calidad de vida.
- Desigualdades en la calidad de vida.
- Tecnología y creación del entorno.
- Envejecimiento sano y productivo.
- Familia y redes de apoyo.
- Participación y actividad en la vejez.

Aunque ninguno de los proyectos se centra sólo en el área al que está asignado, aquí se presentan en grupos para indicar el objetivo principal de la investigación. La distribución final de las materias se estableció únicamente por su grado de aplicación en los grupos científicos sociales.

Pese a que los siguientes resúmenes no muestran la extensión y profundidad de cada proyecto, deseamos que transmitan sus puntos clave y que motiven la búsqueda de más información y se valore la calidad del Programa GO.

ALAN WALKER, Director
Catherine Hennessy, Subdirectora

Datos de contacto

Growing Older Programme
Department of Sociological Studies
University of Sheffield
Sheffield S10 2TU
Tel: 0114 222 6467
Fax: 0114 222 6492
Email: Marg.Walker@shef.ac.uk

1. DEFINIR Y MEDIR LA CALIDAD DE VIDA

Personas mayores que no pueden salir de casa: relaciones entre identidad, autoestima y empleo de servicios asistenciales

John Baldock y Jan Hadlow

Estudio

Se pretendió comprender por qué algunas personas mayores con discapacidad que viven en la comunidad no solicitan o no aceptan servicios de asistencia sanitaria y social a los que tienen derecho.

La novedad metodológica fue relacionar dos enfoques habitualmente distintos para entender las vidas de las personas mayores: la política social centrada en necesidades y servicios; y un enfoque procedente de la gerontología social que implica el estudio biográfico del «envejecimiento desde dentro» y de cómo las personas perciben su identidad a medida que envejecen.

Mediante cuestionarios cualitativos se entrevistaron dos veces durante seis meses a treinta y cinco personas de 75 y más años que vivían solas, que habían quedado recientemente incapacitadas para salir del domicilio debido a una enfermedad física limitante.

Hallazgos principales

En primer lugar, el estudio mostró que:

- Las personas mayores recientemente confinadas en el domicilio sufren un descenso inicial de su autoestima pero la mayoría la recuperan a medida que reorganizan la confianza en sí mismas, basada más en las relaciones con la familia y los aspectos mentales y espirituales de la vida que con los servicios sanitarios y sociales.
- Es más fácil mantener la autoestima si hay cambios en la rutina o mayores contactos con la familia u otras personas.
- Es más probable que la autoestima se mantenga baja o disminuya cuando la salud empeora o hay pocos cambios en la rutina o en los contactos familiares y sociales.

Una de las principales conclusiones de esta política es que:

- Quienes ofrecen servicios deben intervenir tempranamente de modo que se aumenten las relaciones sociales de la persona mayor, pero deberán prever resistencia por parte de ésta. Inicialmente se obtendrá igual beneficio por la rapidez de la intervención como por las valoraciones detalladas y la adecuación de los

servicios a las necesidades, sobre todo cuando éstas pueden retrasar más el contacto con los demás.

En segundo lugar, se demostró que:

- La vejez es de hecho un período de «trabajo de la identidad» en el que las personas buscan vías para mantener su propia imagen y para vincular su existencia actual con su pasado. Necesitan ser vistas, y verse a sí mismas, no como dependientes de servicios sino como personas completas con una vida de valores y logros. Como consecuencia, se centran menos en necesidades prácticas de servicios.
- Pocas personas mayores mencionaron los servicios cuando se les preguntaron sobre los factores de calidad en sus vidas, aunque 15 habían sido valoradas y 10 recibían servicios a domicilio.
- Las personas tardaron en mencionar sus discapacidades (es decir, las cosas que no podían hacer).
- Al describir sus vidas usaron categorías e ideas diferentes a las empleadas por los profesionales; denominamos a este patrón: «lenguaje interno» (centrado en sentimientos, relaciones, en sí mismos) frente a «lenguaje de necesidades» (centrado en recursos, habilidades, discapacidades).
- Los hallazgos sugieren que no hay límites en el grado en el que la visión, que tienen las personas mayores sobre sus circunstancias y necesidades puede acomodarse con la de los proveedores de posibles de servicios.

Datos de contacto

John Baldock
School of Social Policy, Sociology and Social Research
Cornwallis-NE
University of Kent at Canterbury
Canterbury
Kent CT2 7NF
Tel: 01227 827574
Fax: 01227 824014
Email: jcb4@kent.ac.uk

Publicaciones

- Baldock, J. and Hadlow, J. (2002) «Self-Talk Versus Needs-Talk: An exploration of the priorities of housebound older people», *Quality in Ageing*, 3, 1, pp.42-48.
- Baldock, J. and Hadlow, J. (2003) «How Older People Adapt to Becoming Housebound», *Nursing and Residential Care*, 5, 7, pp. 346-348.

Calidad de vida de las personas mayores sanas: entorno residencial y procesos de comparación social

J Graham Beaumont y Pamela Kenealy

Estudio

Deseábamos investigar la calidad de vida percibida por las personas mayores en nuestra localidad, y en concreto cómo sus condiciones de vida (vivir solo, en pareja, en hogares tutelados o en residencia) contribuían a valorar su calidad de vida. Quisimos también investigar de qué modo la comparación social con otros influía en la valoración que hicieron estas personas mayores.

Hallazgos principales

- Los factores más importantes que determinan la percepción de una buena calidad de vida fueron la auto-percepción de la salud, no tener depresión, optimismo personal, capacidades cognitivas bien conservadas y aspectos del entorno social.
- Los temas habituales acerca de la calidad de vida, mencionados por los participantes como importantes, fueron aspectos relacionados con su familia, su salud y condiciones del hogar.
- Respecto a los estilos de convivencia, la mejor calidad de vida fue referida por quienes vivían con su pareja; mientras que las personas que vivían en residencias manifestaron niveles más bajo, con independencia de su salud o discapacidad.
- La depresión desemboca en una peor percepción de la calidad de vida, con mayor frecuencia de lo que la mala calidad de vida conduce a la depresión.
- La principal estrategia de comparación social fue el

contraste descendente (considerarse a sí mismo distinto de quienes están «peor») y éste parece ser un enfoque adaptativo y funcional que mejora la visión que se tiene de la calidad de vida.

- Quienes realizaban actividades de voluntariado solían tener una peor percepción de su calidad de vida.
- Las ausencias en la memoria autobiográfica se relacionan con una visión más positiva de su calidad de vida y un menor grado de depresión.
- Las respuestas sobre las percepciones de la calidad de vida están muy influidas por la naturaleza de la pregunta formulada.

Datos de contacto

Professor J Graham Beaumont
School of Psychology and Therapeutic Studies
University of Surrey Roehampton
Whitelands College
West Hill
London SW15 3SN
Tel: 020 8780 4500 ext 5013
Fax: 020 8780 4501
Email: gbeaumont@rhn.org.uk

Publicaciones

- Beaumont, G., Kenealy, P., Murrell, R., Callander, G., Kingsley, B. and Golden, A.M. (2002) «Psychological processes and perceived quality of life in the healthy elderly», *Proceedings of the British Psychological Society*, 10, 54.
- Beaumont, J.G. and Kenealy, P.M. (2003) «Quality of Life in Healthy Old Age», *Ageing & Society* (presentado).
- Beaumont, J.G. and Kenealy, P.M. (2003) «Quality of Life of Healthy Older People: Residential Setting and Social Comparison Processes», *Nursing and Residential Care* (presentado).

Añadir calidad a cantidad: visión de las personas mayores sobre su calidad de vida y su mejora

Ann Bowling, Zahava Gabriel, David Banister y Stephen Sutton

Estudio

El estudio se realizó para examinar las definiciones y prioridades de las personas mayores, en relación a la buena calidad de vida. Para ello se entrevistó a una muestra aleatoria de 999 personas de Gran Bretaña de 65 y más años que vivían en su domicilio. El cuestionario de la entrevista era se-

miestructurado. Los participantes tenían en general unas características sociodemográficas similares a las de las personas de 65 y más años de Gran Bretaña según la estimación para la población media en el censo de 1991, y comparadas con las personas de 65 y más años, que vivían en su domicilio, que participaron en la General Household Survey.¹

Hallazgos principales

La mayoría de hombres y mujeres valoraron su calidad de vida como buena en diversos grados, en vez de simplemente buena o mala. La calidad de vida empeoró al aumentar la edad, siendo casi tres cuartas partes de las perso-

¹ Encuesta General de Hogares.

nas entre 65 y 69 años las que estimaron sus vidas de forma global como «tan buena que no podría ser mejor», en comparación con la mitad a un tercio de ellas en los grupos de más edad. Los modelos de regresión indicaron que los elementos esenciales, o propulsores, de la calidad de vida en las personas mayores eran:

- Los modelos individuales de comparación social y expectativas en la vida.
- Un sentimiento optimista y una creencia en que «todo irá bien al final», en vez de tender a pensar lo peor (perspectiva de la vida como un «vaso medio lleno» en vez de «medio vacío»).
- Tener buena salud y función física.
- Participar en un mayor número de actividades sociales y sentirse apoyados.
- Vivir en un vecindario con buenas instalaciones y servicios comunitarios, incluyendo transporte.
- Sentirse seguro en su vecindario.

Una variable que posiblemente intervino fue la autoeficacia y el control sobre su propia vida. Estos factores contribuyeron mucho más en la percepción de la calidad de vida que los indicadores de circunstancias materiales, como el nivel actual de ingresos, la educación, la propiedad de una vivienda o el estatus social. Los resultados del modelo fueron apoyados por los de la encuesta de tipo respuesta abierta y por las entrevistas cualitativas, además de algunos otros factores clave –en concreto, la importancia de la percepción de tener unos ingresos suficientes y de mantener la independencia y el control sobre su propia vida.

Datos de contacto

Professor Ann Bowling
Department of Primary Care and Population Sciences

University College London
Royal Free Campus
Rowland Hill Street
London NW3 2PF
Tel: 020 7830 2239
Fax: 020 7794 1224
Email: a.bowling@pcps.ucl.ac.uk

Publicaciones

- Banister, D. and Bowling, A. «Quality of life for the elderly - the transport dimension», *Transport Policy* (en prensa).
- Bowling, A., Bannister, D., Sutton, S., Evans, O. and Windsor, J. (2002) «A multidimensional model of quality of life», *Ageing and Mental Health*, 6, pp.355-371.
- Bowling, A. et al. «An integrational model of quality of life in older age. A comparison of analytic and lay models of quality of life», *Social Indicators Research* (en prensa).
- Bowling, A. and Gabriel, Z. «Perspectives on quality of life in older age: older people talking», *Ageing and Society* (presentado).
- Bowling, A., Gabriel, Z., Dykes, J. Marriott-Dowding, L., Fleissig, A., Evans, O., Banister, D. and Sutton, S. «What people say: definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over», *International Journal of Ageing and Human Development* (en prensa).
- Bowling, A. and Kennelly, C. (2002) «Adding quality to quantity: older people's views on quality of life and its enhancement», Policy Document, London: *Age Concern England*.
- Bowling, A., See-tai, S., Solanki, P., Gabriel, Z. and Ebrahim, S. «How old is old - are we as old as we feel?», *Journal of Gerontology* (B-PSS) (en preparación).

Creencias religiosas y sentido existencial en la vejez: la experiencia de cónyuges mayores en duelo

Peter Coleman, Fionnuala McKiernan, Marie Mills y Peter Speck

Estudio

El objetivo fue conocer las creencias religiosas y espirituales, entre otras, de las personas mayores, y comprender el sentido existencial en el contexto del duelo del cónyuge superviviente. Fue un estudio exploratorio, con el objetivo de ofrecer amplias descripciones sobre los aspectos que surgen en relación con las creencias y su apoyo tras el duelo. Con la ayuda de médicos y de directores de funerarias en tres ciudades/pueblos en el sur de Inglaterra, se tomó una muestra compuesta por 28 cónyuges en duelo, 22 mujeres

y seis hombres. Durante el período de un año del estudio pudimos entrevistar tres veces a todas las personas, salvo a dos de ellas.

Hallazgos principales

Aunque el número de participantes era limitado, se apreció un patrón llamativo en los resultados en cuanto al grado de creencia y la adaptación. Se observaron síntomas de depresión y poca adaptación en los 11 miembros de la muestra que manifestaban una creencia moderada, es decir, personas que rezaban, aunque sólo una minoría acudía a la iglesia o creían en la vida después de la muerte. Nuestros estudios intensivos de casos han reflejado el tipo de creencias de estas personas y la evidencia en su desarrollo y cambio desde la niñez. También ilustran la importancia del apoyo de organizaciones religiosas a sus miembros mayores. Todos los participantes habían tenido una formación cristiana, y muchos

seguían sintiendo un vínculo continuo, pero tenían poco o ningún contacto con ello. Indicaron también la importancia que tienen las creencias en el bienestar en la vejez, y la necesidad de que las organizaciones seculares de asistencia social estén más preparadas para trabajar con organizaciones religiosas y de otro tipo para promover el bienestar espiritual en las actuales generaciones de personas mayores.

Datos de contacto

Professor Peter Coleman
School of Psychology
University of Southampton
Southampton SO17 1BJ
Tel: 023 8079 6131
Fax: 023 8079 6134
Email: p.g.coleman@soton.ac.uk

Investigación antropológica sobre los significados de calidad de vida para los no expertos y para los profesionales

Christopher McKevitt, Vincent La Placa y Charles Wolfe

Estudio

Se investigó el concepto de calidad de vida en la asistencia sanitaria, escogiendo el ictus como estudio de caso. Realizamos entrevistas a pacientes con ictus y a profesionales sanitarios, una encuesta nacional a médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y un trabajo etnográfico en una unidad de ictus.

Hallazgos principales

Los profesionales definieron la calidad de vida en dos sentidos: como resultado medible y, más habitualmente, como «felicidad» estimada por cada individuo para sí mismo. Pocos profesionales han realizado medidas de la calidad de vida (25% de los encuestados) por ser un concepto difícil de definir y de tratar. La objetivación de lo subjetivo con los cuestionarios utilizados para medir la calidad de vida fue vista como paradójica, y hubo preocupación por la interpretación y aplicación de los resultados a partir de los instrumentos estandarizados. No obstante, los terapeutas estimaron que la medición de la calidad de vida era válida en sus intervenciones con los pacientes.

La noción ampliamente usada de calidad de vida como «felicidad» se relacionó con la suposición de que las intervenciones clínicas pretenden mejorar la calidad de vida del pa-

Publicaciones

- Coleman, P.G. «Spiritual questioning in later life» En: A. Jewell (ed.), *Ageing, Spirituality and Well-Being*, London: Jessica Kingsley (en prensa).
- Coleman, P.G., McKiernan, F., Mills, M. and Speck, P. (2002) «Spiritual belief and quality of life: the experience of older bereaved spouses», *Quality in Ageing – Policy, Practice and Research*, 3, pp.20-26.

Con fondos de la Fundación Nuffield hemos investigado después, en una amplia encuesta entre los lectores de *Saga*,¹ las actitudes de las personas mayores hacia las organizaciones religiosas y el apoyo que ofrecen a estas personas. Se están elaborando actualmente los informes.

Se señaló también que los profesionales valoran de manera informal la calidad de vida del paciente a través de la observación y la conversación, empleando dichas valoraciones para ayudar en la asistencia.

En el contexto clínico, la «calidad de vida» apenas se mencionaba explícitamente. Más bien, la toma de decisiones en clínica se basaban en la evidencia de enfermedad y en la recuperación, medidas objetiva y subjetivamente, mediante los informes de los profesionales sobre los progresos, la participación y expectativas de sus pacientes. Se sondeó la visión del paciente y de la familia, apreciando su grado de realismo.

La «calidad de vida» no aparecía en las valoraciones del impacto de la enfermedad en los pacientes mayores con ictus; más bien, el impacto y la recuperación fueron analizados en términos de «vuelta a la normalidad». Esto sugiere que la enfermedad se valora de forma temporal, en relación con el propio estado de normalidad anterior del paciente.

La valoración de la calidad de vida es un asunto controvertido. La idea de que la calidad de vida del paciente puede ser evaluada a través de la observación puede ser problemática. Sugerimos que el concepto de calidad de vida es un aspecto esencialmente simbólico de la práctica biomédica que puede provocar afirmaciones y preguntas sobre la relación entre sufrimiento, discapacidad, dignidad, independencia y una vida que merezca la pena.

Datos de contacto

Dr Christopher McKevitt
Department of Public Health Sciences
King's College London

¹ Revista inglesa de carácter general destinada a personas mayores de 50 años.

Capital House
42 Weston Street
London SE1 3QD
Tel: 020 7848 6603
Fax: 020 7848 6620
Email: christopher.mckevitt@kcl.ac.uk

Publicaciones

McKevitt, C. (2001) «Stroke and quality of life», *Stroke News*, June.

McKevitt, C., La Placa, V. and Wolfe, C. (2001) «Definitions, Assessment and Uses of "Quality of Life"»: Stroke Professionals' Views', *Cerebrovascular Diseases*, 11 (suppl. 4), p.38.

McKevitt, C., Redfern, J., LaPlaca, V. and Wolfe, C. «Defining and using quality of life: a survey of health care professionals», *Clinical Rehabilitation* (en prensa).

McKevitt, C. and Wolfe C.D.A. (2002) «What does quality of life mean? The views of health care professionals», *Quality in Ageing*, 3, pp.12-19.

Entorno e identidad en la vejez: estudio cruzado

Sheila Peace, Caroline Holland y Leonie Kellaheer

Estudio

Aunque cada vez una mayor proporción de personas mayores viven en entornos aislados, para la mayoría de ellas el lugar habitual sigue estando en comunidades heterogéneas. La relación persona/entorno es compleja e implica la formación, mantenimiento y expresión de la propia identidad. A medida que las personas envejecen y sufren pérdidas en otros ámbitos de la vida, sus relaciones con los lugares donde viven pueden cambiar y ser más críticas. El estudio analizó las viviendas, las distancias entre ellas y el vecindario. Incluyó un amplio rango, desde residencias y hogares tutelados hasta diferentes tipos de pisos y casas en núcleos de diversos tamaños.

El estudio tuvo tres fases principales:

- Grupos centrados en personas mayores en Bedford, Haringey y Northamptonshire, para establecer áreas para una futura investigación.
- Entrevistas completas a 54 hombres y mujeres mayores en esas tres áreas. El cuestionario de la entrevista incluyó una herramienta diseñada a propósito, «la rueda de la vida», para facilitar la interactividad.
- Cinco de los participantes describieron también sus relaciones con los lugares donde habían vivido, en un vídeo titulado *En casa: identidad del lugar y vejez*.

Hallazgos principales

El estudio sugiere una «teoría de revinculación», alcanzándose una «calidad de vida» cuando las personas mayores pueden adoptar diferentes estrategias que permitan la unión en sus propios términos con la estructura social y material de la vida diaria. Las personas del estudio emplearon mediadores materiales, sociales y cognitivos para optimizar la integración de «lo propio» y «lo externo» en sus entornos, y mediante un proceso de «reconocimiento de

opciones» buscaron vías para reforzar o reproducir puntos de apego con el lugar.

La importancia de los espacios favoritos aumentó con la capacidad de las personas para salir de los mismos como parte de su rutina diaria, con el objetivo de regresar con «más energía» gracias al cambio. Esta «excursión» podría ser dentro o fuera del vecindario, o simplemente a otras habitaciones de la casa, y tuvo beneficios físicos y psicológicos en relación con la visión de uno mismo y con el sentido de dominio del entorno, que podría verse afectado en entornos más institucionales.

Datos de contacto

Dr Sheila Peace
School of Health and Social Welfare
The Open University
Walton Hall
Milton Keynes MK7 6AA
Tel: 01908 654240
Fax: 01908 6541224
Email: s.m.peace@open.ac.uk

Publicaciones

Peace, S. and Holland, C. (2001) *Inclusive Housing in an Ageing Society: innovative approaches*, Bristol: Policy Press.

Peace, S., Holland, C. and Kellaheer, L. (próxima aparición) «Making Space for Identity» in G. Andrews and D. Phillips, *Ageing in Place*, London: Routledge.

Peace, S., Holland, C. and Kellaheer, L. (próxima aparición) *Space Age: environment and identity in later life*, Buckingham: Open University Press.

Peace, S., Holland, C. and Kellaheer, L. (próxima aparición, 2004) «The Influence of Neighbourhood and Community on Wellbeing and Identity in Later Life: an English Perspective» in G.D. Rowles and H. Chaudhury, *Coming Home: International Perspectives on Place, Time and Identity in Old Age* (eds) New York: Springer Pub. Co.

2. DESIGUALDADES EN LA CALIDAD DE VIDA

Factores que influyen en la calidad de vida en los jóvenes mayores

David Blane, Paul Higgs y Richard Wiggins

Estudio

Se analizaron los factores que influyen a corto y largo plazo en la calidad de vida de los jóvenes mayores (se refiere a la fase de la vida entre la jubilación y el inicio de la dependencia física, es decir los 60/65-75 años, con una horquilla entre los 55-85 años). Para una proporción cada vez mayor de la población, esta edad se caracteriza por un bienestar relativo y una salud razonable, que permite una calidad de vida más positiva. Otros estudios han mostrado que la «salud» en esta etapa se ve influida de forma independiente por acontecimientos que tuvieron lugar varias décadas antes. Se diseñó el estudio para identificar cualquier otro factor que tuviera una influencia similar a largo plazo en la «calidad de vida».

El estudio conceptualizó esta calidad de vida más positiva en términos de control, autonomía, autorrealización y placer, y elaboró una escala de 19 ítems para medir estos aspectos en la vida de una persona. El instrumento de medición resultante (CASP-19) se incluyó en una encuesta por correo enviada a una muestra aleatoria estratificada de una cohorte, que había sido entrevistada por Boyd Orr siendo niños entre 1937 y 1939, y que volvió a ser entrevistada entre 1997/1998, en la edad madura, cuando se recogió la información retrospectiva acerca de su vida adulta. El diseño del estudio permitió analizar la calidad de vida en los jóvenes mayores, medida por el CASP-19, en relación con los factores que influyen a corto plazo (encuesta por correo y encuesta de 1997/1998) y a largo plazo (encuesta de 1937/1939 y datos retrospectivos de 1997/1998).

Posteriormente, nuestra medición de la calidad de vida, CASP-19, se ha incluido en tres amplias encuestas de Gran Bretaña y en encuestas de Europa Occidental y del Este.

Hallazgos principales

- La calidad de vida en los jóvenes mayores se ve afectada por diversos factores, que incluyen salud, circunstancias económicas, calidad de las relaciones sociales, características de la localidad donde se habita y control en el proceso de la jubilación.
- No hay un único factor predominante. La salud (en primer lugar) y las circunstancias económicas (en segundo lugar) son importantes, pero la calidad de vida en esta edad es el resultado global de muchos factores.
- El grado de desventaja social acumulada durante la niñez y edad adulta predice la calidad de vida en esta edad, pero estos factores a largo plazo sólo influyen a través de su efecto en circunstancias más inmediatas, como tener una pensión suficiente, el lugar de residencia y la salud. En este sentido, todas las personas pueden tener calidad de vida en esta etapa, pese a que haya desventajas iniciales.

Datos de contacto

Dr David Blane
Department of Social Science and Medicine
Imperial College London
St Dunstan's Road
London W6 8RP
Tel: 020 7594 0789
Fax: 020 7594 0854
Email: d.blane@imperial.ac.uk

Publicaciones

- Higgs, P., Hyde, M., Wiggins, R. and Blane, D. (2003) «Researching quality of life in early old age: the importance of the sociological dimension», *Social Policy and Administration*, 37, pp.239-252.
- Hyde, M., Wiggins, R., Higgs, P. and Blane, D. (2003) «A measure of quality of life in early old age: the theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19)», *Ageing and Mental Health*, 7, pp.186-194.
- Wiggins, R., Higgs, P., Hyde, M. and Blane D. (próxima aparición) «Lifecourse and contextual influences of quality of life in early old age», *Ageing and Society*.

Desigualdades en la calidad de vida en personas de 75 y más años

Elizabeth Breeze

Estudio

El estudio consistió en un análisis de los datos del Medical Research Council Trial¹ del Assessment and Management of Older People in the Community,² que se había realizado a escala nacional. Su objetivo fue analizar las relaciones en-

¹ Estudio del Consejo de Investigación Médica.

² Valoración y Tratamiento de las Personas Mayores en la Comunidad.

tre los factores socioeconómicos y la calidad de vida de las personas mayores, así como observar si éstas se explican por factores relacionados tanto con el nivel socioeconómico como con la calidad de vida.

Los resultados se obtuvieron de la Philadelphia Geriatric Morale Scale³ y de cuatro componentes del Sickness Impact Profile⁴ (SIP). De las 9.547 personas que cumplían los requisitos, 6.298 (el 66%) ofrecieron información completa sobre calidad de vida y factores explicativos.

Hallazgos principales

Se encontró que el riesgo a sufrir una peor calidad de vida era significativamente diferente en función del régimen de tenencia de la vivienda. La salud subjetiva, unido al consumo simultáneo de alcohol y tabaco, explican, al menos, la mitad del diferencial encontrado según el régimen de tenencia de la vivienda. No se apreciaron diferencias según el nivel socioeconómico en el estado de bienestar después de haber percibido ayudas. Un estatus socioeconómico tanto en la edad adulta como en la vejez duplicó el riesgo de obtener malos resultados en el SIP (salud) y aumentó en un 75% la posibilidad de tener bajo el ánimo. A los efectos de la clase social sobre los resultados del SIP, se sumaba la influencia de las condiciones precarias de algunos barrios.

Los resultados en el bienestar subjetivo fueron diferentes a los del SIP que incluían la salud física. Por ejemplo, el bajo ánimo se relaciona menos con la edad y más con el sexo. Se apreció un peor ánimo y menor interacción social entre las personas que viven solas o con el cónyuge que entre las que viven con otras personas. Además, la densidad de población sólo tuvo una relación significativa con el bajo ánimo en las áreas rurales que tenían un riesgo bajo.

En conclusión, las personas mayores se ven condicionadas por su antigua situación socioeconómica además de por las condiciones actuales, de modo que las políticas para reducir las desigualdades en la salud deberían abarcar a las generaciones mayores así como a las más jóvenes. Los hallazgos sobre el terreno concuerdan con las actuales políticas que tratan de modificar los entornos comunitarios así como para permitir que las personas mantengan su independencia. Las actuaciones que afectan a la diferencia del

estado de bienestar puede que tengan que ser diferentes a las que intentan reducir las desigualdades en la salud física.

Los investigadores en este proyecto fueron Elizabeth Breeze, Chris Grundy, Prof. Astrid Fletcher, Dr. Paul Wilkinson del London School of Hygiene and Tropical Medicine. El Dr. Dee Jones y Amina Latif de la University of Wales College of Medicine organizaron y llevaron a cabo el aspecto de la calidad de vida en el estudio MRC. El Prof. Christopher Bulpitt del Imperial College es un investigador del ensayo MRC.

Datos de contacto

Dr Elizabeth Breeze
Centre for Ageing and Public Health
London School of Hygiene and Tropical Medicine
Keppel Street
London WC1E 7HT
Tel: 020 7927 2109
Fax: 020 7580 6897
Email: elizabeth.breeze@lshtm.ac.uk

Publicaciones

- Breeze, E. (2002) *Health inequalities among older people in Great Britain*, PhD Thesis, London University (London School of Hygiene and Tropical Medicine).
- Breeze, E., Fletcher A.E., Jones, D.A., Wilkinson P, Bulpitt, C.J. and Latif, A.M., *Association of quality of life in old age in Britain with socioeconomic position: baseline data from randomised controlled trial*, (presentado).
- Breeze, E., Grundy, C., Fletcher, A., Wilkinson, P., Bulpitt, C. and Jones, D. (2001) «Variations in quality of life by housing tenure and area-based socioeconomic indicators among people aged 75 and over» in S. Tester, C. Archibald, C. Rowlings and S. Turner (eds) *Conference Proceedings. Quality in Later Life: Rights, Rhetoric and Reality*, September 2001, British Society of Gerontology, pp.27-29.
- Breeze, E., Wilkinson, P., Fletcher, A.E., Jones, D.A., Grundy, C., Bulpitt, C.J. and Latif, A.M., *Area deprivation, social class and quality of life among people aged 75 years and over in Britain*, (presentado).

Desigualdades étnicas en la calidad de vida en las personas mayores: elementos subjetivos y objetivos

James Nazroo, Madhavi Bajekal, David Blane
e Ini Grewal

³ Escala Moral del Centro Geriátrico de Filadelfia.

⁴ Perfil del Impacto de la Enfermedad.

Estudio

La vida de las personas mayores se ve afectada por importantes cambios ocurridos en Gran Bretaña, pero apenas se ha estudiado el grado de influencia que pueden tener entre los diferentes grupos étnicos. El estudio se diseñó para

analizar las desigualdades étnicas en las circunstancias que rodean a las personas mayores, mediante una amplia conceptualización de la calidad de vida. El estudio se centró en cuatro grupos étnicos; caribeños, hindúes, pakistaníes y de raza blanca, y fue realizado en dos fases: análisis secundarios de datos cuantitativos para describir niveles de desigualdad entre grupos étnicos, y un estudio cualitativo que se centró en explicar las diferencias étnicas que influyen en los niveles de calidad de vida.

Hallazgos principales

El aspecto cuantitativo del estudio reveló mayor desigualdad étnica a medida que se incrementa la edad en los siguientes factores: condiciones materiales, salud, ambiente delictivo y físico. En ellos, el grupo de personas de raza blanca solía estar en la mejor situación, seguido del hindú y caribeño, y, en último lugar, el pakistaní, que tuvo los peores resultados en los tres aspectos. No obstante, en relación con las influencias de elementos menos formales de la comunidad –redes sociales y percepción de la infraestructura local– las diferencias fueron opuestas: las personas pakistaníes obtuvieron los mejores resultados y las de raza blanca los peores resultados.

En las entrevistas cualitativas a las personas, todos los grupos étnicos identificaron seis factores que influyeron en su calidad de vida: realizar una actividad, contar con redes de apoyo, ingresos y bienestar, salud, disponer de tiempo e independencia. Aunque estos factores estaban presentes en todos los grupos, el modo en que eran percibidos variaba según la etnia a la que pertenecían. Estas diferencias se debían en parte a condicionantes económicos y de salud, en donde había grandes desigualdades étnicas, como confirmó el análisis cuantitativo. Las entrevistas cualitativas explicaron también el origen de las desigualdades étnicas en las personas mayores. En este sentido, se consideraron fac-

tores importantes: la migración y consiguiente empleo, el historial clínico, la formación de comunidades inmigrantes y el mantenimiento y ruptura de las redes familiares, parecieron ser importantes. Junto a las dimensiones negativas de las desigualdades económicas y de salud, los hallazgos cualitativos sugerían que el esfuerzo que las personas inmigrantes habían realizado en desarrollar comunidades locales, tanto en términos de infraestructura local como de redes comunitarias, les protegía frente a la desigualdad y les proporcionaba una gran compensación.

Datos de contacto

Professor James Nazroo
Department of Epidemiology and Public Health
University College London
1-19 Torrington Place
London WC1E 6BT
Tel: 020 7679 1705
Fax: 020 7813 0280
Email: j.nazroo@public-health.ucl.ac.uk

Publicaciones

- Bajekal, M., Blane, D., Grewal, I., Karlsen, S. and Nazroo, J. (2003) *Ethnic Differences in Influences on Quality of Life at Older Ages: A Quantitative Analysis* (presentado).
- Grewal, I., Nazroo, J., Bajekal, M., Blane, D. and Lewis, J. (2003) *Influences on quality of life: A qualitative investigation of ethnic differences among older people in England* (presentado).
- Nazroo, J., Bajekal, M., Blane, D. and Grewal, I. (próxima aparición) «Ethnic inequalities at older ages» in C. Hennessy and A. and Walker (eds) *Growing Older: extending quality life*, Buckingham: Open University Press.

Personas mayores en barrios deprimidos: exclusión social y calidad de vida en la vejez

Thomas Scharf, Chris Phillipson, Paul Kingston y Allison Smith

Estudio

El propósito del estudio ha sido proporcionar una nueva visión sobre la experiencia de la desigualdad en la vejez. Se han examinado aspectos de la calidad de vida en personas mayores que viven en áreas con grandes carencias sociales, para poder determinar los factores que contribuyen a la inclusión y exclusión social en la vejez. La investigación se ha centrado de forma particular en explorar las destrezas que utilizan las personas mayores ante los diversos riesgos relacionados con la vida en entornos urbanos deprimidos, así

como las estrategias de supervivencia y las redes de apoyo que desarrollan.

El estudio incluyó una encuesta a 600 personas de 60 y más años que vivían en áreas deprimidas de tres ciudades inglesas, y entrevistas en profundidad con 130 personas mayores de esas áreas.

Hallazgos principales

El análisis del conjunto de datos ha puesto de manifiesto una serie de riesgos a los que se enfrentan las personas mayores en barrios deprimidos. Éstos incluyeron un elevado riesgo de pobreza y vulnerabilidad ante fuertes carencias sociales, una desproporcionada elevada tasa de delincuencia, e índices relativamente altos de aislamiento social y so-

edad. El estudio ha confirmado que las personas mayores pertenecientes a algunos grupos étnicos minoritarios son especialmente propensas a múltiples riesgos relacionados con la exclusión social.

El estudio se ha caracterizado por un elevado nivel de compromiso con los grupos encuestados. Se ha generado una respuesta gubernamental a escala nacional y ha influido en el desarrollo de debates políticos entre diversas organizaciones no gubernamentales.

Datos de contacto

Dr Thomas Scharf
Centre for Social Gerontology
School of Social Relations
Keele University
Staffordshire ST5 5BG
Tel: 01782 584066
Fax: 01782 584069
Email: t.s.scharf@keele.ac.uk

Análisis de la percepción de la calidad de vida de personas mayores frágiles durante y después de su ingreso en centros institucionales

Susan Tester, Gill Hubbard, Murma Downs, Charlotte MacDonald y Joan Murphy

Estudio

El objetivo general del estudio fue mejorar la comprensión del significado de la calidad de vida para las personas mayores frágiles, desde su propia perspectiva, durante una fase que suele percibirse como negativa. Los cinco objetivos específicos fueron desarrollar una nueva conceptualización de la calidad de vida en la persona mayor frágil; desarrollar métodos innovadores para conocer la visión de la persona mayor; analizar los modos en los que el ingreso en un centro institucional afectan a la calidad de vida; identificar las desigualdades en las experiencias de la calidad de vida; y analizar la relación entre calidad de vida y calidad en los cuidados.

Se trató de un estudio etnográfico cuya prioridad era comprender las perspectivas de las personas mayores con todo tipo de fragilidad física y/o mental, mediante un enfoque interaccionista simbólico. Los métodos empleados fueron: formación de los seis grupos objeto de estudio; observación durante 24 horas en cuatro centros asistenciales; entrevistas personales y observaciones a 52 residentes frágiles

Publicaciones

- Scharf, T., Phillipson, C., Kingston, P. and Smith, A.E. (2001) «Social exclusion and ageing», *Education and Ageing*, 16, 3, pp.303-320.
- Scharf, T., Phillipson, C., Smith, A.E., and Kingston, P. (2002) *Growing Older in Socially Deprived Areas: Social Exclusion in Later Life*, London: Help the Aged.
- Scharf, T., Phillipson, C., Smith, A.E. and Kingston, P. (2002) «Older people in deprived areas: perceptions of the neighbourhood», *Quality in Ageing*, 3, 2, pp.11-21.
- Scharf, T., Phillipson, C. and Smith, A.E. (2003) «Older people's experience of crime in deprived areas», *Help the Aged, Age Today* 3, pp.10-12.
- Scharf, T. and Smith, A.E. (2003) «Older people in urban neighbourhoods: addressing the risk of social exclusion in later life», in C. Phillipson, G. Allan and D. Morgan (eds). *Social Networks and Social Exclusion*, Ashgate, Aldershot.
- Smith, A.E. (2000) «Quality of Life: a review», *Education and Ageing*, 15, 3, pp.419-435.

ingresados recientemente en centros asistenciales. Mediante ellos, conseguimos conocer las perspectivas y experiencias subjetivas de los residentes mayores frágiles. Empleamos el innovador método *Talking Mats*[®] para entrevistar a aquellos que tenían dificultades de comunicación.¹ Se elaboró asimismo un nuevo método para difundir los resultados que consistía en un CD interactivo que incorporaba vídeo, audio, texto y fotogramas para representar los resultados de forma visual y escrita.

Hallazgos principales

A pesar de los aspectos negativos de la fragilidad en la vejez y de vivir en centros asistenciales, observamos y obtuvimos percepciones de buena calidad de vida en los aspectos de la vida que las personas entendían como elementos clave en la calidad de vida: significado de la persona; entorno y cuidados; relaciones y actividades. Los principales factores que influían en una percepción más o menos positiva de la calidad de vida fueron la fragilidad, autoimagen, comunicación, control, continuidad y discontinuidad. El factor sexo, la clase social y la raza de los participantes también determinaron sus percepciones y experiencias.

Para promover la calidad de vida, políticos, proveedores de servicios y médicos no deben basarse en sus propias opiniones, sino en las diferentes prioridades que tienen las personas mayores frágiles; hay que extraer las consecuencias positivas que hemos identificado y evitar las negativas.

¹ *Talking Mats* («tapetes que hablan») consiste en un juego de tapetes con imágenes referentes a objetos y a estados de ánimo básicos que sirven como vía de comunicación.

Los proveedores de servicios asistenciales tienen un papel importante para hacer que los residentes mantengan el sentido de su identidad, se comuniquen de forma verbal y también no verbal, ejerciten su propio control y sus derechos, mantengan y desarrollen relaciones, y tengan una actividad con sentido y una interacción con el entorno en los centros asistenciales.

Datos de contacto

Susan Tester
Senior Lecturer
Department of Applied Social Science
University of Stirling
Stirling FK9 4LA
Tel: 01786 467701
Fax: 01786 467689
Email: susan.testers@stir.ac.uk

Publicaciones

- Hubbard, G., Cook, A., Tester, S. and Downs, M. (2002) «Beyond words: older people with dementia using and interpreting non-verbal behaviour», *Journal of Aging Studies*, 16, 2, pp.155-167.
- Hubbard, G., Cook, A., Tester, S. and Downs, M. (2003) *Sexual expression in institutional care settings* (interactive CD Rom).
- Hubbard, G., Downs, M. and Tester, S. (2001) «Including the perspectives of older people in institutional care during the consent process» in H. Wilkinson (ed.) *The perspectives of people with dementia - research methods and motivations*, London: Jessica Kingsley.
- Hubbard, G., Downs, M. and Tester, S. (2003) «Including older people with dementia in research: challenges and strategies», *Aging and Mental Health*, 7, 5, pp.351-362.
- Hubbard, G., Tester, S. and Downs, M. (2001) «Family carers talk about their perceptions of nursing homes», *Journal of Dementia Care*, September/October, p.37.
- Hubbard, G., Tester, S. and Downs, M. (2003) «Meaningful social interactions between older people in institutional care settings», *Ageing and Society*, 23, 1, pp.99-114.
- Murphy, J. (2003) *Talking Mats™ and frail older people: A low-tech communication resource to help people to express their views and feelings*, Department of Psychology, University of Stirling (video and booklet package).
- Tester, S., Downs, M. and Hubbard, G. (2000) «Research in Progress: Exploring perceptions of quality of life of frail older people», *Generations Review, Journal of the British Society of Gerontology*, 10, 3, pp.17-18.

3. TECNOLOGÍA Y CREACIÓN DEL ENTORNO

Transporte y envejecimiento: ampliar la calidad de vida de las personas mayores mediante el transporte público y privado

Mary Gilhooly, Kerry Hamilton, Maureen O'Neill, Jane Gow, Nina Webster y Frank Pike

Estudio

En general, se considera que la calidad de vida en la vejez se relaciona con el transporte público accesible y la independencia que supone disponer de un coche. Sin embargo, apenas ha habido estudios sobre este tema en el Reino Unido. El estudio de expertos de la Universidad de Paisley y de la Universidad del Este de Londres empleó un enfoque multimétodo para analizar la relación entre calidad de vida y acceso a transporte público y privado. El estudio también analizó el grado en que las necesidades de transporte de las personas mayores se tienen en cuenta por los profesionales de este sector.

Hallazgos principales

El estudio demostró que disponer de un coche y el acceso al transporte estaban relacionados con una mejor percepción de la calidad de vida, y que eran predictores «independientes» de la misma. En otras palabras, el hecho de que los conductores/propietarios de coches declararan tener una mejor calidad de vida que quienes no conducían o no tenían coche, no puede explicarse simplemente por el hecho de que dispusieran de más dinero. Así, este estudio es uno de los primeros en demostrar que una buena accesibilidad al transporte se relaciona en sí misma con una mejor percepción de la calidad de vida. Se observaron diversas barreras para emplear el transporte público, siendo la más frecuentemente señalada la preocupación por la seguridad personal al atardecer o de noche. No llegaron al 50% las personas que respondieron que sí se tenían en cuenta las necesidades de las personas mayores por los responsables del transporte en metro, autobús o tren.

En las entrevistas con profesionales, se vio que los fabricantes de coches pensaban en cómo hacer más fácil y segura la conducción para las personas mayores. Por otro lado, se

observó que los responsables del transporte en tren y autobús veían a las personas mayores como una «molestia», en parte porque solicitan tarifas gratuitas. Se vio que la discapacidad (concebida en su mayor parte en términos de accesibilidad en silla de ruedas) era un motivo de preocupación, más que el envejecimiento. Las alteraciones sensoriales habituales en la vejez apenas fueron mencionadas por los responsables del transporte público.

La información de que disponer de acceso a un coche se relacionan con calidad de vida en las personas mayores no se ajusta con las actuales políticas de transporte, que tratan de reducir los viajes en coche y aumentar el uso de transporte público. Para disminuir el uso del coche, el Gobierno debería prestar más atención a aquellos aspectos del viaje en coche que se relacionan con una mejor calidad de vida. Deben estudiarse también los impedimentos al empleo de transporte público por personas mayores.

Datos de contacto

Professor Mary Gilhooly
Centre of Gerontology and Health Studies
University of Paisley
Paisley PA1 2BE
Tel: 0141 848 3771
Fax: 0141 849 4264
Email: mary.gilhooly@paisley.ac.uk

Publicaciones

- Gow, J., Webster, N., Gilhooly, M., Hamilton, K., O'Neill, M. and Mowat, H. (2002) «The social meaning of transport in the lives of older people», in T. Maltby, R. Littlechild, J. La Fontaine, S. Hunter and P. Brannelly (eds) *Active ageing: Myth or reality?* Proceedings of the British Society of Gerontology 31st Annual Conference, pp.115-117.
- Webster, N., Gow, J., Gilhooly, M., Hamilton, K., O'Neill, M. and Edgerton, E. (2002) «Transport barriers to activity in old age», in T. Maltby, R. Littlechild, J. La Fontaine, S. Hunter and P. Brannelly (eds) *Active ageing: Myth or reality?* Proceedings of the British Society of Gerontology 31st Annual Conference pp.117-121.

4. ENVEJECIMIENTO SALUDABLE Y PRODUCTIVO

Calidad de vida y función cognitiva en la vida real

Mary Gilhooly, Louise Phillips, Ken Gilhooly y Phil Hanlon

Estudio

Se analizó el valor predictivo de los factores de riesgo en la edad adulta en relación con la función cognitiva en la vejez. Los participantes fueron obtenidos de un estudio de personas de mediana edad que vivían en Paisley y Renfrew, realizado treinta años antes. La función cognitiva actual, tanto abstracta como en el mundo real (sensorial), fue valorada junto a las creencias y actitudes respecto al mantenimiento de la función cognitiva en la vejez. Se analizó la función cognitiva en relación con la percepción de la calidad de vida.

Los objetivos del estudio fueron:

- Determinar el valor predictivo de los factores de riesgo medidos en la edad adulta en relación con la función cognitiva del «mundo real» y abstracta en la vejez.
- Determinar el impacto de los antecedentes de morbilidad en la actual función cognitiva.
- Analizar conceptos de los no especialistas sobre los factores que influyen en la función cognitiva en la vejez.
- Analizar el grado en que las personas mayores se implican para mantener y aumentar la función cognitiva en la vejez.
- Analizar la relación entre función cognitiva y percepción de calidad de vida.

Hallazgos principales

Los factores de riesgo en la edad adulta, como la tensión arterial, el colesterol y la glucemia, no fueron predictores significativos de función cognitiva (juicio, memoria, razonamiento) en la vejez. La función pulmonar en la edad adulta, una medida del «envejecimiento biológico», se relacionó, sin embargo, con algunos aspectos de la función cognitiva «abstracta».

Los antecedentes de morbilidad no se correlacionaron con la función cognitiva en la vejez. No obstante, quienes valoraron su actual salud física como buena o excelente, obtuvieron mejor puntuación en los tests que valoraban el componente «velocidad» en la función cognitiva abstracta.

La mayoría de las personas mayores del estudio expresaron la opinión de que mantenerse activos, interesados, leer, hacer puzzles, relacionarse socialmente y tener hábitos de vida

saludable, podría ayudar a prevenir el declive cognitivo en la vejez. El 60% se inició deliberadamente en actividades específicas para mantener una buena función cognitiva.

La participación en actividades mentales, aunque no fuera de forma deliberada, se relacionaba con una mejor puntuación en los tests de «velocidad» de la función cognitiva abstracta. El inicio de actividades físicas y sociales no se asoció con una mejor realización de ninguno de los tests de función cognitiva.

La mejor realización de las tareas para resolver problemas de la «vida real» se relacionó con valoraciones más positivas de la calidad de vida, a diferencia de lo que ocurrió con las tareas «abstractas».

El estudio detectó un nuevo grupo de problemas de la «vida real». También ofreció información sobre la relación entre factores de riesgo en la edad adulta y función cognitiva en la vejez que se tendrían que tener en cuenta en los estudios sobre la función cognitiva en este período de la vida.

Datos de contacto

Professor Mary Gilhooly
Centre of Gerontology and Health Studies
University of Paisley
Paisley PA1 2BE
Tel: 0141 848 3771
Fax: 0141 849 4264
Email: mary.gilhooly@paisley.ac.uk

Publicaciones

- Gilhooly, K., Gilhooly, M., Phillips, L. and Hanlon, P. (2003) «Use it or lose it? Cognitive functioning in older adults», *Nursing and Residential Care*, 5, pp.392-395.
- Gilhooly, M., Gilhooly, K., Phillips, L., Harvey, D., Murray, A., Hanlon, P., Boyle, E. and Lothian, M. (2002) *Quality of life and real world cognitive functioning in older adults*, 31st Annual Conference of the British Society of Gerontology, Birmingham, September 12-14th, Abstract published in T. Maltby, R. Littlechild, J. La Fontaine, S. Hunter and P. Brannelly, (eds). *Active Ageing: Myth or Reality?*, p.20.
- Murray, A., Harvey, D., Gilhooly, M., Gilhooly, K., Phillips, L. and Hanlon, P. (2002) *Mid-life risk factors and cognitive functioning in older adults*, Annual Scientific Meeting of the Gerontological Society of America, Boston, November 22-25th, Abstract published in *The Gerontologist*, 42, Special Issue I, p. 136.

Experiencia de personas mayores en trabajos remunerados

Ivan Robertson, Peter Warr, Militza Callinan y Philip Bardzil

Estudio

El estudio analizó los patrones de bienestar subjetivo relacionados con el nivel de empleo en personas entre 50 y 75 años de edad. Se recogió la información mediante un cuestionario que se distribuyó a 1.167 hombres y mujeres desempleados, empleados y jubilados, incluyendo el bienestar afectivo y la satisfacción en la vida como indicadores de la percepción sobre la motivación, la salud y el entorno.

Hallazgos principales

Los participantes que estaban desempleados y buscaban trabajo mostraban un sentimiento de bienestar significativamente menor que quienes estaban empleados o jubilados. No obstante, no se apreció una diferencia significativa entre el bienestar de las personas empleadas y el de las jubiladas. Análisis separados realizados a personas por encima y por debajo de la edad de jubilación mostraron que, de hecho, existen diferencias entre ambos grupos, pero que el patrón (de percepción del bienestar) difiere por encima y por debajo de esta edad. Las personas jubiladas anticipadamente y las empleadas después de la edad legal de jubilación señalaban un mayor grado de bienestar. Se comprobó que esa diferencia reflejaba la opción personal de los encuestados: las personas en esos grupos habían podido elegir jubilarse antes, o trabajar pasada la edad legal de jubilación.

Las diferencias en el bienestar entre el desempleo, el empleo y la jubilación también variaban según la percepción del entorno en esas situaciones. En concreto, las diferencias respecto a la posibilidad de mantener el control personal, la variedad, un entorno adecuado y la seguridad física, se asociaron con el grado de bienestar, independientemente de la situación laboral de la persona. El entorno de la persona sin empleo era significativamente más pobre que el de las personas empleadas o jubiladas. Además, las personas con empleo, en comparación con las jubiladas, indicaron tener más ilusión, un mayor contacto interpersonal y una mejor posición social. No obstante, las personas jubiladas declararon tener más facilidad para manejar las situaciones.

El bienestar de las personas mayores no depende simplemente de su situación laboral. Se relaciona con las preferencias personales, con la posibilidad de elección de su situación personal y con la naturaleza de las características del entorno vividas en esa situación. Las comparaciones basadas sólo en la situación laboral pueden ser engañosas, porque los hallazgos en cualquier estudio concreto dependen de las preferencias y de las condiciones del entorno de las personas que han sido estudiadas.

Se observó, mediante análisis paralelos, la frecuencia de algunas actividades diarias (participación en música y teatro, trabajos en la casa y jardín) en cada situación laboral. Se vio que las actividades en la familia, las relaciones sociales, en la iglesia y de tipo caritativo fueron importantes la percepción del bienestar en este rango de edad, pero la realización de otro tipo de actividad no se relaciona con este estado subjetivo. Aunque se apreciaron algunas diferencias en la frecuencia en la realización de ciertas actividades entre personas mayores sin empleo, empleadas y jubiladas, la relación entre las actividades y el bienestar fue generalmente similar, independientemente de la situación laboral.

Datos de contacto

Professor Peter Warr
Institute of Work Psychology
University of Sheffield
Sheffield S10 2TN
Tel: 0114 222 3528
Fax: 0114 272 7206
Email: p.warr@sheffield.ac.uk

Publicaciones

- Warr, P., Butcher, V. and Robertson, I. «Activity and psychological well-being in older people» *Aging and Mental Health* (en prensa).
- Warr, P., Butcher, V., Robertson, I., and Callinan, M. *Older people's well-being as a function of employment, retirement, environmental characteristics and role preference* (presentado).
- Warr, P., Robertson, I., and Bardzil, P. (2002) *Paid employment and psychological health in older adults*, Paper to the British Psychological Society Annual Conference, March.

Valoración de la importancia de la reminiscencia en la calidad de vida de las personas mayores

Kevin McKee, Fiona Wilson, Helen Elford,
Fiona Goudie, Man Chung, Gillie Bolton
y Sharron Hinchliff

Estudio

La reminiscencia es «el recuerdo sonoro o silencioso de sucesos ocurridos en la vida de una persona, tanto si vive sola, como con otra o con un grupo de personas». El estudio se diseñó para determinar si la reminiscencia, facilitada como una actividad en personas mayores frágiles en centros de cuidados prolongados, mejoraba su calidad de vida.

Valoramos la calidad de vida de 142 personas mayores que vivían en centros asistenciales. Durante un mes, un grupo de estos residentes participaron en actividades de reminiscencia, mientras que un segundo grupo tomó parte de actividades de otro tipo (grupo de «actuación»). Un tercer grupo («control») continuó simplemente con sus actividades diarias. Al finalizar el mes valoramos la calidad de vida de los residentes, y volvimos a hacerlo transcurrido otro mes. También realizamos entrevistas y nos centramos en el personal cuidador, residentes y familiares cuidadores de las personas mayores para determinar sus puntos de vista sobre el papel de la reminiscencia.

Hallazgos principales

Observamos que los residentes que participaron en nuestras actividades tenían al final de dicho período mejor calidad de vida que quienes no tomaron parte en ellas.

El grado de beneficio psicológico que se obtuvo con la participación en las actividades de reminiscencia no varió significativamente del obtenido con otras actividades. Esto sugiere que los efectos beneficiosos se producen principalmente en el proceso de implicación en una actividad con sentido, más que en el contenido de dicha actividad.

Todas las personas mayores obtuvieron beneficios de estas actividades, con independencia de que sufrieran alguna alteración cognitiva o no. Las personas mayores con grados relativamente elevados de alteración cognitiva se beneficiaron de las actividades al menos tanto como las personas mayores sin dicha alteración.

La reminiscencia fue sobre todo útil, en primer lugar, como medio para que las personas mayores transmitieran al personal cuidador información acerca de su personalidad y los acontecimientos de su vida; y en segundo lugar, como un intento de mejorar las relaciones familiares intergeneracionales a través de conversaciones sobre la historia familiar.

Los residentes mostraron sensaciones de «discontinuidad» con su propio ser y con el mundo actual. Debido a que estas sensaciones podrían exacerbarse al centrarse en el pasado, el trabajo con la reminiscencia debería incluir la implicación con los sentimientos de discontinuidad de las personas mayores.

El personal cuidador se mostró preocupado porque la atención social (hablar, escuchar, compartir) de las personas mayores no se reconoce como «verdadera actividad» ni se fomenta desde los centros asistenciales.

Datos de contacto

Dr Kevin McKee
Sheffield Institute for Studies on Ageing
University of Sheffield

Community Sciences Centre
Northern General Hospital
Sheffield S5 7AU
Tel: 0114 2714099
Email: k.j.mckee@sheffield.ac.uk

Publicaciones

- Elford, H., McKee, K., Wilson, F., Hinchliff, S., Chung, M., Goudie, F. and Bolton, G. (2001), Evaluating the impact of reminiscence on the quality of life of older people, *Proceedings of the British Psychological Society*, 9, p.180.
- Elford, H., Wilson, F., McKee, K.J., Chung, M.C., Bolton, G. and Goudie, F. (2003) *Psychosocial benefits of reminiscence writing alone: An exploratory study* (presentado).
- McKee, K.J., Bolton, G., Chung, M.C., Elford, H., Goudie, F. and Wilson, F. (2000) «Evaluating the impact of reminiscence on quality of life» in A. Dickinson, H. Bartlett and S.Wade (eds), *Old age in a new age. Proceedings of the British Society of Gerontology 29th Annual Conference, Oxford 8-10 September 2000*, p.372), Oxford: School of Health Care, Oxford Brooks University.
- McKee, K.J., Elford, H., Wilson F., Hinchliff S., Goudie F., Chung M.C. and Bolton G. (2001) «The impact of reminiscence on quality of life», *Gerontology*, 47 (Suppl. 1), p.618.
- McKee, K.J., Wilson, F., Chung, M.C., Hinchliff, S., Goudie, F., Elford, H. and Mitchell, C. (2003) *Reminiscence, regrets, and activity in older people in residential care: Associations with psychological health* (presentado).
- McKee, K.J., Wilson, F., Elford, H., Bolton, G., Chung, M.C. and Goudie, F. (2003) «The impact of reminiscence on psychological well-being in older people», *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 38 (Suppl. 2), p.60.
- McKee, K., Wilson, F., Elford, H., Goudie, F., Chung, M. and Bolton, G. «Reminiscence work and cognitive impairment», *Proceedings of the British Psychological Society* (en prensa).
- McKee, K., Wilson, F., Elford, H., Goudie, F., Chung, M.C., Bolton, G., and Hinchliff, S. (2002) *Evaluating the impact of reminiscence on the quality of life of older people*, Sheffield: Sheffield Institute for Studies on Ageing, University of Sheffield.
- Wilson, F., Elford, H., McKee, K., Bolton, G., Chung, M., Goudie, F. and Hinchliff, S. (2001) «Reflections on a reminiscence project: engaging frail older people in a written approach to reminiscence-type activities» in S.Tester, C. Archibald, C. Rowlings and S.Turner (eds), *Quality in later life: rights, rhetoric and reality. Proceedings of the British Society of Gerontology 30th Annual Conference, Stirling, 31 August-2 September 2001*, pp.187-190, Stirling, Scotland: Department of Applied Social Science, University of Stirling.
- Wilson, F., Elford, E., McKee, K., Bolton, G., Hinchliff, S., Goudie, F., Chung, M. (2002) «Reminiscence in care settings for older people: the impact of reminiscence on the therapeutic relationship», *Proceedings of the British Psychological Society*, 10,2, p.109.

5. FAMILIA Y REDES DE APOYO

Hombres mayores, sus ámbitos sociales y estilos de vida saludables

Sara Arber, Kate Davidson, Kim Perren y Tom Daly

Estudio

El propósito fue poder comprender mejor el significado del factor masculinidad y de su influencia en los comportamientos relativos a la salud y en los ámbitos sociales de los hombres mayores, teniendo en cuenta, de manera especial, el estado civil. Los objetivos fueron:

- Analizar el factor masculinidad en hombres mayores haciendo hincapié en los siguientes aspectos: el apoyo familiar hacia esos hombres; su implicación en relaciones sociales con hombres y mujeres mayores; y su participación en organizaciones oficiales, de ocio y sociales. Se analizó la interacción entre estos tres tipos de apoyo, en el contexto de los diferentes niveles de salud, condiciones de vivienda y otros recursos de los hombres mayores.
- Analizar cómo influyen estos tres tipos de relaciones de apoyo social en los estilos de vida de los hombres mayores (actividad física, tabaco y alcohol) y en la valoración que hacen de su propia salud física y psicosocial, centrándose en las diferencias entre los hombres mayores según su estado civil, salud, clase social, biografía y recursos materiales.

El estudio empleó un enfoque multimétodo que incluía: investigación observacional de 25 organizaciones sociales de personas mayores; entrevistas cualitativas con 83 hombres mayores (31 casados, 30 viudos, 10 divorciados y 12 solteros), y un análisis posterior de tres bases de datos nacionales: GHS, HSE y BHPS.¹

Hallazgos principales

Se observó que los hombres, sobre todo los que viven solos, evitan los lugares destinados específicamente a las personas mayores (por ejemplo, centros de día). Las actuaciones políticas deben hacer estos lugares más agradables para los hombres mayores de modo que no sientan que les anulan su personalidad o que vivan como una «derrota» la asistencia a los centros.

Los resultados revelaron que solemos medir la implicación social en la vejez, de forma cualitativa y cuantitativa, con un parámetro femenino. Hacemos hincapié en la importancia

de buscar nuevos métodos para medir los patrones de intimidad y amistad en la vida de los hombres mayores que sean diferentes de los que utilizamos para las mujeres mayores.

La situación conyugal influye en los comportamientos que favorecen la salud principal y secundaria. Los hombres con pareja se exponen a menos riesgos perjudiciales para la salud (fumar, beber, mala dieta y mínimo ejercicio físico) que los que viven solos. No obstante, los hombres mayores divorciados tienen más probabilidad de tener comportamientos que ponen en riesgo su salud que cualquier otro grupo.

Consideramos que es importante identificar los factores sociales, culturales y económicos que influyen en las elecciones que hacen los hombres de las redes sociales y de las estrategias para conservar la salud.

Datos de contacto

Dr Kate Davidson
Centre for Research on Ageing and Gender
Department of Sociology
University of Surrey
Guildford GU2 7XH
Tel: 01483 683964
Fax: 01483 689551
E-mail: K.Davidson@surrey.ac.uk

Publicaciones

- Arber, S., Perren, K. and Davidson, K. (2002) «Involvement in social organizations in later life: variations by gender and class» in L. Andersson, *Cultural Gerontology*, Westport, CT: Greenwood Publishing Group, pp.77-93.
- Arber, S., Price, D., Davidson, K. and Perren, K. (2003) «Re-examining gender and marital status: Material well-being and social involvement in later life» in S. Arber, K. Davidson and J. Ginn (eds) *Gender and Ageing: Changing Roles and Relationships*, Maidenhead: Open University Press, pp.148-167.
- Davidson, K. and Arber, S. (2003). «Older men's health: a life-course issue?» *Men's Health Journal*, 2, 3, pp.63-66.
- Davidson, K., Daly, T. and Arber, S. (2003) «Exploring the social worlds of older men» in S. Arber, K. Davidson and J. Ginn (eds) *Gender and Ageing: Changing Roles and Relationships*, Maidenhead: Open University Press, pp.168-185.
- Davidson, K., Daly, T. and Arber, S. (2003) «Older men, social integration and organisational activities», *Social Policy and Society*, 2, 2, pp.81-89.

¹ GHS (General Household Survey), Encuesta General de Hogares. HSE (Health Survey for England), Encuesta de Salud de Inglaterra. BHPS (British Household Panel Survey) es en Gran Bretaña el equivalente de la Encuesta Continua de Presupuestos Familiares española.

Davidson, K., Daly, T., Arber, S. and Perren, K. (2001) «La masculinité dans un monde féminisé: le genre, l'âge et les organisations sociales», *Cahiers du Genre*, 31(special), pp.39-57.

Perren, K., Arber, S. and Davidson, K. (2003) «Men's organisational affiliation in later life: the influence of social

class and marital status on informal group membership», *Ageing and Society*, 23, 1, pp.69-82.

Phillips, M., Arber, S. and Ginn, J. (2001) «Physical activity among men and women in midlife: Variations by class and employment status», *Education and Ageing*, 16, 2, pp. 135-161.

Viudas y viudos mayores: efectos del duelo y del factor género en el modo de vida y en la participación

Kate Bennett, Philip Smith y Georgina Hughes

Estudio

Analizamos el estilo de vida en la vejez de las mujeres y los hombres viudos, haciendo hincapié en el factor género, participación social, bienestar y respuesta emocional, con la intención de promover una adaptación más eficaz al duelo y al estado de viudez. Tenía cuatro objetivos principales: primero, identificar y analizar las diferencias entre las personas viudas respecto al factor género, modo de vida, participación social y el paso de la situación de matrimonio al de viudez. Segundo, analizar la adaptación emocional tras el estado de viudez. Tercero, identificar los patrones de respuesta y las circunstancias que llevan a una buena o mala adaptación a la situación del duelo y viudez. Finalmente, proponer estrategias para prevenir e intervenir en la buena adaptación al estado de duelo y viudez.

Hallazgos principales

Hubo diferencias en cuanto al factor género en las creencias y vivencias de la viudez. Ambos géneros creían que los hombres lo pasan peor, pero sus vivencias eran más complejas. El «mantenerse ocupado» fue un aspecto importante en la vida de la persona viuda, que proporcionaba el fundamento, el sentido y la fuerza para enfrentarse a ello. En la mujer, el paso del matrimonio al estado de viudez abría vías para la realización de nuevas actividades y el crecimiento personal, pero también impedimentos y tristeza.

Hay una relación entre el tiempo en que una persona ha estado en duelo, la forma de afrontarlo y cómo le afecta. Se relacionaron diversas respuestas con la adaptación, por ejemplo el afrontarlo con éxito se relaciona con «hablar con el cónyuge fallecido»; o el no afrontarlo con éxito guarda relación con encerrarse en sí mismas emocionalmente. Algunas respuestas fueron específicas de un género: por ejemplo, el afrontarlo con éxito era para los hombres «egoísmo o interés» y para las mujeres «estar a gusto solas». Sólo una circunstancia distinguió a quienes se adaptaron de quienes no lo hicieron: los cónyuges de quienes no hicieron frente a la situación habían estado enfermos durante un tiempo, pero

su fallecimiento fue no obstante inesperado. En este caso los hombres señalaron con más frecuencia tener depresión.

Hubo relación entre la experiencia del duelo y la función cognitiva, en una dirección inesperada. Quienes hicieron frente parecieron hacerlo a costa de su función cognitiva verbal. Se proponen estrategias para promover la buena adaptación, por ejemplo se puede animar a las viudas a que no guarden sus sentimientos para sí mismas; además, las propias personas viudas destacaron el valor de mantenerse ocupadas como medio para afrontar el duelo y la viudez.

Datos de contacto

Dr Kate Bennett
Department of Psychology
University of Liverpool
Eleanor Rathbone Building
Bedford Street South
Liverpool L69 7ZA
Tel: 0151 794 1410
Fax: 0151 794 6937
Email: kmb@liv.ac.uk

Publicaciones

- Bennett, K.M. «*Was Life Worth Living?»: The decision to live following male spousal bereavement* (presentado).
- Bennett, K.M. «*Why Did He Die?: The Attributions of Cause of Death Amongst Women Widowed in Later Life*», *Journal of Health Psychology* (en prensa).
- Bennett, K.M., Hughes, G.M. and Smith, P.T. (2002) *Bereavement and Gender Effects on Lifestyle and Participation*, Proceedings of the British Psychological Society, 10, 2, 54.
- Bennett, K.M., Hughes, G.M. and Smith, P.T. (2002) *The transition from married to widowed status in women widowed in later life*, Proceedings of the Conference of the British Society of Gerontology 2002, Birmingham, 20.
- Bennett, K.M., Hughes, G.M. and Smith, P.T. *Gender differences in depression in later life widowhood: A widow's perspective* (presentado).
- Bennett, K.M., Hughes, G.M. and Smith, P.T. «*I think a woman can take it*»: *Widowed men's views and experiences of gender differences in bereavement*, (presentado).
- Bennett, K.M., Hughes, G.M. and Smith, P.T. *The effects of strategy and gender on coping with widowhood in later life* (presentado).

Hughes, G.M., Bennett, K.M. and Smith, P.T. «*It was no good sitting at home sewing a fine seam... The importance of keeping busy in later life widow(er)hood*» (presentado).

Smith, P T. Bennett, K.M. and Hughes, G.M. (2003) *Anxiety, depression and cognitive failures in older bereaved people*. Proceedings of the British Psychological Society, 11, 1, p.154.

Calidad de vida y apoyo social en personas de diferentes grupos étnicos

Jabeer Butt y Jo Moriarty

Estudio

La finalidad del estudio fue documentar las similitudes y las diferencias en el apoyo social y calidad de vida en una muestra de personas de diferentes grupos étnicos. Lo más novedoso fue el intento de obtener un marco representativo a escala nacional seleccionando una muestra de personas que habían participado en la Family Resources Survey¹ (FRS). Aunque no se desarrolló como se había previsto debido a dificultades en el procedimiento establecido en la FRS, se han promovido cambios como consecuencia del estudio. Esto significa que probablemente los futuros investigadores no se enfrentarán a problemas parecidos, lo cual tiene mayores implicaciones en las próximas estrategias para la búsqueda de muestras.

Hallazgos principales

Se ha escrito mucho sobre el «mito del retorno» en el que las personas que han emigrado hablan de regresar a su país de origen. Pocas personas alternaron entre Gran Bretaña y su país de origen, y la inmensa mayoría se consideraban integradas en las comunidades locales en las que habían estado viviendo durante años. En este contexto nuestro estudio halló que todas las personas mayores jugaban un papel activo en el desarrollo de sus relaciones sociales, lo que sugiere que aunque las razones estructurales como la accesibilidad al transporte público o privado pueden contribuir al apoyo social, no debe subestimarse el apoyo que da una organización concreta.

El estudio traza un dibujo complejo de las expectativas de las personas mayores respecto al apoyo familiar. Las de raza blanca solían tener menores expectativas acerca de la frecuencia y el tipo de apoyo que podían recibir de sus hijos. Las personas mayores de origen asiático describían habitualmente un sistema de apoyo mutuo, siendo las hijas y

nueras quienes ayudaban en la práctica. A cambio, estas personas mayores cuidaban de sus nietos. En algunas mujeres de origen caribeño, los servicios formales de ayuda se percibían como algo no sólo aceptable sino también como un derecho en mayor medida, que la familia.

Observamos también que, aproximadamente, la mitad de las personas de grupos étnicos minoritarios dijeron haber sufrido racismo, un elemento que parece estar subestimado dada la reticencia que hay en general a hablar sobre ello. Por el contrario, sólo las personas de raza blanca que provenían de una minoría «encubierta», como galeses, irlandeses o que tenían una pareja de raza negra, señalaron haberlo sufrido. Los resultados también sugieren que quienes sufrieron racismo solían manifestar que no estaban satisfechas con el vecindario. Nuestra conclusión fue que debe tenerse en cuenta la experiencia del racismo en cualquier análisis sobre calidad de vida en personas mayores.

Datos de contacto

Jabeer Butt
Deputy Director
REU
Unit 35 Kings Exchange
Tileyard Road
London N7 9AH
Tel: 020 7619 6229
Email: jabeer@reunet.demon.co.uk

Publicaciones

Brockmann, M. (2002) «Towards a model of quality of life for older ethnic minority migrants in Germany, Austria and the UK», *European Societies*, 4, pp.285-306.
Butt, J., Moriarty, J., Brockmann, M. and Sin, C-H. (2001) «Interviewing black and minority ethnic older people», *Growing Older Newsletter 4*, Sheffield: University of Sheffield, Growing Older Programme.
Moriarty, J. and Butt, J. «Inequalities in quality of life among older people from different ethnic groups», *Ageing and Society* (presentado).

¹ Encuesta de Recursos Familiares.

Trabajo familiar y calidad de vida: cambio en los roles económicos y sociales

María Evandrou y Karen Glaser

Estudio

Los recientes cambios socioeconómicos y demográficos, como la cada vez mayor presencia de mano de obra femenina, el incremento en la edad en que los hijos abandonan el hogar y la mejora de la longevidad, parece que han hecho aumentar el número de personas que han quedado «en medio» –esto es, combinando trabajo remunerado con responsabilidades de asistencia, mientras siguen manteniendo a sus hijos–. El estudio observó los cambios en el papel económico y social en cuatro cohortes de origen británico en edad madura (45-59/64 años). Se investigó la relación entre las diversas responsabilidades de rol y un rango de indicadores de calidad de vida que incluyen la salud, los recursos materiales y la participación en actividades sociales. El estudio constó de un análisis secundario de cuatro encuestas diferentes: el British Household Panel Study¹ (BHPS) del año 2000, la Family and Working Lives Survey² (FWLS) de 1994-95, la General Household Survey³ (GHS) de 1985, 1990 y 1995, y la Retirement Survey⁴ (RS) de 1988/89 y 1994.

Hallazgos principales

Los resultados indicaron que la proporción de personas que ejercen las responsabilidades de varios roles en la edad madura es relativamente baja si sólo se considera un momento determinado. Sólo una de cada quince mujeres y uno de cada veinte hombres de entre 45 y 49 años ejercían los tres roles al mismo tiempo. Sin embargo, si se observa a lo largo de la vida, se encuentra una mayor frecuencia. Además, la probabilidad de tener responsabilidades de distintos roles parece incrementarse a lo largo de las sucesivas cohortes de edad.

El cumplimiento de varios roles apenas influye en el derecho a percibir las pensiones básicas del Estado. El sistema de *Contribution Credits*⁵ y de *Home Responsibility Protection*⁶ parece compensar las diferencias en los datos obtenidos de contribución por paternidad y asistencia. Hubo, sin

embargo, diferencias significativas respecto al derecho a percibir pensiones de segundo grado, estando las mujeres (sobre todo las madres) en mayor desventaja. Además, para una significativa minoría de mujeres no era una opción combinar trabajo remunerado con el cuidado asistencial. Así, las mujeres que han llevado a cabo los principales roles sociales de cuidadoras y madres, parecían seguir corriendo el riesgo de ser socialmente excluidas de recursos económicos en la vejez.

El desempeño del papel de padres durante la edad madura se relacionó también con una peor salud posterior, lo que sugiere que las continuas demandas como padres en esta edad pueden tener consecuencias negativas en la salud. El grado de las diversas responsabilidades de rol de la persona y de su pareja también determinó la frecuencia con la que participaban en actividades sociales y en reuniones con amigos y familiares.

Datos de contacto

María Evandrou
Institute of Gerontology
King's College London
Franklin-Wilkins Building
Waterloo Road
London SE1 9NN
Tel: 020 7848 3038
Fax: 020 7848 3235
Email: maria.evandrou@kcl.ac.uk.

Publicaciones

- Evandrou, M. and Glaser, K. (2002) «Changing Economic and Social Roles: the Experience of Four Cohorts of Mid-life Individuals in Britain, 1985-1995», *Population Trends*, No. 110, pp.19-30.
- Evandrou, M. and Glaser, K. (2003) «Combining Work and Family Life: The Pension Penalty of Caring», *Ageing and Society*, 25, 5, pp.583-601.
- Evandrou, M., Glaser, K. and Henz, U. (2002) «Balancing work and family life: multiple role occupancy in mid-life and quality of life», *The Gerontologist*, 42, 6, pp.781-789.

¹ Equivalente en Gran Bretaña de la Encuesta Continua de Presupuestos Familiares española.

² Encuesta sobre Familia y Trabajo.

³ Encuesta General de Hogares.

⁴ Encuesta de Jubilación.

⁵ Créditos de Contribución.

⁶ Seguros de Protección del Hogar.

Soledad, aislamiento social y vivir solo en la vejez

Christina Victor, Sasha Scambler, Ann Bowling y John Bond

Estudio

Un aspecto importante en la calidad de vida de las personas mayores es la participación y el compromiso social. El estudio analizó tres elementos clave de la participación social en el mundo actual: la soledad, el aislamiento y vivir solo en la vejez, y fue realizado para constatar los vacíos en nuestro conocimiento sobre estos tres aspectos. En concreto se abordaron cuatro preguntas clave: ¿cuál es la prevalencia de la soledad, el aislamiento y de vivir solo en la vejez?, ¿cuáles son las interrelaciones entre estas variables?, ¿cuáles son los factores de vulnerabilidad y de protección que se relacionan con ello?, ¿cómo se comparan los patrones actuales de soledad, aislamiento y de vivir solo con los descritos en generaciones anteriores de personas mayores?

Un aspecto básico de nuestro proyecto fue tratar de estudiar los términos «soledad», «aislamiento social» y «vivir solo» que habitualmente son empleados indistintamente, pese a que son tres conceptos distintos (aunque ligados). «Vivir solo» es el término más sencillo de definir y medir en términos objetivos. El «aislamiento social» se relaciona con la integración de las personas (y grupos) en un entorno social más amplio y se mide por el número, tipo y duración de los contactos entre las personas y por la amplitud del entorno social. La «soledad» se refiere a cómo las personas valoran el nivel y calidad del contacto y compromiso social.

Hallazgos principales

Combinamos en nuestro estudio enfoques cuantitativos y cualitativos, entrevistando a 999 y a 48 personas de 65 y más años, respectivamente. Se demostró que, en conjunto, sólo una minoría señaló estar a menudo o siempre sola (7%) o aislada; el 17% refirió tener contactos con la familia o amigos menos de una vez a la semana y el 11% menos de una vez al mes. Estos niveles eran similares a los encontrados hace 50 años. Sin embargo, las formas de contacto social han cambiado y las generaciones actuales de personas mayores señalan tener contactos sociales directos además de otras formas de contacto indirectas, aunque no menos valiosas, como es el teléfono.

Se ha visto también que aunque estos conceptos están interrelacionados, no son términos similares. De las personas que vivían solas, el 17% se encontraron «a menudo o siempre» en soledad, frente al 2% que vivían con alguien y el 80% de los que vivían solos, «a menudo en soledad». Se

puede emplear una tipología de cuatro apartados para describir las interrelaciones entre soledad y aislamiento: Los solos y aislados; los solos; los aislados; y quienes no están en ninguna de esas situaciones. En este análisis exploratorio, se definió el aislamiento de dos modos: a) aquellos que no tenían un contacto directo semanal con la familia, amigos o vecinos (17%) y b) aquellos que tenían menos de un contacto directo mensual con la familiares o amigos (11%). La distribución y relación entre soledad y aislamiento es similar, independientemente de la definición empleada. Tanto en las cohortes actuales de personas mayores como en las anteriores, hay una pequeña minoría que está sola y también aislada (del 1 al 2%), dos grupos independientes de personas mayores solas (5%) y aisladas (10-15%), y un cuarto grupo que no está en ninguna de esas situaciones (en torno al 78%).

Nuestros datos demuestran la naturaleza dinámica de la soledad y el aislamiento a lo largo de la vida y los diferentes modos en que se muestran en la vejez. Identificamos dos grupos: aquellos para quienes la soledad/aislamiento es una continuación de etapas anteriores, y aquellos para quienes resulta una nueva situación. Hemos establecido los factores que parecen conferir vulnerabilidad para la soledad y el aislamiento, y también los que parecen proteger frente a ello. Al realizar actuaciones que hagan frente a la soledad y aislamiento, necesitamos unirlos a los diferentes tipos y modos en que la soledad y el aislamiento se presentan en la vejez.

Datos de contacto

Professor Christina Victor
Department of Community Health Sciences
St George's Hospital Medical School
Cranmer Terrace
London SW17 ORE
Tel: 020 8725 3584
Fax: 020 8725 3584
Email: cvictor@sghms.ac.uk

Publicaciones

- Victor, C.R., Scambler, S., Bond, J. and Bowling, A. (2000) «Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone», *Reviews in Clinical Gerontology*, 10, pp.407-417.
- Victor, C.R., Scambler, S., Bond, J. and Bowling, A. (2002) «Loneliness in later life: preliminary findings from the Growing Older project», *Quality in Ageing*, 3, 1, pp.34-41.
- Victor, C.R., Scambler, S., Shah, S., Cook, D.G., Harris, T., Rink, E. and de Wilde, S. (2003) «Has loneliness amongst older people increased?», *Ageing and Society*.

Ser abuelos: su significado y contribución en la vida de las personas mayores

Lynda Clarke y Ceridwen Roberts Cairns

Estudio

El objetivo del estudio era analizar la función que cumple el hecho de ser abuelos en la vida de las personas mayores. Se emplearon técnicas cuantitativas y cualitativas. En la primera fase, entre 1999 y 2000, se realizó una entrevista telefónica a una muestra nacional de abuelos a través de la ONS,¹ que se volvió a realizar y se amplió en el año 2001. En la segunda fase se entrevistó en profundidad a una muestra de 45 personas que participaron en la encuesta nacional, preguntándoles acerca del significado y la función del papel de los abuelos. La ventaja de los datos de la encuesta de la ONS respecto a otros datos previos es que reflejan el papel de los abuelos en todos los tipos diferentes de nietos. Las anteriores encuestas sólo se habían centrado en un tipo concreto de nietos, debido a la complejidad que supone recoger y analizar datos de todas las clases de nietos.

Hallazgos principales

La encuesta cuantitativa confirmó nuestra hipótesis de que las familias con nietos eran muy diversas. Los resultados mostraron que casi uno de cada cuatro (38%) abuelos tenían nietos que no vivían con ambos padres y que una quinta parte tenían al menos un nieto adoptivo.

Los abuelos veían a los nietos más de lo que suponíamos, la mayoría de ellos lo hacían al menos una vez a la semana (62%). Aproximadamente, el mismo porcentaje de abuelos (60%) refirieron tener otro tipo de contacto: telefónico, por carta o por correo electrónico. El modelo multifactorial desde el punto de vista del grupo de nietos indicó que los factores demográficos eran mejores predictores que los socioeconómicos de las relaciones con los nietos. El contacto semanal se relacionó sobre todo con la proximidad (distancia a la que vivían), pero el linaje (si los nietos eran de hijos o de hijas) fue más importante que el tipo de familia. Los abuelos solían ver menos, semanalmente, a los nietos de los hijos que a los nietos de las hijas, sobre todo si había habido alguna ruptura familiar. También solían ver menos a los nietos mayores (de diez y más años), y los abuelos solteros eran los que se relacionaban con menor frecuencia a sus nietos cada semana.

El estudio cualitativo confirmó la importancia que tienen los nietos en los abuelos: «es lo único que deseo en la vida... tener un nieto»; «hace que la vida merezca la pena...

es algo que se espera con ansia». El principal sentimiento fue compartir su intimidad emocional y expresar lo que los nietos han supuesto en su calidad de vida.

Debido a los informes de encuestas anteriores que señalaban una menor implicación de los abuelos en las redes familiares, nos sorprendimos de la gran presencia que tienen en la vida de sus nietos. Muchos dijeron estar comprometidos de forma activa con los nietos y también hablaron de su apego y cariño hacia ellos.

El estudio destacó la diferencia entre abuelos en relación con lo que ofrecen a sus nietos, cuánto les ayudaban y qué es lo que desearían hacer por su familia. En general los abuelos estaban dispuestos a ayudar a sus hijos cuando fuera necesario, cuidando de los nietos, haciendo de canguros o interviniendo en momentos de ruptura familiar. No obstante, también expresaron su deseo de mantener sus propias vidas e intereses. Sin embargo no todo eran buenas noticias: relataron algunas historias de penas y dolor cuando se les negaba la posibilidad de verlos, cuando ayudaban haciéndose cargo de los niños tras una separación o cuando se les pedía que hicieran «demasiado».

Ser abuelo es un papel caracterizado por negociaciones y restricciones. Gran parte de ello, incluso el hecho de convertirse en abuelo, no es controlado por la persona. Los padres de los nietos podían actuar como «guardianes» controlando la frecuencia y el modo de acceso, aunque sólo fuera de forma implícita. Los abuelos se daban perfectamente cuenta de ello. De hecho la negociación es un tema principal en el discurso de los abuelos, como lo es también el concepto de «no interferir».

Al no haber datos exactos se ha tendido a ignorar en la política social la diversidad de los papeles y obligaciones de los abuelos. El Gobierno conoce la importancia de éstos en la vida familiar, por ejemplo, como se indicó en el informe consultivo sobre la familia (*Supporting Families*, Home Office, 1998). El mismo incluía, tanto el cuidado de niños cuando las madres trabajan, como el ofrecimiento de ayuda cuando hay ruptura familiar. El Gobierno instaba a las autoridades locales responsables de la vivienda a que se aseguraran de que el mayor número de miembros de una familia vivan próximos entre sí, siempre que fuera posible. El estudio ha ofrecido datos acerca del contacto con los nietos, la experiencia y significado de ser abuelos y la diversidad en sus vidas. Ello ha subrayado, no sólo la importancia que tiene la familia para los abuelos, sino también la complejidad de las relaciones familiares. Cuando se diseñan políticas de apoyo a la familia debe contemplarse la heterogeneidad del papel de los abuelos y no caer en estereotipos simples. Se deben conocer también los problemas a los que se enfrentan algunos abuelos para acceder o para cuidar a sus nietos.

¹ Office for National Statistics, Instituto Nacional de Estadística.

Datos de contacto

Lynda Clarke
Centre for Population Studies
London School of Hygiene and Tropical Medicine
49-51 Bedford Square
London WC1 3DP
Tel: 020 7299 4636
Fax: 020 7299 4637
Email: lynda.clarke@lshtm.ac.uk

Publicaciones

- Clarke, L. and Cairns, H. (2001) «Grandparents and the Care of Children: the Research Evidence» in B. Broad (ed.) *Kinship Care: The placement choice for children and young people*, London: Russell House Publishing.
- Clarke, L. and Roberts, C. (2002) «Policy and Rhetoric: the Growing Interest in Fathers and Grandparents in Britain» in (eds) A. Carling, S. Duncan, and R. Edwards (eds) *Analysing Families: Morality and Rationality in Policy and Practice*, London: Routledge.
- Clarke, L., Roberts, C. and Walker, A. (eds) *Grandparenting Today*, (en prensa, 2004).
-

6. PARTICIPACIÓN Y ACTIVIDAD EN LA VEJEZ

Ganancia y pérdida de poder: estudio comparativo de mujeres de la tercera edad afrocaribeñas, asiáticas y británicas de raza blanca

Haleh Afshar, Myfanwy Franks, Mary Maynard y Sharon Wray

Estudio

Pretendimos conocer, en este estudio, cómo las personas mayores de diversos grupos étnicos entienden y valoran su calidad de vida y de qué modo esta calidad podría mejorarse. El estudio se basó en entrevistas cualitativas en profundidad y se centró en grupos con 150 mujeres sanas de 60-75 años de origen afrocaribeño, asiático y británico de raza blanca. Los objetivos específicos fueron:

- Observar cuáles son los elementos útiles, cuáles los empobrecedores, y por qué, en relación con la calidad de vida.
- Analizar las estrategias de afrontamiento, cómo pueden éstas aumentarse y cómo actúan los elementos que lo permiten.
- Recomendar políticas.
- Contribuir al desarrollo de teorías sobre el envejecimiento.
- Desarrollar un conocimiento metodológico del papel de la etnia y de la edad como parte del proceso de investigación.

Hallazgos principales

En términos generales, el análisis de las mujeres sobre la calidad de vida puede dividirse en dos categorías: Por un lado, se analizan los factores físicos y materiales, y, por otro los elementos emocionales, bienestar psicológico y apoyo social. La primera categoría incluye: actividades de ocio/trabajo; acceso a recursos como vivienda y transporte; aspectos del entorno, por ejemplo suciedad, miedo a la delincuencia y falta de seguridad; y aspectos personales relativos a la salud, la movilidad y el buen estado físico. La principal preocupación de las personas encuestadas era la salud, mientras que los ingresos, aunque tenían importancia, no fueron señalados como gran preocupación.

En la segunda categoría, las mujeres se centraron en: compartir identidades, sobre todo en relación a lenguas, culturas y tradiciones; redes sociales de la familia, amigos y co-

munidad; fe y espiritualidad; y cambios en el sentido y dimensiones del tiempo y del espacio. Muchas de las percepciones de la calidad de vida estaban ligadas a ideas de «propósito» e ideas sobre «ser». «Propósito» se refiere a tener claros los papeles y funciones que se deben realizar, especialmente hace referencia a una «economía moral de la familia», donde hay tareas, obligaciones y reciprocidades que unen a las familias. «Ser» se correlaciona en gran medida con espiritualidad y fe, especialmente en las mujeres de minorías étnicas.

El estudio hace una serie de recomendaciones de políticas locales diseñadas a aumentar la calidad de vida de las mujeres. También pone de manifiesto que las mujeres mayores no pierden necesariamente poder debido a la vejez, aunque también necesitan el apoyo y los servicios adecuados. La ganancia y pérdida de poder no están en oposición binaria y se requiere un modelo diferenciado más completo para comprender las necesidades y experiencias entre diferentes culturas.

Datos de contacto

Professor Mary Maynard
Department of Social Policy and Social Work
University of York
Heslington
York YO10 5DD
Tel: 01904 321 247
Fax: 01904 321 270
Email: mm4@york.ac.uk

Publicaciones

- Afshar, H., Franks, M., Maynard, M. and Wray, S. (2001) «Empowerment, Disempowerment and Quality of Life for Older Women», *Generations Review*, 11, 4, pp.12-13.
- Afshar, H., Franks, M., Maynard, M. and Wray, S. (2002) «Gender, Ethnicity and Empowerment in Later Life», *Quality in Ageing*, 3, 1, pp.27-33.
- Maynard, M. (2002) «Studying Age, "Race" and Gender: Translating a Research Proposal into a Project», *International Journal of Social Research Methodology*, 5, 1, pp.31-40.
- Wray, S. (2003) «Connecting Agency, Ethnicity and Ageing», *Sociological Research Online*, (en prensa).
- Wray, S. (2003) «Women Growing Older: Agency, Ethnicity and Culture», *Sociology*, 37, 3 (en prensa).

Vidas y voces de mujeres mayores: participación y políticas en Sheffield

Lorna Warren, Tony Maltby y Joe Cook

Estudio

Los principales objetivos de este «estudio orientado al cambio» fueron:

- Aumentar el conocimiento y conciencia de los factores que configuran la calidad de vida de las mujeres mayores de diferentes grupos étnicos, y de sus deseos y posibilidades de expresar abiertamente sus opiniones sobre los servicios de que disponen.
- Adoptar, para ello, un enfoque de participación, implicando a las mujeres en el diseño y realización del estudio y promoviendo y valorando el cambio.

Hallazgos principales

En nuestras entrevistas y debates, la calidad de vida se expresó como:

- Mayor aceptación y confianza en uno mismo.
- Facilitar las tareas domésticas y del cuidado de los niños, aumentar las oportunidades de ocio y trabajo.
- Importancia de la familia. Algunas tenían nuevos roles al cuidar de los nietos.

Hasta la fecha, los resultados más significativos del estudio han sido:

- La participación de mujeres mayores en Sheffield, incluyendo afrocaribeñas, chinas, irlandesas, somalíes y británicas de raza blanca, en diversos grupos de discusión (n = 100) y en entrevistas sobre su pasado (n = 44).
- La identificación de aspectos clave que afectan a la calidad de vida de las participantes, distinguiendo las respuestas de grupos específicos y los miembros de grupos concretos.
- La selección y formación de diez mujeres mayores voluntarias para trabajar en el grupo del estudio, escogiendo temas y realizando entrevistas con sus compañeras en los grupos de discusión. Éstas ayudaron a identificar los aspectos principales de los hallazgos y siguieron teniendo un papel importante en la publicación de los mismos y en las recomendaciones que surgieron para desarrollar políticas y prácticas.

- La elaboración de un vídeo describiendo a las participantes en el proyecto y documentando los objetivos y esencia del proyecto; cómo se llevó a cabo; cómo se involucraron las mujeres; las opiniones que tienen sobre sus vidas, los servicios que emplean –o les gustaría emplear–, y la idea de poder expresar con libertad sus opiniones.
- La identificación por parte de políticos, organizadores y proveedores de servicios, mediante entrevistas semiestructuradas, de las barreras y de los planes para aumentar la participación, y del éxito de iniciativas para incluir mujeres mayores y ampliar las opciones de que disponen.
- Una amplia difusión de los hallazgos y lo aprendido en el estudio en todo el Reino Unido y también internacionalmente, en conferencias y seminarios, así como en la enseñanza pre y postuniversitaria.

Datos de contacto

Dr Lorna Warren
University of Sheffield
Department of Sociological Studies
Elmfield
Northumberland Road
Sheffield S10 2TU
Tel: 0114 222 6468
Fax: 0114 276 8125
Email: L.Warren@sheffield.ac.uk

Publicaciones

- Cormie, J. and Warren, L. (2001) *Working with Older People: Guidelines for Running Discussion Groups and Influencing Practice*, Bristol: The Policy Press. Video in association with the Learning Media Unit (LMU), Sheffield University (2002) *Older Women's Lives and Voices Video*, Sheffield: University of Sheffield, LMU.
- Warren, L. (2001) report on «Equal Opportunities for Older Women in Politics and Society, European Conference 1-2 February 2001, Brussels», in *Generations Review* 11, 3, p13.
- Warren, L. (2002/2003) «Older Women in Sheffield: Lives, Voices and a Video», *Consumers in NHS Research Support Unit NEWS*, Winter/Spring, p.5.
- Warren, L., Maltby, T. and Cook, J. (2000) «Older Women's Lives and Voices: Participation and Policy in Sheffield», *Generations Review*, 10, 2, pp.15-16.

Personas mayores y educación continuada: opciones y experiencias

Alexandra Withnall

Estudio

Promover una cultura de la educación continuada es una piedra angular de la política de la Unión Europea y fuera de ella. Se sabe todavía poco sobre experiencias de formación y educación continuada en personas mayores, los factores que intervienen en el deseo de aprender tras la jubilación y el papel que el aprendizaje tiene en sus vidas a medida que envejecen. El estudio se realizó para analizar estos elementos en profundidad mediante diversos métodos de investigación que incluyeron el empleo de un reducido grupo de personas mayores como entrevistadores de sus compañeros.

Hallazgos principales

Para determinar la disposición de las personas a aprender a formarse y a aprender actividades en diferentes momentos de su vida, incluyendo la etapa de la jubilación, se debe tener en cuenta distintas influencias, individuales y colectivas, que interactúan entre sí en un marco social y cultural cambiante. De hecho, las personas mayores del estudio han llegado a entender el «aprendizaje» de diversos modos. Entre tres y diez años después de jubilarse es cuando suelen acudir a un curso o a una clase por recomendación del «boca a boca» o llevados por un amigo, como factor principal en su decisión. Se percibe la participación como algo que tendrá consecuencias positivas, como la satisfacción con uno mismo, mantener la mente activa, estimulación intelectual, y placer y disfrute. No obstante, muchos consideran el aprendizaje una actividad básicamente informal que es parte integral e importante de su vida diaria.

En conjunto, el estudio muestra que las personas mayores están interesadas en una amplia variedad de temas y materias y continúan aprendiendo de diversos modos en programas de radio y televisión, leyendo, comentando las noticias con familiares y amigos, siendo las actividades de voluntariado y sociales fuentes de estímulo particularmente importantes para quienes se sienten demasiado mayores o débiles para acudir a un curso o asistir a una clase.

El estudio tiene implicaciones para los Consejos de Educación, conferenciantes y otras organizaciones especialmente interesadas en las personas mayores, para idear oportunidades de aprendizaje más accesibles, baratas y relevantes para las personas mayores, y para hacer un seguimiento de sus intereses con recursos materiales adecuados. En concreto, se deben conocer las diversas circunstancias de las personas mayores y las preferencias de aprendizaje para ampliar las opciones y fomentar el interés.

Datos de contacto

Dr Alexandra Withnall
Centre for Primary Health Care Studies
Warwick Medical School (LWMS)
University of Warwick
Coventry CV4 7AL
Tel: 024 7657 3851
Fax: 024 7652 8375
Email: A.Withnall@warwick.ac.uk

Publicaciones

- Withnall, A. (2000) *Older learners: issues and perspectives Global Colloquium on Lifelong Learning at www.open.ac.uk/lifelong learning/* (retained as a reading for the Open University MA in Lifelong Learning).
- Withnall, A. (2000) «Reflections on lifelong learning and the Third Age» in J. Field and M. Leicester (eds) *Lifelong Learning. Education Across the Lifespan*, London: Routledge Falmer, pp 289-299.
- Withnall, A. (2001) «Older people and lifelong learning: a life course approach», *Invitation Symposium on Education and Quality of Life in Quality in Later Life: Rights, Rhetoric and Reality: Proceedings of the Annual Conference of the British Society of Gerontology*, University of Stirling.
- Withnall, A. (2001) «Two models of Third Age Programs in the UK», *Proceedings of an Invitation International Symposium on Third Age Education, 17th Congress of the International Association of Gerontology*, Gerontology Research Centre, Simon Fraser University, Vancouver, BC.
- Withnall, A. (2002) «What adds life to years? Findings from an ESRC Growing Older Programme research project», *Towards Healthy and Productive Ageing: Making a Difference*, Joint Conference of the Institute of Health and the Association for Education and Ageing, University of Warwick.

7. APÉNDICE: FUTUROS ESTUDIOS SOBRE EL ENVEJECIMIENTO

Futuros estudios sobre el envejecimiento

En 2004 se puso en marcha un nuevo programa de investigación sobre envejecimiento, que fue financiado conjuntamente por el Economic and Social Research Council (ESRC), el Engineering and Physical Sciences Research Council (EPSRC), el Biotechnology and Biological Sciences Research Council (BBSRC) y el Medical Research Council (MRC).

El programa de investigación de estos organismos desarrolló temas destacados en los anteriores programas sobre

envejecimiento, incluido el Programa Envejecer (GO) del ESRC. Se abarcaron aspectos de la calidad de vida como el papel de la información, comunicación y tecnologías (ICT) y el impacto económico del envejecimiento, así como elementos básicos como el empleo, la vivienda y el transporte. Además se abordaron estas nuevas materias: globalización y políticas sobre envejecimiento, planificación económica y futuro de las pensiones, y políticas sobre la vejez. El programa incluyó también investigación médica y biológica.

Primera edición: 2006

© IMSERSO, 2006

Edita: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
Secretaría de Estado de Servicios Sociales,
Familias y Discapacidad
Avda. de la Ilustración c/v Ginzo de Limia, 58
28029 Madrid - Tel.: 91 363 89 35

NIPO: 216-06-005-2

Depósito Legal: BI-287-2006

Imprime: Grafo, S.A.

Autor: *Malcolm Dean*

Editor adjunto de *The Guardian*. Ha escrito sus editoriales sobre política social en los últimos 30 años, creado y editado su sección *Sociedad* durante casi 20 años, y trabajado como representante editorial en el Scott Trust, propietarios de *The Guardian* y *Observer*, durante ocho años. Fue nominado por *The Guardian* en el último año del anterior gobierno laborista consejero especial de la Secretaría de Estado para Servicios Sociales en el Departamento de Salud y Seguridad Social (1978-79).

Traducción: *Luis Perlado*

Revisión: *Ana Madrigal Muñoz* y *Carlos Mirete Valmala*

Las opiniones expresadas en esta publicación no reflejan necesariamente las del Economic and Social Research Council (ESRC).

OTROS NÚMEROS DE ESTE BOLETÍN

0. Las percepciones sociales sobre las personas mayores. Actitudes. Recomendaciones de la Royal Commission on Long Term Care del Reino Unido. Normativa. Proyectos.
1. El envejecimiento demográfico en España: balance de un siglo. El nuevo Plan español de I+D y el envejecimiento.
2. Dependencia y atención sociosanitaria.
3. La soledad de las personas mayores.
4. y 5. La OMS ante la II Asamblea Mundial del Envejecimiento: Salud y envejecimiento. Un documento para el debate.
6. La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes.
7. Naciones Unidas y envejecimiento.
8. Servicios Sociales para personas mayores en España. Enero 2002.
9. Envejecer en femenino. Algunas características de las mujeres mayores en España.
10. La protección social a las personas mayores dependientes en Francia.
11. Envejecimiento en el mundo rural: Necesidades singulares, políticas específicas.
12. Mejorar la calidad de vida de las personas mayores con productos adecuados.
13. Una visión psicosocial de la dependencia. Desafiando la perspectiva tradicional.
14. Los mayores en la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.
15. Proporcionar una Asistencia Sanitaria y Social integrada a las Personas Mayores: Perspectiva Europea.
16. Presente y futuro del cuidado de dependientes en España y Alemania.
17. Participación de las personas mayores europeas en el trabajo de voluntariado.
- 18 y 19. Redes y programas europeos de investigación.
20. Las consecuencias del envejecimiento de la población. El futuro del mercado de trabajo