

# INTERVENCIÓN SOCIAL CON MAYORES TRANSEXUALES. ESTUDIO DE UN CASO HIPOTÉTICO

## SOCIAL INTERVENTION IN TRANSEXUAL ELDERS. A HYPOTHETICAL CASE STUDY

Juana Ramos Cantó

Asociación Transexual Española

**Resumen:** Desde hace tiempo se viene observando una tendencia creciente hacia el envejecimiento de la población en todo el mundo, pero especialmente en países como España. La calidad de vida de las personas mayores puede ser muy diferente en función de factores como la clase social, el género, la historia personal y otros como la orientación sexual y la identidad de género. Estas diferencias deben ser consideradas a la hora de abordar la intervención desde el trabajo social.

El presente estudio se centra en mayores LGTB (personas lesbianas, gays, transexuales y bisexuales), un sector de la población frecuentemente castigado con peores condiciones de vida y de atención por parte de los profesionales de la intervención social. Para abordar este objetivo se realizará una revisión documental para enmarcar la situación de las personas mayores en la sociedad, de manera general, y en particular de las que son LGTB. En una segunda parte del estudio se planteará la intervención desde el trabajo social con una persona mayor transexual, o simplemente trans (este término se viene utilizando desde hace unos años de manera más frecuente con la intención de incluir a todas las personas no conformes con el género asignado de su nacimiento), con la intención de aportar referencias sobre las características peculiares de este colectivo y sobre posibles pautas de intervención desde el trabajo social.

**Palabras clave:** Envejecimiento, Mayores LGTB, Mayores Trans, Intervención Social.

**Abstract:** It has been evident for some time that the population is aging all over the world, but this is especially true in countries like Spain. The quality of life of older people varies considerable depending on factors such as social class, gender, personal history, and also sexual orientation and gender identity. These differences must be taken into account in social work intervention.

The present study looks at the older LGBT (Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender) community, a sector of the population that often experiences worse living conditions and less attention from social intervention professionals. In its approach to the topic, a review of existing literature is undertaken in order to contextualize the situation of elders in society in general and of elders belonging to the LGBT community in particular. The second part of the study looks at social work intervention with an older transsexual or transgender adult (the term transgender has been more frequently used in recent years to include all persons whose gender identity does not correspond with the gender assigned to them at birth), in order to provide references on the unique characteristics of this group and possible guidelines for social work intervention.

**Key Words:** Aging, LGBT Elders, Trans elders, Social Intervention.

| Recibido 09/08/2014 | Revisado 25/11/2014 | Aceptado 16/12/2014 | Publicado 31/01/2015 |

*Correspondencia:* Juana Ramos Cantó. Asociación Transexual Española. Correo electrónico: juanaramos-canto@gmail.com.

*Referencia normalizada:* Ramos, J. (2015). Intervención social con mayores Trans. Estudio de un caso hipotético. *Trabajo Social Hoy*, 74, 35-58. doi 10.12960/TSH.2015.0003.

## 1. INTRODUCCIÓN

Según se indica en el Informe 2012 del IMSERSO, sobre las personas mayores en España, la población española ha crecido significativamente durante el último siglo, debido principalmente a la mejora en las condiciones generales de vida (IMSERSO, 2014). En concreto, desde 1900 hasta la actualidad la población española se ha multiplicado por 2,5. Sin embargo el tramo de edad que ha experimentado un mayor incremento ha sido el de mayores de 65 años, habiéndose multiplicado por 8.

La estructura de la población española envejece de forma intensa, habiéndose producido un punto de inflexión a partir de 2001, en el que el porcentaje de mayores de 64 años supera al de niños (1-14 años), y se prevé que esta tendencia se mantenga en el futuro. En los pronósticos realizados para las próximas décadas, se estima que esta tendencia, que define el “envejecimiento de la población”, se intensifique, pasando de un 9,7 % en 1970 y un 17,3 % en 2011 a un 36,4 % en 2050, como se puede apreciar en el Gráfico 1. Incluso se prevé un aumento significativo en las que son mayores de 80 años y que ilustran el fenómeno conocido como “envejecimiento del envejecimiento”, pasando del 1,2 % en 1965 y 5,2 % en 2011 al 14,9 % en 2050, porcentajes respecto a la población mayor de 64 años (IMSERSO, 2014: 26).

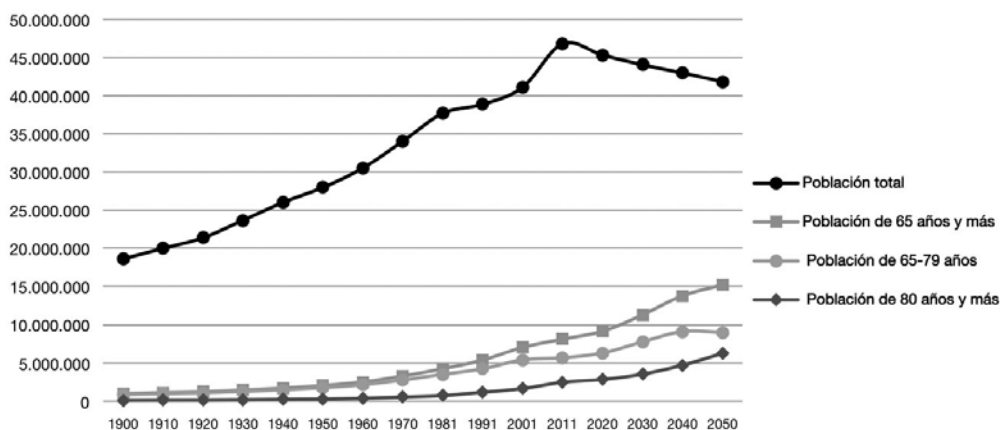


Gráfico 1. Evolución de la población española (1900-2050)

Fuente: Elaboración propia a partir del Informe sobre las personas mayores en España (IMSERSO, 2014: 35)

El fenómeno del envejecimiento poblacional se produce a nivel mundial. Las previsiones apuntan a que entre 2011 y 2050 se triplicará la población mayor de 65 años. En relación a este fenómeno, existen importantes diferencias entre países. En continentes como África o Asia, el porcentaje de mayores es relativamente pequeño en compa-

ración con otras regiones más desarrolladas, como Europa o América del Norte. Las estimaciones indican que el incremento del envejecimiento será más acusado en los países en vías de desarrollo que en los países desarrollados, multiplicándose por 3,5 y por 1,7, respectivamente para el periodo estimado. En España el envejecimiento de la población, en el presente y en las estimaciones para las próximas décadas, es de los mayores a nivel mundial.

Este fenómeno conlleva una serie de consecuencias que afectarán a los sistemas de protección social, debido a que el incremento de edad, principalmente a partir de los 80 años, está asociado a mayores tasas de dependencia. Las consecuencias serán más determinantes en los países en vías de desarrollo al tener menos consolidados sus sistemas de bienestar social. Debido a la gestión de la crisis económica que se viene produciendo desde 2007, el sistema de bienestar español está sufriendo profundos cambios, que conllevan menor protección para las poblaciones vulnerables, incluyendo a las personas mayores. La tendencia al mayor envejecimiento de la población unida al previsible adelgazamiento de las Administraciones Públicas, en general, y a los sistemas públicos de protección social, en particular, dibujan un futuro en el que aumentarán las desigualdades en el acceso a niveles dignos de calidad de vida para las personas mayores, en orden a su capacidad económica, siendo previsible un creciente traspaso del carácter público al privado en los servicios de bienestar social.

Entre las causas del envejecimiento de la población en los países desarrollados estarían el descenso de la tasa de natalidad por debajo del nivel de reemplazo y el incremento de la esperanza de vida en el nacimiento que se han producido en las últimas décadas. En España la tasa de fecundidad ha pasado de 2,8 hijos en 1975 a 1,3 en 2011, y la edad media al nacimiento del primer hijo ha pasado de 25,2 años a 30,1, respectivamente. Estas cifras sitúan a España como uno de los países con menor tasa de fecundidad y con una edad media a la maternidad más tardía (IMSERSO, 2014: 27). Hasta el año 2008 en España, desde hacía unos años, se estaba recuperando ligeramente la tasa de fecundidad, debido fundamentalmente a la inmigración. A partir de la crisis, el consecuente retorno de muchos extranjeros a sus países de origen se asocia a la recuperación de la tendencia a la baja en la tasa de fecundidad (IMSERSO, 2014: 28).

El fenómeno del “baby boom”, referido al incremento de nacimientos que se dio en muchos países después de la Segunda Guerra Mundial, se produjo de manera más tardía en España, en donde el número de nacimientos entre 1957 y 1977 fue mucho mayor que en décadas anteriores y posteriores, constituyendo más de un tercio de la población actual. El envejecimiento de los “baby boomers” tiene y tendrá importantes implicaciones al constituir una fuerte presión sobre los sistemas públicos de protección social y sanitario, afectando a la sostenibilidad del sistema de pensiones y el de servicios sociales en España (IMSERSO, 2014: 28-29).

Juana Ramos

Respecto al envejecimiento de la población, expresado en proporción de personas mayores de 64 años sobre el total de población, ilustrado en el Gráfico 2, existen diferencias entre comunidades autónomas, siendo el total estatal de 18,12 % y el de la provincia de Madrid de 16,48 %.

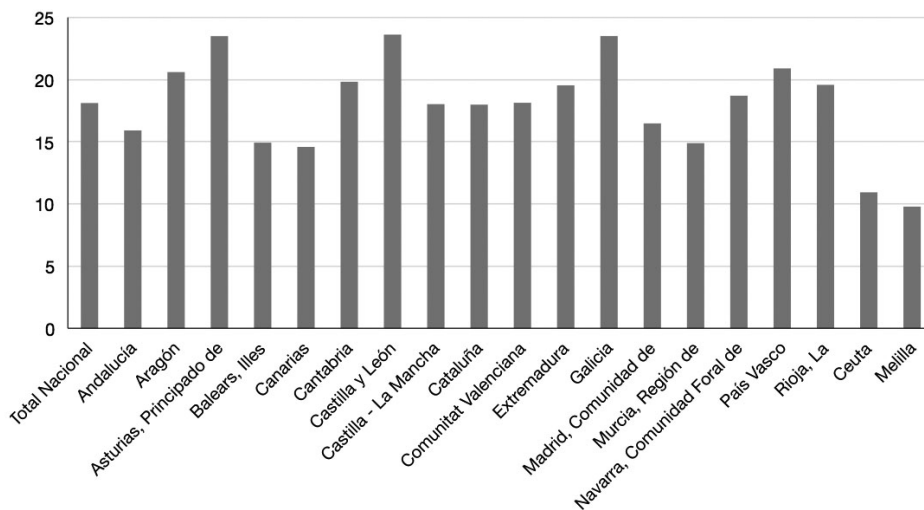


Gráfico 2. Proporción de personas mayores de 64 años por comunidad autónoma (2014)

Fuente: Elaboración propia a partir de Indicadores Demográficos Básicos del Instituto Nacional de Estadística (consultado el 1 de febrero de 2015).

Según datos sobre indicadores demográficos del Ayuntamiento de Madrid, recogidos en la Tabla 1, en la ciudad de Madrid residen actualmente un total de 632 515 personas mayores de 64 años, o simplemente personas mayores.

Intervención social con mayores transexuales. Estudio de un caso hipotético

**Tabla 1. Indicadores demográficos en Madrid**  
 Indicadores demográficos en Madrid, por distritos. Datos a fecha 1/1/2013  
 Porcentajes sobre el total de población

	Población total	0 a 15 años	16 a 64 años	65 años y más	80 años y más
Ciudad de Madrid	3.215.633	14,46	65,87	19,67	6,55
01. Centro	138.400	9,16	74,71	16,13	6,10
02. Arganzuela	154.062	13,18	69,64	17,18	6,18
03. Retiro	120.252	12,31	64,26	23,43	7,95
04. Salamanca	145.623	11,45	65,35	23,20	8,85
05. Chamartín	144.546	13,62	64,34	22,04	7,80
06. Tetuán	155.684	12,20	68,17	19,63	7,49
07. Chamberí	141.085	10,86	65,60	23,54	9,21
08. Fuencarral-El Pardo	233.852	16,62	64,44	18,94	5,28
09. Moncloa-Aravaca	117.041	15,17	64,58	20,25	6,81
10. Latina	243.603	12,76	63,02	24,22	7,09
11. Carabanchel	247.404	15,16	65,29	19,55	6,52
12. Usera	136.063	16,33	65,68	17,99	6,52
13. Puente de Vallecas	233.240	14,84	66,85	18,31	6,42
14. Moratalaz	97.965	13,38	62,17	24,45	7,20
15. Ciudad Lineal	219.013	13,48	64,21	22,31	7,59
16. Hortaleza	173.966	17,36	64,98	17,66	4,83
17. Villaverde	144.286	16,95	65,32	17,73	5,23
18. Villa de Vallecas	97.490	18,44	70,30	11,26	3,19
19. Vicálvaro	70.391	20,38	65,86	13,76	3,41
20. San Blas-Canillejas	155.578	17,03	65,59	17,38	6,28
21. Barajas	46.089	18,10	66,95	14,95	3,44

Fuente: Web del Ayuntamiento de Madrid ([www.madrid.es](http://www.madrid.es)), consultada el 10 de enero de 2015.

El *índice de envejecimiento* expresa el resultado del cociente entre la población mayor de 64 años y la menor de 15, en porcentaje. En el municipio de Madrid para 2014 es de 98,31 %, según datos del INE.

La *tasa de dependencia* se calcula con el cociente de la población mayor de 64 años y la menor de 15, sobre la población entre 15 y 64 años. En la provincia de Madrid para 2014 es de 49,79 %, según datos del INE, aunque la información expresada por este índice debe relativizarse debido a que la dependencia real depende de otros factores como pueden ser el desarrollo del país, la clase social y las políticas sociales.

En cuanto al sexo, según se indica en el Informe 2012, se está produciendo una “feminización del envejecimiento”, al tener las mujeres mayor esperanza de vida que los hombres en el contexto español. No obstante se prevé que las diferencias se reduzcan en el futuro debido a la difusión de hábitos de vida nocivos entre las mujeres, unida a los problemas de salud asociados al envejecimiento en los grupos de mayor edad. Sobre el estado civil, el Informe 2012 señala que se configura como un indicador del grado de apoyo social con el que pueden contar las personas, especialmente en la vejez. Por lo general las personas mayores de 65 años que residen actualmente en España, están casadas. Según se indica en el citado Informe, en el año 2011, las cifras en porcentajes para las personas mayores eran de un 62,2 % de casadas, un 29,2 % de viudas, un 6,2 % de solteras y un 2,4 % de separadas o divorciadas. No obstante también se encuentran diferencias de género por grupo de edad, así en general, los hombres mayores de 65 años están casados, mientras que entre las mujeres prevalece más la viudedad. De esta forma, y como se señala en el informe, este hecho supone una desventaja para las mujeres mayores ya que al tener mayor esperanza de vida y mayor proporción de viudedad a edades avanzadas que los hombres, no contarán con el apoyo de sus cónyuges cuando las enfermedades, discapacidades y dependencias, asociadas a la edad, se presenten, a diferencia de aquellos. No obstante, se está extendiendo la práctica de la cohabitación como alternativa a vivir en soledad entre las personas mayores de 65 años que están viudas, aunque también en las solteras, y separadas o divorciadas, amortiguándose los efectos negativos derivados de la falta de un cónyuge a edades avanzadas (IMSERSO, 2014: 34).

Según el Informe 2012, el 23 % de las personas mayores se encuentra sola durante las actividades de cada jornada, porcentaje que es más del doble en mujeres que en hombres, y especialmente a partir de los 80 años. La soledad interna afecta más a mujeres y con mayor intensidad en estos tramos de edad. En cuanto a las necesidades de las personas mayores, en el Informe 2012, se relata lo siguiente:

*En la sociedad actual, a decir de los entrevistados, la principal necesidad que tienen las personas mayores es de tipo económico: deberían tener más ingresos. En ello coinciden hombres y mujeres, sea cual sea además la edad que posean. Necesidades como evitar la soledad (algo especialmente reclamado por las personas de 80 ó más años) o recibir una mejor atención médico-sanitaria (demandada sobre todo por las mujeres y por las personas de 75-79 años) ocupan un segundo nivel de importancia. En el tercero quedarían, al ser mucho menos mencionadas que las anteriores, disponer de más apoyo por parte de la familia y/o de la sociedad y ocupar mejor su tiempo libre (necesidad indicada sobre todo por los varones y por las personas recién jubiladas).*

Preguntadas a continuación por los motivos específicos por los cuales les preocupa su vejez, las personas mayores mencionan, en este orden, los siguientes: la pérdida de la

salud, el deterioro físico, no poder valerse por sí mismas, la soledad y sentirse inútiles. Otros temores, si bien referidos en menor grado, son la tristeza de perder amigos y familiares, el no poseer dinero o tener menos que ahora, o el miedo a pedir ayuda. (IMSERSO, 2014: 174).

Según los datos del Libro Blanco sobre Envejecimiento Activo del IMSERSO, en España se viene experimentando una tendencia creciente en el número de personas mayores que viven solas (IMSERSO, 2011), especialmente en las mayores de 80 años. Así, entre 1991 y 2001, se ha pasado del 20,83 % al 28,36 %. En el rango de edades entre los 70-74 años se ha pasado de 16,55 % a 17,30 %. Estos datos nos indican que existe un gran porcentaje de personas mayores que viven en hogares unipersonales, especialmente mujeres. En el grupo de edad de 65-69 años los porcentajes de mujeres y hombres que viven solos son el 15,58 % y el 8,49 %, respectivamente, en el de 75-79 años son el 31,70 % frente al 11,39 %, y en el de 85-89 años el 34,94 % frente al 17,75 %. Un de las causas principales de esta diferencia entre géneros es la mayor esperanza de vida de las mujeres respecto a la de los hombres.

En la parte cualitativa del estudio se indican el valor de la autonomía y el deseo de permanecer en el hogar, como principales razones en la elección de vivir en soledad, siendo un 87,3 % las personas mayores que prefieren vivir en su casa, aunque sea solas (IMSERSO, 2011: 560).

En cuanto a la soledad como sentimiento percibido (IMSERSO, 2011: 558-559), incluye dos formas: el hecho de hallarse solas en el domicilio, o soledad doméstica, y el sentimiento interno de falta de compañía. El vivir en soledad en el domicilio genera miedo asociado con la salud, consistente en el sentimiento de indefensión ante un posible accidente y en última instancia a que la muerte les sorprenda repentinamente. Asimismo a este hecho se añade el riesgo de no llevar una alimentación adecuada, no seguir fielmente las prescripciones médicas y tener mayor probabilidad de sufrir dolencias psíquicas. Para contrarrestar estos riesgos suelen confiar a una o varias personas próximas la función de estar pendientes de ellos. Este apoyo se puede concretar en forma de visitas o de llamadas breves de teléfono. No obstante, esta función actualmente se puede cubrir en parte por el *servicio de teleasistencia*, implantado desde principios de los años 90, y reconocido por la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (en adelante LAPAD). El servicio es conocido por un 80,4 % de la población mayor española, aunque solo lo usa un 6,8 %, siendo las razones de su baja demanda la falta de información o la asociación con enfermedad y dependencia, aparte del hecho de ser un servicio con copago. De ellos, un 67 % son personas que viven solas en sus casas. Sus usuarios están satisfechos, o bastante satisfechos, en un 98,7 % (IMSERSO, 2011: 559). En cuanto al sentimiento subjetivo de soledad, o soledad emocional, un 23 % de las personas mayores experimentan un sentimiento general de vacío.

Junto a la soledad emocional existe el sentimiento de soledad por déficit de integración social. No tiene por qué darse solo en personas que viven en hogares unipersonales, sino también entre las que viven acompañadas. Este sentimiento específico de soledad alcanza al 9 % de las personas mayores (el 2,4 % se sienten rechazadas). Este tipo de soledad está relacionado con la falta de redes sociales (familiares, vecinales o de amistad). Tras la jubilación, un 30 % reduce el número de amigos. Los actores sociales interpretan que existe una mayor debilidad de los lazos vecinales debido a la expansión de unas actitudes y comportamientos cada vez más individualistas y menos comprometidos con el prójimo. Las sociedades modernas fomentan el aislamiento vecinal (IMSERSO, 2011: 560-561).

Cuando se tiene una mascota disminuye el sentimiento de soledad social. Las nuevas tecnologías también contribuyen a reducir el sentimiento de soledad. En el Libro Blanco se recogen algunas recomendaciones para la soledad en personas mayores (IMSERSO, 2011: 564-565).

## 2. MAYORES LGTB Y ESTIGMA

Pese al interés creciente en analizar el fenómeno del envejecimiento, en el contexto español existen pocos informes centrados en las personas mayores LGTB. Según afirma Gimeno (2007):

*Hay publicados cientos de informes sobre la vejez y teniendo en cuenta casi todas las variables posibles. "Casi todas las variables posibles...", porque de todos los informes oficiales, financiados por instituciones públicas ninguno, absolutamente ninguno, de ningún signo político ni teórico, hace referencia al tema de la orientación sexual en la vejez, siendo precisamente éste un periodo de la vida en el que la orientación sexual o la identidad de género puede convertirse en un factor que influye enormemente en la calidad de vida.*

Afortunadamente, desde que Gimeno realizara estas afirmaciones hasta la actualidad se han realizado algunos estudios sobre este sector de la población. Incluso en otros países, como EE.UU., desde hace varios años se están invirtiendo importantes esfuerzos para promover la investigación específica en este campo (*The National Health, Aging, and Sexuality Study: Caring and Aging with Pride over Time*). Si bien es cierto que en el contexto español, la producción científica sobre este colectivo no es aún muy profusa.

*No contamos con trabajos científicos ni profesionales exhaustivos en relación a la transexualidad y la vejez, ni tampoco con referentes públicos que faciliten la visibilización de sus necesidades, dificultades y posibilidades. Nos encontramos ante una población minoritaria, pero extremadamente vulnerable en este momento de*



*la vida. En la actualidad no existen trabajos sistemáticos sobre la situación de las personas transexuales viejas, que son necesarios para fomentar intervenciones y acciones derivadas de los datos que pudieran resultar (Fernández-Rouco, López y Carcedo, 2012).*

Otros autores van más allá al señalar la exclusión del colectivo de mayores LGTB de los estudios de *teoría queer*, de la comunidad LGTB y de la propia gerontología (Brown, 2009).

El estigma, definido como “la situación de inhabilitación del individuo para una plena aceptación social”, puede materializarse de diferentes formas (Goffman, 2006: 9). Asimismo, la discriminación hacia las personas mayores, conocida como *ageísmo* o *edadismo*, está extendida en España y en Europa. La intensidad de esta forma de estigma puede verse incrementada por la presencia de otras características personales o sociales como el tener una orientación sexual o una identidad de género diferentes a la normalidad hegemónica, sustentada por la heterosexualidad y la bisexualidad (término que hace referencia a las personas que no son transexuales), respectivamente, constituyendo la presencia de diferentes características estigmatizadas una nueva forma de estigma que no es meramente la suma de todas ellas sino un producto cualitativamente diferente, fenómeno conocido como interseccionalidad de la discriminación. El autor R. Lucas Platero (2012: 26) se ha referido al término interseccionalidad de la manera siguiente:

*Si tuviéramos que definir qué es la «interseccionalidad» diríamos que se utiliza para señalar cómo diferentes fuentes estructurales de desigualdad mantienen relaciones recíprocas. Es un enfoque teórico que subraya que el género, la etnia, la clase, u orientación sexual, como otras categorías sociales, lejos de ser «naturales» o «biológicas» son construidas y están interrelacionadas. No se trata tanto de enumerar y hacer una lista inacabable de todas las desigualdades posibles, superponiendo una tras otra, como de estudiar aquellas manifestaciones e identidades que son determinantes en cada contexto y cómo son encarnadas por los sujetos para darles un significado que es temporal.*

La discriminación social producida en función de determinadas características, como la clase social, el género, la nacionalidad o el tener una identidad de género u orientación sexual diferentes a los modelos normativos de la cultura hegemónica, podrían afectar, de manera cada vez más acusada, a la capacidad económica y, consecuentemente, a un peor acceso a niveles dignos de calidad de vida en la vejez. En el caso concreto de las personas transexuales, Gracia (2011: 4) indica los siguientes riesgos:

*La múltiple discriminación que sufren supone la no realización plena y efectiva de los derechos humanos de estos colectivos. Sus efectos se reflejan en aspectos tan*

Juana Ramos

---

*importantes como la mayor carencia de recursos económicos, la falta de atención a determinados aspectos específicos de su salud y algunas dificultades asociadas en relación con la provisión de cuidados.*

Y en general para el colectivo de personas mayores LGTB, el mismo autor indica lo siguiente (Gracia, 2011: 3):

*Estas personas mayores LGBT se enfrentan en su vida diaria a varias formas de discriminación superpuestas: al menos el edadismo y la homofobia (o transfobia, en el caso de las personas trans). Lo que las coloca en una situación de especial vulnerabilidad, incluso dentro del grupo vulnerable de las personas mayores. Vulnerabilidad que, en ocasiones extremas, puede convertirlas en víctimas de malos tratos, tanto en el ámbito familiar (por parte de su pareja, de sus familiares o de su entorno próximo) como en el institucional.*

La población española de mayores LGTB presenta unas peculiaridades que son relevantes a la hora de entender sus historias personales. Gran parte de estas personas han vivido una historia de persecuciones, miedos y discriminaciones debido a la existencia de legislaciones que criminalizaban la homosexualidad durante el franquismo (las principales legislaciones que criminalizaban la homosexualidad fueron la Ley de Vagos y Maleantes, de 4 de agosto de 1933, cuya modificación de 15 de julio de 1954 incluyó la homosexualidad, y la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación social, de 5 de agosto de 1970). Si bien, desde los años 90 y especialmente a partir de 2005, ha tenido lugar un proceso de aceptación social creciente hacia las personas homosexuales y transexuales en nuestro país, las personas mayores han vivido en épocas en las que podían ser detenidas y recluidas en centros de rehabilitación social por el simple hecho de manifestar su diferencia sexual. Estas vivencias han dejado huella en gran parte de este colectivo, determinando sus formas de sentir y vivir, incluso en el presente. Muchas de estas personas, condicionadas a vivir gran parte de sus vidas ocultando su diferencia sexual y que han podido expresarse libremente con la apertura de la sociedad e instituciones españolas en los últimos años, al llegar a la vejez se exponen de nuevo a tener que esconder su condición sexual. En este sentido se expresan Coll-Planas y Missé (2009: 50):

*La mayor parte de equipamientos y programas dirigidos a las personas mayores adoptan una perspectiva heterosexista. Y ello hace que, a menudo, las personas mayores tengan que entrar nuevamente en el armario en el momento en que tienen que ir a un centro de día o residencia o cuando necesitan la ayuda de un trabajador familiar.*

Otro de los riesgos asociados a este colectivo es el de aislamiento social debido a diferentes factores, como el hecho de que habitualmente no han tenido descendencia,

que se han podido producir frecuentes rupturas familiares, van perdiendo amistades del grupo de iguales debido a una menor esperanza de vida y el rechazo social derivado de su diferencia sexual. “En los casos más extremos, algunas personas mayores LGTB se encuentran en una situación de aislamiento social que les puede llevar incluso a morir en un estado de abandono” (Coll-Planas y Missé, 2009: 51).

Todos estos aspectos deberían ser tenidos en cuenta, de manera transversal, por parte de los profesionales relacionados con la atención a las personas mayores, para asegurar una mejor calidad en sus intervenciones, evitando sufrimientos innecesarios y contribuyendo a un mayor bienestar de estas personas en su vejez.

Asimismo, la intervención con personas mayores desde el trabajo social, deberá tener en cuenta que el abordaje de la salud de este colectivo se aparta del paradigma tradicional de la medicina. Pérez Villar (2007) se refiere a ello con las siguientes palabras:

*En general, el anciano enfermo plantea tantas peculiaridades que los abordajes de uso habitual en adultos no ancianos se muestran incapaces de dar respuesta a las necesidades sanitarias de los mayores; entre ellas, la frecuencia con que convergen diversos factores de riesgo y varias enfermedades en la misma persona. Hacer frente a esa situación implica que el objetivo primordial se aleje del paradigma tradicional de la medicina: curación del paciente, preservación de la salud y evitar o retrasar la muerte; y se centra en el mantenimiento de la función y de la calidad de vida del anciano. Ya que, en las personas mayores, la pérdida de la función es la principal manifestación de la enfermedad.*

### 3. DESCRIPCIÓN DEL CASO

La persona que ilustra el caso hipotético sobre el que versa este trabajo se llama Vanesa y es una mujer de 67 años, residente en Madrid, en el barrio de Lavapiés del Distrito Centro, de condición trans, con la que se lleva trabajando hace un año, desde el servicio de trabajo social de la Fundación 26 de Diciembre (26D), con sede en Madrid, en la calle Amparo, nº 27.

A continuación y siguiendo el método básico en intervención social se describen las fases que fueron llevadas a cabo para abordar este caso.

#### 3.1. ACOGIDA DE LA PROBLEMÁTICA SOCIAL

La persona sobre la que se va a realizar el proceso de intervención social vive sola y presenta limitaciones de movilidad a consecuencia de un problema de salud. Una

Juana Ramos

---

amiga suya nos ha pedido que hagamos algo por ella, ya que hace un mes sufrió una caída y desde entonces no sale a la calle, encontrándose muy deprimida.

Desde la Fundación 26D, especializada en la atención al colectivo de mayores LGTB, nos interesamos por este caso al tratarse de una persona perteneciente a la población objeto de nuestra organización. No obstante, en caso de ser necesario, se buscará su inclusión en los programas públicos de servicios sociales, bajo la óptica de una atención social pública universal, basada en un derecho subjetivo para toda la ciudadanía.

### **3.2. RECOGIDA DE INFORMACIÓN Y DIAGNÓSTICO**

La presencia de Vanesa, como mujer mayor trans, en el barrio no solamente afecta al sistema familiar sino a otros como el institucional y el comunitario, introduciendo cambios que deben ser asumidos e integrados para conseguir de nuevo el equilibrio u homeostasis y la funcionalidad del conjunto. Desde la intervención se analizarán todos estos niveles y se valorará la posibilidad de trabajar en los mismos para facilitar la armonía y el equilibrio, bajo el enfoque del Modelo Ecológico.

Se contacta con Vanesa para citarla en el local de la Fundación, por mediación de su amiga, que se llama Laura. Se realiza una primera entrevista, en la fecha 6/09/2013, en la que se consigue establecer un *rapport* adecuado y de la que se obtiene información relevante. De la entrevista se deduce que los problemas de movilidad fueron causados por una caída producida en agosto de 2013 en su domicilio, dificultando en grado elevado su salida a la calle, que solo realiza cuando no le queda más remedio y para distancias muy cortas. En la entrevista refiere que vivió con su madre hasta su fallecimiento en junio de 2013. También comenta que estuvo trabajando en el sector de la limpieza hasta los 65 años, momento en que se jubiló. Desde entonces cobra una pensión mínima.

Manifiesta un fuerte sentimiento de soledad y lo atribuye a su condición transexual y al hecho de ser una persona mayor, indicando sentir rechazo social a causa de ello. También refiere encontrarse muy triste como consecuencia de la pérdida de su madre. Estos sentimientos, junto a su situación actual de movilidad limitada, podrían ser causas de progresivo aislamiento social, con el consecuente riesgo para la salud bio-psico-social de la persona.

Para confirmar y completar el diagnóstico se ha tratado de obtener más información a través de los siguientes canales:

- Centro de salud Tribulete.
- Centro de Servicios Sociales Puerta de Toledo.
- La asociación de vecinos La Corrala.

- Programa de Información y Atención a Homosexuales y Transexuales de la Comunidad de Madrid (PIAHT).

De manera complementaria se decide la utilización de varias escalas para valorar aspectos psicosociales. En concreto se propone la utilización de las siguientes escalas:

- Test VATAD, o Escala Global de Valoración Social para Personas Mayores.
- Escala de ansiedad de Hamilton.
- Escala de depresión de Hamilton.

El test VATAD es una escala elaborada por un equipo de trabajadores sociales que contempla multitud de facetas del ámbito social, y que comparten para su utilización (Martín, 2007). Al tratarse de un caso con posible carencia de redes sociales de calidad y al manifestar que experimenta un fuerte sentimiento de soledad, se valora la gran utilidad de esta escala integral como complemento a la información obtenida mediante otros instrumentos.

Asimismo, en la primera entrevista se han observado un bajo estado de ánimo, existencia de contención emocional y dificultad para expresarse. Por ello se decide la utilización de las escalas de ansiedad y depresión de Hamilton con el objeto de obtener más información sobre posibles problemáticas psico-emocionales, sobre las que se podría profundizar en futuras entrevistas. También se plantea la realización de una visita domiciliaria y posteriormente otra entrevista.

El servicio médico del centro de salud nos confirma que Vanesa sufrió una caída en su domicilio el sábado 10 de agosto de 2013. A consecuencia de la caída perdió el conocimiento y hasta el día siguiente no recuperó la consciencia. Cuando despertó se dio cuenta que no podía levantarse y alzando la voz pidió socorro hasta que sus vecinos la escucharon y avisaron a la policía que se presentó allí con un cerrajero quien abrió la puerta. Al comprobar que se había caído y no podía levantarse contactaron con el servicio médico de urgencias que envió un facultativo, quien se presentó en el domicilio y tras examinar a Vanesa emitió el diagnóstico de rotura de ligamentos en ambas piernas, con un pronóstico de difícil recuperación. También nos cuentan que Vanesa estuvo muchos años cuidando a su madre hasta su fallecimiento ocurrido en junio de 2013 a consecuencia de un infarto de corazón. La pérdida de su madre le afectó bastante.

En el centro de servicios sociales nos informan que no conocen a la interesada ya que nunca ha sido usuaria del mismo. En el mismo sentido se manifiestan los profesionales del PIAHT.

Y desde la asociación de vecinos La Corrala nos comentan que Vanesa es conocida en el barrio, que habitualmente se sentaba en la plaza de Lavapiés un rato por las

Juana Ramos

mañanas. También nos informan que solía comprar en un supermercado de la plaza y que por las tardes solía pasearse con una amiga por la calle Argumosa. Pero que desde hace meses no se ha vuelto a saber nada de ella.

Con la excusa de realizar el test VATAD se programa con la usuaria una visita a su domicilio, en la que se cumplimentan los ítems del cuestionario. El piso consta de dos habitaciones y unos 50 m<sup>2</sup> de superficie. Se encuentra muy sucio, con presencia de cucarachas y malos olores. La cocina y el calentador de agua son eléctricos. El baño cuenta con bañera. La usuaria nos comenta que tiene muchas dificultades para ducharse debido a la altura de la bañera. En la visita se le informa sobre recursos sociales a los que puede acceder para facilitarle las tareas cotidianas.

A partir de la visita domiciliaria y del análisis de la escala VATAD se obtiene información sobre su sistema familiar. La interesada tiene una hermana, de nombre Herminia, con la que apenas tiene contacto y que también vive en Madrid. Herminia tiene dos hijos, Jesús, con quien Vanesa se lleva muy bien, aunque no se ven mucho, y Alberto. Su padre falleció cuando Vanesa contaba con 8 años de edad. Vanesa siempre ha expresado una identidad de género femenina y ha contado con el apoyo de su madre. La vivienda era propiedad de su madre y ahora la ha heredado, habiendo dejado a su hermana otras pertenencias.

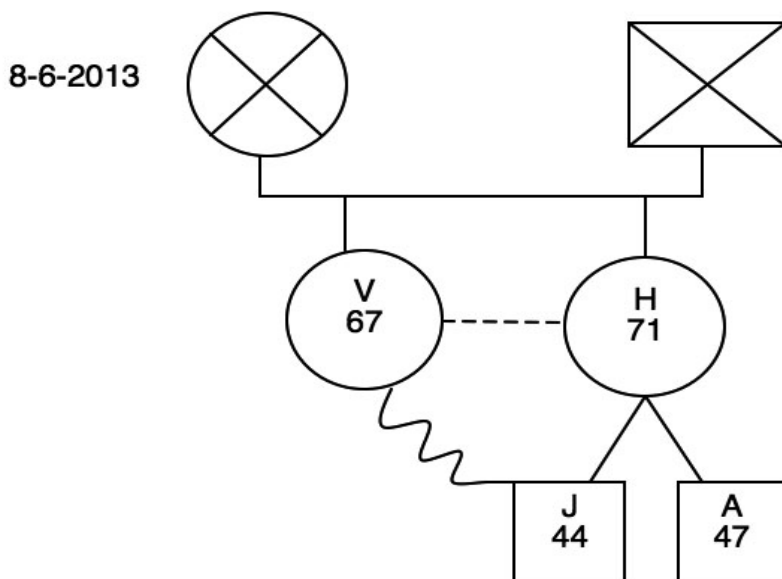


Figura 1. Genograma familiar del caso.

Fuente: Elaboración propia

Tiene estudios primarios. Desde muy joven comenzó a trabajar en servicios de limpieza, al principio de manera intermitente y a partir de los 47 años de manera indefinida. Este trabajo lo ha estado complementando con el ejercicio del trabajo sexual que practicaba de forma esporádica en diversas zonas de las calles de Madrid, ejercicio que fue dejando paulatinamente a partir de sus cuarenta años. Ha vivido toda la vida con su madre y en los últimos años ha estado cuidándola, realizando tareas como la comida, la limpieza y el aseo. Nunca ha solicitado ayuda para el cuidado de su madre, pese a que en los últimos años sufría demencia y requería una atención permanente, que según Vanesa le impedía mantener relaciones con sus amigas, habiendo perdido el contacto con la mayoría de ellas. Además le ha producido mucho estrés y ansiedad, llegando en ocasiones a sentir odio y rabia, con alteraciones en el sueño y sentimientos de frustración. El motivo para no solicitar apoyos es que en su familia la hija menor siempre se ha encargado de cuidar a su madre porque se entiende que es una obligación, y que debe hacerlo sola pues así ha sido siempre, sin presencia de extraños en el hogar que pudieran incomodar a la madre.

En cuanto a su ámbito de relaciones sociales tiene contacto con sus vecinos, a quienes conoce desde hace muchos años, pero apenas interactúa con ellos. En el barrio vive su amiga Laura, con quien habla por teléfono varias veces por semana. Antes de la caída salían juntas a pasear, pero ahora solo la ve cuando viene a visitarla a su casa. Hace tiempo solía frecuentar una cafetería de su calle, a la que solía acudir con su madre, con su amiga, o con ambas, pero hace ya unos años ha dejado de hacerlo porque afirma no encontrarse cómoda.

Como se ha visto en la parte introductoria la combinación entre la edad y la condición trans hacen que Vanesa tenga mayor vulnerabilidad social. Estas circunstancias sumadas a los cambios ocasionados por sus dificultades de movilidad y el haber perdido a su madre recientemente, colocan a Vanesa en una situación de riesgo social. Para evitar un empeoramiento de su situación se deberán abordar medidas en diversos ámbitos, como el individual, familiar, grupal y comunitario.

Del conjunto de instrumentos de valoración empleados se obtienen los siguientes elementos de diagnóstico:

- Mujer de 67 años, de condición trans, que vive sola y presenta problemas de movilidad, aparentemente permanentes o de difícil recuperación.
- Situación económica ajustada al tener como único ingreso una pensión mínima de jubilación (634,5 euros).
- Los resultados de las escalas de Hamilton muestran la posible existencia de problemas de ansiedad y depresión, corroborados en una entrevista posterior. Además tiene la autoestima muy baja. La persona puede estar atravesando una depresión como consecuencia de la reciente pérdida de su madre y de su posterior caída.

- Apoyo social muy limitado y carencia generalizada de redes sociales. No tiene apenas contactos familiares. Carece de cuidados informales. Y presenta conductas de evitación social por miedo a ser rechazada.
- Vivienda con problemas de habitabilidad debido a la falta de higiene. Además la altura de la bañera dificulta su aseo.
- Ausencia de hábitos saludables de alimentación, comiendo entre horas y sin incluir todos los nutrientes necesarios. La nevera está bastante vacía y sucia, con alimentos en mal estado.
- Existencia de un ciclo cerrado en el sistema familiar, basado en una perspectiva sistémica a través de la idea de que la hija menor debe sacrificar sus metas personales para cuidar a su madre, hecho que se ha ido repitiendo de generación en generación, sin pedir ayuda exterior. En este caso la hija no tiene descendencia que vaya a cuidarla, hecho que le provoca una gran desesperación porque piensa que no hay nadie que pueda cuidarla ahora que siente la necesidad de ser cuidada, y no es capaz de recurrir a la ayuda externa.

### **3.3. DISEÑO DE INTERVENCIÓN**

Para obtener mayores garantías de éxito se han explicado detalladamente a la usuaria, en un lenguaje comprensible para ella, los aspectos relacionados con el proceso de intervención. Se ha contado con su participación, tanto en el proceso de diagnóstico como en los de diseño, implementación y evaluación de la intervención, tratando de consensuar todos los pasos.

#### *Objetivo general:*

El objetivo principal es favorecer que la persona pueda seguir viviendo en su entorno habitual el mayor tiempo posible en buenas condiciones biopsicosociales y en un espacio de seguridad, con buenos elementos de habitabilidad, todo ello en el marco actual de políticas de envejecimiento activo.

#### *Objetivos específicos:*

- Procurar la mejora de su estado de ánimo y tratar sus problemáticas de depresión, ansiedad y baja autoestima.
- Ampliar sus redes sociales, en cantidad y en calidad. Procurar restablecer el contacto con su hermana y sobrinos.
- Mejorar las condiciones de habitabilidad de su vivienda.
- Informar a la persona sobre posibles recursos sociales a los que pudiera acceder, como el Servicio de Ayuda a Domicilio para Personas Mayores y el de Teleasistencia Domiciliaria.



- Romper el ciclo cerrado existente, transmitiendo a la usuaria la existencia de la atención a la dependencia como derecho subjetivo, garantizado por el Estado para toda la ciudadanía, incluida ella.
- Conseguir que adquiera hábitos de alimentación saludables.
- Estudiar la posibilidad de que realice alguna modalidad de ejercicio físico.

#### *Centros y recursos:*

- Centro de actividades de la Fundación 26D, en la calle Amparo, 27.
- Servicio de Teleasistencia Domiliciaria.
- Servicio de Ayuda a Domicilio para Personas Mayores.
- Centro de Servicios Sociales Puerta de Toledo.
- Centro Comunitario Casino de la Reina.
- PIAHT (atención psicoterapéutica, trabajo social, sociólogos y juristas).

#### *Actividades:*

- Derivarla al servicio de atención psicoterapéutica del PIAHT para tratar su problemática psico-emocional.
- Realizar las tareas de información, orientación y asesoramiento sobre recursos públicos a los que puede acceder. En concreto se proponen el Servicio de Ayuda a Domicilio para Personas Mayores y el de Teleasistencia Domiliciaria.
- Trabajar con ella la ruptura del ciclo cerrado.
- Pedir cita para valoración de grado de dependencia.
- Proponerle la realización de un curso de tecnologías de información y comunicación (TIC) para facilitar la utilización de internet a los efectos de ampliar sus redes sociales y participación social. Se realizará en el Centro Comunitario Casino de la Reina. De esta manera se fomentará su integración en actividades con otros vecinos del barrio con los que ir tejiendo redes sociales.
- Animarla a visitar al centro de actividades para mayores LGTB que la Fundación 26D gestiona en el mismo barrio, para favorecer su integración social en un espacio de personas con intereses comunes y de ambiente familiar.
- Derivarla al servicio de enfermería de su centro de salud para que estudien la posibilidad de establecer un plan de ejercicio físico.

#### *Indicadores de evaluación:*

- Alta en el Servicio de Teleasistencia y buena adaptación a su uso.
- Alta en el Servicio de Ayuda a Domicilio y buena acogida.
- Acepta acudir al servicio de psicoterapia indicado y mejora su estado psico-emocional.
- Se tramita una ayuda para transformar su bañera en un plato de ducha.
- Acude a la Fundación 26D y se anima a realizar alguna de sus actividades.

Juana Ramos

---

- Aumenta el número de veces que sale a la calle. Aumenta la distancia de sus trayectos.
- Aumenta el número de personas con quienes mantiene un contacto periódico.
- Recupera el contacto con su hermana y sobrinos.
- Realiza con éxito el curso de TIC.
- Adquiere buenos hábitos alimentarios.

### 3.4. IMPLEMENTACIÓN

Tras haber informado a Vanesa sobre el Servicio de Teleasistencia Domiciliaria, le parece razonable su utilización y se solicita por vía telemática, a través de la Sede Electrónica del Ayuntamiento de Madrid (<https://sede.madrid.es>). Para ello se obtiene previamente un certificado electrónico al objeto de agilizar este y otros trámites necesarios con las Administraciones Públicas. De la misma forma se tramita el alta en el Servicio de Ayuda a Domicilio.

Comienza las sesiones de psicoterapia en el PIAHT y su estado de ánimo mejora notablemente.

Se solicita una ayuda económica para transformar su bañera en plato de ducha a través del Centro de Servicios Sociales Puerta de Toledo, pero por el momento no tiene derecho a la misma. No obstante se ha registrado su ficha social y de esta manera ya tienen referencias suyas para facilitar las cosas si en el futuro se derivara a aquel centro. Para posibilitar su aseo y evitar caídas se acuerda con Vanesa que sea ayudada por el personal del SAD cuando tenga que ducharse.

De momento y hasta que no obtenga una mejoría suficiente, tanto física como psicológica, se acuerda que los empleados del Servicio de Ayuda a Domicilio se encarguen de realizar la compra y de hacer la comida.

Ha visitado el Centro de Actividades de la Fundación. El Centro dispone de un espacio con referencias hogareñas, como fotografías familiares antiguas, espejos, cuadros y otros elementos decorativos que generan un ambiente muy acogedor, en especial para las personas mayores LGTB. Se ha apuntado a varias de sus actividades como las clases de pintura de los martes, las clases de teatro los jueves, y el comedor social los domingos. Aparte se ha dado de alta como socia y acude a las reuniones de asociados que tienen lugar los lunes. También está utilizando el programa “No comas solo”, momento también propicio para establecer y mantener vínculos sociales.

Desde el servicio de enfermería del centro de salud han diseñado un plan de ejercicio físico compatible con su problemática de salud y acude todas las mañanas para realizarlo. De esta manera va mejorando su estado de salud y su movilidad.

De momento no ha conseguido plaza en el curso de TIC, por lo que se buscan otras alternativas. Tampoco ha sido posible restablecer el contacto con sus familiares, estimándose que necesitará darles más tiempo para superar resentimientos.

Se han iniciado los trámites para solicitar la valoración del grado de dependencia en su Centro de Servicios Sociales, desde el que ya se ha presentado la documentación requerida (instancia de solicitud, certificado de empadronamiento, documento nacional de identidad, informe social e informe de salud).

### **3.5. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Siguiendo el plan diseñado se realiza la primera evaluación global a los tres meses de comenzar la intervención, en abril de 2014, a través de una entrevista. Se observa, en general, buena adaptación a las acciones propuestas. El Servicio de Teleasistencia lo utiliza regularmente, pese a haber presentado reticencias al comienzo por asociarlo a enfermedad y rechazo social, pero que se han superado tras comprobar que varios vecinos de su bloque también lo utilizaban. Esta prestación le aporta mayor seguridad, tanto a ella como a sus amistades.

El Servicio de Asistencia a Domicilio también está siendo utilizado sin problemas. Al principio se encontraba un poco incómoda con la presencia de personas desconocidas en su hogar, pero poco a poco se ha ido acostumbrando y en la actualidad dice sentirse cómoda y acompañada. Valora de manera positiva la ayuda prestada para la realización de tareas domésticas como la limpieza.

Ambos servicios han mejorado su seguridad y, aunque al principio le ha costado adaptarse, actualmente se siente muy cómoda y agradece la gran ayuda recibida. Asiste regularmente a las actividades de la Fundación 26D y manifiesta haber tenido muy buena acogida y encontrarse ilusionada gracias a los vínculos que va estableciendo con sus integrantes. Se siente muy integrada, afirmando con sus palabras que “es como estar en casa”.

Gracias a la realización del plan de ejercicio físico su problemática de movilidad ha mejorado notablemente y Vanesa puede realizar trayectos más largos y de esta manera visitar a amistades que había dejado de ver por encontrarse lejos de su casa.

En general se valora que la intervención está dando muy buenos resultados, facilitando una mejora en las condiciones físicas, psico-emocionales y sociales de Vanesa, haciendo posible que pueda seguir viviendo en su domicilio durante el mayor tiempo posible, bajo una óptica de envejecimiento activo saludable.

Se propone la realización de próximas entrevistas cada tres meses durante el primer año para realizar un seguimiento de los resultados de la intervención y en función de los resultados se adoptarán las decisiones que se estimen pertinentes sobre continuar con el plan diseñado, reformularlo o derivar el caso a otras instancias.

#### **4. MODELOS DE INTERVENCIÓN EN TRABAJO SOCIAL APLICADOS EN EL CASO**

La Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS) y la Asociación Internacional del Trabajo Social establecen que “el trabajo social promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación de las personas para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre comportamiento humano y los sistemas sociales, el trabajo social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de Derechos Humanos y Justicia Social son fundamentales para el trabajo social”, (definición de trabajo social adoptada en declaración conjunta por la FITS y la AIETS, en Copenhague, 2001).

Para abordar el diseño e implementación de las intervenciones sociales, el trabajo social, como profesión y disciplina académica, se sirve de los aportes metodológicos de diferentes marcos teóricos, que configuran los modelos de intervención. En el ámbito del trabajo con familias podemos contar con los siguientes modelos: Sistémico, Ecológico, Cognitivo-Conductual, de Crisis, Psicodinámico de Constelaciones Familiares y el Ecléctico de Apertura de Ciclos Cerrados (Fernández y Ponce de León, 2011). La aplicación de uno u otro modelo no es excluyente, sino que permite acometer la intervención social bajo diferentes enfoques que se centran en distintos elementos, aportando una mayor aprehensión de la realidad social en la que se pretende trabajar y enriqueciendo la intervención con un mayor abanico de herramientas.

A continuación se hará especial referencia a los modelos utilizados en el caso que se aborda en el presente estudio.

Desde una *perspectiva sistémica* se puede decir que ningún ser humano es un individuo aislado que pueda tener total autonomía para su desarrollo y vida, sino que es un ser dependiente, inscrito en una estructura social, condicionado y a la vez condicionante de la misma. La estructura más básica en la que se inscribe es la familia, aunque a veces esta es sustituida por otras personas allegadas, siendo esta derivación una situación muy frecuente en las personas LGTB. Estas estructuras conforman los sistemas, que son conjuntos de elementos relacionados entre sí y con el propio conjunto, de forma que los cambios en cada elemento afectarán al resto de elementos y al sistema. De forma inversa, los cambios producidos en el sistema afectarán a sus elementos.

Desde una *perspectiva ecológica* el sistema familiar y los individuos tampoco están aislados, sino que se relacionan con diferentes niveles del contexto, que según Bronfenbrenner serían el microsistema (como el formado por la familia), mesosistema (la relación de la familia con otros microsistemas como el centro de salud), exosistema (espacios en los que no participa directamente la persona pero que le condicionan) y macrosistema (formado por las ideologías, tradiciones, normas y costumbres de la cultura concreta). Todos los niveles están interrelacionados y condicionados por el resto. Bajo este enfoque la intervención en un nivel, como el individual o familiar, precisará considerar la posibilidad de intervenir en otros niveles relacionados para obtener mayor efectividad y sostenibilidad de los cambios implementados.

El *Modelo Ecléctico de Apertura de Ciclos Cerrados* se basa en la existencia de pautas repetitivas en las relaciones familiares que pueden generar y perpetuar un carácter disfuncional en el sistema familiar. Para poder intervenir en estos casos es preciso romper el ciclo cerrado haciendo conscientes de su existencia a sus miembros y mostrándoles la necesidad de introducir cambios que se orienten hacia unas pautas familiares más saludables, que repercutan en una mayor funcionalidad del sistema familiar y una mejora del bienestar psicosocial de sus miembros. Este modelo incorpora una perspectiva integradora de otros modelos de intervención en trabajo social, como el sistémico, el ecológico y el cognitivo-conductual, de manera que los ciclos cerrados pueden explicarse en uno u otro de los modelos, de ahí la utilización del término “ecléctico”, pues se debe aplicar un enfoque que contemple los diferentes modelos para identificar las pautas disfuncionales. Las reglas repetitivas que retroalimentan los ciclos cerrados se pueden expresar en dos enunciados: “Mi familia es como todas las demás”, y “Repetiré lo vivido anteriormente, como así lo estipula la tradición y herencia familiar”, (Fernández y Ponce de León, 2011).

En la parte práctica se recoge un caso hipotético de una mujer mayor perteneciente al colectivo LGTB, en concreto al de personas transexuales, o simplemente trans. El caso que se presenta es ficticio, aunque está basado en características de personas con similar perfil, conocidas por la autora de forma directa, o indirecta, a través de su contacto con este colectivo durante muchos años de voluntariado y activismo social en el sector. Con ello se pretende facilitar una aproximación a la comprensión de los elementos que caracterizan a este colectivo y aportar ejemplos para la intervención desde el trabajo social.

## 5. CONCLUSIONES

En el presente estudio se ha descrito el intenso proceso de envejecimiento que caracteriza a las sociedades actuales, con una previsión creciente para los próximos 50 años, y que afecta a los sistemas de protección social, requiriendo un ajuste de los mismos de cara a abordar el consecuente incremento de la dependencia y otros efec-

Juana Ramos

---

tos. Se ha realizado una aproximación a la situación social de las personas mayores LGTB. Y se ha descrito una posible intervención en un hipotético caso de una mujer mayor trans, con el objeto de aportar ejemplos de actuación con este colectivo desde el trabajo social.

Se ha observado la dificultad de encontrar estudios que aborden la intervención social con el colectivo de mayores LGTB, y en especial con el de mayores trans, en el contexto español.

Pese a ello, se prevé un incremento de la investigación en este campo, debido a la reciente organización de este colectivo a través de entidades como la Fundación 26D, la Fundació Enllaç y áreas especializadas dentro de colectivos como COGAM y el proyecto Zahorrok de la asociación Aldarte, entre otros; entidades que realizan sus propios estudios y que demandan el abordaje de sus necesidades a las instituciones públicas, abordaje que requerirá la realización de estudios científicos.

Asimismo se ha observado que las actuales cohortes de personas mayores LGTB acusan frecuentes secuelas como consecuencia de haber vivido la persecución política, discriminación familiar y hostigamiento social, durante el régimen franquista, en el que existían legislaciones que criminalizaban la homosexualidad. Aunque muchas de estas personas presentan interesantes ejemplos de resiliencia que les ha permitido contrarrestar los fuertes obstáculos con los que han tenido que lidiar, son muy frecuentes los casos en los que el sufrimiento ha marcado sus vidas. Las futuras cohortes tendrán menos obstáculos sociales para el acceso a niveles de calidad de vida similares a los de la media poblacional. De forma similar, en el caso de las personas trans, existen diferencias relacionadas con las propias experiencias vitales, no solo determinadas por el momento histórico que les ha tocado vivir, sino con el momento en el que han decidido dar el paso de iniciar su transición de género, o el sistema familiar en el que se han desarrollado, factores que pueden influir notablemente en la vida de estas personas en su vejez. En este mismo sentido se posiciona la investigadora Tarynn M. Witten (2009).

Dado a que en la última década se han aprobado leyes que reconocen derechos a las personas LGTB, las diferencias en el acceso a recursos respecto de las personas que no son LGTB tenderán a reducirse en el futuro. También debido a que estas legislaciones están sirviendo para que las condiciones de vida de estas personas se vayan normalizando, la diversidad existente en el colectivo se hace más visible y este hecho permite poder centrarse en áreas más concretas como la vejez en las personas trans. Y por último, también relacionado con el avance normativo, se ha observado el incremento de recursos específicos para trabajar con esta población, como las propias asociaciones y programas promovidos por las Administraciones Públicas. De esta forma se garantiza una mayor protección de esta población frente a situaciones de vulnerabilidad y exclusión social, contribuyendo a normalizar sus vidas. No obstante hay que tener en cuenta que la

aceptación social hacia las personas LGTB ha sido moneda de cambio instrumentalizada por las instancias políticas de diferentes signos y por ello es preciso mantenerse vigilantes para evitar que los cambios gubernamentales puedan conllevar el empeoramiento de las condiciones de vida de las personas mayores LGTB.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

- Brown, M.T. (2009). LGBT Aging and Rhetorical Silence. *Sexuality Research & Social Policy: Journal of NSRC*, 6, (4), 65-78.
- Coll-Planas, G. y Missé, M. (2009). *Diagnóstico de las realidades de la población LGTB de Barcelona*. Barcelona: Bellaterra. Recuperado el 7 de enero de 2015, de <http://w110.bcn.cat/fitxers/dretscivils/2diagnosticorealidadeslgtbbcn.301.pdf>
- Fernández García, T., y L. Ponce de León. (2011). *Trabajo Social con Familias*. Madrid: Ediciones Académicas.
- Fernández-Rouco, N., López Sánchez, F., y Carcedo González, R.J. (2012). Transexualidad y vejez: una realidad por conocer. *Revista Kairós Gerontología*, 15, (3), 15-25.
- Ventura Miranda, M.I. et al. (2014). Homosexualidad y vejez: interpretación por parte del personal de enfermería y estudiantes de enfermería. En J.J. Gázquez Linares, et al. *Investigación en salud y envejecimiento Volumen I*. Asociación Universitaria de Educación y Psicología: 19. Recuperado el 14 de julio de 2015, de <http://formacionasunivep.com/IIcongresosalud/documents/libro/Libro/Digital/Completo.pdf#page=20>.
- Gimeno, B. (2007). *Vejez y Orientación Sexual*. Madrid: Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales.
- Goffman, E. (2006). *Estigma, la identidad deteriorada*. Décima reimpresión. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Gracia Ibáñez, J. (2011). *Los derechos humanos y la posición social de las personas mayores LGTB. Un supuesto específico: los malos tratos*. Edita Universidad Carlos III de Madrid. Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas. Recuperado el 8 de enero de 2015, de <http://e-archivo.uc3m.es/handle/10016/19305>.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2011). *Envejecimiento Activo. Libro Blanco*. Madrid: IMSERSO.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2014). *Informe 2012. Las personas mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas*. Madrid: IMSERSO.
- Martín García, M. (Ed.). (2007). *Trabajo Social en Gerontología*. Madrid: Síntesis.
- Pérez Villar, J. (2007). El Trabajo Social en la atención a la salud del anciano. En M. Martín García (Ed.). *Trabajo Social en Gerontología*. Madrid: Síntesis.
- Witten, T.M. (2009). Graceful Exists: Intersection of Aging, Transgender Identities, and the Family/Community. *Journal of GLBT Family Studies*, 5, (1-2), 35-61.

