

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

FACULTAT DE PSICOLOGIA Y LOGOPEDIA

PROGRAMA DE PSICOGERONTOLOGÍA:

PERSPECTIVA DEL CICLO VITAL



ESTRESORES SOCIALES Y SALUD MENTAL EN PERSONAS ADULTAS

MAYORES LGTB: GENERATIVIDAD Y PARTICIPACIÓN SOCIAL COMO

RECURSOS PSICOSOCIALES

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR: CELIA CARRASCOSA SÁNCHEZ

DIRIGIDA POR: DRA. SACRAMENTO PINAZO HERNANDIS

Valencia, julio 2024.

“Nadie nace odiando a otra persona por el color de su piel o su origen, su sexualidad o su religión. Si pueden aprender a odiar, se les puede enseñar a amar, porque el amor es más natural para el corazón humano que su opuesto”.

Nelson Mandela

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, que han sido mi pilar fundamental en la vida, mis logros no hubieran sido posibles sin su apoyo y confianza en mí. Gracias por vuestro interés y vuestros consejos que tan bien me han guiado durante el camino.

A mi directora, Sacramento Pinazo, porque solo con una persona como ella a mi lado hubiera tomado la decisión de realizar una tesis doctoral. Gracias por tu calidad tanto profesional, como personal. Gracias por querer sacar siempre lo mejor de mí y ayudarme a que llegue lo más lejos posible.

A todas esas generaciones que vinieron antes, y lucharon sin cesar por los derechos que disfrutamos actualmente. Vuestra esperanza, fuerza y valentía no fueron en vano. Especial agradecimiento a todas las personas que tuvieron la generosidad de compartir sus experiencias a través de la participación en este estudio.

A mis amigos y a mi hermano, que me han acompañado durante este proceso, y siempre han tenido Fe ciega en mí, dándome seguridad cuando más la he necesitado. A mi compañero José Miguel Cerezo, pues gracias a él tuve la oportunidad de iniciarme en esta aventura. A mis profesores Marta Climent y Lucas Puig, por ser referentes, por inspirarme, gracias por ver y valorar mi esfuerzo. Gracias también a esas personas que han aparecido más recientemente en mi vida y me han llenado de positividad y energía. Todo es más fácil cuando se vive con ilusión.

ÍNDICE GENERAL

1. Justificación	1
2. Introducción	3
3. Marco teórico	7
3.1. Factores sociodemográficos	7
3.2. Estresores sociales	23
3.2.1. Situación económica.....	23
3.2.2. Estigma y discriminación	25
3.2.3. Autoestigma y homofobia internalizada	31
3.2.4. Sentimiento de soledad	34
3.2.5. Aislamiento social	36
3.3. Recursos psicosociales.....	38
3.3.1. Resiliencia.....	41
3.3.2. Generatividad.....	42
3.3.3. Apoyo social.....	49
3.3.4. Sentimiento de pertenencia y conexión con la comunidad LGTB	51
3.3.5. Participación social	55
3.4. Problemas de salud mental	59
3.4.1. Depresión.....	60
3.4.2. Ansiedad y estrés	62
3.4.3. Ideación suicida y autolisis	64
4. Objetivos e hipótesis.....	68
5. Método	72
5.1. Método e instrumentos utilizados	72
5.2. Procedimiento	76
5.3. Participantes.....	77
6. Resultados.....	80
6.1. Estresores sociales	80
6.1.1. Experiencias de discriminación	80
6.1.2. Sentimiento de soledad	104
6.1.3. Estado de salud percibido	110
6.2. Recursos psicosociales.....	116
6.2.1. Generatividad.....	116
6.2.2. Satisfacción con la vida	154
6.2.3. Participación social	159
6.2.4. Recursos económicos	163
6.2.5. Apoyo social.....	167
6.3. Bienestar psicológico	174
6.4. Relaciones entre variables.....	181
7. Discusión.....	184
8. Conclusiones	202
Referencias.....	210
Anexos	250
ANEXO 1. Cuestionario online	250

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

FIGURAS

Figura 1. Modelo de Proactividad Preventiva y Correctiva (PCP).....	5
Figura 2. Modelo de Proactividad Preventiva y Correctiva adaptado al presente estudio.....	6
Figura 3. Motivos de delitos de odio en España.....	27
Figura 4. Modelo de Proactividad Preventiva y Correctiva adaptado con hipótesis (H).....	71
Figura 5. Comunidades Autónomas a las que pertenece la muestra.....	79
Figura 6. Frecuencia de discriminación percibida por motivos LGTB.....	82
Figura 7. Nube de palabras de situaciones de discriminación.....	103
Figura 8. Nube de palabras de contribuciones a otras personas.....	132
Figura 9. Nube de palabras de aportaciones a la situación del colectivo LGTB.....	141
Figura 10. Nube de palabras de los aprendizajes de las personas más jóvenes.....	153
Figura 11. Predictores directos e indirectos del bienestar psicológico.....	179
Figura 12. Factores sociodemográficos como predictores de otras variables.....	182
Figura 13. Estresores sociales como predictores de otras variables.....	183
Figura 14. Recursos psicosociales como predictores de otras variables.....	183
Figura 15. Cumplimiento del Modelo de Proactividad Preventiva y Correctiva.....	189

TABLAS

Tabla 1. Variables sociodemográficas de la muestra.....	80
Tabla 2. Regresión lineal de la frecuencia de discriminación como variable dependiente.....	84
Tabla 3. Medias de frecuencia de discriminación en función del sentimiento de soledad.....	85
Tabla 4. Tipologías de experiencias de discriminación.....	87
Tabla 5. Ámbitos en los que se producen las experiencias de discriminación.....	97
Tabla 6. Resultados de la Escala de Soledad de la UCLA.....	105
Tabla 7. Regresión lineal del sentimiento de soledad como variable dependiente.....	106
Tabla 8. Medias del sentimiento de soledad en función de la satisfacción con la vida.....	107

Tabla 9. Medias del sentimiento de soledad en función del apoyo social.....	108
Tabla 10. Medias del sentimiento de soledad en función de la discriminación.....	108
Tabla 11. Medias del sentimiento de soledad en función del bienestar psicológico.....	109
Tabla 12. Prueba de Box de la igualdad de matrices de covarianzas del sentimiento de soledad como variable independiente.....	110
Tabla 13. Pruebas multivariante del sentimiento de soledad como variable independiente..	111
Tabla 14. Regresión lineal del estado de salud percibido como variable dependiente.....	112
Tabla 15. Medias del estado de salud percibido en función de la satisfacción con la vida....	113
Tabla 16. Medias del estado de salud en función de la dificultad para llegar a fin de mes....	113
Tabla 17. Medias del estado de salud percibido en función de la edad.....	114
Tabla 18. Prueba de Box de la igualdad de matrices de covarianzas del estado de salud percibido como variable independiente.....	115
Tabla 19. Pruebas multivariante del estado de salud como variable independiente.....	116
Tabla 20. Resultados de la versión reducida de la Escala de Generatividad de Loyola.....	117
Tabla 21. Regresión lineal de la preocupación generativa como variable dependiente.....	118
Tabla 22. Medias de la preocupación generativa en función del apoyo social.....	119
Tabla 23. Medias de la preocupación generativa en función de la edad.....	120
Tabla 24. Medias de la preocupación generativa en función del bienestar psicológico.....	120
Tabla 25. Prueba de Box de la igualdad de matrices de covarianzas de la preocupación generativa como variable independiente.....	121
Tabla 26. Pruebas multivariante de la preocupación generativa como variable independiente.....	122
Tabla 27. Contribuciones realizadas a otras personas.....	123
Tabla 28. Subcategorías de apoyo social.....	124
Tabla 29. Subcategorías de activismo.....	128
Tabla 30. Aportaciones a la mejora de la situación del colectivo LGTB.....	134
Tabla 31. Aprendizajes para las personas más jóvenes.....	143
Tabla 32. Subcategorías de habilidades socioemocionales y valores.....	145

Tabla 33. Regresión lineal de la satisfacción con la vida como variable dependiente.....	156
Tabla 34. Medias de satisfacción con la vida en función del sentimiento de soledad.....	157
Tabla 35. Medias de satisfacción con la vida en función del estado de salud percibido.....	157
Tabla 36. Medias de satisfacción con la vida en función del apoyo social.....	158
Tabla 37. Prueba de Box de la igualdad de matrices de covarianzas de la satisfacción con la vida como variable independiente.....	159
Tabla 38. Pruebas multivariante de satisfacción con la vida como variable independiente...	159
Tabla 39. Regresión lineal de la frecuencia de participación como variable dependiente....	161
Tabla 40. Medias de frecuencia de participación en función de la preocupación generativa.....	162
Tabla 41. Medias de frecuencia de participación en función de la Comunidad Autónoma...	163
Tabla 42. Medias de la dificultad para llegar a fin de mes en función del estado de salud percibido.....	165
Tabla 43. Regresión lineal de la dificultad para llegar a fin de mes como variable dependiente.....	166
Tabla 44. Medias de la dificultad para llegar a fin de mes en función de la presencia de hijos/as.....	166
Tabla 45. Medias de la dificultad para llegar a fin de mes en función del nivel educativo.....	167
Tabla 46. Medias de la dificultad para llegar a fin de mes en función de la situación de empleo.....	168
Tabla 47. Resultados de los ítems de la <i>Lubben Social Network Scale</i> (LSNS-6).....	169
Tabla 48. Regresión lineal del apoyo social como variable dependiente.....	170
Tabla 49. Medias de apoyo social en función del sentimiento de soledad.....	171
Tabla 50. Medias de apoyo social en función de la preocupación generativa.....	172
Tabla 51. Medias de apoyo social en función de la satisfacción con la vida.....	172
Tabla 52. Prueba de Box de la igualdad de matrices de covarianzas del apoyo social como variable independiente.....	173
Tabla 53. Pruebas multivariante del apoyo social como variable independiente.....	174
Tabla 54. Resultados de los ítems de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff.....	175

Tabla 55. Resultados de las categorías de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff.....	177
Tabla 56. Regresión lineal del bienestar psicológico como variable dependiente.....	178
Tabla 57. Medias de bienestar psicológico en función de la preocupación generativa.....	179
Tabla 58. Prueba de Box de la igualdad de matrices de covarianzas del bienestar psicológico como variable independiente.....	180
Tabla 59. Pruebas multivariante del bienestar psicológico como variable independiente....	181

1. Justificación

La diversidad sexual y de género tiende a considerarse una cuestión que afecta principalmente a personas jóvenes, por lo que los estudios centrados en la vivencia de una orientación sexual o identidad de género minoritaria en personas mayores son escasos (Gillario et al., 2020a). En consecuencia, existe una carencia de investigación sobre el proceso de envejecimiento en términos de orientación sexual e identidad de género (von Humboldt et al., 2021).

Autoras como Putney (2014) afirman que, aunque es importante entender las disparidades en la salud mental de las personas LGTB (lesbianas, gays, trans y bisexuales), el funcionamiento psicológico positivo de este colectivo es un área que ha recibido poca atención y, por ello, debe investigarse con más profundidad. De hecho, esto puede mostrar todavía más relevancia en el caso de las personas mayores LGTB, debido a que gran parte de los estudios que han investigado la salud mental de personas adultas mayores LGTB, en comparación a las más jóvenes, han encontrado resultados más positivos en el caso de las de mayor edad (Cortes et al., 2019).

A modo de ejemplo, Duarte y Pereira (2021), en su estudio con personas lesbianas, gays y bisexuales de Portugal, mostraron que las personas participantes de más edad presentaban menos síntomas depresivos. Scandurra et al. (2021), en su estudio con 197 personas trans de Italia, también encontraron que las personas más jóvenes tenían niveles más altos de problemas de salud mental. En Estados Unidos, Chen et al. (2022) también comprobaron que, en comparación con las personas LGTB de 65 años o más, las personas LGTB de 18 a 25 años tenían una mayor probabilidad de notificar una necesidad de salud mental insatisfecha. A las mismas conclusiones llegaron Russel et al. (2022), concluyendo que la cohorte más joven de personas LGB gozaba de mejor salud física, pero peor salud psicológica que las cohortes de mediana y mayor edad.

Así pues, Dentato et al. (2014) afirman que, al examinar las luchas que enfrentan las personas adultas mayores LGTB es importante comprender que, si bien estas experiencias pueden haber sido difíciles o dolorosas, no siempre resultan en sufrimiento o patología. Tales supuestos de patología asociada son problemáticos y ofrecen una visión limitada que omite las muchas experiencias de envejecimiento positivas y afirmativas de personas LGTB.

En definitiva, no se dispone de una gran variedad de estudios que, además de analizar la influencia de los estresores sociales en la salud mental, se dediquen a analizar también la influencia de los recursos psicosociales que favorecen el bienestar psicológico de las personas adultas mayores LGTB, especialmente de aquellas que residen en España. Es por ello que esta tesis trata de cubrir este hueco en la investigación.

2. Introducción

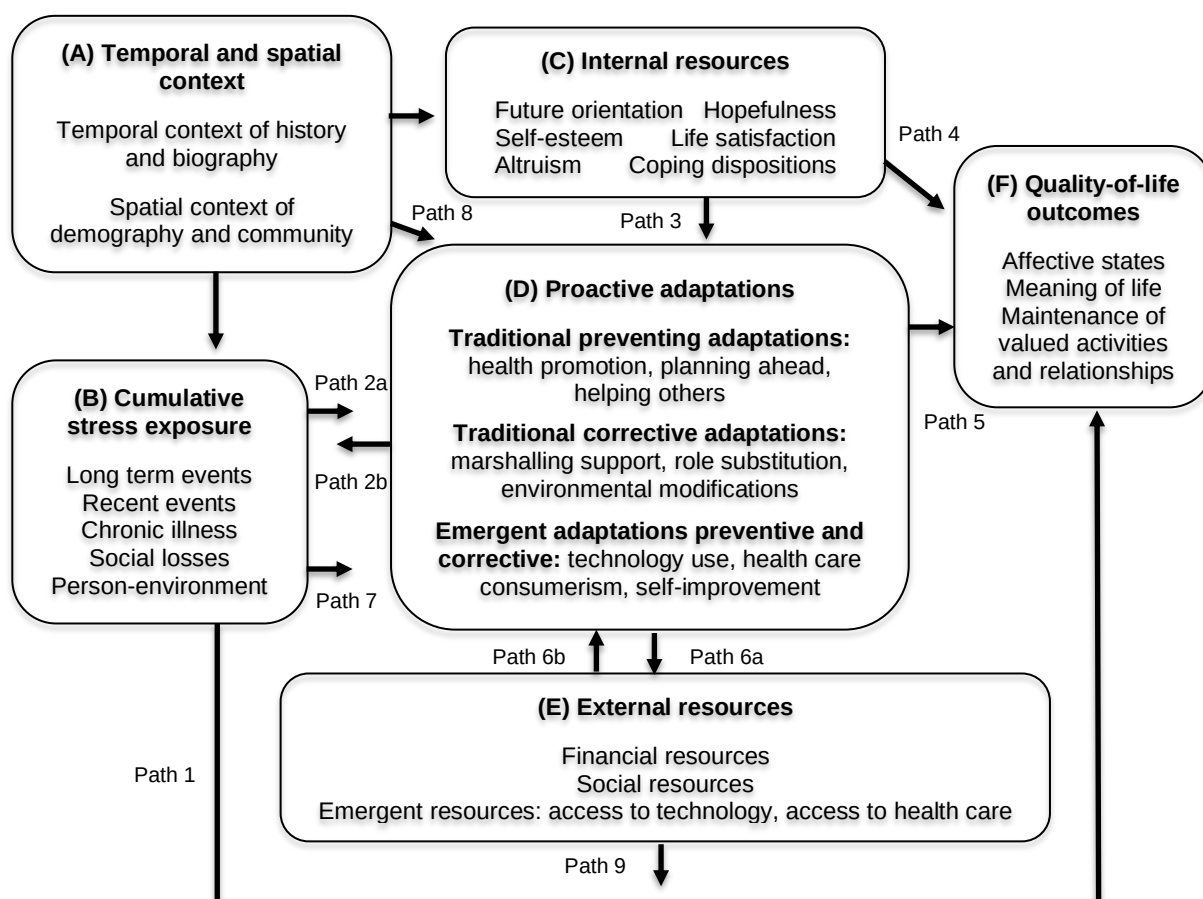
La vivencia de la vejez es única para cada persona y está influenciada no solo por aspectos físicos, sino también por el desarrollo psíquico y social. Estas tres dimensiones interactúan en la vejez como variables que fomentan o dificultan una vida plena (Alonso-Sánchez y Muyor-Rodríguez, 2020). Las personas adultas mayores LGTB, como cualquier persona mayor, pueden presentar problemas crónicos de salud, necesidades de cuidado y dificultades sociales y/o económicas. Sin embargo, enfrentan también desafíos específicos como la discriminación y el estigma social por orientación sexual o identidad de género, así como todas las consecuencias que de ello se pueden derivar (von Humboldt et al., 2021). Una comprensión completa del envejecimiento LGTB requiere del reconocimiento tanto de las dificultades soportadas, como de las fortalezas desarrolladas durante la vida (de Vries, 2015). Por ello, la presente tesis doctoral pretende analizar la influencia de los estresores sociales en la salud mental de personas adultas mayores LGTB, como pueden ser la discriminación o la soledad; pero también de recursos psicosociales para contrarrestar el efecto negativo de estas experiencias, como pueden ser la generatividad o la participación social.

Como implicaciones prácticas, la detección de estos factores, y el estudio de su influencia en el bienestar psicológico, servirá para promover un envejecimiento óptimo entre las personas adultas mayores LGTB, detectando los objetivos más adecuados de las futuras intervenciones desde el ámbito psicológico y social en esta población.

Para dotar de un mayor rigor científico al desarrollo de la investigación, se ha seguido el planteamiento teórico que aporta el modelo de Proactividad Preventiva y Correctiva (PCP) de Kahana y Kahana (1996), en el que se describen las estrategias para afrontar de manera eficaz los elementos estresantes asociados con el envejecimiento, con el fin de evitar consecuencias negativas. Estas estrategias no solo incluyen acciones correctivas una vez que los eventos estresantes aparecen, sino también acciones preventivas que se pueden

llevar a cabo antes de que aparezcan, con el fin de retrasarlos o reducirlos. Este modelo reconoce que las personas mayores, debido a su contexto espaciotemporal y su biografía personal, se han visto expuestas a acontecimientos vitales estresantes, tales como: enfermedades crónicas, pérdidas, situaciones de discriminación y estigma, soledad o aislamiento social; pero que, a pesar de ello, pueden mantener un buen nivel de calidad de vida si desarrollan estrategias internas de afrontamiento y cuentan con recursos sociales externos. Como estrategias o recursos internos de afrontamiento destacan la resiliencia, la generatividad y el afrontamiento general y de la vejez. Como recursos externos, el sentido de pertenencia, el apoyo emocional, los recursos financieros y la red social (Kahana et al., 2014). Estas estrategias se pueden traducir en adaptaciones comportamentales proactivas o *coping* proactivo, que se define como un proceso psicológico o conjunto de estrategias que las personas llevan a cabo para prevenir eventos estresantes o minimizar sus efectos. Estas estrategias pueden ser: promoción de la salud, ayudar a los demás, participar socialmente y la planificación del futuro. Dicha adaptación proactiva puede ayudar a reducir los efectos de los eventos estresantes sobre la calidad de vida, favorecer el bienestar psicológico y el significado de la vida, influyendo positivamente en la salud mental de las personas y favoreciendo una perspectiva de la vida más positiva (Kahana y Kahana, 2001).

En definitiva, el modelo de Proactividad Preventiva y Correctiva (PCP) es un modelo que incorpora acciones que los individuos pueden realizar para adaptarse a los cambios y factores estresantes relacionados con la edad, optimizando así su salud y calidad de vida (Kahana et al., 2014), concluyendo que los recursos internos y externos pueden facilitar las adaptaciones conductuales que contribuyen a mejorar la salud (Kahana et al., 2012).

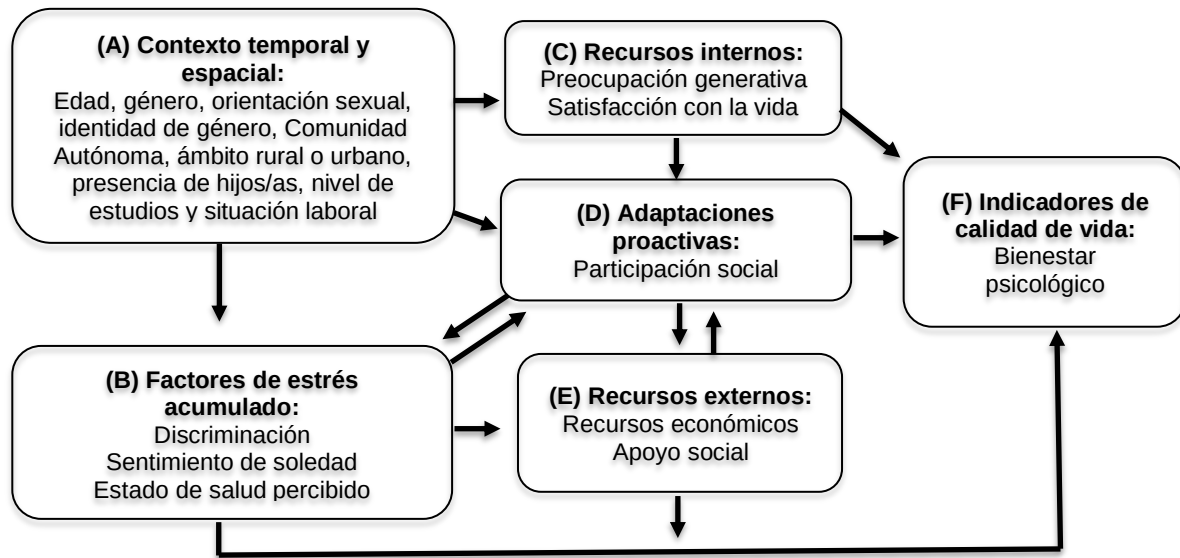
Figura 1*Modelo de Proactividad Preventiva y Correctiva (PCP)*

Fuente: Kahana y Kahana (2002)

En la presente tesis, como variables contextuales y demográficas se han incluido: edad, género, orientación sexual, identidad de género, Comunidad Autónoma, ámbito rural o urbano, presencia de hijos/as, nivel de estudios y situación laboral. Como factores de estrés, la soledad, discriminación y estado de salud percibido. En cuanto a recursos internos, la preocupación generativa y la satisfacción con la vida. Como adaptaciones proactivas, la participación social. Y como recursos externos, la dificultad para llegar a fin de mes y el apoyo social. Por último, para medir los resultados de calidad de vida, se ha evaluado el bienestar psicológico.

Figura 2

Modelo de Proactividad Preventiva y Correctiva adaptado al presente estudio



Una vez introducida y justificada la temática y el modelo teórico a seguir, se da paso a presentar el marco teórico, donde se trata de plasmar la evidencia científica de la que se dispone en la actualidad sobre esta área de conocimiento. Para ello, el marco teórico tratará, en primer lugar, los principales factores sociodemográficos que pueden influir en la calidad de vida de las personas adultas mayores LGTB. A continuación, se destacarán los estresores sociales que pueden influir de manera negativa en su bienestar psicológico. En tercer lugar, se expondrán los recursos psicosociales que pueden desarrollar gracias a sus capacidades y recursos personales, favoreciendo así su bienestar. Estos recursos psicosociales podrán dividirse, tal y como defiende el modelo PCP, en: recursos internos, recursos externos y adaptaciones proactivas.

Por último, se tratarán los principales problemas de salud mental que pueden afectar al bienestar psicológico de las personas mayores LGTB, destacando la depresión, ansiedad, estrés, ideación suicida y autolisis.

3. Marco teórico

3.1. Factores sociodemográficos

La población LGTB no es una entidad única y homogénea. Es múltiple y enormemente diversa, con diferentes experiencias y necesidades (King et al., 2019). Las experiencias de las personas LGTB pueden variar significativamente en función de su entorno social o geopolítico. Así lo confirma la teoría del estrés de las minorías, que predice que la salud de las minorías sexuales depende del entorno social. Por lo que, a medida que el entorno social mejore, las personas podrían tener menos miedo al rechazo y a la violencia y, por tanto, menos necesidad de ocultar su identidad, disminuyendo así la exposición al estrés y mejorando, en consecuencia, los resultados de salud (Meyer et al., 2021).

En la misma línea, el modelo *coping proactivo* de Kahana y Kahana (1996) también reconoce que el contexto espaciotemporal y la biografía personal de cada persona es uno de los factores más influyentes en la exposición a acontecimientos vitales estresantes. Por su parte, Candrian y Hinrichs (2021) también refieren que, las disparidades en salud en personas mayores LGTB, a menudo reflejan el contexto histórico y social de victimización y discriminación crónica.

En base a estas teorías, a continuación, se estudiará como diferentes factores sociodemográficos pueden influir en los estresores y la salud mental de las personas adultas mayores LGTB. Estos factores son: edad, género, orientación sexual, identidad de género, residencia en ámbito urbano o rural, situación de convivencia, presencia de hijos/as, nivel de estudios, situación laboral y dificultad para llegar a fin de mes.

En primer lugar, se da paso a analizar la influencia de la edad, que se entiende como un determinante importante de la diferencia y la división potencial, que se cruza con todos los demás vectores de poder y discriminación (King et al., 2019).

a. Factor sociodemográfico: edad

Sobre las diferencias por edad, existe un debate sobre si las personas LGTB de edad avanzada presentan una mayor protección o un mayor riesgo ante los problemas de salud mental que las personas más jóvenes (Monin et al., 2017). Debido a los cambios políticos y sociales que se han producido durante los últimos 50 años en relación a la situación de las personas LGTB, cada cohorte de edad se ha enfrentado a un entorno diferente en términos de estatus legal, actitudes de la comunidad, contexto sanitario y aceptación de la familia. Estos factores contextuales probablemente hayan creado experiencias divergentes para las personas de mayor edad en comparación con las más jóvenes, siendo razonable que la exposición al estrés de las minorías haya disminuido entre la población más joven, debido a los avances en cuanto a aceptación social y reconocimiento de derechos (Meyer et al., 2021). A modo de ejemplo, Semlyen et al. (2016) encontraron que las personas adultas lesbianas, gais y bisexuales (LGB) tienen una mayor prevalencia de mala salud mental y bajo bienestar que las heterosexuales, siendo esta diferencia más notable entre las personas LGB mayores.

Autoras como Candrian y Hinrichs (2021) argumentan estas diferencias refiriendo que, debido a sus experiencias pasadas, las personas LGTB mayores experimentan mayores niveles de trauma por minoría, discriminación y estrés, que las generaciones más jóvenes, por lo que ahora, en su vejez, muestran peores resultados de salud física y mental. En la misma línea, Reisner et al. (2016), descubrieron que la edad más joven se asociaba, de forma independiente y significativa, con puntuaciones más bajas en el trastorno de estrés postraumático en personas trans. De manera más concreta, la generación del *baby boom* LGTB vivió dos acontecimientos históricos y traumáticos: la aparición del movimiento por los derechos LGTB y la pandemia del VIH/SIDA. El elevado número de muertes por SIDA configuró sus vidas personales, sociales, psicológicas y comunitarias en el momento de la epidemia y en años posteriores, lo que se tradujo en un elevado número de pérdidas por muerte prematura dentro de sus comunidades (Rosenfeld et al., 2012).

En la actualidad, los hombres gais mayores que viven con el VIH desde hace más de un cuarto de siglo señalan que hay una escasez de proveedores de salud mental en general, y una escasez aún mayor de proveedores con competencia para tratar el trauma experimentado por los supervivientes a largo plazo que viven con el VIH (Marshall y Cahill, 2022). Por su parte, Emlet et al. (2013) identificaron que la comorbilidad y la victimización son factores de riesgo para la disminución de la calidad de vida relacionada con la salud física y mental en hombres mayores homosexuales y bisexuales con VIH.

Además, dado que las personas adultas mayores han vivido más tiempo, independientemente de su contexto, es posible que hayan tenido más oportunidades de experimentar discriminación que las personas más jóvenes, que han vivido menos tiempo (Monin et al., 2017). Por ejemplo, *The Report on Aging and Health* (Fredriksen-Goldsen et al., 2011) indicó que, entre las personas adultas mayores LGTB, la tasa de victimización aumenta con la edad, al igual que la tasa de estigma internalizado para las personas de 80 años o más es mayor que la de las personas de 50 a 79 años. Esta afirmación ejemplificaría lo que se conoce como teoría de la desigualdad acumulativa, que sostiene que las condiciones de la infancia o la juventud son importantes para explicar el funcionamiento y el bienestar de las personas adultas; de manera que la gerontología debe considerar cómo los acontecimientos y las experiencias de la vida temprana moldean los resultados de la vida posterior más adelante (Ferraro y Shippee, 2009). Esto podría verse reflejado en estudios como el de Tan et al. (2020), que encontró puntuaciones más bajas de angustia psicológica en las mujeres trans más jóvenes, y más altas en las mujeres trans de más edad.

Por último, es probable que la población LGTB de más edad experimente factores de estrés asociados a ambos grupos, los relacionados con la orientación sexual o la identidad de género, y los relacionados con la edad, como puede ser el edadismo, la soledad, el aislamiento social o los problemas de salud física.

Shenkman et al. (2021) revelaron que la edad avanzada desempeñaba un papel moderador en los problemas de salud física, de forma que los hombres gays de más edad declaraban más comorbilidades de salud física. Por otra parte, la edad adulta tardía se caracteriza por disminuciones graduales en las capacidades cognitivas y, sobre la base de una vida de desigualdad social, junto con las disparidades de salud conocidas, las personas LGTB pueden estar en riesgo de presentar deterioros cognitivos acelerados (Ferraro y Shippee, 2009; Corroero y Nielson, 2020). Por todo ello, la edad avanzada también puede conducir a una mayor vulnerabilidad a situaciones de abuso. Según Gracia (2011), el maltrato a personas mayores es una forma de violencia presente en nuestra sociedad, que presenta una serie de peculiaridades en relación a la población mayor LGTB.

Sin embargo, otros muchos estudios han encontrado resultados opuestos, mostrando que, en ocasiones, las personas adultas mayores LGTB presentan mejores resultados de salud mental que las personas jóvenes LGTB. Por ejemplo, Pakula y Shoveller (2013) concluyeron que, en una muestra de personas LGB de entre 18 y 59 años, las de entre 18 y 29 años tenían más probabilidades de sufrir trastornos del estado de ánimo. Cortes et al. (2019) encontraron niveles de ansiedad y depresión más bajos entre las personas LGTB mayores 50 años, que entre las menores de 50 años. Esto no se debería a una menor exposición a la discriminación, sino a su mejor capacidad de recuperación. Esta hipótesis explicaría también los resultados de la investigación de Meyer et al. (2021), en la que, a pesar de que las personas de mayor edad declararon haber presenciado mayores experiencias de victimización, tales como haber sido golpeadas o agredidas, los miembros de la cohorte más joven declararon niveles de malestar más altos que los de mayor edad. En cuanto a los intentos de suicidio, el 30% de la cohorte más joven informaron de al menos un intento de suicidio, frente al 21% de la cohorte de mayor edad. Por otra parte, Hickson et al. (2017) descubrieron que la depresión, la ansiedad, los intentos de suicidio y las autolesiones se asociaban a una edad más temprana en hombres gays y bisexuales.

Moleiro et al. (2013) concluyeron que las personas participantes LGB mayores informaron de un mayor bienestar espiritual y una menor homonegatividad que las más jóvenes. Halkitis et al. (2014) indicaron asociaciones negativas entre la depresión, la compulsividad sexual y el estigma relacionado con el VIH en hombres gais y bisexuales mayores de 50 años, mientras que la edad avanzada ejerció como un factor protector. Jackman et al. (2018) también agregaron que, contrariamente a sus expectativas, el grupo trans de mayor edad informó niveles significativamente más bajos tanto de transnegatividad internalizada, como de angustia psicológica, en comparación con el grupo más joven. Esto puede explicarse debido a que la experiencia vital obtenida a través de los años de vida se traduce, en muchas ocasiones, en una mayor capacidad de afrontamiento y de gestión emocional positiva de los estresores sociales, por lo que las personas mayores estarían más preparadas para hacer frente a las dificultades vitales o las experiencias de discriminación y estigma, incluso a pesar de que estas experiencias hayan sido más frecuentes o más graves que las que han tenido que afrontar las personas más jóvenes.

Por último, autores como Lyons et al. (2010) han defendido lo que podría ser un punto medio, afirmando que los niveles de salud mental no son ni mucho peores, ni mucho mejores, sino similares. Estos investigadores evaluaron el bienestar psicosocial de hombres homosexuales seropositivos en comparación con sus contrapartes más jóvenes, encontrando que, a pesar de que las personas mayores presentaban más dificultades vitales, mostraban niveles similares de bienestar a los jóvenes, argumentando que podría deberse a un sesgo de positividad en las personas mayores, que tienden a mostrar una mayor aceptación de sus circunstancias psicosociales que las personas adultas más jóvenes. También encontraron que los hombres mayores tenían más probabilidades de tener contacto con organizaciones de VIH/SIDA que sus contrapartes más jóvenes. Debido a la coexistencia de estas hipótesis, más adelante, se detallarán en profundidad los principales estresores sociales y recursos psicosociales que pueden influir sobre la salud mental de las personas adultas mayores LGTB.

b. Factor sociodemográfico: género

Otro de los principales factores sociodemográficos que pueden influir significativamente en las vivencias y en el bienestar de las personas LGTB es el género. Por ejemplo, en el caso de las mujeres lesbianas, bisexuales o trans mayores, se encuentran, como mínimo, ante una triple amenaza de marginación, debido a la discriminación por edad, por orientación sexual o identidad de género y por género (Averett et al., 2011). Si las representaciones de las mujeres mayores son limitadas, las de las lesbianas, bisexuales o trans mayores, lo son todavía más. Se produce así una "triple minoría invisible", que se materializa en el riesgo de ser potencialmente oprimida por triplicado (Candrian y Hinrichs, 2021). Cuando Jacobson y Samdahl (1998) estudiaron las formas en que el estigma y la discriminación influyen en el ocio de un grupo de 16 lesbianas mayores de 60 años, encontraron que, muchas veces, esta discriminación era sutil, como recibir un servicio cortante o breve que ellas atribuían al hecho de ser mujeres, lesbianas o mayores. Otras veces, la discriminación era mucho más flagrante y ofensiva. Destacaron también la tendencia del vecindario y otras personas de la comunidad a distanciarse de ellas como una forma más sutil de discriminación, sintiéndose excluidas de actos sociales a los que otras sí estaban invitadas, así como también el distanciamiento físico y emocional por parte de sus familiares.

No obstante, del mismo modo que la discriminación puede derivar en problemas de salud mental o problemas sociales, también puede promover la resiliencia y la capacidad de adaptación. Averett y Jenkins (2012), en su revisión de la literatura sobre lesbianas mayores, encontraron que, en general, las lesbianas mayores evidencian una gran capacidad de adaptación para enfrentar los desafíos como la marginación social y la discriminación. En el estudio de Jason et al. (2021), las lesbianas mayores tenían una mayor probabilidad de vivir en un centro residencial y menos probabilidades de ser felices, pero informaron un mayor dominio de sí mismas que sus pares heterosexuales, del mismo modo que las mujeres bisexuales mayores de 75 años informaron un mayor crecimiento personal.

Dicho esto, no cabe olvidar que los roles y estereotipos de género afectan negativamente a todas las personas, independientemente de su género, en tanto que se esperan ciertos comportamientos o actitudes de una persona en función de su género y se “castiga” el incumplimiento de estas expectativas. Por ejemplo, en el estudio de Gil-Llario et al. (2020a) destacaron que el porcentaje de mujeres mayores que reconocieron sentirse atraídas por el mismo sexo fue el doble que el porcentaje de hombres, lo que relacionaron o bien con una mayor homofobia entre los hombres que entre las mujeres, o bien con un mayor miedo a quebrar su masculinidad y sufrir discriminación por ello, pues el hombre tiende a sentir amenazada su identidad masculina cuando reconoce sentirse atraído por otro hombre. En esta línea, D'Augelli et al. (2001) también encontraron que, en comparación con las mujeres, los hombres informaron significativamente más homofobia internalizada, abuso de alcohol y tendencias suicidas relacionadas con su orientación sexual. Otro ejemplo podría ser el estudio de Fokkema y Kuyper (2009), quienes encontraron que las personas adultas mayores LGB estaban significativamente más solas que las heterosexuales. Sin embargo, la diferencia de soledad fue mayor entre los hombres. La puntuación media de soledad fue de 4,0 para los hombres homosexuales, en comparación con el 2,1 de los hombres heterosexuales. Las puntuaciones equivalentes para las mujeres fueron de 3,1 y 2,3.

Otra de las diferencias por género que se pueden encontrar en relación a los resultados de salud mental en personas adultas LGTB es la influencia de la edad avanzada. En base a diferentes estudios, la edad avanzada podría tender a ser un factor más protector en mujeres, y más de riesgo en hombres. Así, Reyes (2018) revela que la asociación positiva significativa entre la salud mental y la actitud positiva hacia el envejecimiento es más fuerte entre las mujeres lesbianas, que entre los hombres gais de 50 o más años. Por otra parte, mientras que Pyra (2014) aporta que las probabilidades de síntomas depresivos eran menores entre las mujeres lesbianas y bisexuales a edades más avanzadas, Barrientos-Delgado et al. (2014) afirman que los hombres gais de 45 años o más tienen niveles más bajos de bienestar social en comparación con los que tienen entre 18 y 29 años.

En la misma línea, Lyons et al. (2010) evaluaron la salud general y el bienestar de los hombres gais seropositivos en comparación con sus homólogos más jóvenes, y descubrieron que los hombres mayores informaban de una mayor comorbilidad y pobreza. Kneale et al. (2020), en su revisión sobre desigualdades en salud en personas LGB de 50 o más años de Reino Unido, concluyeron que los hombres homosexuales y bisexuales son más propensos a declarar una baja satisfacción vital y a haber intentado suicidarse a lo largo de su vida.

Otro de los estudios que apoyan esta teoría es el de Lyons et al. (2021a), que incluye en su muestra a hombres gais y mujeres lesbianas de 60 o más años, encontrando que, el edadismo y las preocupaciones por la aceptación de la sexualidad predijeron peores resultados de bienestar en los hombres, que en las mujeres. Otra de las investigaciones de Lyons et al. (2021b) mostró que la discriminación reciente predijo una salud mental positiva más baja tanto entre las mujeres lesbianas, como entre los hombres homosexuales. Sin embargo, las experiencias de discriminación a lo largo de la vida predijeron un mayor malestar psicológico y una peor salud autoevaluada únicamente entre los hombres. En estudios centrados en personas bisexuales, como el de Fredriksen-Goldsen et al. (2022), encontraron que los hombres bisexuales reportaron tasas más altas de experiencias relacionadas con prejuicios, y menos recursos sociales, que las mujeres bisexuales.

c. Factores sociodemográficos: orientación sexual e identidad de género

Las personas LGTB comparten muchas experiencias y necesidades, pero las diferencias entre los subgrupos también afectan a su experiencia con el estrés, el estigma y los resultados de salud (Mink et al., 2014). Las personas trans, en contraposición a las personas cisgénero, presentan una identidad y/o expresión de género diferente al sexo asignado al nacer y, en muchas ocasiones, la incomodidad con el propio sexo supone un desafío vital que conlleva angustia psicológica y sintomatología depresiva. Esto acrecienta la probabilidad de que se presenten problemas de salud física y psicológica y un mayor riesgo de suicidio (Gil-Llario et al., 2020a).

En relación a la depresión, Hughto y Reisner (2018), en su estudio con personas trans mayores de 50 años, encontraron que más de la mitad de las personas participantes (55,5%) cumplían los criterios de malestar depresivo de la semana anterior. En relación a la ideación suicida, Cano et al. (2004), en su estudio con 200 personas trans, expusieron que el 59,3% de mujeres trans, y el 40,7% de hombres trans, habían presentado ideación suicida, y en el 29,6% y 30,6% de las ocasiones, respectivamente, se había consumado el suicidio.

En relación a los predictores de estos resultados, Maguen y Shipherd (2010) examinaron la frecuencia y los predictores de los intentos de suicidio entre 153 personas trans y encontraron que el 18% reportaron un intento de suicidio, siendo los principales factores contribuyentes el sexo femenino asignado al nacer, la hospitalización psiquiátrica y los ataques violentos por motivos de su identidad de género. Otros motivos pueden ser que el estigma, y otras barreras en la atención médica, puedan impedir que las personas trans busquen tratamiento de salud mental. O bien pueden deberse a la carencia de recursos económicos, pues se estima que alrededor del 62% de las personas trans viven por debajo del nivel de pobreza (Maguen y Shipherd, 2010). Por su parte, Fredriksen-Goldsen et al. (2014a) concluyeron que las personas trans mayores de 50 años tenían un riesgo mayor de mala salud física, discapacidad, sintomatología depresiva y estrés percibido en comparación con las personas participantes cisgénero. Los factores de riesgo -victimización y estigma- explicaron estos resultados. También se detectó un mayor miedo a acceder a los servicios sanitarios, estigma interiorizado y falta de apoyo social. Estudios centrados en mujeres trans, como el de Nuttbrock et al. (2014), también examinaron el maltrato de género y sus efectos sobre la depresión en mujeres trans. Mientras que el empleo, el trabajo sexual y la terapia hormonal se correlacionaron con el maltrato psicológico y físico; las experiencias de maltrato se asociaron con aumentos de 4 a 7 veces en la probabilidad de depresión. La asociación del maltrato psicológico con la depresión fue mayor entre las mujeres trans más jóvenes que entre las de mayor edad, ya que parece que las mujeres trans de más edad han desarrollado cierto grado de resiliencia.

Así lo confirman autores como Bockting et al. (2016), que afirman que el estigma y la discriminación asociados a la no conformidad de género afectan a la salud mental y al bienestar de las personas trans a lo largo de su vida, pero, a pesar de ello, pueden desarrollar resiliencia, por lo que es necesario investigar para comprender mejor qué factores están asociados a la resiliencia y cómo puede promoverse eficazmente.

Del mismo modo que, por todos estos motivos, en una gran cantidad de investigaciones las personas trans son destacadas como el subgrupo con peores resultados de salud mental; otros estudios destacan que las personas bisexuales podrían ocupar el segundo lugar. A modo de ejemplo, Levi-Belz et al. (2022) en su estudio sobre factores de riesgo para la ideación suicida entre personas adultas LGTB, encontraron que las personas trans informaron los niveles más altos de ideación y comportamiento suicida y de depresión, así como de desesperanza, carga percibida y eventos de vida relacionados con el estigma en relación con otras identidades LGTB. Pero añadieron también que las personas bisexuales reportan los segundos niveles más altos de estas variables, resultando en una peor salud mental y un comportamiento o ideación suicida superior en relación con los hombres gays y las mujeres lesbianas. Wardecker et al. (2019) también revelaron que, mientras que las personas heterosexuales y homosexuales experimentaron un aumento de la satisfacción vital en la edad adulta, la satisfacción vital de las personas bisexuales no aumentó durante este período. De la misma manera, autores como Mahon et al. (2021) también aportan que, a pesar de que los análisis de los subgrupos del colectivo LGTB son escasos, las personas bisexuales podrían tener un mayor riesgo de presentar síntomas de ansiedad social. Otros estudios, como el de King et al. (2008), han añadido que la prevalencia de suicidio en personas LGB era significativamente mayor en los hombres homosexuales y bisexuales. Uno de los múltiples motivos que pueden justificar estos resultados es que, a pesar de que la problemática relacionada con el VIH puede afectar a cualquier persona independientemente de su género u orientación sexual, los datos disponibles revelan que los hombres que tienen sexo con hombres son el colectivo con más incidencia.

En España, los hombres suponen el 86,1% de los nuevos diagnósticos de VIH, siendo el modo de transmisión más frecuente la transmisión en hombres que tienen sexo con hombres (56,3%), seguida de la transmisión heterosexual, que supuso un 25,4%, y la ocurrida en personas que se inyectan drogas, que sumó un 1,6% (Ministerio de Sanidad, 2022). Es por ello que el impacto en la salud mental por motivos relacionados con el VIH puede darse especialmente en hombres homosexuales o bisexuales.

d. Factor sociodemográfico: residencia en ámbito urbano o rural

El lugar de residencia influye considerablemente en la experiencia vital de las personas, en tanto que la disponibilidad de recursos, la mentalidad de la población o la existencia de leyes varían en gran medida de un lugar a otro. Por ejemplo, no existirán los mismos recursos asociativos o de ocio en el ámbito rural, que en una gran ciudad. De la misma manera que tampoco en todas las Comunidades Autónomas se cuenta con la misma legislación reguladora de derechos de las personas LGTB. A modo de ejemplo, Pachankis y Bränström (2018) examinaron la asociación entre el estigma estructural, la ocultación de la orientación sexual y la satisfacción con la vida de un total de 85.582 personas adultas LGTB de 28 países europeos. El estigma estructural fue evaluado a través de la existencia de leyes y políticas nacionales que afectan al colectivo. Los resultados mostraron que el estigma estructural explicaba el 60% de la varianza en satisfacción vital y más del 70% de la varianza en el ocultamiento de la orientación sexual (Pachankis y Bränström, 2018; Gil-Llario et al., 2020a). Esto demuestra que la aprobación de leyes de protección en el lugar donde se reside influye muy positivamente en la calidad de vida de las personas LGTB.

En cuanto al ámbito rural, autoras como Hastings y Hoover-Thompson (2011) indican que los desafíos que enfrentan las mujeres lesbianas del ámbito rural difieren de las áreas urbanas. En las zonas rurales se enfrentan a un posible aislamiento debido a la falta de una comunidad LGTB visible, una falta de servicios y una experiencia a menudo intensificada de estigma, ya que las zonas rurales tienden a presentar un clima político más conservador.

Por todo ello, el temor a “salir del armario” y al rechazo puede ser mayor. Por ejemplo, Butler y Hope (2008) entrevistaron a 21 mujeres lesbianas de 54 o más años del ámbito rural, y encontraron que el 19% habían experimentado discriminación por ser lesbianas, y el 38% por ser mujeres, en el acceso a la atención médica. Más actualmente, Grant y Walker (2020) entrevistaron a 13 mujeres lesbianas mayores de 55 años que residían en ámbitos rurales y encontraron que las mujeres percibían las iniciativas comunitarias de salud y las actividades sociales dirigidas al envejecimiento saludable como heteronormativas y poco atractivas para las mujeres lesbianas. En algunos casos, las mujeres informaron haber experimentado discriminación homofóbica en estos grupos sociales. Por ende, Albelda et al. (2009) también encontraron que las parejas del mismo sexo que residían en zonas rurales tenían el doble de probabilidades de vivir en la pobreza que las que vivían en zonas urbanas.

También se han encontrado resultados diferentes como los de McLaren (2015), que buscaba comprobar si la relación homofobia internalizada-depresión estaba moderada por el lugar de residencia, siendo su hipótesis inicial que podía ser más fuerte entre los hombres gays y las mujeres lesbianas de zonas rurales que entre los de zonas urbanas. En contraste con la hipótesis, la relación homofobia interiorizada-depresión fue significativa sólo entre los hombres gays que residían en zonas urbanas. En esta línea, otros autores como Kazyak (2011) han incidido en que construir una identidad gay o lesbiana, y vivir en el ámbito rural, no se consideran necesariamente en tensión entre sí. De hecho, documentan cómo la ruralidad produce, en lugar de limitar, la construcción de las sexualidades de gays y lesbianas. Destacan también experiencias positivas de aceptación por parte del entorno en zonas rurales y la posible satisfacción con la disponibilidad de recursos y servicios. Además, destacan como para algunos de sus participantes, migrar a la ciudad continuaría una tendencia que consideran negativa: personas de zonas rurales que no conocen a gays y lesbianas. Estos relatos muestran cómo, continuar viviendo en el ámbito rural, puede implicar una toma de decisión política consciente, en tanto que entienden que permanecer en una zona rural implica que otras personas en la zona mantengan contacto con personas gays y lesbianas.

e. Factores sociodemográficos: situación de convivencia y presencia de hijos/as

La situación de convivencia y la presencia de hijos o hijas es otro de los factores sociodemográficos que más puede influir en los resultados de salud mental de las personas adultas mayores LGTB. Chaya y Bernert (2014) encontraron un mayor número de personas mayores LGTB solteras sin hijos o hijas, lo cual puede derivar en un mayor aislamiento social o un menor apoyo social disponible durante el proceso de envejecimiento. Así lo confirman autores como Alonso-Sánchez y Muyor-Rodríguez (2020), quienes afirman que las personas mayores LGTB tienden más a vivir solas y, conforme avanzan en edad y las necesidades de ayuda crecen, requieren de un mayor acompañamiento emocional y/o físico, que puede presentar carencias debido a no convivir con otras personas que puedan ayudarles. Otro ejemplo de la influencia positiva de contar con el apoyo de hijos/as y/o pareja en personas adultas mayores LGTB, en este caso dentro del contexto español, es el estudio de Tavares et al. (2023), quienes encontraron asociaciones positivas entre la satisfacción con la vida y la generatividad y la participación diaria en actividades sociales en personas adultas mayores LGTB, siendo mayor en las mujeres, en quienes tenían pareja y en quienes tenían hijos/as.

De manera más concreta, sobre la influencia de la pareja, Grossman et al. (2000) descubrieron que las personas LGB mayores de 60 años que vivían con parejas de hecho se sentían menos solas y valoraban su salud de forma más positiva que las que vivían solas. Williams y Fredriksen-Goldsen (2014) también encontraron que tener una pareja del mismo sexo se asoció con un mejor estado de salud y menos síntomas depresivos en comparación con las personas adultas solteras LGB.

Del mismo modo, Wight et al. (2012) también encontraron que estar casado en hombres gais de 44 a 75 años fue significativamente protector de las covariables de salud mental, incluyendo tener una pareja, pero no estar casado.

Si se realiza una comparativa con personas heterosexuales, Shenkman et al. (2021) también aportaron que los hombres homosexuales israelíes que no tenían una relación estable reportaron más ansiedad que los hombres heterosexuales que no tenían una relación estable. Además, según el estudio de Fokkema y Kuypers (2009), las personas LGB mayores tenían más probabilidades de haber experimentado un divorcio, de no tener hijos o hijas o de tener un contacto menos intenso con sus hijos/as que sus homólogos heterosexuales de edad. También un número significativamente mayor de hombres homosexuales había perdido a su pareja por muerte y vivían solos en comparación a hombres heterosexuales de su misma edad.

En relación a la presencia de hijos/as, Ribeiro-Gonçalves et al. (2022) añaden que uno de los problemas con los que pueden encontrarse las personas mayores LGTB es la carencia de hijos e hijas que puedan cuidarles o ayudarles en la vejez, y también el menor apoyo familiar o social disponible. Yang et al. (2018) también alcanzan las mismas conclusiones, afirmando que las personas adultas mayores LGTB tienen más probabilidad de vivir solos/as, y menos de tener hijos/as, que las personas de la misma edad heterosexuales y cisgénero, y ello puede provocar que sean particularmente vulnerables al aislamiento social. A modo de ejemplo, Green (2016) muestra que casi la mitad de las personas participantes LGB de su estudio informaron no tener hijos/as, casi el doble de la tasa obtenida en la muestra heterosexual.

Ante esta situación, es más probable que las personas LGTB en situación de dependencia precisen de cuidados profesionales en el domicilio o de centros residenciales, lo que supone un sesgo económico en el acceso a los cuidados, unido a una situación de riesgo ante la discriminación por parte de los equipos profesionales o de otras personas residentes del mismo centro (McCann y Brown, 2019).

f. Factores sociodemográficos: nivel de estudios y situación laboral

El nivel de estudios y la situación laboral son otros de los factores que pueden influir de manera significativa en los indicadores de salud mental. En cuanto a la situación laboral, muchas personas adultas LGTB se han enfrentado a una discriminación laboral histórica (Harley et al., 2016). Por ello, algunos estudios como el de Kastanis y Gates (2013) realizado con personas asiáticas, han podido encontrar que las tasas de desempleo son más elevadas entre las personas LGTB que entre las que no son LGTB, concluyendo que las personas trans presentaban una tasa de desempleo que casi duplicaba la de la población general. De manera más concreta, observaron que, de sus participantes, el 21% había perdido un empleo debido a prejuicios, y el 41% no fue contratado para un trabajo debido a prejuicios. El 49% había sufrido acoso, un 8% abusos físicos y un 10% agresiones sexuales en el trabajo. Además, el 23% se había visto obligado a vender drogas o a ejercer el trabajo sexual para obtener ingresos en algún momento de su vida. Otros ejemplos, como el Grant et al. (2010), destacaron que el 90% de las personas trans encuestadas en su estudio habían sufrido discriminación laboral. Así como autores como King et al. (2016) también añadieron que muchas personas trans refieren haberse visto obligadas a abandonar sus puestos laborales a raíz del comienzo de su transición de género.

Como estudios que han analizado la influencia de la situación laboral en la salud de las personas LGTB de 50 años o más, se puede destacar el de Fredriksen-Goldsen et al. (2015), quienes encontraron que la salud física y mental se asoció negativamente con la discriminación y las enfermedades crónicas, y positivamente con el empleo y los ingresos, así como también con otras variables como el apoyo social, el tamaño de la red social, las actividades físicas y de ocio, el no consumo de sustancias y ser hombre.

En relación al nivel de educación, algunos estudios afirman que las personas LGTB pueden presentar un abandono más temprano de la educación debido a sus experiencias negativas y de acoso en los centros educativos.

Por ejemplo, Kastanis y Gates (2013) encontraron que las personas LGTB incluían menores tasas de finalización de estudios universitarios en comparación con las no LGTB. Así como también mostraron que las personas que asistieron a la escuela expresando una identidad trans informaban de tasas de acoso del 65%, agresiones físicas del 39% y agresiones sexuales del 19%. Las personas que fueron acosadas y maltratadas en centros de enseñanza primaria y secundaria presentaban unos resultados de salud mucho peores que aquellas que no sufrieron tales abusos.

Sobre la influencia del nivel educativo, Kim et al. (2017) examinaron los factores de promoción de la salud y de riesgo para la salud entre las personas LGTB de 50 años o más, encontrando que las personas afroamericanas e hispanas que tenían menores ingresos y menor nivel educativo, así como menor afirmación de la identidad y apoyo social, y una mayor discriminación relacionada con el colectivo LGTB, mostraban una disminución de la calidad de vida física y psicológica.

Por último, sobre el nivel educativo, se ha destacado también su influencia en el sentimiento de soledad. Por ejemplo, Ribeiro-Gonçalves et al. (2022) en su estudio sobre la soledad en hombres mayores homosexuales, encontraron que los bajos niveles de apoyo y de conexión con la comunidad LGTB fueron predictores significativos de soledad, pero que la variable más influyente fue el nivel más bajo de educación. De la misma manera, Fokkema y Kuyper (2009) encontraron que las personas mayores, tanto LGB, como heterosexuales, con un nivel educativo inferior se sentían más solas.

Una vez expuestos los factores sociodemográficos, se da paso a tratar los estresores sociales.

3.2. Estresores sociales

Las personas adultas mayores LGTB se han visto sometidas a diferentes estresores sociales a lo largo de su vida que pueden influir perjudicialmente en su salud mental. A continuación, se destacan algunos de ellos.

3.2.1. Situación económica

No es difícil justificar la influencia del nivel económico en la calidad de vida de las personas, pues es evidente que los recursos económicos son necesarios para poder cumplir muchas de las necesidades más básicas para el bienestar físico, psicológico y social. Respecto al nivel de ingresos de las personas LGTB en España, en el estudio de FELGTBI+ (2019) se han observado diferencias entre mujeres lesbianas y hombres gais, ya que, un 27% de las mujeres lesbianas presentaba unos ingresos brutos mensuales superiores a los 1.500€, frente a un 54% en el caso de hombres gais, lo cual se relacionó con las brechas salariales por género. En cuanto a las personas trans, el riesgo de pobreza severa afectó en el porcentaje más elevado, siendo del 72% de las personas participantes en el estudio.

En cuanto a las personas que se encuentran en situación de jubilación, cabe destacar que, para las personas mayores LGTB, las posibles situaciones de discriminación laboral pueden traducirse no solo en ingresos reducidos a lo largo de la vida, sino también en menores pagos a la seguridad social y, por lo tanto, menos oportunidades de acumular grandes pensiones de jubilación, por lo que otro reto para las personas adultas mayores LGTB puede ser la inseguridad económica al jubilarse (Auldridge y Espinoza, 2013).

Sobre las consecuencias de la escasez de recursos económicos en los diferentes indicadores de salud mental, se pueden destacar estudios como los de Rehman et al. (2020) que, al identificar los predictores de autolesión en personas LGB, encontraron que las mujeres, las lesbianas, las personas con ingresos más bajos y las más jóvenes eran más propensas a autolesionarse. Las personas que se autolesionaban mostraron mucha más

discriminación, victimización LGB y, por tanto, homofobia interiorizada y sintomatología depresiva.

Emlet et al. (2020) también encontraron que los hombres gais y bisexuales con VIH informaron de una peor salud y una sintomatología más depresiva, lo que se debía a unos ingresos más bajos, a la resiliencia, al apoyo social y a una mayor victimización a lo largo de la vida. En relación a las personas trans, Bariola et al. (2016) examinaron los factores demográficos y psicosociales asociados con el malestar psicológico y la resiliencia entre personas trans, encontrando que la menor edad, la sensación de no poder recurrir a la familia y las experiencias de victimización se asociaron a un mayor malestar psicológico, mientras que los mayores ingresos y ser heterosexual se asociaron a una mayor resiliencia.

Más actualmente, Wang et al. (2022) examinaron los factores que influyen en los intentos de suicidio entre las personas adultas LGTB y encontraron que, una edad más joven, ser estudiante, tener bajos ingresos, problemas de salud mental y un alto nivel de síntomas depresivos se asociaron con un mayor riesgo de intentos de suicidio.

Por el contrario, Beam y Collins (2019) encontraron que los recursos económicos y familiares permiten a las personas LGB de 60 a 90 años afrontar los síntomas depresivos y el sentimiento de soledad. Fokkema y Kuyper (2009) también confirmaron que una evaluación positiva de las condiciones de vida, la autoestima y un estatus socioeconómico elevado dieron como resultado menores niveles de soledad entre las personas adultas mayores, independientemente de su orientación sexual; mostrando así que, cuanto más altos eran los ingresos del hogar, menor era el nivel de soledad.

3.2.2. Estigma y discriminación

a. Estigma y discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género

Según Goffman (1963) el estigma es una condición, atributo, rasgo o comportamiento que hace que la persona portadora sea incluida en una categoría social hacia cuyos miembros se genera una respuesta negativa y se les ve como inaceptables o inferiores. La discriminación se considera un producto directo e inseparable del estigma, definido como el trato desigual hacia una persona o colectividad en función de una o varias categorías.

Las personas adultas mayores LGTB vienen de haber vivido una larga historia de discriminación, en la que expresar una orientación sexual o identidad de género considerada como no normativa era causa suficiente para entrar en prisión, relacionando su condición con el pecado, el delito o la enfermedad. Algunas incluso pudieron haberse visto sometidas a tratamientos de reconversión de la orientación sexual o la identidad de género.

Desde el punto de vista clínico, la primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación de Psiquiatría Americana (1952) incluía la homosexualidad como un síntoma de enfermedad mental. No fue hasta la década de los 90 cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) excluyó la homosexualidad de la Clasificación Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud (CIE-10) (OMS, 1992). Según Dickinson et al. (2012) definir la homosexualidad y la transexualidad como enfermedades mentales y aplicar tratamientos ineficaces para erradicarlas tuvo un impacto negativo duradero en las personas que los recibieron. En su estudio, se encontró que todos los hombres homosexuales de entre 65 y 97 años que recibieron estos tratamientos sufrieron graves daños emocionales que repercutieron negativamente en su salud mental.

Desde el punto de vista legal en España, en 1954 se incorpora a la Ley de Vagos y Maleantes la condena expresa de la homosexualidad.

En 1970, este texto legal se sustituye por la Ley 16/1970 sobre Peligrosidad y Rehabilitación Social, que no eliminó el enunciado según el cual eran “supuestos de estado peligroso los que realizaren actos de homosexualidad” hasta el año 1978. A pesar de estas reformas, las personas LGTB continuaron hostigadas legalmente hasta 1983, bajo el pretexto del “escándalo público” del Código Penal. En consecuencia, muchas de las personas que vivieron su adolescencia y juventud en esos años, ocultaron su identidad de género u orientación sexual, llevando una doble vida o viviendo en una situación de estrés crónico. En la actualidad, el reconocimiento de derechos en materia de diversidad sexual ha dado lugar a una sociedad más justa y libre.

Sin embargo, la discriminación no ha cesado. Los estudios de prevalencia de la homofobia estiman que el 66% de las personas homosexuales han sufrido insultos o faltas de respeto por su orientación sexual alguna vez, un 71% de personas homosexuales dicen haber sido foco de burlas, y un 35% haber recibido amenazas (Elipe et al., 2020). Tal y como se observa en la figura 3, la cual forma parte del Informe de la Encuesta de Delitos de Odio del Ministerio del Interior del Gobierno de España (2021), el principal motivo de delito de odio en este año fue por orientación sexual o identidad de género, con un 35,47% de las 437 respuestas.

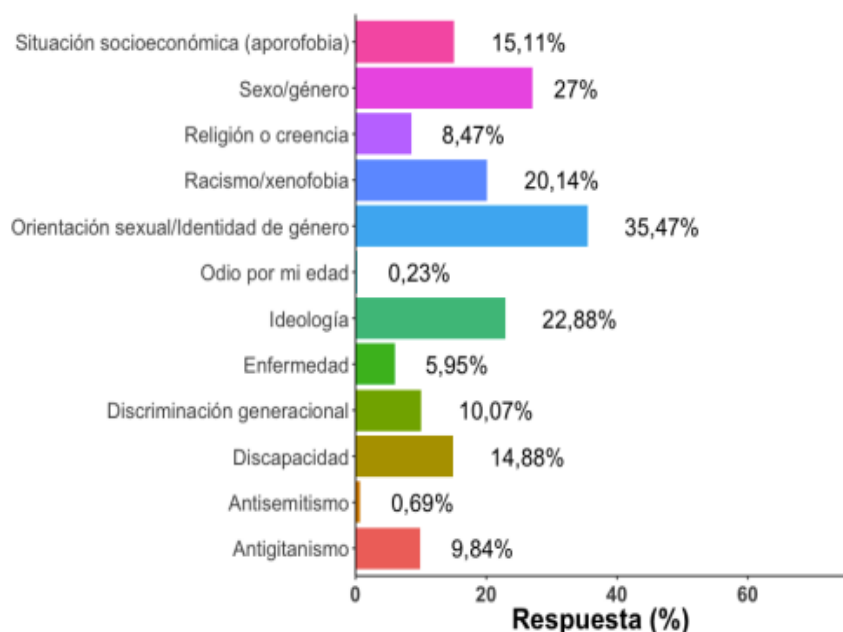
Figura 3*Motivos de delitos de odio en España*

Gráfico 8. Porcentajes (%) de respuesta en relación a la pregunta: ¿Cuál crees que fue el motivo por el que fuiste víctima de un delito de odio? Nota: Pregunta de tipo multirrespuesta. El total de porcentajes (%) no suma 100 %, pero cada respuesta está relativizada al número total de participantes que la contestaron (n = 437).

Fuente: Ministerio del Interior del Gobierno de España (2021).

De esta manera, se considera que la violencia y discriminación hacia las personas LGTB es un hecho histórico, pero también presente, ejercida de múltiples formas, desde las más sutiles, como miradas de desaprobación o una incorrecta o excluyente utilización del lenguaje, hasta las más obvias como agresiones físicas o verbales, leyes discriminatorias o delitos de odio (Alonso-Sánchez y Muyor-Rodríguez, 2020).

La violencia ejercida hacia las personas LGTB se puede clasificar de diversas maneras, por ejemplo, en función de quien la ejerce: violencia individual, ejercida por sujetos o grupos; gubernamental, por parte de las administraciones públicas; y sociocultural, que comprende la regulación hegemónica de la cis-heterosexualidad ejercida desde un sistema cisheteropatriarcal y, en consecuencia, la invisibilización de lo no cis-heterosexual.

Estos tipos de violencia se encuentran interconectados y mutuamente influenciados (Alonso-Sánchez y Muyor-Rodríguez, 2020). Por lo tanto, para no reducir la discriminación a actos individuales de violencia, otro concepto importante a tener en cuenta es el de homofobia institucional, definido como la incapacidad colectiva de una organización para prestar un servicio adecuado y profesional a las personas debido a su sexualidad. Puede detectarse en los procesos, actitudes y comportamientos que equivalen a la discriminación por prejuicios involuntarios, ignorancia, desconsideración y estereotipos (McGowan et al., 2021).

Además, la discriminación por motivos LGTB irá siempre unida, desde una perspectiva de interseccionalidad, con otros factores como pueden ser la edad, el género, la nacionalidad o el estatus socioeconómico. La interseccionalidad es un marco teórico para comprender las identidades sociales coexistentes, teniendo en cuenta los efectos de múltiples identidades estigmatizadas y examinando cómo se cruzan para reflejar sistemas entrelazados de privilegio y opresión (Bowleg, 2012; Cole, 2009). La teoría de la interseccionalidad es crucial para entender las experiencias de marginación múltiple y su relación con la salud, ya que articula la comprensión de que las identidades sociales, y las experiencias de privilegio y marginación que las acompañan, se construyen conjuntamente y son interdependientes (McConnell et al., 2018). Según Breder y Bockting (2022), las minorías interseccionales corren el mayor riesgo de déficits de apoyo y de bienestar psicológico.

En cuanto a las consecuencias del estigma y la discriminación, la evidencia científica ha revelado resultados significativos en el impacto que pueden llegar a presentar en la calidad de vida y bienestar de las personas LGTB. Según Candrian y Hinrichs (2021), el estigma y la discriminación pueden afectar significativamente a la forma en que las personas participan en la vida, y esto puede tener un efecto sorprendente en los resultados de salud. Por ejemplo, las personas que sienten el estigma pueden acabar modificando su apariencia o comportamiento, protegiéndose de los estigmas externos y legitimando aún más el estigma cultural predominante (de Vries, 2015).

Otros autores, como D'Augelli y Grossman (2001), han mostrado que las personas LGB mayores de 60 años que habían sido agredidas físicamente informaron una menor autoestima, más soledad, peor salud mental y más intentos de suicidio.

Por su parte, Subhrajit (2014) enumera las repercusiones de la exclusión y la discriminación en la vida de las personas LGTB, destacando las siguientes: abandono prematuro de la escuela o del hogar, dificultades para obtener empleo estable, aislamiento social, dificultades en el acceso a servicios y vulneración de derechos, cambio de lugar de domicilio o emigración a otros países, carencia de apoyo familiar y social, rechazo de la religión, intentos de suicidio o insatisfacción con su vida. A menudo, esto acaba provocando que las personas mayores LGTB vivan ocultas y sufran una triple exclusión: el aislamiento social, el rechazo por la edad y por su orientación sexual o identidad de género.

Por último, Battalen et al. (2020) encontraron que experimentar discriminación se asoció con una mayor probabilidad de intentos de suicidio y síntomas depresivos, y una mayor carga percibida y pertenencia frustrada, más allá de los efectos del trauma infantil y las variables sociodemográficas. La discriminación se asoció indirectamente con mayores síntomas depresivos, y con una mayor gravedad de la ideación suicida a través de la carga percibida. Concluyendo que se debe evaluar la discriminación e incluir un enfoque en la carga percibida y la pertenencia frustrada como objetivos de intervención para el suicidio y la depresión entre las personas LGTB. Más actualmente, Feinstein et al. (2023b) concluyeron que la discriminación por orientación sexual se asoció positivamente con la depresión y la ansiedad en personas de 50 años o más LGB.

De manera más concreta, Fredriksen-Goldsen et al. (2023) encontraron que, a medida que aumentaba la edad entre las personas adultas LGTB, el efecto de la violencia a lo largo de la vida sobre la comorbilidad disminuyó, mientras que el efecto de las microagresiones se hizo más fuerte.

De este modo, se puede concluir que, a pesar de los avances producidos, tanto a nivel legislativo como a nivel social, en materia de diversidad sexual y de género, todavía se dan numerosas situaciones en las que las personas adultas mayores LGTB se ven discriminadas. Este hecho, unido a las experiencias de discriminación o estigma que se han podido vivir en el pasado y al temor de vivirlas en el futuro, pueden derivar en consecuencias perjudiciales de gravedad para el bienestar psicológico de esta población.

b. Estigma y discriminación por motivos de edad

En el caso de personas mayores LGTB, a la posible discriminación por orientación sexual o identidad de género, se le añade también el edadismo o discriminación por edad. Butler y Lewis definieron el edadismo como “un proceso por medio del cual se estereotipa de forma sistemática, y en contra de, las personas mayores por el hecho de ser mayores, de la misma forma que actúan el racismo y el sexismo, en cuyos casos es debido al color de la piel o al género” (Butler y Lewis, 1973, p. 141). Una de las formas a través de la que se manifiesta la sociedad edadista pasa por la concepción de las personas mayores como un todo homogéneo y asexuado. A causa de los estereotipos negativos que configuran la percepción de la vejez, las personas mayores sufren discriminación por parte de la sociedad, o incluso por parte de las propias personas mayores, que asumen también la visión predominantemente negativa de la vejez (Gracia, 2011). En cuanto al impacto de esta forma de discriminación en la salud mental, los resultados del estudio de Detwiler et al. (2022) mostraron que el edadismo y el heterosexismo se encuentran relacionados con un mayor malestar psicológico y una mayor presencia de la soledad, así como, en consecuencia, con una menor calidad de vida en personas LGTB mayores de 50 años.

Sharma y Subramanyam (2020) también mostraron que el edadismo y la homofobia interiorizada pueden conducir a peores resultados de salud mental entre los hombres mayores homosexuales de la India.

Por otra parte, Molinari y McSweeney-Feld (2017) también añaden que, los prejuicios y estereotipos hacia las personas mayores promovidos por el edadismo, al unirse con los prejuicios históricos y la discriminación heterosexista, crean barreras para las personas mayores LGTB reduciendo su acceso a una atención médica de calidad. Y concluye que se espera que estas desigualdades entre las personas adultas mayores LGTB se intensifiquen con la creciente longevidad de la población de las personas adultas mayores. Por ende, los prejuicios hacia las personas mayores se encuentran también dentro de la propia comunidad LGTB, de manera que los mitos sobre la juventud y la vejez se manifiestan especialmente en el colectivo de hombres homosexuales, debido a la asociación de la homosexualidad con atribuciones como la juventud y la belleza (Alonso-Sánchez y Muyor-Rodríguez, 2020). Sobre esto, Batchelder et al. (2017) introdujeron el concepto de *"internalized gay ageism"*, es decir, edadismo gay internalizado, como un sentimiento de denigración o depreciación debido al envejecimiento en el contexto de la identidad masculina gay, que se ha asociado con síntomas depresivos. Del mismo modo, Wight et al. (2015) indican que el *"internalized gay ageism"* puede medirse de forma fiable entre los hombres gais mayores y se asocia positivamente con los síntomas depresivos.

Para finalizar, Feinstein et al. (2023a) concluyeron que, en comparación con los hombres y mujeres cisgénero-heterosexuales, las personas de 50 años o más LGTB reportaron más discriminación por edad; lo que, a su vez, se asoció con mayor depresión y ansiedad, por lo que la discriminación por edad puede ser un mecanismo subyacente a las disparidades de salud mental que afectan a las personas adultas mayores LGTB.

3.2.3. Autoestigma y homofobia internalizada

Por otra parte, la discriminación y el estigma no siempre es ejercida por terceras personas, la homofobia internalizada representa "la dirección de las actitudes sociales negativas de la persona gay hacia sí misma" (Meyer y Dean, 1998, p. 161) y en sus formas más extremas puede conducir al rechazo de la orientación sexual.

Meyer y Dean (1998) se han referido a la homofobia internalizada como el más insidioso de los procesos de estrés de las minorías, en el sentido de que, aunque se deriva de actitudes sociales heterosexistas, puede autogenerarse y persistir incluso cuando no experimentan una devaluación externa directa (Frost y Meyer, 2009). Xu et al. (2017) añaden que la homofobia internalizada comprende la incorporación al sistema de creencias del odio y la vergüenza hacia la propia orientación no heterosexual, generando así una fuente de estrés. El concepto incluye actitudes globales negativas hacia la homosexualidad, incomodidad con la revelación de la orientación sexual a los demás, desconexión de otras personas no heterosexuales y malestar con la actividad sexual. De la misma forma, Newcomb y Mustanski (2010) refieren que el estigma interiorizado contribuye a la incomodidad de revelar la propia identidad sexual o de género, sentir desconexión hacia otros individuos LGTB, y sentirse incómodo con las relaciones románticas y las actividades sexuales del mismo sexo. A través de estos mecanismos, el estigma sexual afecta negativamente a la salud mental de las personas LGTB.

En cuanto al origen de esta problemática, Fredriksen-Goldsen et al. (2017b) descubrieron que los comportamientos discriminatorios predicen niveles más altos de estigma y vergüenza internalizados durante la edad adulta. En otras palabras, el hecho de haber vivido en una sociedad en la que se describe la homosexualidad, bisexualidad y transexualidad en términos negativos puede derivar en que las propias personas discriminadas aprehendan estos conceptos y los hagan suyos, llevando así a una internalización de la homofobia o autoestigma (Xu et al., 2017). En cuanto a las consecuencias que se derivan de ello, se ha comprobado que el heterosexismo internalizado es un obstáculo para la equidad en la salud mental de las personas adultas mayores LGTB.

La ocultación de la orientación sexual y el heterosexismo interiorizado se ha caracterizado como un factor de estrés crónico en sí mismo, que se asocia directamente con trastornos crónicos de salud física y depresión (Hoy-Ellis y Fredriksen-Goldsen, 2016).

Siguiendo a Ypsilanti et al. (2019), el desprecio o sentimientos negativos hacia uno/a mismo/a también dificulta que se establezcan relaciones significativas, lo que aumenta la soledad y el aislamiento social. En esta línea, Frost y Meyer (2009) también comprobaron que la homofobia internalizada se asociaba con mayores problemas para establecer relaciones sociales y que fueron los síntomas depresivos los que mediaron la asociación entre la homofobia internalizada y los problemas en las relaciones sociales. Por el contrario, una evaluación positiva de la identidad (es decir, la afirmación de la identidad) se ha asociado con un mayor bienestar, satisfacción con la vida y conexión social, y menos afecto negativo. Sin embargo, una valoración negativa de la identidad se ha asociado con restricciones sociales (Frost y Meyer, 2009), problemas de salud mental (Newcomb y Mustanski, 2010) y problemas de salud física (Fredriksen-Goldsen et al., 2017b).

Además, en la revisión meta-analítica de Newcomb y Mustanski (2010), se detectó que la relación entre la homofobia internalizada y los problemas de salud mental fue más fuerte en los estudios que contaban con una muestra de edad media más alta. También se mostró que la relación entre homofobia internalizada y la sintomatología depresiva fue más fuerte que la relación entre la misma y los síntomas de ansiedad.

Así pues, se concluye que la victimización y el estigma internalizado predicen una mala salud general para las personas adultas mayores LGTB, así como el heterosexismo interiorizado aumenta el número de enfermedades crónicas y los síntomas de ansiedad y de depresión que presentan las personas LGTB de 50 años en adelante, ya que la edad puede exacerbar la relación entre el heterosexismo internalizado y los problemas de salud mental (Newcomb y Mustanski, 2010; Corro y Nielson, 2020).

3.2.4. Sentimiento de soledad

La soledad es un estado emocional de insatisfacción que las personas sienten debido a la percepción de que sus necesidades sociales no se satisfacen con la cantidad o calidad deseada. La soledad puede ser situacional, una experiencia que ocurre en un momento dado de la vida, o crónica, en la que uno se siente solo durante un tiempo prolongado (Peplau y Perlman, 1982; Gorczynski y Fasoli, 2021). Es un importante problema social y de salud al que se enfrentan las personas a lo largo de sus vidas. Por lo que comprender y prevenir la soledad constituye una cuestión social clave de nuestro tiempo (Fish y Weis, 2019).

Si bien una persona puede sentirse sola en distintos momentos de la vida, autores como Pinquart y Sorensen (2001) encontraron una asociación entre edad y soledad, siendo la soledad más frecuente entre personas mayores, quizás por la disminución de las relaciones sociales y la participación social, por la pérdida de la pareja o amistades, de salud, movilidad, etc. Pero también por la ausencia de espacios de relación para personas mayores, de contacto con otras generaciones y de medios o conocimientos tecnológicos. En esta línea, Westwood et al. (2022), en su estudio con mujeres lesbianas, trans y bisexuales de 60 a 94 años encontraron que, tener acceso a las tecnologías en línea y poder utilizarlas, fue esencial para gozar de buena salud mental.

Pinquart y Sorensen (2001) también concluyeron que la calidad de la red social, en comparación con la cantidad, se correlaciona más con la soledad; y que los contactos con las amistades y el vecindario, en comparación con la familia, también muestran asociaciones más fuertes con la soledad. Ser mujer, un bajo nivel socioeconómico y vivir en centros residenciales también se asoció con una mayor soledad. Por otra parte, Shrira et al. (2020) encontraron que, más que la edad, lo que influía en un mayor impacto de la soledad era la edad subjetiva, es decir, el hecho de sentirse mayor, en comparación a sentirse más joven. En este estudio, la relación positiva entre la soledad y los síntomas psiquiátricos, el deterioro físico y un mayor riesgo de mortalidad, fue débil entre aquellas personas que se sentían más

jóvenes que su edad, mientras que esta misma relación fue sólida entre las que se sentían mayores. Además, las personas participantes que se sentían mayores eran más susceptibles a los efectos del estrés.

En cuanto a la soledad en las personas adultas mayores LGTB, Gorczynski y Fasoli (2021) examinaron si existía una diferencia con las personas heterosexuales. En general, los resultados mostraron que las personas LGB son más propensas a reportar sentimientos de soledad que las heterosexuales. Lo que podía deberse a la carencia de un apoyo social adecuado, ya que, en comparación con sus contrapartes heterosexuales, era más probable que tuvieran menos conexiones sociales, no tuvieran hijos/as, no vivieran con su pareja y tuvieran un contacto menos regular con la familia (Detwiler et al., 2022). En este sentido, Green (2016) también encontró que las personas adultas LGTB mayores tienen redes de parentesco significativamente más débiles que las heterosexuales. Además, observaron que la compañía y las redes comunitarias no compensan el apoyo de las redes de parentesco. Esto aumenta la probabilidad de recibir poco o ningún apoyo social, presentando implicaciones perjudiciales para el bienestar físico y mental. Así lo confirman autores como Snapp et al. (2015), que afirman que la carencia de una red de apoyo familiar, o de una relación sana y funcional con la familia, a través de un apego seguro y apoyo mutuo, así como la falta de comunicación y entendimiento entre sus miembros, influyen en la aparición de la soledad y dificultan el afrontamiento de cualquier etapa vital en las personas LGTB.

En esta línea, Fish y Weis (2019) aportaron que las características asociadas con la soledad incluían el hecho de vivir solo/a y no tener pareja; mientras que las circunstancias asociadas incluían el estrés por pertenecer a una minoría, el rechazo familiar y las expectativas de discriminación. Además, sugiere que entre las personas mayores LGTB que viven solas, el hecho de no tener pareja y no tener hijos/as puede aumentar el riesgo de soledad. Sobre esto, Fokkema y Kuyper (2009) matizaron que la falta de contacto frecuente con los/as hijos/as existentes provocaba mayores niveles de soledad que el no haber tenido

nunca hijos/as. Así como una menor participación social, una baja autoestima, o no tener pareja, también incrementaba la aparición de la soledad. Por otra parte, también se ha observado que las personas mayores homosexuales se sienten más solas no tanto por una falta de contacto, sino porque -más que sus pares heterosexuales- echan de menos la profundidad, intimidad, reconocimiento y comprensión en sus relaciones actuales (Fokkema y Kuyper, 2009). Además de la posible carencia de una red de apoyo social sólida y de calidad, otro de los principales detonantes de los sentimientos de soledad son las situaciones de discriminación, derivadas tanto de la falta de una red de apoyo, como de la incomprensión o rechazo que se ha podido experimentar (Ribeiro-Gonçalves et al., 2022). A modo de ejemplo, Hughes et al. (2023) estudiaron los predictores de la soledad entre 241 mujeres lesbianas de 60 años o más, encontrando que las experiencias recientes de discriminación por orientación sexual fueron el mayor predictor de la soledad entre las mujeres.

Como consecuencias del sentimiento de soledad en personas adultas mayores LGTB, se destacan principalmente los problemas de salud mental e intentos de autolisis (Shrira et al., 2020). En el estudio de Foglia y Fredriksen-Goldsen (2014), el 60% de las personas participantes afirmaron sentirse solas, y el 50% experimentaron aislamiento. Tanto el aislamiento social, como la soledad, se equipararon con peores resultados de salud.

3.2.5. *Aislamiento social*

El aislamiento social y la soledad son conceptos diferenciados, pero mutuamente relacionados, y coinciden en que ambos impactan negativamente en la salud y el bienestar de las personas adultas mayores. Mientras que la soledad suele referirse a la falta de conexión percibida, el aislamiento social se refiere generalmente a la ausencia objetiva de conexiones significativas y sostenidas con otras personas. Las personas adultas mayores LGTB suelen tener experiencias y necesidades específicas que crean consideraciones adicionales con respecto al apoyo social y al aislamiento (Perone et al., 2020).

De la misma forma que ocurría con la soledad, muchas personas mayores LGTB sufren aislamiento social por ser más propensas a ser solteras y menos proclives a tener hijos o hijas, dependiendo así, en gran medida, de la atención de los servicios para personas mayores o bien de amistades para recibir apoyo emocional, material y social (Chaya y Bernert, 2014). Por ejemplo, Yang et al. (2018) confirman que la falta de un sistema familiar inmediato en las personas adultas mayores LGTB puede hacer que sean particularmente vulnerables al aislamiento social y sus consecuencias. Este estudio también identificó factores de protección para las personas adultas LGTB de mediana edad y mayores contra el aislamiento social percibido, como son la disponibilidad de servicios acogedores de atención a personas mayores. Cuando un centro no es acogedor para las personas LGTB, pueden sentirse obligadas a tener que ocultar su identidad y vivir bajo estrés diario. En cambio, un centro acogedor no sólo puede proporcionar un entorno seguro, sino que también puede ayudar a combatir la discriminación, convirtiéndose en un signo de inclusión social.

Por otra parte, el miedo al rechazo también puede generar que el aislamiento social, y su consecuente separación de la participación social, se conciba como un mecanismo eficaz de protección. Así lo refieren autores como Perone et al. (2020), quienes afirman que las personas adultas mayores LGTB enfrentan mayores riesgos de aislamiento social debido a las décadas de discriminación que han vivido. De manera que este aislamiento se convierte en un factor más de vulnerabilidad ante la soledad y los trastornos psicológicos. Debido a esta realidad, podría considerarse más probable que las personas LGTB, carentes de apoyo familiar, se vieran obligadas a recurrir a centros residenciales para ser cuidadas durante su vejez, dando lugar a otro posible detonante del aislamiento social, pues es frecuente que los equipos profesionales de los recursos residenciales presenten dificultades para ser sensibles a las necesidades de las personas LGTB (Donaldson, 2014).

Siguiendo a Roe y Galvin (2021), las personas adultas mayores LGTB enfrentan barreras en el acceso a la atención social y de salud, lo que afecta a su capacidad para recibir atención centrada en la persona durante la vejez, que es fundamental para la prevención y el manejo de la fragilidad, la discapacidad y la enfermedad. Las personas mayores LGTB pueden experimentar más discriminación y temores cuando acceden a los servicios de atención a personas mayores en términos de disponibilidad y adecuación, acceso, pérdida de identidad sexual, falta de privacidad e ignorar a las parejas del mismo sexo.

Por ello, algunas personas adultas mayores LGTB son reacias al uso de los servicios, por miedo a los prejuicios, al estigma y la discriminación (McCann y Brown, 2019). De esta forma, algunas personas prefieren vivir y morir aisladas, antes que “volver al armario”. En el estudio de Donaldson (2014), las personas participantes indicaron que la formación podría ayudar a los equipos profesionales a proporcionar cuidados adecuados y sensibles a subpoblaciones que se enfrentan al estigma y la opresión. Esto es necesario para responder a la evidencia de que algunas personas mayores LGTB ocultan su identidad por miedo a la discriminación (McCann y Brown, 2019).

No obstante, de igual modo que existen estresores sociales asociados a las personas adultas mayores LGTB, también existen recursos psicosociales que sirven como factores de protección para el bienestar psicológico. A continuación, se exponen algunos de ellos.

3.3. Recursos psicosociales

En las últimas décadas ha surgido una perspectiva positiva del envejecimiento que cuestiona la visión tradicional de la vejez como un período caracterizado únicamente por el déficit y el declive. El concepto de envejecimiento activo alude al “proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad para mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (OMS 2002, p. 12) y es uno de los más influyentes para comprender los aspectos positivos del envejecimiento (Chacur et al., 2022).

Otro de los conceptos más influyentes de este movimiento es el de envejecimiento exitoso, que inicialmente comprendía tres componentes: bajo riesgo de enfermedad y discapacidad; mantenimiento de una alta función mental y física; y el compromiso continuo con la vida, que incluye las relaciones con los demás y la actividad productiva. Actualmente se exige un mayor énfasis en los factores sociales que pueden influir en la capacidad de envejecer con éxito, así como una mayor atención a las percepciones de los individuos sobre su propio envejecimiento y los efectos de experiencias vitales anteriores (Rowe y Kahn, 2015).

A pesar de la marginación histórica y social, las personas LGTB han desarrollado sus propias formas de construir comunidades, tales como fuertes lazos sociales y apoyo mutuo; y habilidades de afrontamiento conductuales y psicológicas, como pueden ser las diferentes técnicas de gestión de la identidad en función de las circunstancias históricas y sociales (Fredriksen-Goldsen et al., 2014b). En relación a los factores de protección, la presencia de literatura científica es mucho menor, así lo confirman autores como Rogers et al. (2021), quienes afirman que el papel de los posibles factores de resiliencia, como la participación social (específicamente relacionada con la comunidad LGTB) y la generatividad, sigue siendo poco explorado. Aunque la investigación científica ha observado el impacto de los factores de estrés continuos en las personas adultas LGTB, se sabe menos sobre la resistencia, resiliencia y generatividad que experimenta esta población (Bower et al., 2021).

Los estudios disponibles muestran que los factores de resiliencia y promoción de la salud, como el apoyo social o la inclusión social, pueden compensar el impacto del estigma (Fredriksen-Goldsen et al., 2014b). El voluntariado, con sus beneficios asociados para la salud y el bienestar entre las personas adultas mayores, puede ser uno de esos factores (Lyons et al., 2021c). Además, el estigma actúa como catalizador para el cambio social y político, así como una fuente de resiliencia y de afrontamiento ante la adversidad (Bower et al., 2021). Unger (2000) destaca cómo el estigma puede asociarse con una reivindicación

constructiva de la identidad y un replanteamiento de la vida, así como las muchas formas en que las personas descubren agencia, propósito y significado a través de vidas al margen y resistencia a los factores estresantes relacionados con el estigma. Por ejemplo, haber experimentado discriminación basada en la orientación sexual amortigua el impacto del edadismo porque experimentar discriminación basada en una identidad estigmatizada (minoría sexual) puede promover un afrontamiento eficaz de la discriminación basada en otra identidad estigmatizada (persona mayor) (Lytle et al., 2018). Lo mismo se ha mostrado que ocurre con el estigma por VIH, observando que identificarse como gay se asoció con un menor estigma relacionado con el VIH y, por tanto, con un menor nivel de depresión (Mi et al., 2022).

Tales perspectivas se alinean con las nociones de envejecimiento positivo, afirmando que el estudio del envejecimiento requiere atención al crecimiento, la generatividad, la resiliencia y la resistencia (de Vries, 2015). Por ello, a continuación, se tratarán los siguientes recursos psicosociales: resiliencia, generatividad, apoyo social, sentimiento de pertenencia o conexión con la comunidad LGTB y participación social. Se considera que estos factores tendrán una influencia positiva en el bienestar psicológico, entendiendo éste como un proceso de consecución de valores que permiten el crecimiento y desarrollo personal, así como de estilos y maneras de afrontar los retos vitales y conseguir lo que se desea, y no solamente ligado a actividades que generan placer o evitan el dolor (Ryan y Deci, 2001; Ryff, 1989).

Siguiendo el modelo de Proactividad Preventiva y Correctiva (PCP) de Kahana y Kahana (1996), los factores de protección que se expondrán a continuación se han dividido en tres categorías: recursos internos, recursos externos y adaptaciones proactivas. Como recursos internos, se ha destacado la resiliencia y la generatividad. Como recursos externos, el apoyo social y el sentimiento de pertenencia o conexión con la comunidad LGTB. Como adaptaciones proactivas, la participación social.

3.3.1. Resiliencia

La resiliencia se refiere a la capacidad de mitigar el impacto adverso del estrés y prosperar frente a la adversidad (Frost y Meyer, 2009; Meyer, 2015). Constituye una importante lente basada en las fortalezas para examinar la capacidad de las personas de persistir y prosperar frente a estresores significativos (McConell et al., 2018). En este sentido, la resiliencia es esencialmente un proceso de amortiguación del estrés. La resiliencia se distingue del afrontamiento en el sentido de que la capacidad de afrontamiento se refiere al esfuerzo que una persona hace para adaptarse o responder al estrés, mientras que la resiliencia se refiere a la adaptación o la respuesta al estrés de manera que minimiza o evita resultados adversos para la salud (Meyer, 2015).

Meyer (2015) distingue entre dos tipos de resiliencia: la resiliencia basada en el individuo (centrada en la agencia personal) y la resiliencia basada en la comunidad (centrada en la conexión con la comunidad y los recursos sociales). Mientras que la resiliencia individual se refiere a un conjunto de cualidades personales, la resiliencia basada en la comunidad describe cómo una comunidad concreta (por ejemplo, la comunidad LGTB) apoya a los miembros individuales para promover su propio bienestar. Por lo tanto, la resiliencia a nivel comunitario va más allá del nivel individual y comprende cómo el contexto ecológico desempeña un papel vital en la promoción del bienestar de las personas y las comunidades, de tal forma que las personas deben identificarse y conectarse con las comunidades para experimentar la resiliencia comunitaria (McConell et al., 2018).

La resiliencia es fundamental para las personas LGTB porque puede amortiguar el efecto del estrés de las minorías y reducir o prevenir los resultados negativos de salud (Meyer, 2003). McCan et al. (2012) señalan varias fortalezas que las personas LGTB pueden aportar al proceso de envejecimiento, como son: una mayor tolerancia, haber creado una familia elegida y una mayor flexibilidad en los roles de género, siendo todas ellas indicadores de resiliencia que las personas adultas mayores LGTB utilizan para afrontar las adversidades.

Breder y Bockting (2022) también concluyen que las personas adultas mayores LGTB tienen un historial de resiliencia para superar las disparidades sociales y el estrés de las minorías.

Según Rosati et al. (2021) es la reflexión y el procesamiento de los factores de estrés en la vida lo que permite a las personas adultas mayores LGTB desarrollar una identidad resiliente. Así pues, tiene sentido pensar que la edad avanzada favorezca este proceso de reflexión y procesamiento. Según Cortes et al. (2019), las personas LGTB de más edad son más resistentes que las personas jóvenes LGTB sobre los factores de estrés que pueden afectar a la salud mental, reportando así menos estrés de minorías que las personas LGTB más jóvenes.

En el mismo sentido, Koziara et al. (2022) investigaron cómo la exposición al estigma, los factores de protección y la salud mental cambian con la edad entre las personas de género y sexualmente diversas de Polonia, encontrando que la autoestima y la resiliencia se relacionaron positivamente con la edad en todos los grupos de estudio. Además, observaron que los hombres cisgénero sexualmente diversos demostraron una resiliencia significativamente mayor, una depresión reducida y una autoestima más alta en comparación con otros grupos. Resultados similares encontraron Pereira y Silva (2021), que evaluaron la relación entre el apoyo social, la identidad positiva, la resiliencia y el envejecimiento exitoso de hombres homosexuales y bisexuales de 50 a 80 años en Portugal, y encontraron que los niveles más altos de apoyo social, resiliencia e identidad positiva fueron predictores significativos de salud mental.

3.3.2. Generatividad

La investigación sobre generatividad durante el envejecimiento ha promovido una nueva visión de las personas mayores que rompe con la concepción tradicional centrada únicamente en la discapacidad, dependencia y fragilidad, reconociendo sus capacidades y

potencialidades para seguir creciendo, y subrayando su participación y aportación a las familias, las comunidades y la sociedad (Villar et al., 2021).

El concepto de generatividad fue introducido por Erikson (1959) para definir el deseo, que se suele promulgar en la edad adulta media y avanzada, de guiar a las siguientes generaciones con el fin de asegurar su bienestar (Erikson y Erikson, 1997; Slater, 2003). La generatividad puede manifestarse a través de la crianza de los hijos o hijas, el cuidado de los demás, el activismo social, la enseñanza o el esfuerzo por dejar un legado (Kotre, 1984; McAdams y de St Aubin, 1992).

Según Slater (2003) también es necesario conectar estas ideas con la historia y los problemas sociales más amplios – como puede ser el caso del estrés de las minorías o la discriminación por orientación sexual o identidad de género – pues en la intersección entre el individuo, las instituciones y la sociedad es donde se produce el desarrollo de la identidad. En este sentido, la generatividad es un nuevo enfoque de desarrollo y de envejecimiento exitoso, que tiene en cuenta la interacción entre generaciones y entre el individuo y sus contextos micro y macro. De manera que la generatividad debe concebirse como algo que puede cambiar o ser promovido por modificaciones contextuales, específicas e intencionales, o bien por cambios sociales a largo plazo (Villar et al., 2021).

La generatividad puede concebirse en 7 características interrelacionadas: demanda cultural, deseo interior, preocupación generativa, creencia en la especie, compromiso, acción generativa y narración personal. La Escala de Generatividad de Loyola (LGS) es quizá la escala de autoinforme de preocupación generativa más utilizada, mostrando fuertes asociaciones positivas con informes de actos generativos reales, como puede ser enseñar una habilidad concreta, y temas de generatividad en relatos narrativos de episodios autobiográficos importantes (McAdams y de St Aubin, 1992).

Así pues, John Kotre (1984) considera la generatividad como un proceso integrado en un contexto cultural que caracteriza todo el curso de la vida, distinguiendo entre la generatividad comunitaria, que consiste en nutrir, cuidar y conectarse con otras personas; y la generatividad agéntica, destinada a ampliar, fortalecer y afirmar el yo. En concreto, Kotre identificó cuatro tipos principales de generatividad:

1. Biológica, se refiere a todas las acciones necesarias para cuidar a los niños o niñas.
2. Parental, que se orienta a la educación de los hijos o hijas.
3. Técnica, la que se realiza cuando se transmite habilidades concretas.
4. Cultural, cuando se transmite el significado de ideas, nociones o creencias.

Por otra parte, la generatividad es también un deseo de conexión – un deseo de pertenencia – que está en la base de la historia y la cultura LGTB (Bradley, 2014). Sin embargo, según Casado et al. (2022), se necesita más investigación sobre generatividad en personas adultas mayores LGTB, ya que la literatura se ha construido principalmente sobre estándares cisheteronormativos y, en pocos casos, se ha estudiado dentro del contexto español. Así lo confirman también Rosati et al. (2021), que añaden que a pesar del crecimiento de la investigación psicológica en personas adultas mayores LGTB, sigue habiendo una falta de evidencia sobre los recursos particulares de resiliencia (por ejemplo, la generatividad) que distinguen a esta población. Bower et al. (2021) argumentaron también que los acontecimientos sociohistóricos que afectaron a las personas LGTB merecen una mayor consideración, ya que las vivencias y dificultades que han soportado a lo largo de su vida han resultado ser tanto enriquecedoras, como hostiles, y todas ellas han influido en su forma de ser, pensar y actuar, así como en su deseo generativo.

En la investigación disponible, Oswald y Masciadrelli (2008) introdujeron el concepto de generatividad *queer* para referirse a los rituales generativos específicos utilizados por las minorías sexuales o de género para promover la inclusión social y utilizar creativamente la diferencia para reparar la posible exclusión. Las personas LGTB mayores pueden haber

tenido la oportunidad de reflexionar y procesar experiencias vitales estresantes, y estar más inclinadas a practicar comportamientos generativos *queer* dirigidos a fortalecer y a apoyar a su comunidad. Así pues, los comportamientos generativos de las personas LGTB pueden diferir de los de la población cis/heterosexual cuando están vinculados a la necesidad de crear una cultura *queer* compartida. Por esta razón, se entiende la generatividad *queer* como una serie de comportamientos realizados por personas adultas mayores LGTB resilientes, destinados a mejorar sus propias condiciones de vida, y las de otras personas LGTB, y a aumentar su comodidad con su orientación sexual o identidad de género.

Además, debido a que las personas jóvenes LGTB pueden experimentar una falta de comprensión por parte de sus progenitores, es más probable que busquen modelos de conducta fuera de sus familias, identificándose con otras personas adultas LGTB. Por lo que las personas LGTB generativas pueden representar un punto de referencia para otras personas LGTB, independientemente de su edad (Rosati et al., 2021). En el estudio sobre generatividad *queer* de Chazan y Baldwin (2021), todas las personas participantes describieron un sentimiento de responsabilidad en apoyar a las futuras generaciones *queer*, arraigado en sus propias luchas por desaprender la vergüenza y la opresión a medida que envejecen. De hecho, describieron cómo las experiencias de su infancia sembraron su deseo de facilitar las cosas a los niños, niñas y jóvenes, y de seguir concienciando y trabajando por la igualdad. Otras investigaciones destacan que los esfuerzos realizados por las personas LGB para crear, reforzar y dar continuidad a la comunidad LGTB – y, por tanto, aumentar las estrategias de resiliencia de la comunidad y contrarrestar la carga de la opresión – pueden estar motivados por las preocupaciones en torno a la generatividad (Meyer, 2015).

Por lo tanto, para las personas adultas mayores LGTB, la generatividad podría representar una estrategia para dar visibilidad, valor y continuidad a la propia existencia a través de las sucesivas generaciones, transformando su proceso no normativo de desarrollo de la identidad en una oportunidad para cuestionar expectativas y mandatos sociales. Así

como también desarrollando el deseo interno de hacerse cargo de los demás, más allá de los lazos de sangre. De esta manera, sus actos de generatividad pueden diferir de las tareas normativas de desarrollo, como la crianza de los hijos o hijas, y estar más orientados a guiar a otras personas, por ejemplo, jóvenes LGTB. Por ello, la generatividad *queer* puede subvertir la cisheteronormatividad y expresarse cuando las personas LGTB abordan las preocupaciones por su comunidad (Rosati et al., 2021).

En el contexto español, Casado et al. (2022) exploraron los legados previstos de personas homosexuales de más de 50 años que fueron activistas en movimientos sociales en España, destacando los siguientes: transmitir su conocimiento, ser recordadas como buenas personas, contribuir a los derechos LGTB y a la mejora de la sociedad, el deseo de que las futuras generaciones reconozcan sus contribuciones y sentir que ayudaron a proteger a las generaciones más jóvenes. En cuanto a las maneras de alcanzar estos objetivos, algunas personas lo hacían de maneras más tangibles y formales, a través de asociaciones o grupos LGTB, protestas y debates, o la publicación de vídeos o libros. Otras indican que, siendo visibles, asumiendo explícitamente su orientación sexual y utilizando un lenguaje inclusivo en su día a día, ya pueden convertirse en modelos o referentes a seguir. Casado et al. (2022) también destacan cómo las personas participantes en su estudio quieren contribuir a una sociedad mejor (más allá de los asuntos LGTB) a través de su implicación en otras causas y movimientos sociales, como puede ser el caso de las personas refugiadas y migrantes. Esto puede deberse a que las personas LGTB, al haber enfrentado estigma a lo largo de su vida, pueden estar en una mejor posición de conexión con otros individuos que enfrentan diferentes tipos de vulnerabilidad, pues al reconocer lo que otros grupos vulnerables están sintiendo, se muestran más dispuestas a ayudar (Meyer, 2015).

En el estudio de Bower et al. (2021), las personas participantes – personas LGTB de 46 a 76 años – afirmaron que su legado se enmarca en involucrar a otras personas en su trabajo hacia una sociedad más amable e inclusiva. Y es que una de las diferentes formas en

las que puede materializarse la generatividad es a través del voluntariado. En un estudio realizado a 754 personas homosexuales de más de 60 años, 147 mujeres (60,5%) y 272 hombres (53,2%) se habían ofrecido como voluntarias en los últimos 12 meses. Esta cifra fue más alta que la tasa para las personas mayores en general, donde se había informado que un 35% se había ofrecido como voluntaria en los últimos 12 meses (Lyons et al., 2021c).

Otra forma de manifestar el deseo generativo puede ser la participación en organizaciones LGTB o el activismo, donde Paceley et al. (2014) encontraron que la generatividad fue la variable más influyente en la participación organizacional LGTB. Además, Enguix (2017) define el activismo LGTB como el principal productor de discurso social legitimado dentro del contexto español, donde la evolución de los derechos en diversidad sexual y de género se ha encontrado históricamente ligada al activismo, tanto en la época de la dictadura franquista y la despenalización de la homosexualidad en España, como en la actualidad. Por ello, éste puede ser un elemento central en la vida de muchas personas LGTB.

Por otra parte, según Bower et al. (2021), para las personas adultas mayores LGTB participantes en su estudio, el evento de vida más frecuente para incitar a la acción generativa fue haber experimentado la pandemia del VIH/SIDA, la necesidad de generar historias de vida y referentes positivos para las próximas generaciones, y el deseo de desarrollar alternativas de espiritualidad inclusivas. También descubrieron que, en el caso de las personas adultas mayores LGTB supervivientes del VIH/SIDA, piensan en su supervivencia como una forma en que pueden contribuir a algo más grande que ellas mismas, expresando mensajes de aquellas personas que ya no viven, transmitiendo su legado a través de historias que puedan reducir el estigma y los prejuicios asociados con el VIH/SIDA, o educando a las generaciones más jóvenes para la prevención del VIH/SIDA.

Por lo tanto, se puede concluir que la generatividad *queer* no sólo se refiere a un impulso de guiar a las próximas generaciones (subdimensión social), sino también a un impulso de cuidar a otras personas potencialmente aisladas (subdimensión relacional), así

como de crear un contexto de apoyo e igualdad para las futuras generaciones (subdimensión política) (Rosati et al., 2021).

En relación a la influencia de la generatividad en el bienestar psicológico de las personas adultas mayores LGTB, se ha comprobado que los comportamientos generativos influyen fuertemente en el bienestar y contribuyen al envejecimiento exitoso (Rosati et al., 2021). Por ejemplo, So et al. (2022) mostraron que la generatividad se correlaciona inversamente con la ansiedad y los síntomas depresivos, favoreciendo la emocionalidad positiva y el sentido de la vida, o estableciéndose como precursor de bienestar psicológico tras finalizar la vida laboral (Au et al., 2020; Serrat et al., 2018). Otros estudios muestran la relación de la generatividad con el envejecimiento exitoso, siendo potenciadora del crecimiento personal y el bienestar, a la vez que beneficia a las familias, comunidades y sociedades; y se correlaciona positivamente con la necesidad de relación y competencia (Hofer et al., 2016). Por el contrario, Grossman y Gruenewald (2020) encontraron que el incumplimiento de las expectativas de generatividad estaba relacionado con una menor satisfacción con la vida, y que esta relación era más fuerte en la adultez media (personas menores de 75 años), que en personas más mayores (personas de 75 años o más).

Del mismo modo que la generatividad influye en el bienestar psicológico, también puede darse la relación inversa, es decir, que el bienestar psicológico influya en la generatividad. Reinilä et al. (2023) mostraron que el bienestar social a los 42 años predecía la generatividad a los 50 años, siendo un recurso a través del cual los individuos parecían aumentar su generatividad. Hasta donde sabemos, esta relación no ha sido probada en personas adultas mayores LGTB en España, por lo que esta tesis tratará de cubrir este hueco en la investigación.

Una vez presentados los recursos internos, se da paso a los recursos externos, es decir, el apoyo social y el sentimiento de pertenencia o conexión con la comunidad LGTB.

3.3.3. *Apoyo social*

Feeney y Collins (2015) conceptualizan el apoyo social como un proceso interpersonal que funciona para promover la prosperidad en dos contextos vitales: las experiencias de adversidad y las oportunidades de crecimiento en ausencia de adversidad. Esta perspectiva permite reconceptualizar el apoyo social en términos de promoción del bienestar positivo, en lugar de limitarse únicamente a una amortiguación del estrés, así como a considerarlo un proceso interpersonal que se desarrolla a lo largo del tiempo, en lugar de como una actitud o una expectativa, como es la percepción del apoyo disponible en un momento determinado. Según Breder y Bockting (2022), el apoyo social es un componente imperativo del envejecimiento saludable, que fomenta la resiliencia contra las enfermedades mentales. Además, un mayor apoyo social protege contra la soledad y la fatiga y se relaciona con una mayor sensación de control, empoderamiento y una mejor salud (Detwiler et al. 2022). De esta manera, cuando las relaciones humanas son nutritivas, el apoyo social fortalece el crecimiento personal en las diferentes etapas del desarrollo y brinda herramientas para afrontar situaciones negativas y estresantes (Feeney y Collins, 2015).

El apoyo social debería ser especialmente poderoso para las personas mayores LGTB, no sólo por su influencia en los cambios de salud física y mental relacionada con el envejecimiento en general, sino también porque el apoyo social puede desempeñar una función única para mitigar el impacto de la estigmatización que pueden sufrir debido a su orientación sexual o identidad de género (Grossman et al., 2000). Así lo confirman autores como LeBeau y Jellison (2009), que afirman que el apoyo social puede ser un factor crucial para hacer frente a la propia condición de estigmatización. En la misma línea, en el *Minority Stress Model* de Meyer (2003), el apoyo social se considera un factor que alivia el estrés y puede ser especialmente importante para las personas adultas LGTB debido a su mayor riesgo de discriminación y victimización (Fokkema y Kuyper, 2009; Fredriksen-Goldsen, 2011).

De igual manera, Laganá et al. (2021) destacaron el apoyo social como un factor protector para el bienestar de las personas adultas mayores LGTB (Detwiler et al., 2022). Así como como Emlet et al. (2013) identificaron el apoyo social y la autoeficacia como factores protectores de la salud mental en hombres mayores homosexuales y bisexuales con VIH. Del mismo modo, Detwiler et al. (2022) encontraron una relación directa del apoyo social con un mejor bienestar psicológico en las personas adultas mayores LGTB. Emlet et al. (2017) también añadieron que el apoyo social y el compromiso comunitario se asociaron positivamente con la resiliencia y el dominio. Y Fredriksen-Goldsen et al. (2013a) revelaron que el apoyo social y el tamaño de la red social sirvieron como factores de protección en personas LGB mayores de 50 años, disminuyendo las probabilidades de depresión. En cambio, Shiu et al. (2016) encontraron que los niveles más bajos de apoyo social se asociaron con un mayor estrés y una mayor sintomatología depresiva en personas adultas LGTB.

En cuanto al tipo de apoyo social, Grossman et al. (2000) examinaron las redes de apoyo social de 416 personas LGB de entre 60 y 91 años. Las personas participantes tenían una media de 6 personas en sus redes de apoyo, la mayoría de las cuales eran amistades íntimas. El tipo de apoyo más común proporcionado por las amistades íntimas y las personas conocidas fue el apoyo de socialización, y el apoyo más común proporcionado por las parejas, hermanos/as y otras personas de la familia fue el apoyo emocional. Las personas participantes estaban más satisfechas con el apoyo de quienes conocían su orientación sexual. Además, cuanto más satisfacción mostraban con el apoyo recibido, menos soledad sentían. También se demostró que el apoyo social disminuyó los efectos perjudiciales para la salud de la estigmatización. Por su parte, Masini y Barrett (2008), que utilizaron las redes sociales para predecir el bienestar psicológico de personas LGB de 50 o más años de edad, encontraron que el apoyo de las amistades, en lugar de la familia, predijo una mayor calidad de vida y una menor depresión, ansiedad y homofobia internalizada.

No obstante, otros autores como Emmett et al. (2021) concluyeron que la presencia de cualquier tipo de apoyo social, independientemente de la fuente, protege frente a los síntomas depresivos, en este caso en hombres gais y bisexuales mayores de 40 años.

3.3.4. Sentimiento de pertenencia y conexión con la comunidad LGTB

El sentimiento de pertenencia se ha considerado como una necesidad humana básica necesaria para el bienestar psicológico y la autorrealización, definido como la experiencia de implicación e integración personal, en un sistema o entorno, hasta el punto de que la persona siente que desempeña un papel especial en ese sistema o entorno. Las investigaciones indican que las personas que informan de un menor sentido de pertenencia son más propensas a reportar mayores niveles de depresión y de ideación suicida, así como menos razones para vivir. En consecuencia, el sentido de pertenencia es un importante predictor del bienestar psicológico (McLaren, 2009).

Siguiendo a Putnam (2000) el capital social gira alrededor de tres componentes: la confianza, las redes sociales y las normas de reciprocidad. Así, las interacciones de tipo vinculante, propias de grupos más homogéneos, como puede ser el colectivo LGTB en general, o el grupo de personas mayores en particular, tienden a ser estables y desarrollan solidaridad y reciprocidades específicas, tejiéndose redes de colaboración basadas en la identidad (Urteaga, 2013). En este sentido, Laganá et al. (2021) nombraron la conexión a los recursos comunitarios específicos LGTB como un factor de protección para las personas adultas mayores LGTB. A este hecho se le suma que, como ya se ha comentado con anterioridad, las personas LGTB mayores tienen más probabilidades de no tener hijos/as, o de tener un contacto menos intenso con sus hijos/as, que sus homólogos heterosexuales de edad, así como de tener un contacto menos regular con los miembros de la familia. Esta realidad, en muchas ocasiones, es compensada a través de la conexión con la comunidad LGTB (Fokkema y Kuyper, 2009; Detwiler et al., 2022).

Por su parte, Frost et al. (2022) observaron asociaciones positivas entre la conexión con la comunidad y la salud mental y el bienestar social para todas las personas participantes LGB de su estudio, pero especialmente para la cohorte de más edad. En la misma línea, en la revisión sistemática de McParland y Camic (2016) sobre factores psicosociales y envejecimiento en personas LGB mayores de 60 años, también se concluyó que la mayoría se adaptaban bien al envejecimiento, con influencias mediadoras como la autoaceptación y la conexión con sus iguales.

Sin embargo, los miembros de la comunidad probablemente varían en esta conexión dependiendo de una serie de factores, incluyendo la centralidad de la identidad y el estigma dentro de la comunidad (Meyer, 2015). Por ejemplo, se ha demostrado que la bisexualidad está asociada negativamente con el bienestar social; y que esta relación estaba mediada por una menor conexión con la comunidad LGTB, probablemente debido a la existencia de bifobia dentro de las comunidades LGTB (Kertzner et al., 2009). Por otra parte, las experiencias de estigma racial y étnico en los espacios LGTB también pueden influir negativamente en que las personas racializadas del colectivo se sientan conectadas con el mismo. De manera que la prevalencia del estigma racial-étnico en la comunidad LGTB puede tener un impacto negativo en el bienestar de las personas a las que les afecta, pudiendo disminuir un potencial amortiguador del estrés de las minorías (McConell et al., 2018).

También cabe mencionar que, en un estudio de mujeres lesbianas y bisexuales, McLaren (2009) encontró que el sentido de pertenencia a la comunidad lesbiana y el sentido de pertenencia a la comunidad general se asociaron con niveles más bajos de depresión, pero de forma diferente. La pertenencia a la comunidad de lesbianas mejoraba el sentido de pertenencia a la comunidad general, y era la pertenencia a la comunidad general la que reducía los niveles de depresión. Por lo que se puede concluir que, tanto el sentimiento de pertenencia a la comunidad general, como a la comunidad LGTB, pueden ser beneficiosos para la salud mental de las personas LGTB.

En cuanto a los beneficios concretos que puede aportar, se ha demostrado que las redes sociales más fuertes y más grandes, que tienen como objetivo crear un sentido de pertenencia, tienen un impacto positivo en la disminución del sentimiento de soledad entre las personas mayores LGTB (Fish y Weis, 2019). Por otra parte, Testa et al. (2015) incorporaron la integración en la comunidad y el sentido de orgullo al “Modelo de estrés de las minorías” como factores de resiliencia para las personas trans y de género diverso, lo cual se aplica también a la comunidad LGTB en general. También, según Bariola et al. (2016), el contacto frecuente con personas LGTB se asoció con una mayor resiliencia.

Por ende, según LeBeau y Jellison (2009), socializar dentro de una comunidad más amplia de individuos con la misma orientación sexual o identidad de género es una de las formas más eficaces de combatir los efectos negativos del estrés de las minorías entre personas LGTB, ya que, mediante la interacción con otros miembros de un mismo grupo, se adquieren habilidades que ayudan a lidiar con las reacciones negativas de los demás. Estos autores sugieren que la conexión con otras personas LGTB está relacionada con una mayor autoestima, mayor apoyo social, menos síntomas de depresión, una identidad de grupo más positiva, una mejor salud mental y un menor estrés. Los mecanismos a través de los cuales se relacionan estas variables son la identificación mutua, el refuerzo de los comportamientos y creencias, el fomento de una identidad de grupo, la disminución de los sentimientos de aislamiento y alienación, la mejora de la integridad personal y la reducción del estrés. Así lo confirman también Rogers et al. (2021), quienes concluyen que la conexión con la comunidad LGTB puede servir como amortiguador contra resultados psicológicos negativos, de manera que aquellas personas con una mayor conexión con la comunidad LGTB pueden sufrir un menor impacto por los factores de estrés. Estudios como el de McLaren (2016) también muestran que el aumento del sentido de pertenencia con amigos gays entre hombres gays mayores que viven solos es un factor protector en relación con los síntomas depresivos.

Otro de los beneficios que se ha destacado en la literatura es la prevención del suicidio. Según Kaniuka et al. (2019), las personas LGTB pueden estar en riesgo de comportamiento suicida debido al estigma percibido y la psicopatología. Sin embargo, la conexión con la comunidad puede reducir este riesgo mediante la prevención de la experiencia de pertenencia frustrada, que se ha teorizado como un elemento crucial para el comportamiento suicida. Los resultados de este estudio también mostraron que los individuos con mayor estigma percibido informaron de menos síntomas depresivos cuando se sentían conectados a la comunidad LGTB.

En definitiva, puede ser que la conexión con la comunidad LGTB actúe como un factor de protección contra los problemas de salud mental relacionados con el estigma, proporcionando un entorno donde pueden hacer comparaciones sociales positivas y recibir el apoyo social necesario (Frost y Meyer, 2012; Kaniuka et al. 2019). Por último, Meyer et al. (2021) añaden que la conexión con la comunidad LGTB también es importante para la información sanitaria y la salud pública, porque los recursos que sirven a las personas LGTB se han organizado bajo la bandera LGTB durante décadas. Los estudios han demostrado, por ejemplo, que los hombres homosexuales y bisexuales que estaban conectados a recursos de salud LGTB eran más propensos que los que no lo estaban a utilizar la profilaxis previa a la exposición como prevención del VIH.

Una vez expuestos los recursos externos, se da paso a las adaptaciones proactivas, es decir, a la participación social.

3.3.5. Participación social

La participación cívica, entendida como un concepto general que engloba cualquier actividad que tiene el potencial de crear capital social, a menudo se considera un elemento clave para el envejecimiento activo y exitoso, que contribuye a mejorar la salud y la calidad de vida de las personas mayores, y a fortalecer y desarrollar sus comunidades. Dentro de la participación cívica se puede distinguir entre participación social y participación política. La participación social puede incluir formas individuales de ejercerla tales como comportamientos prosociales, de ayuda o altruistas, más allá de la familia; o formas colectivas, como puede ser la participación en organizaciones de voluntariado, comunitarias o benéficas. Las formas colectivas de participación social, especialmente el voluntariado formal, han dominado el discurso científico sobre la participación cívica de las personas mayores. Pero, a menudo, se ignoran las contribuciones que realizan las personas mayores a nivel individual, como ayudar a vecinos/as o amistades, pues a pesar de ser más comunes, pueden ser más difíciles de estudiar (Serrat et al., 2020).

La participación social o la implicación comunitaria también se define como el trabajo no remunerado en favor de otras personas, o por un bien colectivo, a través o dentro de organizaciones formales o semiformales y redes sociales. La participación a través del voluntariado y el activismo vincula a los individuos con su sociedad en general. Proporciona apoyo social, y un sentido de uno/a mismo/a que puede ayudar a afrontar el estrés y sus consecuencias negativas. También puede compensar o disuadir los efectos negativos del estigma, reducir el aislamiento o la soledad y desarrollar un sentido de pertenencia (Ramírez-Valles et al., 2005). La diversidad de las personas influye directamente en la manera de participar y en qué beneficios se obtienen de la participación, ya que las barreras para la participación varían según las características corporales, culturales y socioeconómicas (Serrat et al., 2020).

Por ello, la edad, la orientación sexual o la identidad de género también son variables a considerar a la hora de analizar los procesos de participación. Sobre esto, la teoría de la integración social postula que las personas obtienen beneficios mentales, emocionales y físicos cuando creen que están contribuyendo activamente, interactuando, y siendo validadas dentro de una comunidad. Sin esta implicación, los individuos pueden ser propensos a la depresión, sentimientos de aislamiento, e incluso enfermedades físicas, que pueden impedir su capacidad de vivir vidas felices y productivas. Por ello, la participación de las personas LGTB puede actuar como un amortiguador contra los efectos adversos que la marginación o el estigma pueden tener para su bienestar psicológico. Además, sirve como una forma de generar una identidad grupal positiva para las poblaciones minoritarias, que a menudo se encuentran estigmatizadas por parte de la sociedad en general (Paceley et al., 2015). Según Ramírez-Valles et al. (2005), las teorías sobre la integración social y el proceso de estrés concluyen en que la participación en la comunidad puede amortiguar o compensar los efectos adversos del estigma en el bienestar psicológico. Y añade que la participación en la comunidad parece compensar la asociación entre el estigma y la depresión o la soledad, así como también amortigua el impacto negativo en la autoestima.

Así pues, a través de la participación en una comunidad particular, los individuos pueden sentir mayor afirmación y recibir acceso a las redes sociales y al apoyo social. Es más, la participación en la comunidad LGTB se ha asociado con una mejor salud mental y desarrollo de la identidad (Gates et al., 2016). Otros beneficios adicionales de la participación social incluyen el crecimiento personal y la obtención de un sentido de pertenencia y propósito a través del establecimiento de relaciones sociales con los demás y de participar en actividades significativas (Kertzner et al., 2009; Paceley et al., 2015). En un estudio cualitativo de la participación de hombres homosexuales y bisexuales en la comunidad LGTB, casi la mitad de los participantes discutieron la importancia de la participación de la comunidad para contribuir a una mayor autoestima y al desarrollo de una identidad positiva (LeBeau y Jellison, 2009).

Como se ha comentado, una de las diversas maneras en las que puede materializarse la participación social es a través del voluntariado. El voluntariado se asocia a un bienestar positivo entre las personas mayores, ya que proporciona oportunidades para mantenerse activo y socialmente conectado. La investigación ha demostrado que el voluntariado está asociado a una serie de beneficios para la salud mental y física. Estos beneficios pueden ser especialmente valiosos en las personas de edad avanzada, cuando el riesgo de aislamiento social e inactividad puede aumentar. Los estudios sobre personas mayores han encontrado una serie de beneficios asociados al voluntariado, como una mejor calidad de vida, satisfacción vital, bienestar, salud mental y física y el apoyo social, así como un mayor uso de los servicios de salud. Por lo tanto, los beneficios asociados al voluntariado pueden ser especialmente significativos para las personas mayores que pueden enfrentarse a retos adicionales en la edad avanzada, como es el caso de las personas LGTB (Lyons et al., 2021c). A modo de ejemplo, en un estudio realizado con una muestra de 754 personas homosexuales de más de 60 años, las personas voluntarias informaron de una mayor salud mental positiva que las que no eran voluntarias. Entre los hombres homosexuales, los voluntarios informaron además de una mayor salud autocalificada y apoyo social, y de una menor angustia psicológica. Tanto las mujeres lesbianas, como los hombres gais, que se ofrecieron como voluntarios/as para organizaciones LGTB, también informaron de una mayor conexión con la comunidad LGTB. Teniendo en cuenta estos resultados, se concluye que el voluntariado puede ser una forma eficaz de promover el bienestar entre las personas mayores LGTB (Lyons et al., 2021c).

Por otra parte, Ramírez-Valles et al. (2005) examinaron los efectos de la participación comunitaria en el VIH/SIDA y las organizaciones LGTB, el voluntariado y el activismo en tres indicadores de bienestar psicológico (autoestima, depresión y soledad), encontrando que, entre los hombres latinos homosexuales y bisexuales con VIH, la participación en organizaciones LGTB o relacionadas con el VIH compensaba la depresión y aislamiento asociados al estigma.

A conclusiones similares llegaron Emlet et al. (2020), encontrando que el compromiso con la comunidad redujo los problemas de salud y los síntomas de depresión entre los hombres bisexuales y homosexuales de 50 años en adelante.

En relación a la participación a través del activismo, Montagno y Garret-Walker (2021) mostraron que la participación en grupos activistas presenta innumerables beneficios para las personas LGTB, como la disminución de los efectos negativos de la discriminación en la salud mental. Sus resultados revelaron que las personas que participaron en grupos activistas informaron más conexión con la comunidad LGTB, y menos heterosexismo internalizado, en comparación con las que no participaron.

En este sentido, es posible que las organizaciones LGTB tengan más probabilidades de garantizar entornos culturalmente seguros y redes de apoyo para personas LGTB que otro tipo de organizaciones, así como de generar relaciones intergeneracionales, dando oportunidad a las personas mayores LGTB de conectar con personas más jóvenes (Gates et al., 2016; Paceley et al., 2015; Lyons et al., 2021c). Sobre esto, Paceley et al. (2015) detectaron que las motivaciones para involucrarse en organizaciones LGTB eran las siguientes: acceder a apoyo y recursos, establecer una comunidad LGTB, ser generativo, afirmar la identidad, apoyar a una organización LGTB y combinar la vida personal y profesional. Gates et al. (2016) encontraron como principales motivaciones: los valores personales, la misión de la organización y el deseo de desarrollar y mantener relaciones sociales con la comunidad LGTB.

Una vez expuestos todos los recursos psicosociales, se da paso a presentar los principales problemas de salud mental que pueden afectar a las personas adultas LGTB.

3.4. Problemas de salud mental

Se ha demostrado que las personas LGTB corren un mayor riesgo de sufrir problemas de salud mental que las personas cisgénero y heterosexuales (Hughes, 2017). A modo de ejemplo, un estudio realizado en Reino Unido observó que, entre las personas participantes LGTB, existía 1,5 veces más riesgo de sufrir depresión, trastornos de ansiedad, consumos abusivos de alcohol y actitudes suicidas, que en la población general (King et al., 2008; McCann y Brown, 2019). En la misma línea, Fredriksen-Goldsen et al. (2013b) descubrieron que las personas adultas mayores LGB tenían un mayor riesgo de discapacidad, mala salud mental, tabaquismo y consumo excesivo de alcohol que las heterosexuales. Así pues, entre los problemas de salud mental prevalentes en las personas LGTB destacan la ansiedad, depresión y trastornos por consumo de sustancias (Yarns et al., 2016). Karakaya y Kutlu (2021) añaden también los ataques de pánico y el riesgo de suicidio.

En cuanto a los factores predictores de los problemas de salud mental que experimentan las personas LGTB, tal y como ya se ha expuesto, se ha descubierto que están expuestas a diferentes estresores sociales que pueden afectar negativamente a su bienestar, como es el estigma, la discriminación y el autoestigma (Hughes, 2017). Por ejemplo, en el estudio de Karakaya y Kutlu (2021), las personas LGTB declararon ser más propensas a problemas mentales debido a la discriminación que sufrían en las áreas sociales y los servicios de salud. También puede deberse a que las personas LGB mayores son más propensas a reportar altas tasas de soledad y aislamiento social que las personas cisgénero y heterosexuales, ya que es menos probable que tengan pareja, hijos/as o apoyo de su familia de origen (Gorczynski y Fasoli, 2021). En otras palabras, el heterosexismo crea un ambiente social de estrés crónico para las personas LGTB a lo largo de la vida, que tiene consecuencias significativas en su salud física y mental (Ferraro y Shippee, 2009; Corroero y Nielson, 2020). Así, los factores de estrés de las minorías son acumulativos en sus efectos sobre los resultados de salud mental (Hoy-Ellis y Fredriksen-Goldsen, 2016).

A continuación, se tratará de manera más detallada algunos de los principales problemas de salud mental que afectan a las personas adultas mayores LGTB, siendo éstos la depresión, la ansiedad, el estrés, la ideación suicida y la autolisis.

3.4.1. Depresión

La investigación sugiere que las personas adultas mayores LGTB tienen un riesgo elevado de presentar síntomas de depresión (Hoy-Ellis y Fredriksen-Goldsen, 2016). Por ejemplo, Kushalnagar y Miller (2019) indicaron disparidades de salud para ciertos trastornos de salud mental (por ejemplo, depresión y ansiedad) entre las personas adultas LGTB de 45 o más años, en comparación con las no LGTB. En España, estudios sobre personas mayores LGTB han mostrado que los síntomas de depresión y ansiedad afectaban a un 32% en personas mayores de 65 años, fundamentalmente a mujeres, tanto cis, como trans. Destacando que estos datos triplicaron los datos de la población general con estos grupos de edad, que señalaban que la depresión y ansiedad afectaban a un 10% (FELGTBI+, 2019).

En cuanto a los predictores de estos resultados, diferentes investigaciones han mostrado que las experiencias de discriminación y victimización a lo largo de la vida están vinculadas a la depresión en personas adultas LGTB (SAGE, 2017). Por ejemplo, Fredriksen-Goldsen et al. (2009) concluyeron que tanto la discriminación, como la calidad de las relaciones, estaban asociadas a la depresión entre personas adultas LGB. Jackson et al. (2019) también añadieron que la discriminación percibida en la vida cotidiana se asoció con mayores probabilidades de síntomas depresivos en personas LGB de 41 a 85 años, siendo los tamaños del efecto sistemáticamente mayores para quienes atribuyeron las experiencias de discriminación a su orientación sexual, en comparación a quienes las atribuyeron a otros motivos (por ejemplo, edad, sexo o raza). En el caso de los hombres adultos mayores gays o bisexuales, Surkan et al. (2020) destacaron que la victimización en la adolescencia temprana podía aumentar el riesgo de síntomas depresivos sostenidos a mediados y finales de la vida.

Además, otros autores refieren que ocultar la identidad LGB puede estar asociado con un mayor riesgo de depresión y un menor bienestar psicológico. Por el contrario, tener un sentido de autenticidad como persona LGB puede ayudar a disminuir los síntomas depresivos, reducir el estrés y mejorar el bienestar psicológico. No obstante, en determinados contextos, “salir del armario” puede suponer un riesgo de experimentar un mayor rechazo o discriminación, por lo que puede conllevar riesgos a nivel intrapersonal (por ejemplo, el estigma interiorizado) e interpersonal (por ejemplo, el rechazo), concluyendo en que revelar la identidad LGB también puede aumentar la exposición a experiencias de discriminación, creando un mayor riesgo de depresión (Riggle et al., 2017). Como otros predictores, Samrock et al. (2021) observaron que la falta de apoyo familiar puede favorecer la aparición de síntomas depresivos en personas trans. En el caso de personas adultas LGTB de 50 o más años, las condiciones crónicas de salud física también tienen una relación directa con la depresión (Hoy-Ellis y Fredriksen-Goldsen, 2016).

Por otra parte, algunos estudios también han profundizado en las consecuencias que los síntomas depresivos pueden generar en otras variables dentro del colectivo de personas adultas mayores LGTB. Por ejemplo, según Nuttbrock et al. (2013), los síntomas depresivos predicen conductas sexuales de alto riesgo e incidencia de VIH/ITS en mujeres trans. Emlet et al. (2017) concluyeron que el diagnóstico previo de depresión se asociaba negativamente con la resiliencia en hombres gais y bisexuales mayores con VIH. Hsieh et al. (2021) mostraron que los síntomas depresivos influían en una prevalencia significativamente mayor del deterioro cognitivo entre las personas adultas mayores LGB, que entre las heterosexuales. En el caso de personas trans, se han encontrado resultados similares, Van Heesewijk et al. (2021) encontraron que la enfermedad cardiovascular y los síntomas de depresión explicaron una parte de las diferencias en el funcionamiento cognitivo entre las mujeres trans de 55 a 69 años.

3.4.2. Ansiedad y estrés

La investigación sobre el estrés social ha demostrado que los estresores psicosociales crónicos "se meten bajo la piel" para convertirse en una forma de enfermedad crónica, en particular entre los grupos socialmente marginados (Hoy-Ellis y Fredriksen-Goldsen, 2016). La "Teoría del Estrés de las Minorías" (Mongelli et al., 2019; Battalen et al., 2020; Fulginiti et al., 2021) afirma que las minorías sexuales se enfrentan a lo largo de sus vidas a un gran número de eventos psicosociales estresantes y a unas condiciones de estigmatización a nivel estructural que intervienen en el desarrollo de diversos problemas de salud mental. El modelo de estrés minoritario, adaptado por Meyer (2003), propone que las minorías sexuales y de género experimentan estrés crónico por la experiencia continua del estigma. Esta acumulación de estrés puede afectar negativamente al bienestar físico y psicológico (de Vries, 2015). En otras palabras, la teoría del estrés de las minorías postula que los grupos minoritarios experimentan estrés derivado de experiencias de estigmatización y discriminación que, a su vez, les hace correr el riesgo de sufrir una serie de consecuencias negativas para su salud física y mental. Las personas LGTB experimentan formas de estrés de minorías compartidas con otros grupos, como son la discriminación, la expectativa de rechazo y acontecimientos vitales relacionados con los prejuicios (por ejemplo, delitos de odio), así como factores de estrés únicos, como la ocultación de la identidad y la homofobia interiorizada (Meyer, 2003; McConell et al., 2018).

Por ejemplo, Wight et al. (2012) contrastaron que el estrés de la minoría sexual y el duelo excesivo por el VIH, así como el estrés relacionado con el envejecimiento, han sido perjudiciales para la salud mental en hombres homosexuales de 44 a 75 años. En definitiva, es importante destacar que el estrés crónico de las minorías es perjudicial para la salud y el bienestar, y contribuye a las disparidades de salud de las personas LGTB, incluidas las enfermedades cardiovasculares y la depresión, condiciones que a su vez aumentan el riesgo

de deterioro cognitivo. Además, la exposición a largo plazo a las hormonas del estrés se asocia con el envejecimiento acelerado del cerebro (Correro y Nielson, 2020).

En relación a la ansiedad, investigaciones como la de Stinchcombe et al. (2018) han comprobado que las personas LGB de 45 o más años tenían mayores probabilidades de informar trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad en relación con sus pares heterosexuales del mismo sexo. En cuanto a los predictores de la ansiedad, Lytle et al. (2018) encontraron que la discriminación por edad y orientación sexual tuvo efectos multiplicativos sobre la ansiedad y la depresión en personas LGB de 45 a 80 años. Otro predictor de la ansiedad que se ha detectado es la presencia de traumas. Caceres et al. (2019) encontraron que el trauma en la edad adulta se asoció con la ansiedad, mientras que el trauma en la infancia y a lo largo de la vida se asoció con la depresión en mujeres lesbianas o bisexuales.

En cuanto a la influencia de la edad avanzada, tal y como ya se ha comentado con anterioridad, existen resultados dispares. Por ejemplo, Henry et al. (2020) en su estudio con personas de 18 a 66 años LGTB encontró que, a pesar de que la mayor edad se correlacionó positivamente con los comportamientos de bienestar y la satisfacción con la vida, se asoció negativamente con la ansiedad y la depresión. Sin embargo, Slimowicz et al. (2020), en su estudio con personas LGTB de 18 a 59 años, encontraron que las personas más jóvenes eran más propensas a declarar síntomas de ansiedad. Cabe señalar que ambos estudios se realizaron en el año 2020, en Estados Unidos y con personas LGTB de edades similares.

En otros países como Irlanda, de Vries et al. (2020) encontraron que las personas adolescentes LGTB tuvieron puntuaciones significativamente más bajas en medidas relacionadas con la felicidad que los grupos de edades más avanzadas. En hombres homosexuales y bisexuales de China, Hong et al. (2022) también encontraron que la angustia psicológica se asoció a una edad más temprana.

En cuanto a las personas trans, estudios como el de Puckett et al. (2022) mostraron que las cohortes generacionales de personas trans más jóvenes tenían niveles más altos de estigma interiorizado, ansiedad y depresión, en comparación con las cohortes de mayor edad.

Una vez expuestos los problemas relacionados con la depresión, la ansiedad y el estrés, para finalizar, se da paso a tratar la ideación suicida y autolisis en personas adultas mayores LGTB.

3.4.3. Ideación suicida y autolisis

El suicidio se considera un problema actual de salud pública global, ya que casi un millón de personas fallecen por este motivo cada año en todo el mundo. En España, el suicidio es la primera causa externa de defunción desde hace más de una década. Entre los grupos con mayor riesgo de experimentar conductas suicidas, las personas lesbianas, gays, bisexuales y trans han sido las que han mostrado una de las prevalencias más elevadas (Gil-Llario et al., 2020b).

Según Lynch et al. (2020), el suicidio fue la quinta causa principal de muerte en 2017 entre las personas mayores LGB (3,8% de las muertes) y la décima causa principal de muerte en la población general de los Estados Unidos (1,7% de las muertes). De manera que los resultados sugieren que las personas mayores LGB tienen un mayor riesgo de suicidio que la población general de Estados Unidos. Otros estudios realizados en Europa, como el de Erlangsen et al. (2020), también encontraron que, entre las personas que vivían en Dinamarca y Suecia durante los años 1989-2016, las que contraían matrimonio con personas del mismo sexo tenían tasas de suicidio más altas que las que contraían matrimonio con personas del sexo opuesto. En cuanto a las autolesiones, la revisión de Jackman et al. (2016) concluyó que las personas LGTB tienen un mayor riesgo de autolesiones no suicidas en comparación con la población general. McNair et al. (2005) también matizaron que las mujeres bisexuales tenían mayores probabilidades de autolesión que las mujeres heterosexuales.

Como predictores, Levi-Belz et al. (2022) encontraron que los eventos relacionados con el estigma social contribuyeron al malestar psicológico, la angustia y, en consecuencia, al comportamiento e ideación suicida. Destacando que, dado que el riesgo de suicidio entre las personas LGTB depende de factores psicológicos, sociales y culturales, se necesita una perspectiva integradora para comprender cómo interactúan y conducen al riesgo de suicidio. Por otra parte, Putney et al. (2018) mostraron que los temores a la dependencia de los servicios de atención médica, la demencia, el maltrato y el aislamiento, pueden conducir a la ocultación de la identidad y la angustia psicológica, incluida la ideación suicida. En los relatos de las personas participantes sobre el suicidio, se percibía una profunda preocupación por la soledad, el aislamiento, la pérdida, los prejuicios y la discriminación. Por ende, Fulginiti et al. (2021) encontraron que el estrés de las minorías se asoció con la ideación suicida y los intentos de suicidio, tanto directa como indirectamente, a través de síntomas depresivos, trastornos de estrés postraumático y desesperanza. También confirmaron que la aparición de crisis de salud mental puede aumentar el riesgo de problemas psiquiátricos y suicidio.

La victimización de las personas LGTB y la homofobia interiorizada también son otros de los factores que se asocian con índices de suicidio más elevados (Michaels et al., 2015). Levi-Belz et al. (2022) aseguran que las personas LGTB que internalizan el estigma LGTB-fóbico, y que mantienen pensamientos y sentimientos negativos hacia su propia identidad, corren un mayor riesgo de experimentar angustia e ideación suicida. Por el contrario, Michaels et al. (2015) indicaron que el hecho de que una persona haya manifestado su orientación sexual se relaciona con tasas más bajas de ideación suicida, por lo que concluyen que los enfoques terapéuticos dirigidos al proceso de “salida del armario” pueden ser más eficaces que los enfoques dirigidos a la homofobia interiorizada cuando se trata de prevenir la ideación suicida. En la misma línea, D'Augelli et al. (2001) encontraron que una menor ideación suicida a lo largo de la vida se asociaba con más personas que conocían la orientación sexual en personas LGB mayores de 60 años.

Como ya se ha comentado, en la mayoría de indicadores relacionados con la salud mental, tales como la sintomatología depresiva y la ansiedad, existen estudios que argumentan una mayor presencia de estos indicadores en las personas LGTB más jóvenes, y otros en personas LGTB de edad más avanzada. Sin embargo, para la ideación suicida parece haber un mayor consenso, encontrando una mayor prevalencia en las personas LGTB más jóvenes (Meyer et al., 2021; Wang et al., 2022; Erlangsen et al., 2020; Adzrago et al., 2021). Otros ejemplos, como el de Mak et al. (2020), mostraron que las tasas de intento de suicidio fueron más de 7 veces superiores entre las personas trans menores de 18 años, que entre las de más de 45 años. Por otra parte, Dirkes et al. (2016) encontraron que, en comparación con las mujeres que se preguntaron por primera vez acerca de su identidad sexual en la edad adulta, las que se preguntaron por primera vez en la adolescencia tenían mayores probabilidades de ideación suicida a lo largo de su vida, por lo que señalaban que el proceso de identificarse como minoría sexual puede ser más importante que la edad a la hora de evaluar el riesgo de ideación suicida. En relación a los hombres homosexuales, Salway y Gesink (2018) advierten del riesgo de suicidio entre las generaciones de hombres gais de más edad que se sienten borrados de los objetivos de los movimientos gais actuales.

Dentro del colectivo LGTB, las personas trans se han detectado especialmente vulnerables ante la ideación suicida. Por ejemplo, en un reciente estudio realizado en España, que incluía a 567 personas trans mayores de 45 años, atendidas en el Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia, se encontró que un 29,1% tenía antecedentes de ideación suicida, y el 25% había llevado a cabo intentos suicidas (Cuadrado-Clemente et al., 2023). En otros estudios como el de Klein y Washington (2023), cuya muestra comprendía a 3.724 personas trans estadounidenses de 50 años o más, se encontró que un 25,8% afirmaron haber considerado seriamente la posibilidad de acabar con su vida al menos una vez durante el año anterior. Este estudio también confirmó la hipótesis de que la ideación suicida era mayor entre las personas trans más jóvenes, que entre las más mayores. De manera que la cifra de ideación suicida disminuyó de forma constante a medida que avanzaba la edad, siendo el

31,7% de las personas trans de 50-54 años, el 29,2% de las de 55-59 años, el 24,2% de las de 60-64 años, el 17,2% de las de 65-69 años y el 12,0% de las de 70 años o más las que declararon haber tenido ideas suicidas en el último año.

Tras haber presentado los principales hallazgos que ofrece la literatura disponible sobre los problemas de salud mental en personas adultas LGTB, así como de los factores sociodemográficos, estresores sociales y recursos psicosociales que pueden influir en la misma, se procede a presentar una breve conclusión que sintetiza los contenidos expuestos.

Síntesis de la literatura consultada

Las personas adultas mayores LGTB se han visto sometidas a lo largo de sus vidas a una serie de estresores sociales que pueden afectar negativamente a su bienestar, como son: el estigma, el autoestigma, la discriminación, el sentimiento de soledad y el aislamiento social; ocasionando todo ello una mayor prevalencia de problemas de salud mental como la sintomatología depresiva, el estrés, la ansiedad y la ideación o comportamiento suicida. A pesar de ello, muchas personas mayores LGTB muestran resultados positivos de salud mental. Esto se debe a que, del mismo modo que existen estresores sociales asociados a la población LGTB y a las personas mayores, también existen recursos psicosociales que pueden potenciar su bienestar psicológico, como son: la resiliencia, la generatividad, el apoyo social, la participación social y el sentimiento de conexión con la comunidad LGTB.

A través de todo este marco teórico, se puede ver ejemplificado el modelo de Proactividad Preventiva y Correctiva (PCP) de Kahana y Kahana (1996), que afirma que el contexto espacio-temporal y la biografía personal influyen en la exposición a acontecimientos vitales estresantes; sin embargo, gracias a los recursos internos, externos y comportamientos de adaptación proactiva se pueden prevenir o minimizar los efectos de los problemas de salud mental y potenciar el bienestar psicológico.

4. Objetivos e hipótesis

El objetivo general de la investigación es estudiar el bienestar psicológico de personas adultas mayores LGTB, así como los factores sociodemográficos, estresores sociales y recursos psicosociales que pueden influir en el mismo. Como objetivos específicos (OE), se destacan:

- OE1. Conocer el perfil sociodemográfico de las personas LGTB de 45 años en adelante que han participado en la investigación.
- OE2. Conocer los estresores sociales a los que se ven sometidas las personas LGTB de 45 años en adelante, tales como las experiencias de discriminación, el sentimiento de soledad y el estado de salud percibido.
- OE3. Conocer los recursos psicosociales con los que cuentan las personas LGTB de 45 años en adelante, tales como la preocupación generativa, la satisfacción con la vida, la participación social, los recursos económicos y el apoyo social.
- OE4. Conocer el bienestar psicológico de las personas LGTB de 45 años en adelante.
- OE5. Analizar las relaciones entre las diferentes variables incluidas.

A continuación, se presentan las hipótesis (H) de la investigación, que se han planteado siguiendo el modelo de Proactividad Preventiva y Correctiva (PCP), pero también teniendo en cuenta las conclusiones que se han alcanzado en los estudios disponibles expuestos en el marco teórico. En primer lugar, se presentan las hipótesis referentes a los factores sociodemográficos como predictores de los estresores sociales, los recursos internos y las adaptaciones proactivas:

- H1. Los factores sociodemográficos influirán en la frecuencia de discriminación, en el sentimiento de soledad y en el estado de salud percibido.
- H2. Los factores sociodemográficos influirán en la preocupación generativa y en la satisfacción con la vida.

- H3. Los factores sociodemográficos influirán en la participación social.

En segundo lugar, se presentan las hipótesis referentes a los estresores sociales como predictores de los recursos externos, de las adaptaciones proactivas y del bienestar psicológico:

- H4. Una mayor frecuencia de discriminación, un mayor sentimiento de soledad y un bajo nivel de estado de salud percibido se relacionará con una mayor dificultad para llegar a fin de mes y con un menor nivel de apoyo social.
- H5. Una mayor frecuencia de discriminación, un mayor sentimiento de soledad y un bajo nivel de estado de salud percibido se relacionará con un menor nivel de participación social.
- H6. Una mayor frecuencia de discriminación, un mayor sentimiento de soledad y un bajo nivel de estado de salud percibido se relacionará con un peor nivel de bienestar psicológico.

En tercer lugar, se exponen las hipótesis relacionadas con los recursos internos como predictores de las adaptaciones proactivas y del bienestar psicológico:

- H7. A mayor preocupación generativa y mayor satisfacción con la vida, mayor será la participación social.
- H8. Un mayor nivel de preocupación generativa y de satisfacción con la vida se relacionará con un mejor bienestar psicológico.

En cuarto lugar, se presentan las hipótesis sobre la participación social como predictora de los estresores sociales, de los recursos externos y del bienestar psicológico:

- H9. Un mayor nivel de participación social influirá en un menor nivel de discriminación, un menor sentimiento de soledad y en un mejor estado de salud percibido.

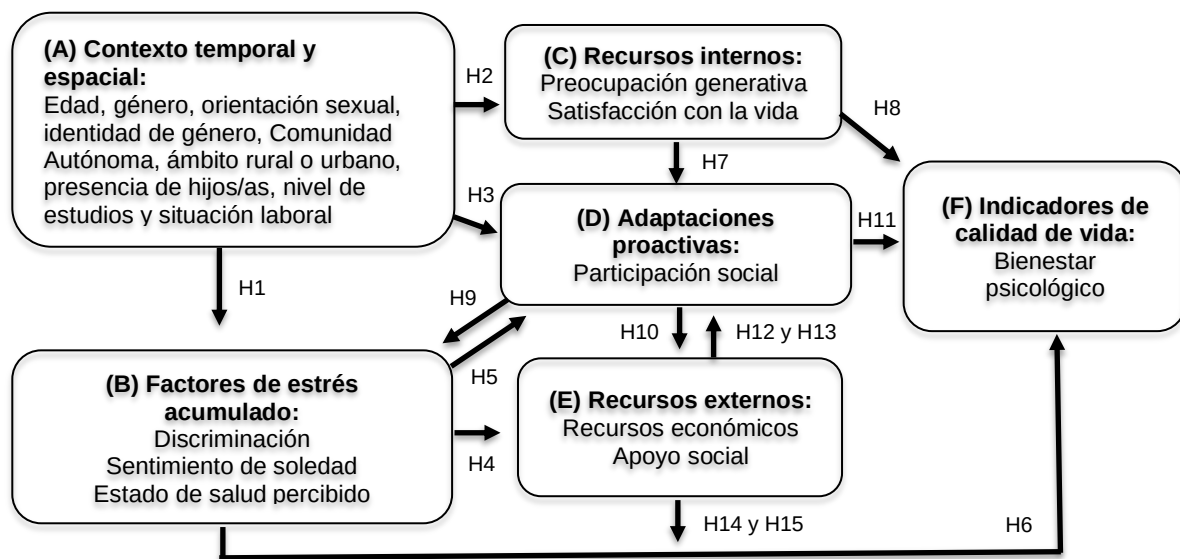
- H10. Un mayor nivel de participación social se relaciona con una menor dificultad para llegar a fin de mes y un mayor apoyo social.
- H11. Un mayor nivel de participación social se relacionará con un mejor bienestar psicológico.

Por último, se presentan las hipótesis referentes a los recursos externos como predictores de las adaptaciones proactivas y del bienestar psicológico:

- H12. Una menor dificultad para llegar a fin de mes se relacionará con un mayor nivel de participación social.
- H13. Un mayor nivel de apoyo social se relacionará con un mayor nivel de participación social.
- H14. Una menor dificultad para llegar a fin de mes se relacionará con un mejor bienestar psicológico.
- H15. Un mayor nivel de apoyo social se relacionará con un mejor bienestar psicológico.

Figura 4

Modelo de Proactividad Preventiva y Correctiva adaptado con hipótesis (H)



Una vez expuesto el marco teórico sobre el que se basa la investigación, así como los objetivos e hipótesis de la misma, se da paso a exponer el método de investigación utilizado.

5. Método

5.1. Método e instrumentos utilizados

La presente tesis se ha basado en un diseño transversal de metodología mixta, que combina el análisis cualitativo y cuantitativo a través de un cuestionario online que recoge tanto preguntas de respuesta cerrada, como preguntas de respuesta abierta. Este cuestionario se encuentra disponible en el Anexo 1. La metodología mixta permite lograr una perspectiva de conocimiento más amplia sobre un tema que ha sido poco estudiado, de manera que se pueden llevar a cabo análisis de causalidad o de relación entre variables, a la vez que se conocen de manera más profunda, detallada y personalizada las diferentes experiencias de cada participante.

Los análisis cualitativos se han realizado mediante el programa informático Atlas.ti 8. Los análisis cuantitativos se han realizado con el programa de análisis estadístico IBM SPSS Statistics v. 25 empleando diversos análisis de regresión lineal, análisis de varianza (ANOVA) y análisis de varianza multivariantes (MANOVA) para poner a prueba los efectos principales y de interacción entre variables.

El cuestionario incluye las siguientes dimensiones:

- *Aspectos sociodemográficos*: edad, género, orientación sexual, identidad de género, Comunidad Autónoma y municipio de residencia, situación de convivencia, presencia de hijos/as, nivel de estudios y situación laboral.
- *Estatus económico*: para evaluar la situación económica, se realizó la siguiente pregunta: “¿Con qué dificultad sus ingresos le permiten llegar a fin de mes?” Siendo las opciones de respuesta: mucha dificultad, bastante dificultad, poca dificultad o ninguna dificultad.
- *Discriminación*: se mide la frecuencia de discriminación a través de la siguiente pregunta: “¿Con qué frecuencia experimenta situaciones de discriminación por ser persona LGTB?”

Siendo las opciones de respuesta: muy frecuentemente, bastante frecuentemente, poco frecuentemente y nunca. Para profundizar en las diferentes experiencias de discriminación vividas, se plantea la siguiente pregunta de respuesta abierta: “¿Podría describir un tipo de situación de discriminación que haya experimentado?”

- *Salud percibida*: se valora en una escala del 1 al 10, siendo 10 el mejor estado de salud percibido, a través de la siguiente pregunta: “Indique del 1 al 10 su estado de salud, siendo 10 el mejor estado de salud”.

- *Soledad*: se mide a través de la Escala de Soledad de la Universidad de California en Los Ángeles (UCLA). La versión original, desarrollada por Russell et al. (1980), contaba con 75 ítems, pero ha sido transformada hasta alcanzar la versión actual, que cuenta con tres preguntas que miden tres dimensiones de la soledad: la conexión relacional, la conexión social y el aislamiento autopercebido. Las preguntas son las siguientes: (1) ¿Con qué frecuencia siente que le falta compañía? (2) ¿Con qué frecuencia se siente excluido? (3) ¿Con qué frecuencia se siente aislado de los demás? Las posibilidades de respuesta se refieren a la frecuencia con la que estas preguntas son ciertas: casi nunca / algunas veces / a menudo. La escala de UCLA ha demostrado ser un instrumento útil y sensible para medir el sentimiento de soledad en las personas de edad avanzada (Velarde-Mayol et al., 2016).

- *Generatividad*: se ha hecho uso de la Escala de Generatividad de Loyola (LGS), conocida como la escala de autoinforme de preocupación generativa más utilizada, mostrando fuertes asociaciones positivas con informes de actos generativos reales, como puede ser enseñar una habilidad concreta, y temas de generatividad en relatos narrativos de episodios autobiográficos importantes (McAdams y de St Aubin, 1992). La LGS desarrollada por McAdams y de St. Aubin (1992), y destinada a evaluar el interés generativo en población adulta, demuestra una alta consistencia interna (alfa de Cronbach de .83) y una fiabilidad test-retest adecuada (.73 en un intervalo de tres semanas), así como una validez de constructo

derivada de la correlación positiva con otras medidas de generatividad (Villar et al., 2013; McAdams et al., 1993).

Esta escala ha sido adaptada a una versión reducida de seis ítems que se administró por la encuesta *Midlife in the United States* (Brim et al., 2019) incluyendo los siguientes ítems: (1) Otros dirían que he hecho contribuciones únicas a la sociedad, (2) Tengo habilidades importantes que puedo transmitir a los demás, (3) Muchas personas acuden a mí en busca de consejo, (4) Siento que los demás me necesitan, (5) Me gusta enseñar cosas a la gente y (6) He tenido una buena influencia en la vida de muchas personas. El formato de respuesta es de tipo Likert desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 4 (totalmente de acuerdo), obteniendo una puntuación de 6 a 24, siendo 24 la máxima preocupación generativa. Se ha demostrado que esta versión evalúa con éxito la preocupación generativa y puede considerarse equivalente a la escala de longitud completa (Keyes y Ryff, 1998).

Por último, en el cuestionario se han incluido preguntas abiertas para analizar de manera cualitativa las experiencias específicas como persona LGTB en relación a la generatividad y, más concretamente, a la contribución social. Estas preguntas son: (1) Piense en las contribuciones que ha realizado a otras personas, ¿cuáles destacaría? (2) ¿Cree que ha hecho alguna aportación para mejorar la situación del colectivo LGTB? ¿Cuál? (3) ¿Qué podrían aprender las personas más jóvenes de su experiencia?

- *Satisfacción con la vida*: ha sido valorada en una escala del 1 al 10, siendo 10 el mayor nivel de satisfacción.

- *Apoyo social*: se ha evaluado mediante la *Lubben Social Network Scale* de 6 ítems (LSNS-6) para evaluar el apoyo social percibido y el riesgo de aislamiento. Esta escala examina el tamaño de la red social y la cercanía y frecuencia de los contactos que mantiene con diferentes miembros de su red social, tanto con miembros de la familia (tres ítems) como con no familiares (tres ítems) (Lubben et al., 2006). La LSNS-6 permite obtener dos resultados:

(1) Apoyo social percibido: una única puntuación (rango 0-30) que indica una red social de apoyo más amplia, cercana, y con un contacto más estrecho e intenso mientras más elevado sea el valor obtenido. (2) Riesgo de aislamiento: la puntuación de la LSNS-6 indica riesgo de aislamiento social a partir de un valor igual o inferior a 12.

- *Participación social*: se ha diseñado un cuestionario *ad hoc* para evaluar la participación en organizaciones no gubernamentales, así como la frecuencia y el rol de este tipo de participación. Para ello, se han incluido las siguientes preguntas: (1) ¿Participa en alguna asociación?, (2) ¿En qué asociación o asociaciones?, (3) ¿Con qué frecuencia participa? y (4) ¿Qué rol ocupa en la asociación? (Cite para cada una de ellas).

- *Bienestar psicológico*: se ha incluido la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1989), que está compuesta por seis dimensiones relevantes para el estudio de la edad adulta y el envejecimiento: autoaceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal.

Además de la versión original con 20 ítems por escala (120 ítems en total), Ryff diseñó tres versiones adicionales de distinta longitud (14, 9 y 3 ítems por dimensión). En este estudio se utilizó la última de ellas, 3 ítems por dimensión. Esta escala ha sido adaptada por Van Dierendonck (2004) y Van Dierendonck et al. (2008), y traducida al español por Díaz et al. (2006). La escala de Ryff está compuesta por ítems redactados tanto en positivo como en negativo. El formato de respuesta tiene puntuaciones comprendidas entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 5 (totalmente de acuerdo). Los ítems se agrupan teóricamente en seis factores (Zacarés y Serra, 1996):

- Autonomía (ítems 1-3). Evalúa si la persona es independiente, resiste presiones sociales, y si es capaz de autorregular su comportamiento y de realizar autoevaluaciones desde sus propios estándares personales. Una baja puntuación indica preocupación por las

expectativas de los demás, confiando en mayor medida en juicios externos a la hora de tomar decisiones.

- Dominio del ambiente o control del entorno (ítems 4-6). Evalúa la competencia de manejo del ambiente, control de las actividades diarias y el uso efectivo de las oportunidades del contexto. Una baja puntuación implica incapacidad para controlar el contexto cercano.
- Crecimiento personal (ítems 7-9). Comprende el desarrollo y sentimiento de mejora a través del tiempo y la apertura a nuevas experiencias para alcanzar un mayor autoconocimiento personal. Una puntuación baja describe un sentido de estancamiento personal, con falta de sentido de mejora o de motivación.
- Relaciones positivas con los demás (ítems 10-12). Indica la existencia de relaciones personales cercanas, satisfactorias y de mutua confianza, así como preocupación por el bienestar de los demás. Una puntuación baja indica carencia de relaciones de calidad, además de dificultades para ser una persona abierta y empática.
- Auto-aceptación (ítems 13-15). Evalúa si se posee una actitud positiva hacia sí mismo/a, se reconocen y aceptan múltiples aspectos del yo, y se mantienen sentimientos positivos hacia lo vivido. Una puntuación baja muestra insatisfacción con uno/a mismo/a.
- Propósito en la vida (ítems 16-18). Muestra la presencia de metas en la vida y el mantenimiento de creencias que proporcionan significado a la vida. Una puntuación baja mostraría falta de sentido vital y carencia de objetivos y de una filosofía unificadora de la vida.

5.2. Procedimiento

Las respuestas al cuestionario se recopilaron entre el 1 de junio y el 16 de octubre de 2023 y el estudio se difundió a través del contacto con diferentes organizaciones no gubernamentales (ONG) con sede en España, especialmente aquellas dedicadas a asuntos

LGTB, a través de redes sociales, carteles publicitarios y contactos personales. También se firmó un convenio de colaboración con FELGTBI+: Federación Estatal LGTBI+, una ONG que agrupa más de 57 entidades LGTBI+ de todo el territorio español y que se ha convertido en el referente más importante del movimiento asociativo por la diversidad afectivo-sexual, familiar y de género del país, así como por la lucha contra el VIH y SIDA. A través de este convenio, se solicitó apoyo en la difusión del cuestionario.

Con el fin de garantizar el carácter voluntario y anónimo de las personas participantes, al inicio del cuestionario se incluyó un consentimiento informado que garantiza su carácter voluntario y anónimo. Todos los procedimientos se ajustaron a las normas éticas de la Declaración de Helsinki de 1964 para la investigación con seres humanos y sus modificaciones posteriores.

5.3. Participantes

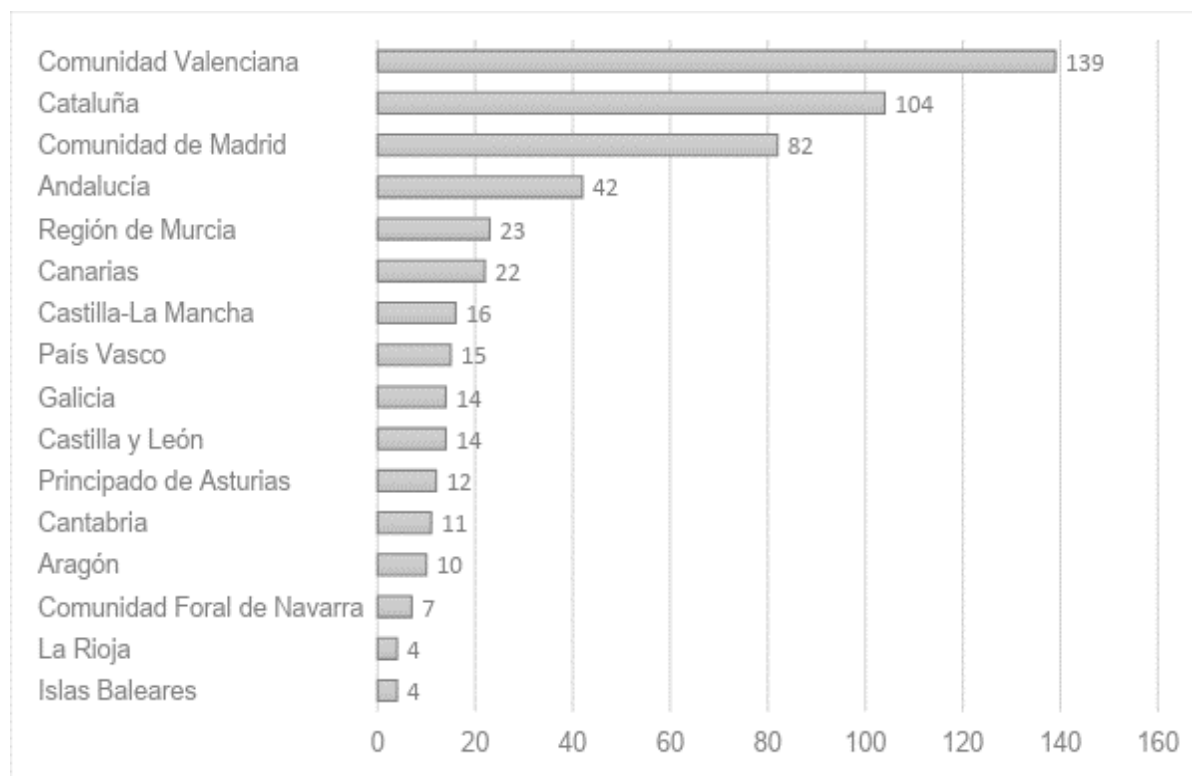
Los criterios de inclusión que se han establecido para la selección de las personas participantes en el estudio son los siguientes:

- (1) Tener una edad de 45 años en adelante.
- (2) Pertenecer al colectivo LGTB.
- (3) Residir en España.

La muestra la componen un total de 519 personas lesbianas, gais, bisexuales o trans (LGTB), residentes en España, cuyas edades están comprendidas entre los 45 y los 77 años ($M= 53,82$, $DT= 7,42$). En la figura 5 se muestran las Comunidades Autónomas a las que pertenecen las personas participantes.

Figura 5

Comunidades Autónomas a las que pertenece la muestra



A continuación, la tabla 1 ofrece una descripción de las variables sociodemográficas que caracterizan a las personas participantes.

Tabla 1*Variables sociodemográficas de la muestra*

Variable	Número (N) y porcentaje (%)				
Edad	45-54 años	55-65 años	65 o más		
	N=306	N=162	N=51		
	58,3%	30,9%	9,7%		
Género	Femenino	Masculino	No binario/fluido		
	N=148	N=359	N=12		
	28,51%	69,17%	2,31%		
Orientación sexual	Gay	Lesbiana	Bisexual	Heterosexual	Otros
	N=340	N=107	N=56	N=5	N=11
	65,51%	20,61%	10,78%	0,96%	2,11%
Identidad de género	Cisgénero	Trans			
	N=498	N=21			
	95,95%	4,04%			
Residencia en ámbito rural/urbano	Rural	Urbano			
	N=41	N=478			
	7,89%	92,10%			
Vive solo/a	Sí	No			
	N=194	N=325			
	37,37%	62,62%			
Tiene hijos/as	Sí	No			
	N=117	N=402			
	22,54%	77,46%			
Educación	Sin estudios	Primaria	Secundaria	Universidad	
	N=4	N=35	N=121	N=359	
	0,77%	6,74%	23,31%	69,17%	
Empleo	Empleo tiempo completo	Empleo tiempo parcial	Jubilación	Desempleo	
	N=332	N=43	N=88	N=56	
	63,97%	8,29%	16,95%	10,79%	

6. Resultados

Una vez clarificado el método utilizado, el procedimiento a seguir y el perfil de muestra, se da paso a presentar los resultados obtenidos en cada una de las variables incluidas en el cuestionario. En primer lugar, se presentarán los resultados de los estresores sociales (discriminación, soledad y estado de salud percibido). En segundo lugar, de los recursos psicosociales (generatividad, satisfacción con la vida, participación social, recursos económicos y apoyo social). Por último, se expondrán los resultados relacionados con el bienestar psicológico. Estos análisis incluirán datos descriptivos y de relación entre las diferentes variables.

6.1. Estresores sociales

6.1.1. *Experiencias de discriminación*

Las experiencias de discriminación han sido estudiadas a través de dos preguntas:

- (1) “¿Con qué frecuencia experimenta situaciones de discriminación por ser persona LGTB?”
- (2) “¿Podría describir un tipo de situación de discriminación que haya experimentado?”

La primera pregunta se ha analizado desde un enfoque cuantitativo con la intención de poder medir la frecuencia percibida de discriminación de las personas participantes, así como estudiar su relación con otras variables incluidas en el estudio. La segunda pregunta se ha analizado desde un enfoque cualitativo, con el objetivo de conocer de manera más concreta, profunda, subjetiva y personalizada las diferentes experiencias de discriminación que han podido vivir las personas participantes a lo largo de toda su trayectoria vital.

A continuación, se da paso al análisis de resultados de la primera pregunta.

Análisis cuantitativo de la frecuencia de discriminación percibida

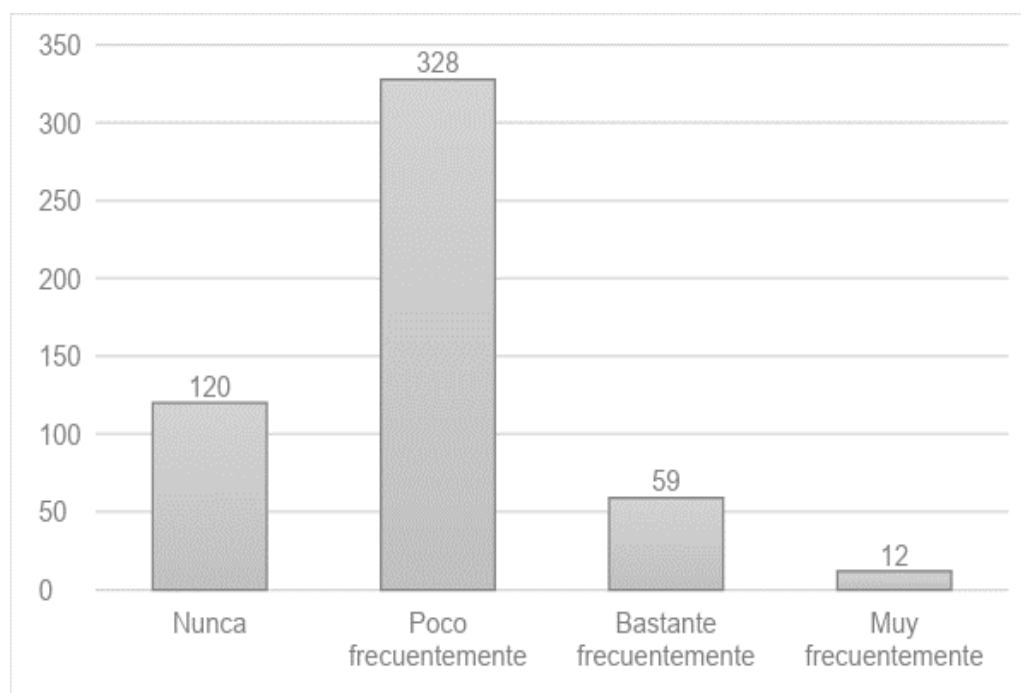
Para medir la frecuencia de discriminación percibida de las personas participantes por motivos de orientación sexual o identidad de género, se planteó la siguiente pregunta: “¿Con qué frecuencia experimenta situaciones de discriminación por ser persona LGTB?” Siendo las opciones de respuesta:

- (1) Nunca.
- (2) Poco frecuentemente.
- (3) Bastante frecuentemente.
- (4) Muy frecuentemente.

Las respuestas obtenidas se pueden observar en la figura 6.

Figura 6

Frecuencia de discriminación percibida por motivos LGTB



La mayor parte de las personas participantes indicaron que experimentaban poco frecuentemente (63,19%) o nunca (23,12%) discriminación por ser personas LGTB. El porcentaje que indicaron bastante (11,37%) o muy frecuentemente (2,31%) fue más reducido.

Esto puede significar que las experiencias de discriminación no son muy frecuentes entre las personas participantes en el momento en que han contestado al cuestionario, o bien que no son percibidas o detectadas como tal. Sin embargo, la suma de las personas que contestaron que experimentaban discriminación por ser personas LGTB, ya sea poco, bastante o muy frecuentemente fue de 76,87%, lo cual representa un porcentaje muy superior al de personas que contestaron no experimentarla nunca (23,12%).

Frecuencia de discriminación como variable dependiente

Para estudiar la relación entre la frecuencia de discriminación y las demás variables incluidas en el estudio, se realizó una regresión lineal múltiple (tabla 2) donde la variable dependiente era la frecuencia de discriminación y las variables predictoras o independientes eran los factores sociodemográficos (edad, género, orientación sexual, identidad de género, Comunidad Autónoma, ámbito rural o urbano, presencia de hijos/as, nivel de estudios y situación laboral), los estresores sociales (sentimiento de soledad y estado de salud percibido), los recursos psicosociales (preocupación generativa, satisfacción con la vida, participación social, recursos económicos y apoyo social) y el bienestar psicológico.

Como resultado, se obtiene que la soledad predice significativamente la frecuencia de discriminación ($F(18,500)=4.17$; $p<.001$). El valor de la R^2 fue de .13, indicando que un 13% de la variabilidad de la discriminación puede ser explicada por las variables incluidas.

Tabla 2*Regresión lineal de la frecuencia de discriminación como variable dependiente*

Variable predictora	B	β	t	P
Edad	.001	.009	.193	.847
Género	.050	.037	.739	.461
Orientación sexual	-.024	-.032	-.557	.578
Identidad de género	-.009	-.003	-.058	.954
Comunidad Autónoma	-.008	-.045	-1.06	.287
Ámbito rural o urbano	.018	.007	.176	.860
Hijos/as	.011	.007	.143	.886
Nivel de estudios	-.017	-.016	-.358	.721
Situación laboral	-.009	-.015	-.302	.763
Sentimiento de soledad	-.238	-.221	-3.99	<.001
Estado de salud percibido	.019	.046	.966	.335
Preocupación generativa	-.111	-.112	-2.36	.019
Satisfacción con la vida	.036	.088	1.63	.103
Participación social	.183	.139	3.18	.002
Recursos económicos	.053	.077	1.49	.135
Apoyo social	.001	.002	.032	.975
Bienestar psicológico	.062	.046	1.03	.302

Variable dependiente: frecuencia de discriminación

A continuación, se realizaron pruebas de análisis de varianza (ANOVA) para establecer cuáles eran las diferencias entre grupos, conociendo así de qué manera influye el sentimiento de soledad en la frecuencia de discriminación. En la prueba de igualdad de Levene de varianzas de error, se obtuvo que las varianzas no son homogéneas entre los grupos ($p=0.05$). Por este motivo, se realizó una Prueba de Welch, cuyas pruebas robustas de igualdad de medias mostraron que $p<.001$, es decir, que existen diferencias entre las medias de los grupos.

Para este análisis, las medias obtenidas en la Escala de Soledad de la UCLA se agruparon en tres grupos:

1. Soledad baja (1-1,66 de media en la Escala de Soledad de la UCLA).
2. Soledad media (1,67-2,33 de media en la Escala de Soledad de la UCLA).
3. Soledad alta (2,34-3 de media en la Escala de Soledad de la UCLA).

A través de los estadísticos descriptivos (tabla 3), se puede detectar cuáles son las diferencias de medias entre grupos, observando que, a medida que aumenta el sentimiento de soledad, aumenta progresivamente la frecuencia de discriminación (siendo 1 la menor frecuencia de discriminación y 4 la mayor frecuencia de discriminación).

Tabla 3

Medias de frecuencia de discriminación en función del sentimiento de soledad

	Soledad	Media	Desv. estándar	N
Frecuencia de discriminación	Soledad baja	1,80	,592	267
	Soledad media	1,97	,660	196
	Soledad alta	2,39	,731	56
	Total	1,93	,658	519

Una vez expuestos los resultados cuantitativos sobre la frecuencia de discriminación, se da paso a presentar los resultados cualitativos sobre las experiencias de discriminación que han vivido las personas participantes.

Análisis cualitativo de las experiencias de discriminación

Para conocer qué tipo de situaciones de discriminación han experimentado las personas participantes, se planteó la siguiente pregunta: “¿Podría describir un tipo de situación de discriminación que haya experimentado?”

Las respuestas que se obtuvieron, es decir, las principales experiencias de discriminación vividas por las personas participantes, se han clasificado de dos maneras diferentes. En primer lugar, dependiendo del tipo de experiencia vivida, cuyas categorías son:

- (1) Agresiones físicas.
- (2) Agresiones verbales.
- (3) Acoso, *bullying* o *mobbing*.
- (4) Discriminación de género.
- (5) Exclusión social.
- (6) Internalización del prejuicio.
- (7) Invisibilidad y presunción de heterosexualidad.
- (8) Maltrato institucional.
- (9) Miradas despectivas.

Algunas categorías se han dividido también en subcategorías, este es el caso de agresiones verbales, que comprende tres subcategorías: (1) insultos o comentarios ofensivos, (2) descalificación, invalidación o desprecio y (3) asociación a estereotipos negativos. En el caso de la categoría de exclusión social, esta se divide en las dos siguientes subcategorías: (1) aislamiento, rechazo, *ghosting* y (2) expulsión de un lugar. Algunas personas también indicaron no haber sentido nunca ningún tipo de discriminación, no ser conscientes de ello o no recordarlo, por lo que se ha creado una categoría para englobar este tipo de respuestas con la siguiente denominación: “nunca, no lo sé, no lo recuerdo”.

En segundo lugar, se ha realizado una clasificación dependiendo del ámbito o espacio en el que se han experimentado estas vivencias, donde se destacan las siguientes categorías:

- (1) Ámbito educativo.
- (2) Ámbito familiar.
- (3) Ámbito judicial.
- (4) Ámbito laboral.

- (5) Ámbito religioso.
- (6) Ámbito sanitario.
- (7) Amistades.
- (8) Locales privados o espacios de ocio.
- (9) Vía pública o transporte público.

A través del análisis en Atlas.ti 8, se obtuvieron las frecuencias de cada categoría, es decir, el número de veces que las personas participantes hicieron mención a cada una de ellas, con el objetivo de detectar los tipos de experiencias de discriminación más frecuentes (tabla 4), así como los ámbitos o espacios en los que generalmente se producen (tabla 5).

Tabla 4

Tipologías de experiencias de discriminación

Experiencias de discriminación	Número de citas
Agresiones verbales	205 (41,16%)
Exclusión social	42 (8,43%)
Miradas despectivas	31 (6,22%)
Invisibilidad y presunción de heterosexualidad	24 (4,82%)
Acoso, <i>bullying</i> o <i>mobbing</i>	23 (4,62%)
Agresiones físicas	20 (4,02%)
Maltrato institucional	14 (2,81%)
Discriminación de género	6 (1,20%)
Internalización del prejuicio	5 (1%)
Nunca, no lo sé, no lo recuerdo	128 (25,70%)
Total	498 (100%)

Los datos revelan que las experiencias de discriminación más frecuentes son las agresiones verbales con un total de 205 citas o *verbatim* (41,16%).

El resto de experiencias muestran un reparto más reducido y equitativo de citas, pudiendo destacar un total de 42 *verbatim* (8,43%) en las situaciones de exclusión social y 31 *verbatim* (6,22%) en miradas despectivas. Un total de 128 *verbatim* (25,70%) indicaron que nunca habían experimentado ningún tipo de discriminación, o bien no eran conscientes de ello o no lo recordaban.

A continuación, se procede a analizar de manera más detallada cada una de las categorías, siguiendo un orden de mayor a menor frecuencia de citación. Para ello, se definirá brevemente el contenido que se incluye en cada categoría y se destacará algún *verbatim* representativo a modo de ejemplo.

1. Agresiones verbales

Las agresiones verbales son una forma de violencia ejercida a través del lenguaje, generando daño emocional mediante palabras, mensajes o discursos ofensivos. Las frecuencias obtenidas para las subcategorías que comprenden las agresiones verbales son: 161 *verbatim* para insultos o comentarios ofensivos (78,54% de la categoría de agresiones verbales), 34 *verbatim* (16,59%) para descalificación, invalidación o desprecio y 10 *verbatim* (4,88%) para asociación a estereotipos negativos. Por lo que las agresiones verbales más frecuentes, con un porcentaje muy superior al resto (78,54%), son los insultos o comentarios despectivos por motivos relacionados con la identidad LGTB. Algunos ejemplos son:

“‘Maricón de mierda ojalá te mueras’. Son frases que sigo escuchando aún” (hombre gay, 53 años).

“Insultos y abusos verbales procedentes de hombres” (mujer lesbiana, 45 años).

“Un grupo de gente increpándome ‘bollera de mierda’” (mujer lesbiana, 49 años).

La segunda subcategoría de agresiones verbales – descalificación, invalidación o desprecio – (16,59%) comprende mensajes que invalidan o menosprecian las capacidades o aptitudes personales por el mero hecho de ser una persona LGTB. Por ejemplo, poner en duda su valor profesional o su capacidad de ejercer funciones de educación y crianza.

“Gente que pone en duda mi capacidad de ser madre por ser lesbiana” (mujer bisexual, 47 años).

“Hay familias que al saber que soy lesbiana desconfían de mi capacidad profesional o intentan descalificarme” (mujer lesbiana, 48 años).

“Tengo a mi cargo a 130 personas y alguna vez he oído: ‘A mí un maricón no me va a mandar’” (hombre gay, 54 años).

La tercera subcategoría de agresiones verbales – asociación a estereotipos negativos – (4,88%) hace referencia a la realización de generalizaciones a la hora de asociar cualidades negativas a una persona únicamente por su pertenencia a un grupo concreto, generalmente estigmatizado. En este caso, a las personas LGTB. Algunas citas que representan estas situaciones, y que muestran algunos de los estereotipos que se asocian más frecuentemente a las personas LGTB, son las siguientes:

“Se me tacha de libertina o viciosa porque me gusten hombres y mujeres” (mujer bisexual, 50 años).

“Estereotipos de todo tipo, creer que somos débiles, promiscuos etc.” (hombre gay, 47 años).

2. Exclusión social

La exclusión social es el proceso por el que las personas son excluidas para participar o integrarse en la sociedad a la que pertenecen en el ámbito social, económico y político. Para esta categoría, se detectaron un total de 42 *verbatim* (8,43%). Tal y como se comentaba previamente, esta categoría se ha dividido en 2 subcategorías: (1) aislamiento, rechazo, *ghosting* y (2) expulsión de un lugar. A continuación, se detalla cada una de ellas.

- Aislamiento, rechazo, *ghosting*: consiste en ignorar, no relacionarse, excluir o cortar la relación de manera repentina e injustificada con una persona, en este caso, por ser una persona LGTB. La frecuencia obtenida para esta subcategoría ha sido de 33 *verbatim* (78,57% de la categoría de exclusión social). Algunos ejemplos de estas situaciones son los siguientes:

“Dejar de hablarme” (hombre gay, 74 años).

“Exclusión por parte de amigos o familiares de alguna pareja” (mujer lesbiana, 46 años).

“Ghosting durante décadas por parte de mi familia” (mujer bisexual, 47 años).

- Expulsión de un lugar: se refiere a la obligación forzosa de abandonar un lugar o espacio por el hecho de mostrarse abiertamente como una persona LGTB. La frecuencia obtenida para esta subcategoría ha sido de 9 *verbatim* (21,43% de la categoría de exclusión social). Algunas de las situaciones mencionadas hicieron referencia a la expulsión de bares o puestos laborales:

“Hace años, no teníamos leyes LGTBI, me echaron de un trabajo por ser bisexual” (mujer bisexual, 49 años).

“Me echaron de un bar por besarme con otra mujer” (mujer lesbiana, 51 años).

3. Miradas despectivas

Las miradas despectivas o de desaprobación fueron otra de las formas de discriminación mencionadas por las personas participantes con 31 *verbatim* (6,22%). Muchas veces, estas situaciones se encontraron relacionadas con caminar por la vía pública mostrando señales de afecto hacia la pareja, por ejemplo, por pasear de la mano.

“Notar el desprecio con la mirada y gestos” (hombre gay, 60 años).

“Alguna mirada de desaprobación” (mujer lesbiana, 63 años).

“Cuando camino de manos dadas con mi marido y veo muchas personas mirándonos con reprobación” (hombre gay, 47 años).

4. Invisibilidad y presunción de heterosexualidad

La invisibilidad y la presunción de heterosexualidad fue otra de las formas de experimentar discriminación mencionadas por las personas participantes con 24 *verbatim* (4,82%).

En cuanto a la invisibilidad de las personas LGTB, se han mencionado situaciones en las que solo se contempla la posibilidad de ser una pareja heterosexual, o bien de invisibilidad a través del uso del lenguaje, por ejemplo, situaciones en las que se referencia como amistad a una relación de pareja. Algunas citas destacables son:

“En los formularios en general no contemplan la situación de 2 madres” (mujer lesbiana, 55 años).

“En mi casa, una pareja homosexual siempre la llaman ‘amigo’ o ‘amiga’ y una heterosexual siempre es ‘novio’ o ‘novia’” (hombre gay, 48 años).

“Que se refieran a mis parejas como la compañera o amiga. Que prioricen a las parejas heterosexuales del entorno” (mujer lesbiana, 46 años).

Otra manera frecuente de invisibilizar a las personas LGTB es la presunción social inmediata de que todas las personas son heterosexuales. Algunas citas pueden ser:

“Presunción de heterosexualidad cuando se conoce mi estado civil de casada” (mujer lesbiana, 48 años).

“Presuponer que tienes marido” (mujer lesbiana, 50 años).

“La sociedad da por hecho que soy hetero” (mujer lesbiana, 45 años).

5. Acoso, *bullying* o *mobbing*

El acoso consiste en un trato vejatorio y descalificador de manera reiterada a una persona con el fin de desestabilizarla psíquicamente. Si se produce durante la etapa escolar, se conoce como *bullying*; si se produce en el ámbito laboral, hablaremos de *mobbing*. Este tipo de discriminación posee grandes efectos perjudiciales sobre la salud mental, el desarrollo personal y la autoestima de las personas sobre las que se ejerce, además, sus consecuencias pueden persistir a largo plazo. El total de *verbatim* de esta categoría es 23 (4,62%). Algunos ejemplos son:

“*Bullying* en mi infancia y adolescencia” (hombre gay, 59 años).

“Soy una persona intersexual, aunque me operaron y posteriormente me hormonaron sin conocimiento, siempre he tenido una cierta ambigüedad corporal que naturalmente tendió a lo femenino. Las violencias que he sufrido han sido desde un *bullying* muy violento en mi instituto, hasta encontrarme trabajando en un centro educativo, – soy profesora –, y que pidieran a mis compañeras seguirme a los baños para informar a dirección de lo que hacía. También, comentarios en un centro de trabajo, expresando que ‘esperaban otra cosa de un hombre’, palabras textuales” (persona trans de género no binario/fluido, 46 años).

6. Agresiones físicas

Las agresiones físicas son todas las agresiones que atentan contra el cuerpo de una persona mediante el uso intencional de la fuerza o la violencia, como puede ser golpearla con los puños o con un objeto, ocasionando daños o lesiones físicas en la persona agredida. Dentro de esta categoría, se detectaron un total de 20 *verbatim* (4,02%). Cabe destacar que los hombres gais fueron los que más indicaron haber sufrido agresiones físicas, especialmente cuando eran más jóvenes, así como también alguna mujer trans.

“Agresión física y verbal” (mujer lesbiana trans, 51 años).

“Una paliza. Comentarios transfobos y homofobia” (hombre gay, 48 años).

“Palizas desde los 5 a los 18 años” (hombre gay, 55 años).

7. Maltrato institucional

Se entiende por maltrato institucional cualquier legislación, procedimiento, actuación u omisión procedente de los servicios de la administración, o bien derivada de la actuación individual del/la profesional de las instituciones, que comporte abuso, negligencia, detrimento de la salud o del bienestar o que viole los derechos de las personas ciudadanas. Para esta categoría se detectaron 14 *verbatim* (2,81%), que hicieron referencia a instituciones relacionadas con el ámbito sanitario, tales como hospitales, o con el ámbito legal y judicial, relacionados con la adopción y filiación de los hijos o hijas en el caso de parejas de mujeres lesbianas.

“Tener que ocultar, e incluso negar, mi orientación sexual para poder acceder a la adopción de mis hijas en la RPC, país que exige (o al menos antes exigía) una ‘declaración de no homosexualidad’ ante notario como uno de los requisitos burocráticos del proceso de adopción” (mujer lesbiana, 65 años).

“No reconocernos como matrimonio en un hospital de Portugal” (mujer lesbiana, 63 años).

“No concederme la filiación directa de mi hijo por ser mi mujer la madre biológica” (mujer lesbiana, 46 años).

8. Discriminación de género

La discriminación de género se basa en la creencia de que un sexo es superior al otro y que el sexo superior tiene dotes, derechos, prerrogativas y estatus superiores a los del sexo inferior. En el caso del machismo, se entiende como una forma de discriminación sexista caracterizada por la prevalencia del varón sobre la mujer. Algunas mujeres, e incluso algún hombre gay, mencionaron haber sufrido las consecuencias de este tipo de discriminación (6 *verbatim*, 1,20%). A modo de ejemplo, se pueden destacar citas como:

“Hombres que se prestan para salvarte cuando lo que quieren es aprovecharse” (mujer lesbiana, 46 años).

“Supremacismos, clasismo mezclado con machismo” (hombre gay, 48 años).

“El no responder sexualmente a los hombres como ellos esperan les genera desconcierto y rechazo. Luego te intentan menospreciar” (persona trans de género no binario/fluido, bisexual, 54 años).

Alguna mujer incluso destacó que la discriminación que sufría por ser mujer dentro del ámbito laboral era mayor que la que sufría por su orientación sexual:

“También he sufrido discriminación en el trabajo, pero creo que más por ser mujer que por ser queer” (mujer lesbiana, 57 años).

9. Internalización del prejuicio

En último lugar, como otras formas de haber experimentado discriminación por ser persona LGTB, también se mencionaron situaciones de internalización del prejuicio, que consiste en ejercer discriminación hacia uno/a mismo/a, ya sea por haber interiorizado las conductas o ideas discriminatorias que socialmente prevalecen, en este caso, hacia las personas LGTB; o bien como mecanismo protector para evitar sufrir discriminación por terceras personas o para evitar incomodarlas. Para esta categoría se obtuvo un total de 5 *verbatim* (1%). Algunos ejemplos destacables son:

“Parte de ellas me las impongo yo, que por no molestar soy cauta en mis expresiones de cariño, temas familiares de igualdad han costado mucho” (mujer lesbiana, 55 años).

“*Més que situacions de discriminació, he experimentat homofòbia internalitzada*” (hombre gay, 69 años).

“La discriminación me la he impuesto yo mismo como medida de protección” (hombre gay, 69 años).

10. Nunca, no lo sé, no lo recuerdo

Para finalizar, muchas personas también indicaron no haber experimentado nunca ninguna situación de discriminación, o bien no saberlo o no recordarlo (128 *verbatim*, 25,70%). En estos casos, pocas personas justificaron su respuesta, pero las que lo hicieron mencionaron que podía deberse a rasgos de su personalidad, como puede ser la seguridad en sí mismas, la naturalidad o la capacidad de diálogo:

“Realmente nadie me ha dicho nada nunca, o porque soy una persona segura de mí misma o porque han tenido miedo a decirme algo. alguna vez sí que he notado miradas y alguna risa, pero me la ha pelado literalmente” (mujer bisexual, 48 años).

“Vivir abiertamente con naturalidad mi elección de pareja y de familia no ha dado demasiadas opciones a que el resto de la sociedad pueda discriminarme, ni yo me he sentido vulnerable. Tampoco he impuesto a los demás un entendimiento exprés, sino que lo he trabajado con la acción y el diálogo” (hombre gay, 47 años).

También se mencionó que podía deberse a que vivían en contextos privilegiados libres de discriminación:

“En mi ámbito no se producen nunca este tipo de situaciones, afortunadamente” (hombre gay, 55 años).

“Nunca me han hecho sentir ser menos persona por ser gay, siempre he tenido suerte con las personas que he tenido a mi alrededor” (hombre gay, 46 años).

Algunas personas también han podido dar este tipo de respuestas porque las situaciones que han vivido de discriminación no las han considerado de gravedad y, por lo tanto, no han querido darles importancia o catalogarlas como tal. Por lo que es bastante probable que muchas personas hayan considerado como situaciones de discriminación únicamente experiencias de discriminación directa como son las agresiones verbales o físicas, sin haber contemplado, o habiendo normalizado, la discriminación estructural e indirecta que, en muchas ocasiones, se ejerce a nivel social sobre las personas LGTB por el mero hecho de seguir unos estándares cisheteronormativos. Algunos ejemplos podrían ser:

“Nunca he experimentado una clara discriminación directa más allá de algún mal gesto” (hombre gay, 52 años).

“Por suerte para mí si las he tenido no las he percibido” (mujer bisexual, 48 años).

“Supongo que los años han hecho que me resbale todo con respecto a mi persona” (mujer lesbiana, 47 años).

Otro ejemplo de esto puede verse reflejado en que, un total de 26 personas, en la pregunta sobre la frecuencia de discriminación – ¿Con qué frecuencia experimenta situaciones de discriminación por ser persona LGTB? – han respondido “nunca”, y en la segunda pregunta – ¿Podría describir un tipo de situación de discriminación que haya experimentado? – sí que han descrito alguna experiencia de discriminación. Otras personas que contestaron “nunca” a la primera pregunta, en la segunda indicaron no haber experimentado ninguna en la actualidad, pero sí en el pasado, por lo que su respuesta no se justificó por no haberlas vivido, sino por tratarse de experiencias pasadas. Por ejemplo:

“He tenido suerte y no lo he experimentado desde hace muchos años” (hombre gay, 55 años).

“Actualmente ninguna” (hombre gay, 52 años).

También puede deberse a que su condición de persona LGTB no era tan visible como puede serlo en otras personas como, por ejemplo, puede ser el caso de las personas trans, pues solo una persona trans indicó que nunca había sentido discriminación.

Una vez presentadas todas las tipologías de experiencias de discriminación, se da paso a exponer los ámbitos o espacios en los que se producen. Así pues, dependiendo del ámbito o espacio en el que se dan estas experiencias de discriminación, se puede hablar de las siguientes categorías:

- (1) Ámbito educativo.
- (2) Ámbito familiar.
- (3) Ámbito judicial.
- (4) Ámbito laboral.
- (5) Ámbito religioso.
- (6) Ámbito sanitario.
- (7) Amistades.
- (8) Locales privados o espacios de ocio.
- (9) Vía pública o transporte público.

Cabe recordar que la pregunta que se formuló a través del cuestionario era la siguiente: “¿Podría describir un tipo de situación de discriminación que haya experimentado?”

Por lo que no se preguntó específicamente por el ámbito o espacio en el que se produjo la situación de discriminación, de manera que no todas las personas hicieron referencia al mismo. En consecuencia, los análisis que se presentan a continuación se han realizado con aquellas respuestas que sí mencionaron el ámbito o espacio en el que se había producido la situación de discriminación vivida.

Las frecuencias de citación de cada categoría se pueden ver en la tabla 5, ordenadas de mayor a menor frecuencia.

Tabla 5

Ámbitos en los que se producen las experiencias de discriminación

Ámbito de discriminación	Número de citas
Ámbito laboral	58 (30,21%)
Vía pública o transporte público	46 (23,96%)
Ámbito familiar	22 (11,46%)
Locales privados o espacios de ocio	21 (10,94%)
Ámbito educativo	17 (8,85%)
Ámbito sanitario	10 (5,21%)
Amistades	8 (4,17%)
Ámbito judicial	7 (3,65%)
Ámbito religioso	3 (1,56%)
Total	192 (100%)

En base a los resultados, se destaca que el ámbito más frecuente de discriminación es el ámbito laboral con 58 *verbatim* (30,21%) y la vía pública o transporte público con 46 *verbatim* (23,96%). Los siguientes ámbitos más frecuentes serían el ámbito familiar con 22 *verbatim* (11,46%) y los locales privados o espacios de ocio con 21 *verbatim* (10,94%).

Si se analizan estos datos, se puede observar que aquellos ámbitos que son impuestos o más difíciles de elegir libremente son aquellos en los que se produce una mayor discriminación. Las personas con las que se trabaja en el ámbito laboral, las personas desconocidas con las que se coincide en la vía pública o las personas familiares son contactos o relaciones personales que no se suele tener opción de elegir, es por ello que puede ser más frecuente que estas personas tiendan a discriminar más que las relaciones que se eligen de manera voluntaria, como pueden ser las amistades o las personas que frecuentan los mismos espacios de ocio.

Otro factor influyente para que un ámbito o espacio sea más discriminatorio puede ser el menor nivel de institucionalización o control legal y normativo que se ejerce sobre el mismo. Por ejemplo, la familia, la vía pública o los espacios o empresas privadas presentan una menor institucionalización o control legal y normativo que el ámbito judicial, educativo, religioso o sanitario. Coincidiendo que en estos últimos se ejerce una menor discriminación que en los primeros. Dicho esto, a continuación, se pasa a presentar de manera más detallada cada una de las categorías, ordenadas de mayor a menor frecuencia de citación, así como algún *verbatim* representativo.

1. Ámbito laboral (58 *verbatim* – 30,21%)

Dentro del ámbito laboral, se mencionaron diferentes situaciones de discriminación, siendo una de ellas la mayor dificultad para acceder a puestos de mayor responsabilidad:

“No acceder a puestos laborales superiores / dirección” (hombre gay, 60 años).

“Negarme un ascenso por mi orientación sexual” (mujer bisexual, 46 años).

“En estos momentos el fenómeno ‘techo de cristal’ en el desarrollo de la carrera profesional” (mujer lesbiana, 59 años).

Así como también se mencionó la no aceptación, exclusión o menosprecio por parte de otras personas con las que se trabaja:

“Laboral. En mi empresa no saben que soy lesbiana. En mi empresa no aceptan personas LGTBI” (mujer lesbiana, 51 años).

“Situaciones de vacío y soledad en mi puesto de trabajo respecto a compañeros docentes que no aprueban la visibilidad ni el trabajo en diversidad sexo-genérica en los centros educativos” (mujer lesbiana, 48 años).

“Menosprecio en el trabajo e insultos” (mujer lesbiana, 45 años).

Otra situación de discriminación en el ámbito laboral que se ha mencionado en varias ocasiones es haber recibido la petición de ocultar o disimular la orientación sexual en el puesto de trabajo. Por ejemplo:

“Decirme que tendría que vestir más femenina en el trabajo o aconsejarme que no le cuente a nadie que soy lesbiana” (mujer lesbiana, 51 años).

“Petición, hace años, por parte de un superior de ser más discreto en el vestir y en el actuar” (hombre gay, 45 años).

En los casos más extremos, también se ha hecho referencia al despido laboral por motivos de discriminación:

“Me despidieron de un trabajo por ser "maricón" (hombre gay, 60 años).

2. Vía pública o transporte público (46 *verbatim* – 23,96%)

En la vía pública o transporte público se producen gran parte de las agresiones de tipo verbal, donde se destaca especialmente el insulto “maricón”; y no verbal, a través de miradas despectivas, en muchas ocasiones, por ver a una pareja del mismo sexo mostrándose afecto.

“En la calle un señor mayor me dijo que tenía que darme vergüenza por ser maricón, pero le contesté educadamente y le dije que no nos conocíamos de nada y que yo a él no le iba a juzgar por sus ideales” (hombre gay, 47 años).

“Maricón me dicen por la calle” (mujer trans, 58 años).

“Miradas de desprecio al ir con mi pareja en la calle” (hombre gay, 45 años).

3. Ámbito familiar (22 *verbatim* – 11,46%)

Muchas personas participantes también comentaron que la mayor discriminación que han sentido se ha dado dentro de su núcleo familiar, ya sea por parte de los padres, madres, hermanos/as, familia extensa o familia política.

“En familia, constantemente recibo microagresiones, a diario” (mujer lesbiana, 57 años).

“Las propias de la aceptación en el entorno de mi familia política de la orientación sexual de mi pareja” (mujer lesbiana, 54 años).

“Expulsión del WhatsApp familiar. Apartamiento familiar” (mujer lesbiana, 73 años).

No obstante, los familiares más citados fueron los padres y, después, las madres:

“Mi padre no acepta mi orientación ni quería saber nada de mi pareja” (hombre gay, 49 años).

“La más fuerte la de mi madre cuando salí del armario, aunque luego se tuvo que resignar” (hombre gay 68 años).

“Por parte de mi padre que me dijo hace años después de años sin saber de él, que prefería un hijo drogadicto, alcohólico o ladrón a un hijo gay (bueno en mi caso bisexual también). Que él se comía una vaca si hacía falta, pero un toro nunca. A decir que él tenía hermanos drogadictos (1 muerto de VIH por ese motivo) y otro en la cárcel. Pero nunca me afectó ya que como padre nunca había estado ni sido ejemplo de nada” (hombre bisexual, 45 años).

4. Locales privados o espacios de ocio (21 *verbatim* – 10,94%)

El espacio de ocio en el que más situaciones de discriminación se han mencionado son los bares o restaurantes (8 *verbatim*). Algunos ejemplos son:

“Un tipo trató de acuchillarme por ser gay en un restaurante y el juez lo dejó libre porque la excusa del tipo era que estaba demasiado borracho para acordarse” (hombre gay, 55 años).

“No nos sirvieron en un restaurante” (hombre gay, 49 años).

“Estar con mi mujer en una terraza y que el dueño y sus amigos nos insulten y agredan” (mujer lesbiana, 54 años).

A continuación, el siguiente espacio más mencionado han sido los hoteles a la hora de otorgar camas de matrimonio a parejas del mismo sexo (5 *verbatim*).

“Hay hoteles que te ponen problemas para darte una cama doble siendo dos mujeres” (mujer lesbiana, 48 años).

“No querer en un hotel darnos una cama de matrimonio por ser dos chicos” (hombre bisexual, 45 años).

En tercer lugar, otro de los espacios que se ha mencionado de manera reiterada han sido las entidades bancarias a la hora de solicitar préstamos hipotecarios.

“Hace años nos denegaron una hipoteca por ser dos mujeres (en una famosa entidad bancaria). En otra, sin ningún problema nos la concedieron” (mujer lesbiana, 45 años).

“Cuando mi pareja y yo preguntamos por hipotecas, en el año 2004” (mujer lesbiana, 48 años).

Otros espacios mencionados han sido las discotecas, los bares o las tiendas.

“Que se haya dado trato prioritario a otras personas en lugares como bares, restaurantes, tiendas” (persona de género no binario/fluido, lesbiana, 59 años).

“Expulsión de una discoteca” (mujer lesbiana, 48 años).

5. **Ámbito educativo** (17 *verbatim* – 8,85%)

Dentro del ámbito educativo, se destacaron diferentes tipos de situaciones. En primer lugar, situaciones del pasado como es el *bullying* durante la infancia. En segundo lugar, situaciones actuales en las que algunos padres o madres sufren discriminación por parte de los centros educativos por ser familias formadas por dos personas del mismo sexo. Y, en tercer lugar, también se mencionaron casos de docentes LGTB que sufren discriminación por parte del resto del equipo de profesionales del centro educativo o por las familias de su alumnado. A modo de ejemplo:

“Considerar a mi familia en términos de desestructurada en centros escolares” (mujer lesbiana, 56 años).

“En una escuela, soy docente. Dirección incluso mandó a mis compañeras espiarme. El último día me dijeron que esperaban otro comportamiento de un profesor. Yo soy persona XXY, jamás me he podido identificar con el género masculino por corporalidad, apariencia e incluso por exclusión de ese ‘grupo’ debido a mis diferencias. También encuentro que jamás una escuela me reclama, ya que hay familias que no ven bien una persona como yo dé clase a sus hijas e hijos. Mi apariencia es muy andrógina debido a mi condición. No encuentro la estabilidad laboral que otras compañeras adquieren en poco tiempo” (persona trans de género no binario/fluido, 45 años).

6. **Ámbito sanitario** (10 *verbatim* – 5,21%)

Las personas que más mencionaron situaciones de discriminación dentro del ámbito sanitario – incluyendo centros de salud, hospitales o farmacias – fueron las personas trans y/o de género no binario o fluido. Algunas citas representativas son:

“En visitas a ginecología” (persona de género no binario/fluido, bisexual, 65 años).

“No atenderme en la sanidad pública por ser una mujer trans” (mujer trans bisexual, 61 años).

7. **Amistades** (8 *verbatim* – 4,17%)

En séptimo lugar, dentro del entorno de las amistades, las situaciones de discriminación que se destacaron fueron: comentarios ofensivos, exclusión o incluso pérdida de amistades. A continuación, se presentan algunos ejemplos:

“Algún comentario despectivo entre amigos” (hombre bisexual, 48 años).

“Exclusión por parte de amigos” (mujer lesbiana, 46 años).

“*Misgendering* y pérdida de familiares y amistades por mi transición” (mujer trans, bisexual, 47 años).

8. **Ámbito judicial** (7 *verbatim* – 3,65%)

Dentro del ámbito judicial, se destacó principalmente la dificultad de las mujeres lesbianas para obtener la filiación de sus hijos o hijas:

“Toda mi batalla judicial por la filiación de mi hijo” (mujer lesbiana, 70 años).

“Para la filiación de hijos” (mujer lesbiana, 45 años).

9. **Ámbito religioso** (3 *verbatim* – 1,56%)

Por último, algunas de las personas participantes también mencionaron ser discriminadas por parte de las iglesias o parroquias. Cabe destacar que, en todos los casos, fueron personas creyentes y practicantes las que mencionaron este tipo de situaciones. Algunos ejemplos son:

Si se recuerdan los principales hallazgos en relación a los tipos de experiencias de discriminación, las más frecuentes fueron las agresiones verbales con un total de 205 citas (41,16%), lo que se puede relacionar con la repetición de la palabra “insultos” o “comentarios”.

A continuación, se detectaron un total de 128 *verbatim* (25,70%) que indicaron que nunca habían experimentado ningún tipo de discriminación, o bien no eran conscientes de ello o no lo recordaban, lo que se puede relacionar con la repetición de la palabra “ninguna”.

Los 31 *verbatim* (6,22%) obtenidos para la categoría de miradas despectivas se pueden relacionar con la repetición de la palabra “miradas”. Como también se comentó anteriormente, muchas de estas situaciones de discriminación se dan a raíz de las muestras de afecto hacia la pareja, por lo que se puede explicar que la palabra “pareja” también sea una de las más reiteradas.

En cuanto a los ámbitos de discriminación, se ha destacado que el ámbito más frecuente de discriminación es el laboral con 58 *verbatim* (30,21%) y la vía pública o transporte público con 46 *verbatim* (23,96%), lo que es congruente con la repetición de la palabra “trabajo” o “calle”.

Una vez expuestos los resultados obtenidos sobre las experiencias de discriminación, se da paso a presentar los resultados relacionados con el siguiente estresor social: el sentimiento de soledad.

6.1.2. Sentimiento de soledad

Para medir el sentimiento de soledad de las personas participantes, se utilizó la Escala de Soledad de la UCLA, cuyos resultados mostraron una media de 1,63 sobre 3, siendo 1 el menor nivel de sentimiento de soledad y 3 el mayor nivel de sentimiento de soledad. Los resultados obtenidos en cada uno de los ítems se presentan en la tabla 6.

Tabla 6

Resultados de la Escala de Soledad de la UCLA

Ítem	1. Casi nunca	2. A veces	3. A menudo	Media
1. ¿Con qué frecuencia siente que le falta compañía?	N=217 41,81%	N=213 41,04%	N=89 17,14%	1,75
2. ¿Con qué frecuencia se siente excluido/a?	N=285 54,91%	N=177 34,10%	N=57 10,98%	1,56
3. ¿Con qué frecuencia se siente aislado/a de los demás?	N=282 54,34%	N=165 31,79%	N=72 13,87%	1,59
Total				1,63

Una vez expuestos los resultados descriptivos obtenidos para el sentimiento de soledad, se da paso a presentar las diferentes relaciones que se pueden detectar entre el sentimiento de soledad y otras de las variables incluidas en el estudio. En primer lugar, analizando la soledad como variable dependiente de otras variables. En segundo lugar, analizando la soledad como variable independiente o predictora de otras variables.

Sentimiento de soledad como variable dependiente

Para estudiar la relación de la soledad con las demás variables del estudio, se realizó una regresión lineal múltiple donde la variable dependiente era el sentimiento de soledad y las variables predictoras eran los factores sociodemográficos, los estresores sociales, los recursos psicosociales y el bienestar psicológico (véase tabla 7).

Como resultado, se obtiene que la satisfacción con la vida, el apoyo social, la frecuencia de discriminación y el bienestar psicológico actúan como variables predictoras sobre el sentimiento de soledad ($F(18,500)=22.60$; $p<.001$). El valor de la R^2 fue de .45, indicando que un 45% de la variabilidad del sentimiento de soledad puede ser explicada por las variables incluidas.

Tabla 7

Regresión lineal del sentimiento de soledad como variable dependiente

Variable predictora	B	β	t	P
Edad	-.008	-.093	-2.41	.016
Género	.078	.063	1.56	.119
Orientación sexual	-.012	-0.17	-.371	.711
Identidad de género	.250	.081	2.09	.037
Comunidad Autónoma	.004	.023	.673	.502
Ámbito rural o urbano	.025	.011	.324	.746
Hijos/as	-.013	-.009	-.244	.807
Nivel de estudios	.059	.060	1.66	.096
Situación laboral	-0.45	-.070	-1.71	.771
Frecuencia de discriminación	-.130	-.140	-3.99	<.001
Estado de salud percibido	-.025	-.066	-1.72	.085
Preocupación generativa	-.074	-.080	-2.13	.034
Satisfacción con la vida	-.113	-.294	-7.13	<.001
Participación social	.012	.009	.269	.788
Recursos económicos	-.045	-.070	-1.71	.088
Apoyo social	-.179	-.305	-7.65	<.001
Bienestar psicológico	.175	.139	4.00	<.001

Variable dependiente: sentimiento de soledad

A continuación, se realizaron diferentes pruebas de análisis de varianza (ANOVA) para establecer de qué manera influía la satisfacción con la vida, el apoyo social, la frecuencia de discriminación y el bienestar psicológico en el sentimiento de soledad.

En cuanto a la satisfacción con la vida, a través de la Prueba de igualdad de Levene de varianzas de error, se observó que no se cumplía el supuesto de homogeneidad entre varianzas ($p=.014$). Por este motivo, se realizó una Prueba de Welch, cuyas pruebas robustas de igualdad de medias mostraron que $p<.001$, es decir, que existían diferencias entre las medias de los grupos. A través de los estadísticos descriptivos obtenidos (véase tabla 8), se puede observar que, a mayor satisfacción con la vida, menor es el sentimiento de soledad (siendo 1 el menor nivel de sentimiento de soledad y 3 el mayor nivel de sentimiento de soledad).

Tabla 8

Medias del sentimiento de soledad en función de la satisfacción con la vida

	Satisfacción con la vida	Media	Desv. estándar	N
Soledad	Satisfacción vital muy baja	2,6667	,33333	5
	Satisfacción vital baja	2,5333	,44096	25
	Satisfacción vital media	2,0913	,61429	73
	Satisfacción vital alta	1,5598	,51869	287
	Satisfacción vital muy alta	1,3359	,48858	129
	Total	1,6365	,61141	519

En cuanto a la influencia del apoyo social en el sentimiento de soledad, a través de la Prueba de igualdad de Levene de varianzas de error, se observó que no se cumplía el supuesto de homogeneidad entre varianzas ($p<.001$). Por este motivo, se realizó una Prueba de Welch, cuyas pruebas robustas de igualdad de medias mostraron que $p<.001$, por lo que se concluye que existen diferencias entre las medias de los grupos.

A través de los estadísticos descriptivos (tabla 9) se observa que, a mayor apoyo social, menor es el sentimiento de soledad.

Tabla 9

Medias del sentimiento de soledad en función del apoyo social

	Apoyo social	Media	Desv. estándar	N
Soledad	Apoyo social bajo	2,1973	,65599	98
	Apoyo social medio	1,5660	,53501	341
	Apoyo social alto	1,2500	,35776	80
	Total	1,6365	,61141	519

Para analizar la influencia de la frecuencia de discriminación en el sentimiento de soledad, se realizó un ANOVA, cuyos resultados de la Prueba de igualdad de Levene de varianzas de error mostraron que no se cumplía el supuesto de homogeneidad entre varianzas ($p=.003$). Por este motivo, se realizó una Prueba de Welch, cuyas pruebas robustas de igualdad de medias mostraron que $p<.001$, por lo que se puede concluir que existen diferencias entre las medias de los grupos. Los estadísticos descriptivos mostraron que estas diferencias se basan en que, a mayor es la frecuencia de discriminación, más elevado es el sentimiento de soledad (véase tabla 10).

Tabla 10

Medias del sentimiento de soledad en función de la frecuencia de discriminación

	Frecuencia de discriminación	Media	Desv. estándar	N
Soledad	Nunca	1,4472	,49742	120
	Poco frecuentemente	1,6260	,59249	328
	Bastante frecuentemente	1,9661	,71571	59
	Muy frecuentemente	2,1944	,68841	12
	Total	1,6365	,61141	519

Por último, en cuanto a la influencia del bienestar psicológico en el sentimiento de soledad, a través de la Prueba de igualdad de Levene de varianzas de error, se observó que sí que se cumplía el supuesto de homogeneidad entre varianzas ($p=.630$). Además, a través de las pruebas de efectos inter-sujetos, se observó que existen diferencias entre las medias de los grupos ($p=.028$). No obstante, el valor de la R^2 es de .018, indicando que únicamente un 1,8% de la variabilidad del sentimiento de soledad puede ser explicada por el bienestar psicológico.

A través de los estadísticos descriptivos (tabla 11), se observa que las personas con el nivel más alto y el nivel más bajo de bienestar psicológico son las que muestran las medias más altas de soledad. Las personas con niveles intermedios de bienestar psicológico, muestran también niveles intermedios de soledad. Igualmente, cabe indicar que la muestra (N) de los niveles intermedios de bienestar psicológico es mucho más elevada que la del nivel más bajo y más alto de bienestar psicológico, tal y como puede comprobarse en última columna de la tabla 11.

Tabla 11

Medias del sentimiento de soledad en función del bienestar psicológico

	Bienestar psicológico	Media	Desv. estándar	N
Soledad	Malestar	1,9074	,63458	18
	Poco bienestar	1,5563	,57163	157
	Bastante bienestar	1,6496	,61934	333
	Mucho bienestar	1,9394	,71209	11
	Total	1,6365	,61141	519

Una vez presentados los resultados del análisis del sentimiento de soledad como variable dependiente de otras variables, se da paso a presentar el análisis del sentimiento de soledad como variable independiente o predictora de otras variables.

Sentimiento de soledad como variable independiente

En cuanto al sentimiento de soledad como variable independiente y predictora de otras variables dependientes, a través de diferentes regresiones lineales se obtuvo que el sentimiento de soledad predecía la frecuencia de discriminación, satisfacción con la vida y el apoyo social. Por ello, se realizaron pruebas multivariante (MANOVA) de un factor para establecer exactamente cuáles eran las diferencias entre grupos. Para las pruebas multivariante, se utilizará la Traza de Pillai debido a que $p < .001$ en la prueba de Box de la igualdad de matrices de covarianzas (tabla 12).

Tabla 12

Prueba de Box de la igualdad de matrices de covarianzas del sentimiento de soledad como variable independiente

M de Box	71,059
F	5,840
gl1	12
gl2	115956,207
Sig.	<,001

El valor de la Traza de Pillai es .384, el cual está asociado a un valor de $F(6,1030)=40,830$, $p = <.001$, $\eta^2 = .192$. Por lo tanto, se puede concluir que existen diferencias significativas entre las medias de los grupos considerando esta combinación lineal del conjunto de variables dependientes incluidas. El tamaño del efecto muestra que la capacidad explicativa del sentimiento de soledad es un 19,2% de la variabilidad en el conjunto de las variables dependientes incluidas, es decir, en la frecuencia de discriminación, satisfacción con la vida y el apoyo social analizadas globalmente (véase tabla 13).

Tabla 13*Pruebas multivariante del sentimiento de soledad como variable independiente*

		Valor	F	gl de hipótesis	gl de error	Sig.	Eta parcial al cuadrado
Sentimiento de soledad	Traza de Pillai	,384	40,830	6,000	1030,000	<,001	,192
	Lambda de Wilks	,616	46,933	6,000	1028,000	<,001	,215
	Traza de Hotelling	,622	53,191	6,000	1026,000	<,001	,237
	Raíz mayor de Roy	,621	106,584	3,000	515,000	<,001	,383

Tras exponer los resultados obtenidos sobre el sentimiento de soledad y su relación con otras variables, se da paso a presentar los resultados relacionados con el último estresor social que se ha incluido en el estudio: el estado de salud percibido.

6.1.3. Estado de salud percibido

A nivel descriptivo, la puntuación media obtenida para el estado de salud percibido, en una escala del 1 al 10, siendo 10 el mejor estado de salud, ha sido de 7,72.

Estado de salud percibido como variable dependiente

Para estudiar la relación del estado de salud percibido con las demás variables incluidas en el estudio, se realizó una regresión lineal múltiple donde la variable dependiente era el estado de salud percibido y las variables predictoras eran los factores sociodemográficos, los estresores sociales, los recursos psicosociales y el bienestar psicológico (véase tabla 14). Como resultado, se obtiene que la edad, la dificultad para llegar a fin de mes y la satisfacción con la vida actúan como variables predictoras del estado de salud percibido ($F(18,500)=8.87$; $p<.001$). El valor de la R^2 fue de .24, indicando que un 24% de la variabilidad del estado de salud percibido puede ser explicada por las variables incluidas.

Tabla 14*Regresión lineal del estado de salud percibido como variable dependiente*

Variable predictora	B	β	t	P
Edad	-.039	-.183	-4.11	<.001
Género	.233	.072	1.53	.128
Orientación sexual	-.017	-.010	-.178	.859
Identidad de género	-.352	-.044	-.965	.335
Comunidad Autónoma	-.010	-.023	-.591	.555
Ámbito rural o urbano	.204	.035	.874	.383
Hijos/as	-.277	-.073	-1.67	.096
Nivel de estudios	.111	.043	1.02	.307
Situación laboral	-.088	-.060	-1.26	.209
Frecuencia de discriminación	.097	.040	.966	.335
Sentimiento de soledad	-.234	-.090	-1.73	.085
Preocupación generativa	-.007	-.003	-.066	.948
Satisfacción con la vida	.238	.239	4.82	<.001
Participación social	-.060	-.019	-.454	.650
Recursos económicos	.358	.215	4.53	<.001
Apoyo social	-.085	-.056	-1.13	.259
Bienestar psicológico	.061	.019	.450	.653

Variable dependiente: estado de salud percibido

A continuación, se realizaron pruebas ANOVA con el objetivo de conocer de qué manera influía la satisfacción con la vida en el estado de salud percibido. A través de la Prueba de igualdad de Levene de varianzas de error, se observó que no se cumplía el supuesto de homogeneidad entre varianzas ($p=.005$). Por este motivo, se realizó una Prueba de Welch, cuyas pruebas robustas de igualdad de medias mostraron que $p<.001$, es decir, que existen diferencias entre las medias de los grupos. A través de los estadísticos descriptivos (tabla 15), se puede observar que, a mayor satisfacción con la vida, mayor es el estado de salud percibido (siendo 1 el menor nivel de salud y 10 el mayor nivel de salud).

Tabla 15

Medias del estado de salud percibido en función de la satisfacción con la vida

	Satisfacción con la vida	Media	Desv. estándar	N
Estado de salud percibido	Satisfacción vital muy baja	5,20	2,683	5
	Satisfacción vital baja	6,40	2,082	25
	Satisfacción vital media	7,08	1,507	73
	Satisfacción vital alta	7,76	1,390	287
	Satisfacción vital muy alta	8,37	1,521	129
	Total	7,72	1,588	519

Para analizar la influencia de la dificultad para llegar a fin de mes en el estado de salud percibido, se realizó un análisis de varianza (ANOVA), cuyos resultados mostraron, a través de la Prueba de igualdad de Levene de varianzas de error, que no se cumplía el supuesto de homogeneidad entre varianzas ($p < .001$). Por este motivo, se realizó una Prueba de Welch, cuyas pruebas robustas de igualdad de medias mostraron que $p < .001$, por lo que se concluye que existen diferencias entre las medias de los grupos. Estas diferencias se basan en que, a mayor es la dificultad para llegar a fin de mes, menor es el estado de salud percibido (tabla 16).

Tabla 16

Medias del estado de salud en función de la dificultad para llegar a fin de mes

	Dificultad para llegar a fin de mes	Media	Desv. estándar	N
Estado de salud percibido	Ninguna dificultad	8,25	1,260	208
	Poca dificultad	7,73	1,435	172
	Bastante dificultad	7,11	1,664	97
	Mucha dificultad	6,55	2,255	42
	Total	7,72	1,588	519

Por último, para estudiar la relación de la edad en el estado de salud percibido, se realizó una prueba ANOVA, cuyos resultados mostraron, a través de la Prueba de igualdad de Levene de varianzas de error, que se cumplía el supuesto de homogeneidad entre varianzas ($p=219$). A través de las pruebas de efectos inter-sujetos, también se observó que existen diferencias entre las medias de los grupos ($p=009$). El valor de la R^2 fue de .026, indicando que un 2,6% de la variabilidad del estado de salud percibido puede ser explicada por la edad.

En la tabla 17, se puede observar cómo los estadísticos descriptivos muestran que, generalmente, el estado de salud percibido disminuye a medida que aumenta la edad. No obstante, el grupo de más edad (69-77 años) parece mostrar una ligera mejora en su percepción del estado de salud que el grupo de edad anterior (63-68 años).

Tabla 17

Medias del estado de salud percibido en función de la edad

	Edad	Media	Desv. estándar	N
Estado de salud percibido	45-50 años	8,00	1,486	227
	51-56 años	7,57	1,693	117
	57-62 años	7,50	1,683	94
	63-68 años	7,34	1,418	56
	69-77 años	7,60	1,658	25
	Total	7,72	1,588	519

Una vez presentados los resultados del estado de salud percibido como variable dependiente, se da paso al análisis del estado de salud percibido como variable independiente.

Estado de salud percibido como variable independiente

A través de diferentes regresiones lineales, se obtuvo que el estado de salud percibido predecía la dificultad para llegar a fin de mes y la satisfacción con la vida. Por ello, se realizaron pruebas multivariante (MANOVA) para establecer exactamente cuáles eran las diferencias entre grupos.

Para las pruebas multivariante, se utilizará la Traza de Pillai debido a que $p < .001$ en la prueba de Box de la igualdad de matrices de covarianzas (tabla 18).

El valor de la Traza de Pillai es .163, el cual está asociado a un valor de $F(8,1028)=11,436$, $p = < .001$, $\eta^2 = .082$. Por lo tanto, se puede concluir que existen diferencias significativas entre las medias de los grupos considerando el conjunto de variables dependientes incluidas. El tamaño del efecto muestra que la capacidad explicativa del estado de salud percibido es un 8,2% de la variabilidad del conjunto de las variables dependientes incluidas, es decir, de la dificultad para llegar a fin de mes y la satisfacción con la vida (tabla 19).

Tabla 18

Prueba de Box de la igualdad de matrices de covarianzas del estado de salud percibido como variable independiente

M de Box	51,746
F	3,743
gl1	12
gl2	448,130
Sig.	<,001

Tabla 19

Pruebas multivariante del estado de salud percibido como variable independiente

Efecto		Valor	F	gl de hipótesis	gl de error	Sig.	Eta parcial al cuadrado
Estado de salud percibido	Traza de Pillai	,163	11,436	8,000	1028,000	<,001	,082
	Lambda de Wilks	,838	11,877 ^b	8,000	1026,000	<,001	,085
	Traza de Hotelling	,192	12,318	8,000	1024,000	<,001	,088
	Raíz mayor de Roy	,185	23,811 ^c	4,000	514,000	<,001	,156

Una vez presentados los resultados que se han obtenido sobre los estresores sociales (experiencias de discriminación, sentimiento de soledad y estado de salud percibido), a continuación, se procede a exponer los resultados obtenidos sobre los recursos psicosociales, que, como ya se ha comentado anteriormente, se dividirán siguiendo la clasificación que se utiliza en el Modelo de Proactividad Preventiva y Correctiva (PCP) de Kahana y Kahana:

- Recursos internos: preocupación generativa y satisfacción con la vida.
- Adaptaciones proactivas: participación social.
- Recursos externos: recursos económicos y apoyo social.

6.2. Recursos psicosociales

6.2.1. Generatividad

Para el análisis de la generatividad se expondrán, desde el punto de vista cuantitativo, los resultados obtenidos a través de la LGS. A continuación, desde el punto de vista cualitativo, se analizarán las respuestas de las preguntas abiertas.

a) *Análisis cuantitativo. Resultados de la versión reducida de la LGS*

A nivel descriptivo, la tabla 20 muestra la media de los resultados obtenidos para cada ítem de la versión reducida de la LGS, así como la media de la puntuación total obtenida en la escala, que ha sido de 2,73 sobre 4, siendo 4 la máxima preocupación generativa.

Tabla 20

Resultados de la versión reducida de la Escala de Generatividad de Loyola

Ítem	Media sobre 4
1. Otras personas dirían que he hecho contribuciones únicas a la sociedad	2,38
2. Tengo habilidades importantes que puedo transmitir a los demás	2,91
3. Muchas personas acuden a mí en busca de consejo	2,71
4. Siento que los demás me necesitan	2,37
5. Me gusta enseñar cosas a la gente	3,13
6. He tenido una buena influencia en la vida de muchas personas	2,87
Total	2,73

Preocupación generativa como variable dependiente

Para estudiar la relación de la preocupación generativa con las demás variables, se realizó una regresión lineal múltiple donde la variable dependiente era la preocupación generativa y las variables predictoras eran los factores sociodemográficos, los estresores sociales, los recursos psicosociales y el bienestar psicológico (veáse tabla 21).

Como resultado, se obtiene que la edad, el apoyo social y el bienestar psicológico actúan como variables predictoras de la preocupación generativa ($F(18,500)=8.47$; $p<.001$). El valor de la R^2 fue de .23, indicando que un 23% de la variabilidad de la preocupación generativa puede ser explicada por las variables incluidas.

Tabla 21

Regresión lineal de la preocupación generativa como variable dependiente

Variable predictora	B	β	t	P
Edad	-.014	-.159	-3.53	<.001
Género	.027	.020	.422	.673
Orientación sexual	.068	.090	1.68	.094
Identidad de género	.118	.035	.771	.441
Comunidad Autónoma	.006	.032	.801	.424
Ámbito rural o urbano	-.001	.000	-.009	.993
Hijos/as	.063	.040	.906	.365
Nivel de estudios	.089	.083	1.97	.050
Situación laboral	-.006	-.009	-.194	.846
Frecuencia de discriminación	-.099	-.099	-2.36	.019
Sentimiento de soledad	-.121	-.112	-2.13	.034
Estado de salud percibido	-.001	-.003	-.066	.948
Satisfacción con la vida	.056	.136	2.69	.007
Participación social	-.060	-.046	-1.09	.272
Recursos económicos	-.044	-.063	-1.30	.193
Apoyo social	.133	.209	4.29	<.001
Bienestar psicológico	.344	.235	6.32	<.001

Variable dependiente: preocupación generativa

A continuación, se realizaron pruebas ANOVA para conocer de qué manera influía el apoyo social en la preocupación generativa. A través de la Prueba de igualdad de Levene de varianzas de error, se observó que se cumplía el supuesto de homogeneidad entre varianzas ($p=.063$). A través de las pruebas de efectos inter-sujetos también se observó que existen diferencias entre las medias de los grupos ($p<.001$).

El valor de la R^2 fue de .114, indicando que un 11,4% de la variabilidad de la preocupación generativa puede ser explicada por el apoyo social.

Por último, a través de los estadísticos descriptivos obtenidos en el ANOVA, se puede observar que, a medida que aumenta el apoyo social, aumenta la preocupación generativa, siendo 1 el menor nivel de preocupación generativa y 3 el mayor nivel de preocupación generativa. Para este análisis, los resultados obtenidos en apoyo social se dividieron en tres categorías: apoyo social bajo, medio y alto.

Tabla 22

Medias de la preocupación generativa en función del apoyo social

	Apoyo social	Media	Desv. estándar	N
Preocupación generativa	Apoyo social bajo	2,3027	,67152	98
	Apoyo social medio	2,7859	,62579	341
	Apoyo social alto	3,0229	,54974	80
	Total	2,7312	,66138	519

Para estudiar la influencia de la edad en la preocupación generativa, se realizó una prueba ANOVA, cuyos resultados mostraron, a través de la Prueba de igualdad de Levene de varianzas de error, que se cumplía el supuesto de homogeneidad entre varianzas ($p=436$). A través de las pruebas de efectos inter-sujetos, también se observó que existen diferencias entre las medias de los grupos ($p=003$). El valor de la R^2 fue de .031, indicando que un 3,1% de la variabilidad de la preocupación generativa puede ser explicada por la edad.

A través de los estadísticos descriptivos, se observa que el mayor nivel de preocupación generativa se da entre los 45 y 50 años, seguidamente se produce una disminución progresiva de la preocupación generativa a medida que aumenta la edad y, por último, ésta vuelve a aumentar en el rango de edad más avanzada (69-77 años). Estas cifras pueden verse en la tabla 23.

Tabla 23*Medias de la preocupación generativa en función de la edad*

	Edad	Media	Desv. estándar	N
Preocupación generativa	45-50 años	2,8120	,62649	227
	51-56 años	2,7493	,62996	117
	57-62 años	2,6809	,74281	94
	63-68 años	2,4286	,64499	56
	69-77 años	2,7800	,66792	25
	Total	2,7312	,66138	519

Sobre la influencia del bienestar psicológico en la preocupación generativa, la Prueba de igualdad de Levene de varianzas de error mostró que se cumplía el supuesto de homogeneidad entre varianzas ($p=.075$). Las pruebas de efectos inter-sujetos indicaron que existen diferencias significativas entre las medias de los grupos ($p<.001$). El valor de la R^2 fue de .056, indicando que un 5,6% de la variabilidad de la preocupación generativa puede ser explicada por el bienestar psicológico.

Los estadísticos descriptivos mostraron que las personas con niveles más altos de bienestar psicológico, presentan también medias más altas de preocupación generativa.

Tabla 24*Medias de la preocupación generativa en función del bienestar psicológico*

	Bienestar psicológico	Media	Desv. estándar	N
Preocupación generativa	Malestar	2,1574	,91193	18
	Poco bienestar	2,5860	,62549	157
	Bastante bienestar	2,8313	,63701	333
	Mucho bienestar	2,7121	,64157	11
	Total	2,7312	,66138	519

Una vez expuestos los resultados de la preocupación generativa como variable dependiente, se presentan los resultados de la misma como variable independiente.

Preocupación generativa como variable independiente

En cuanto la preocupación generativa como variable independiente y predictora de otras variables dependientes, a través de diferentes regresiones lineales se obtuvo que la preocupación generativa predecía la frecuencia de participación social, el apoyo social y el bienestar psicológico. Por ello, se realizaron pruebas multivariante (MANOVA) para conocer cuáles eran las diferencias entre grupos.

Para las pruebas multivariante, se utilizará la Traza de Pillai debido a que $p < .021$ en la prueba de Box de la igualdad de matrices de covarianzas (tabla 25). El valor de la Traza de Pillai es .186, el cual está asociado a un valor de $F(6,472)=8,076$, $p = < .001$, $\eta^2 = .093$. Por lo tanto, el tamaño del efecto muestra que la capacidad explicativa de la preocupación generativa es un 9,3% de la variabilidad del conjunto de variables dependientes incluidas, es decir, la frecuencia de participación social, el apoyo social y el bienestar psicológico.

Tabla 25

Prueba de Box de la igualdad de matrices de covarianzas de la preocupación generativa como variable independiente

M de Box	24,563
F	1,996
gl1	12
gl2	50791,597
Sig.	,021

Tabla 26

Pruebas multivariante de la preocupación generativa como variable independiente

		Valor	F	gl de hipótesis	gl de error	Sig.	Eta parcial al cuadrado
Preocupación generativa	Traza de Pillai	,186	8,076	6,000	472,000	<,001	,093
	Lambda de Wilks	,814	8,486	6,000	470,000	<,001	,098
	Traza de Hotelling	,228	8,895	6,000	468,000	<,001	,102
	Raíz mayor de Roy	,227	17,824	3,000	236,000	<,001	,185

Tras mostrar los resultados cuantitativos obtenidos con la LGS y su relación con las demás variables, a continuación, se presentan los análisis cualitativos obtenidos a raíz de las preguntas abiertas sobre generatividad y contribución social incluidas en el cuestionario.

b) Análisis cualitativo. Generatividad y contribución social

La primera pregunta abierta que se planteó fue: “Piense en las contribuciones que ha realizado a otras personas, ¿cuáles destacaría?” Las categorías en las que se clasificaron las respuestas obtenidas son las siguientes:

- (1) Activismo.
- (2) Ayuda a amistades.
- (3) Ayuda a familiares.
- (4) Apoyo social.
- (5) Ayuda a colectivos vulnerables.
- (6) Educación, docencia y transmisión de valores.
- (7) Constituirse como referentes.
- (8) Voluntariado o asociacionismo.
- (9) Ninguna, poco, no lo sé.

A través del análisis de los resultados en Atlas.ti 8, se detectaron las frecuencias de citación de cada categoría, conociendo así cuáles fueron las respuestas que se repitieron con mayor o menor frecuencia. Estos resultados se han presentado en la tabla 27.

Tabla 27

Contribuciones realizadas a otras personas

Contribuciones a otras personas	Número de citas
Apoyo social	255 (46,28%)
Educación, docencia y transmisión de valores	109 (19,78%)
Activismo	68 (12,34%)
Ayuda a amistades	32 (5,81%)
Ayuda a colectivos vulnerables	20 (3,63%)
Voluntariado o asociacionismo	20 (3,63%)
Ayuda a familiares	15 (2,72%)
Constituirse como referentes	6 (1,09%)
Ninguna, poco, no lo sé	26 (4,72%)
Total	551 (100%)

De esta manera, se puede observar que las principales contribuciones han sido el apoyo social con 255 *verbatim* (46,28%), seguido de la educación, docencia y transmisión de valores con 109 *verbatim* (19,78%) y el activismo con 68 *verbatim* (12,34%). A continuación, se explica más detalladamente el contenido de cada una de las categorías, ordenadas de mayor a menor frecuencia de citación, y se presenta alguna cita a modo de ejemplo.

1. Apoyo social

Las contribuciones relacionadas con el apoyo social a otras personas fueron las más mencionadas con 255 *verbatim* (46,28%). Esta categoría se refiere a prestar ayuda o apoyo a otras personas de diferentes maneras, por lo que, en función del tipo de apoyo prestado, esta categoría ha sido dividida en las 4 subcategorías que se presentan en la tabla 28.

Tabla 28*Subcategorías de apoyo social*

Subcategorías de apoyo social	Número de citas
Apoyo social: emocional	141 (55,29%)
Apoyo social: instrumental	76 (29,80%)
Apoyo social: material o económico	23 (9,01%)
Apoyo social (Sin especificar tipología)	15 (5,88%)
Total	255 (100%)

En base a estos resultados, el tipo de apoyo más frecuente ha sido el apoyo emocional, con un total de 141 *verbatim* (55,29% del total de la categoría de apoyo social). El segundo, el apoyo instrumental con 76 *verbatim* (29,80%). El tercero, el material o económico con 23 *verbatim* (9,01%). Por último, con 15 *verbatim* (5,88%), algunas personas hicieron referencia al apoyo social de manera genérica sin especificar ningún tipo de apoyo concreto. A continuación, se explica más detalladamente a qué hace referencia cada subcategoría y se incluye alguna cita representativa a modo de ejemplo.

1.1. Apoyo social: emocional

La subcategoría de apoyo emocional comprende todos aquellos actos que se ejecutan de manera desinteresada para ayudar a otras personas a que se sientan mejor a nivel emocional o psicológico, más acompañadas, más escuchadas o más comprendidas. Por lo que incluye acciones como el acompañamiento emocional, la escucha, la empatía, la confianza, el cariño, los consejos, la comprensión o cualquier otra acción que transmita afecto o tenga la finalidad de mejorar el estado de ánimo de otras personas. Por ejemplo:

“Intento ser apoyo emocional para mi entorno” (mujer bisexual, 45 años).

“Empatizar. Escuchar. Aconsejar. Acompañar” (hombre gay, 64 años).

“Tratar de hacerlos feliz” (hombre gay, 58 años).

1.2. *Apoyo social: instrumental*

El apoyo instrumental consiste en la ayuda tangible que se realiza para facilitar a otras personas la ejecución de tareas concretas. Los ejemplos que han mencionado las personas participantes para esta subcategoría comprenden la ayuda para realizar tareas relacionadas con el puesto de trabajo o la inserción laboral, con el establecimiento de relaciones sociales, el mantenimiento de cuidados personales y del hogar, la transición de sexo en personas trans, procesos de adopción, matrimonio, “salida del armario”, búsqueda de apoyo económico, resolución de conflictos, cuidados en caso de enfermedad, trámites administrativos o jurídicos y prevención de enfermedades de transmisión sexual. Algunas citas que se incluyen en esta subcategoría son:

“Ayudarles en las tareas del hogar y ayudarles a establecer relaciones sociales” (hombre gay, 53 años).

“Ayuda en el proceso de adopción” (hombre gay, 46 años).

“Ayudar a salir del armario” (hombre gay, 45 años).

1.3. *Apoyo social: material o económico*

Esta subcategoría comprende aquellas acciones que ponen a disposición de otras personas recursos monetarios, como dinero efectivo, o recursos materiales no monetarios, como puede ser ropa, alimentos, hogar u otros recursos materiales con el único fin de ayudar a la persona de manera desinteresada y/o facilitarle la satisfacción de algunas de las necesidades vitales más básicas. Algunos ejemplos son:

“Apoyo psicológico, apoyo económico, apoyo educativo” (mujer lesbiana, 65 años).

“Ofrecer techo en varias ocasiones” (hombre gay, 53 años).

“He ayudado económicamente a muchas amigas” (mujer trans, 77 años).

1.4. Apoyo social: sin especificar tipología

Algunas personas hicieron referencia al apoyo o ayuda de otras personas de manera genérica, sin especificar de qué manera les habían ayudado, por lo que esta subcategoría incluye este tipo de casos. A modo de ejemplo, se destacan las siguientes citas:

“Apoyo” (mujer bisexual, 54 años).

“Ayuda” (mujer lesbiana, 48 años).

“Ayudar lo que he podido” (hombre bisexual, 50 años).

2. Educación, docencia y transmisión de valores

La educación, docencia y transmisión de valores ha sido el segundo tipo de contribución más mencionado con 109 *verbatim* (19,78%). Esta categoría se ha dividido en dos subcategorías: (1) Educación y docencia, con 74 *verbatim* (67,89% del total de la categoría) y (2) Transmisión de valores, con 35 *verbatim* (32,11% del total de la categoría). A continuación, se presenta el contenido de cada una de ellas.

2.1. Educación y docencia

Esta subcategoría comprende aquellas acciones relacionadas con la enseñanza y formación a otras personas, generalmente sobre temáticas relacionadas con las personas LGTB, pero también en otras áreas diferentes. Esta enseñanza puede darse a través de la formación reglada, por parte de personas que se dedican profesionalmente a la docencia; o bien a través de jornadas o espacios de divulgación pública, de talleres o actividades puntuales, o de manera más informal a través de las relaciones interpersonales.

A modo de ejemplo, se destacan citas como:

“Estudio y divulgación de la situación de mayores LGTBI. Docencia sobre envejecimiento” (hombre gay, 54 años).

“Compartir mis conocimientos sobre la inclusión de la realidad LGBTI+ en el sistema educativo” (mujer lesbiana, 48 años).

“Soy una persona formadora en innovación educativa y TIC aplicada al aprendizaje” (persona trans de género no binario/fluido, 45 años).

2.2. Transmisión de valores

Esta subcategoría también hace referencia a la educación de otras personas, pero no a través de conocimientos, sino a través de valores. Los valores que se han mencionado principalmente son: la empatía, el respeto, la tolerancia, el optimismo, la libertad, la solidaridad, el valor, la conciencia social, el pensamiento crítico, el orgullo, la paciencia, el amor, la humildad, el equilibrio, la cordura, la resiliencia o la honradez. Por ejemplo:

“Me dedico a la enseñanza e inculco valores de respeto a la diversidad a mi alumnado” (hombre gay, 60 años).

“Valores. Amor. Solidaridad” (mujer lesbiana, 48 años).

“*Transmissió de valors*” (hombre gay, 57 años).

3. Activismo

La tercera categoría más frecuente ha sido la contribución al activismo con 68 *verbatim* (12,34%). En la mayoría de casos, se ha hecho referencia al activismo por los derechos de las personas LGTB. Pero, en otros casos, también se ha referenciado el activismo por los derechos de las mujeres o el activismo por los derechos humanos de manera genérica. Así como también, en muchas ocasiones, se ha mencionado de manera específica la visibilidad y la normalización de las identidades LGTB como una forma de ejercer activismo por los derechos de las personas LGTB. Por lo tanto, esta categoría se ha dividido en cuatro subcategorías: (1) Visibilidad y normalización de la realidad LGTB, (2) Activismo LGTB, (3) Activismo por los derechos humanos y (4) Activismo feminista. La frecuencia de citación de cada subcategoría se presenta en la tabla 29, ordenadas de mayor a menor.

Tabla 29*Subcategorías de activismo*

Subcategorías de activismo	Número de citas
Visibilidad y normalización de la realidad LGTB	27 (39,70%)
Activismo LGTB	24 (35,29%)
Activismo por los derechos humanos	13 (19,12%)
Activismo feminista	4 (5,88%)
Total	68 (100%)

Una vez expuestas las diferentes subcategorías en las que se divide la categoría de activismo, así como sus frecuencias de citación, se da paso a presentar el contenido de cada una de ellas y algún *verbatim* representativo.

3.1. Visibilidad y normalización de la realidad LGTB

Las personas participantes, en un total de 27 *verbatim* (40,30%), hicieron referencia a su visibilidad como persona LGTB, así como a la normalización de su orientación sexual o identidad de género, como forma de ejercer su labor o contribución al activismo LGTB. Por ejemplo, se pueden destacar citas como:

“Mi visibilidad como hombre gay y mi experiencia activista” (hombre gay, 58 años).

“Normalizar ser del colectivo LGTB” (hombre gay, 45 años).

“La visibilidad en un momento en el que pocas nos identificábamos” (mujer lesbiana, 59 años).

3.2. Activismo LGTB

En la misma línea, una de las contribuciones a otras personas que mencionaron las personas participantes fue el activismo LGTB, entendido como el ejercicio de una defensa activa de los derechos de las personas LGTB, por ejemplo, a través de la participación en manifestaciones orientadas a este fin. Algunos *verbatim* representativos son:

“Impulsar y gestionar la asociación, facilitar el empoderamiento de un número importante de personas de la comunidad LGTBI+ para identificar necesidades en salud sexual y derechos LGTBI+ y crear respuestas a las mismas; facilitar la creación de servicios pioneros de atención a las personas LGTBI+ y campañas” (hombre gay, 49 años).

“Lucha por derechos LGTB” (hombre gay, 54 años).

“Activismo LGTB” (hombre gay, 63 años).

3.3. Activismo por los derechos humanos

Por otra parte, algunas personas hicieron referencia al activismo por los derechos humanos de las personas en general. A modo de ejemplo, se destacan citas como:

“Defensa de derechos humanos” (mujer lesbiana, 54 años).

“Activismo y defensa de los DDHH” (hombre gay, 55 años).

3.4. Activismo feminista

Por último, también se mencionaron contribuciones relacionadas con el feminismo:

“Activismo feminista” (mujer lesbiana, 71 años).

“Feminismo de base. Visiones de género en salud” (mujer lesbiana, 57 años).

“Práctica feminista en el trabajo y en lo social” (mujer lesbiana, 73 años).

4. Ayuda a amistades

Las amistades son, en muchas ocasiones, consideradas como la familia de elección, y pueden adquirir todavía más relevancia en el caso de situaciones de falta de apoyo familiar. Por ello, es congruente que una de las contribuciones realizadas a otras personas que se han mencionado en 32 *verbatim* (5,81%) es el apoyo a las amistades, sobre todo haciendo referencia a la ayuda en situaciones vitales complicadas o dolorosas:

“Compartir mi casa con una amiga, totalmente gratis” (mujer lesbiana, 68 años).

“Acompañar a amig@s por el proceso de embarazo, aborto, salir de abusos y maltratos” (hombre gay, 46 años).

“El apoyo incondicional a una amiga y a mi hermana, en una situación de violencia de género” (mujer lesbiana, 46 años).

5. Ayuda a colectivos vulnerables

Otra de las contribuciones a otras personas a la que se hizo referencia en 20 *verbatim* (3,63%) fue la ayuda a otros colectivos vulnerables que, de la misma manera que las personas LGTB, pueden sufrir estigma, discriminación, vulnerabilidad o exclusión social. A modo de ejemplo, se destacan citas como:

“Hacer contribuciones para colectivos desfavorecidos: niños y ancianos” (mujer trans, 60 años).

“Empoderamiento en personas con discapacidad, enfermas o marginadas” (mujer lesbiana, 63 años).

“Aconsejar y ayudar a personas VIH+, acompañar a personas enfermas” (hombre gay, 61 años).

6. Voluntariado o asociacionismo

En un total de 20 *verbatim* (3,63%) también se hizo referencia al voluntariado o participación en asociaciones como contribución a otras personas. Algunos ejemplos son:

“Voluntariado en África” (mujer lesbiana, 45 años).

“En el pasado, diversas y continuadas actividades de voluntariado de la Cruz Roja. En el presente estoy empezando como voluntario en la Comisión Española de Ayuda al Refugiado” (hombre gay, 68 años).

“Participar en una asociación que sacó de su casa a personas trans jóvenes en situación de violencia familiar y se puso en marcha un piso para esas personas” (mujer trans bisexual, 47 años).

7. Ayuda a familiares

En octavo lugar, otra de las contribuciones a otras personas que ha sido referenciada por algunas de las personas participantes es la ayuda a familiares, especialmente a hijos/as,

hermanos/as, padres y madres. Cabe destacar que estas cifras (15 *verbatim* – 2,72%) fueron mucho más reducidas que las que se obtuvieron para el apoyo social a otras personas en general, a personas del colectivo LGTB, a amistades o a colectivos vulnerables. Algunos ejemplos son:

“Ayudar a mi hijo a crecer” (mujer lesbiana, 55 años).

“He cuidado de mis padres recientemente hasta que han fallecido” (hombre gay, 46 años).

“Apoyo de todo tipo a la familia (padres y hermanos)” (mujer lesbiana, 68 años).

8. Constituirse como referentes

Para finalizar, algunas personas, con 6 *verbatim* (1,09%), consideran que su principal contribución a otras personas es que pueden constituirse como referentes positivos, modelos de rol o ejemplos deseables para otras personas LGTB más jóvenes que se encuentren en una situación similar a la suya propia, otorgándoles así un sentimiento de esperanza y mostrándoles que, si su experiencia ha sido positiva, exitosa o satisfactoria, la suya también puede serlo. Por ejemplo, se destacan respuestas como:

“Dar ejemplo a otras familias como nosotros, que si quieren tener una familia (hijos) sí se puede” (hombre gay, 46 años).

“Referente LGBTI+” (mujer lesbiana, 65 años).

“Haver sigut, amb la meua parella, un referent per a joves, mostrant que una relació duradora era possible i, fins i tot, desitjable” (hombre gay, 69 años).

9. Ninguna, poco, no lo sé

Diferentes personas participantes, con un total de 26 *verbatim* (4,72%), no supieron decir si habían hecho alguna contribución a otras personas, o bien dijeron haber contribuido poco, o no tener conciencia de qué contribuciones habían realizado.

En este caso, las palabras más repetidas fueron: ayuda o ayudar (63 veces), apoyo (53 veces), personas (28 veces), emocional (24 veces) y acompañamiento (16). Estos resultados refuerzan las conclusiones ya expuestas de que la contribución a otras personas que se ha mencionado con mayor frecuencia ha sido el apoyo social a otras personas con 255 *verbatim* (46,28%) y, dentro de esta categoría, el apoyo emocional ha sido el más reiterado con un total de 141 *verbatim* (55,29% del total de la categoría de apoyo social). Estos datos reflejan la especial importancia y sensibilidad que las personas adultas mayores LGTB otorgan al ámbito psicoemocional, por encima del instrumental o el material, así como el interés y preocupación por ayudar a otras personas que pueden encontrarse en situaciones vitales complicadas, más allá de los lazos de sangre o relaciones de proximidad.

Una vez expuestos los resultados relacionados con las contribuciones a otras personas, se procede a presentar los resultados obtenidos en la segunda pregunta abierta sobre generatividad y contribución social, que, de manera más concreta, hace referencia a las aportaciones para mejorar la situación del colectivo LGTB.

La segunda pregunta abierta que se planteó fue: “¿Cree que ha hecho alguna aportación para mejorar la situación del colectivo LGTB? ¿Cuál?” Las respuestas obtenidas se han dividido en las siguientes categorías:

- (1) Activismo.
- (2) Participación o creación de espacios LGTB.
- (3) Investigación y formación en temáticas LGTB.
- (4) Apoyo a otras personas vinculadas con el colectivo LGTB.
- (5) Ser referente, modelo de rol.
- (6) Ejercer el derecho al matrimonio igualitario.
- (7) Ninguna, poco, no lo sé.

Las frecuencias obtenidas para cada una de ellas se muestran en la tabla 30.

Tabla 30*Aportaciones a la mejora de la situación del colectivo LGTB*

Aportaciones a la mejora de la situación del colectivo LGTB	Número de citas
Activismo	278 (51,01%)
Participación o creación de espacios LGTB	67 (12,29%)
Investigación y formación en temáticas LGTB	37 (6,79%)
Apoyo a otras personas vinculadas con el colectivo LGTB	28 (5,14%)
Ser referente, modelo de rol	7 (1,28%)
Ejercer el derecho al matrimonio igualitario	5 (0,92%)
Ninguna, poco, no lo sé	123 (22,57%)
Total	545 (100%)

La aportación más mencionada fue el activismo con 278 *verbatim* (51,01%), la participación o creación de espacios LGTB con 67 *verbatim* (12,29%), la investigación y formación en temáticas LGTB con 37 *verbatim* (6,79%) y el apoyo a otras personas vinculadas con el colectivo LGTB con 28 *verbatim* (5,14%).

Un número considerable de personas, 123 *verbatim* (22,57%) afirmaron no haber hecho ninguna o casi ninguna contribución o no tener conocimiento de ello. A continuación, se presenta cada categoría de manera más detallada, explicando a qué hace referencia y mencionando algún *verbatim* representativo. Así como, en su caso, presentando las subcategorías en las que se divide.

1. Activismo

Se entiende por activismo aquellos comportamientos que las personas ejercen en busca de un cambio, especialmente de tipo político o social, en este caso, para defender los derechos de un grupo social discriminado. Esta fue la aportación para la mejora de la situación del colectivo LGTB más mencionada por las personas participantes con 278 *verbatim* (51,01%) y se ha dividido en tres subcategorías:

- (1) Visibilidad, sensibilización y normalización del colectivo LGTB, con 186 *verbatim* (66,90% de la categoría de activismo).
- (2) Activismo LGTB, con 87 *verbatim* (31,29% de la categoría de activismo).
- (3) Activismo VIH, con 5 *verbatim* (1,79% de la categoría de activismo).

1.1. Visibilidad, sensibilización y normalización del colectivo LGTB

La visibilidad, sensibilización y normalización del colectivo LGTB ha sido la aportación más mencionada con 186 *verbatim* (66,90%), por ello, se ha creado una subcategoría específica para reflejar este resultado. Visibilizar la propia orientación sexual o identidad de género, en el caso de personas LGTB, tiene efectos de mejora sobre la situación del colectivo en general en tanto que se contribuye a que otras personas normalicen el contacto con personas LGTB y, en consecuencia, se disminuyan las situaciones de discriminación que podrían darse por falta de sensibilización. Por ello, se considera una manera más de ejercer el activismo, ya que defiende los derechos de un colectivo y propicia un cambio social a través de la acción. Algunos *verbatim* destacables son los siguientes:

“Hablar con total normalidad de mi situación casada con una mujer, sin dar mayor importancia. Como hacen los heteros al hablar de sus familias” (mujer lesbiana, 55 años).

“Solamente ser visible” (hombre trans, 48 años).

“Nuestra visibilidad y existencia en el pueblo” (persona trans de género no binario/fluido lesbiana, 46 años).

1.2. Activismo LGTB

Otras personas mencionaron el activismo por los derechos de las personas LGTB de manera genérica, sin concretar las acciones o comportamientos a través de los cuales se ejercía, o bien hicieron referencia a otras acciones concretas como puede ser la contribución al desarrollo de legislación igualitaria. Algunos ejemplos son:

“Contribuir aportando en la Ley de Diversidad Sexual y Derechos LGBTI de Castilla La Mancha y seguir peleando derechos día a día” (mujer lesbiana, 70 años).

“He sido activista durante casi 30 años - no actualmente - y eso me ha permitido trabajar en multitud de ámbitos relacionados con los derechos de las personas LGBTI” (hombre gay, 58 años).

“Hace 23 años que soy activista LGBTI y he contribuido en la lucha por el derecho al matrimonio igualitario o las leyes autonómicas, entre otros” (mujer lesbiana, 55 años).

1.3. Activismo VIH

Por último, también se dieron casos en los que se hizo referencia al activismo por los derechos de las personas con VIH como una aportación a la mejora de la situación del colectivo LGTB. Esto puede deberse a que, especialmente durante la década de los 80-90 en España, pero también en la actualidad, muchas personas LGTB se han visto afectadas, directa o indirectamente, por el VIH. Algunas citas de esta subcategoría son:

“Activismo desde 1979. Visibilización desde puestos de responsabilidad. Lucha contra la estigmatización de las personas que viven con el VIH” (mujer lesbiana, 63 años).

“Luchar por la vihsibilidad” (hombre gay, 57 años).

2. Participación o creación de espacios LGTB

La segunda aportación para la mejora de la situación del colectivo LGTB más mencionada, con 67 *verbatim* (12,29%), ha sido la participación o creación de espacios LGTB. Esta categoría se ha dividido en dos subcategorías: (1) participación en entidades LGTB y (2) creación de espacios LGTB. A continuación, se presentan cada una de ellas.

2.1. Participación en entidades LGTB

Con 44 *verbatim* (65,67% del total de la categoría), se encuentra la participación en entidades LGTB, tales como asociaciones o fundaciones, ya sea a través del voluntariado, el asociacionismo, la participación puntual o el desarrollo de puestos de responsabilidad:

“Voluntariado durante 5 años en diversas asociaciones LGBTIQA+” (hombre gay, 46 años).

“Participar en eventos organizados por Fundación Triángulo” (mujer lesbiana, 48 años).

“Soy socio de una entidad cultural y de ocio (GAG) Grup d'Amics Gais” (hombre gay, 68 años).

2.2. Creación de espacios LGTB

En segundo lugar, con 23 *verbatim* (34,33% de la categoría) se destaca la creación de espacios LGTB, donde los espacios más mencionados han sido organizaciones no gubernamentales como asociaciones o fundaciones. También se ha hecho referencia a la creación de espacios de ocio, culturales u otros, tales como: bares, pubs, museos, espacios en centros educativos, clubs deportivos, espacios online, grupos para hombres mayores gais, recursos residenciales para mayores LGTB, consejos municipales LGTB o grupos de empleados/as LGTB. Algunas citas que se pueden destacar son las siguientes:

“Fundar LGTBora en el 2018... y en el 2021 cuando ya caminaba sola la asociación di un paso atrás para que otrxs más jóvenes siguieran con el legado” (mujer bisexual, 49 años).

“Fundar la primera asociación de docentes a nivel estatal que trabajamos la diversidad sexogenérica en las aulas” (mujer lesbiana, 48 años).

“Sí, ser una de las creadoras del Colectivo de Lesbianas Feministas de Gipuzkoa en los años 80” (mujer lesbiana, 63 años).

3. Investigación y formación en temáticas LGTB

La tercera aportación más mencionada, con 37 *verbatim* (6,79%), es la investigación y formación en temáticas LGTB. Esta categoría comprende principalmente el estudio y divulgación de información sobre diversidad sexual y de género o historia del colectivo LGTB. La difusión de esta información se ha dado principalmente a alumnado a través de centros educativos como institutos o universidades, pero también a profesionales, a personas cercanas o a la población en general. Aunque generalmente se ha aludido a la divulgación a

través de la comunicación oral, también se ha mencionado la divulgación a través de publicación de libros, en algún caso autobiográfico, tesis doctorales o artículos científicos:

“Sí, dando charlas en institutos sobre transexualidad” (mujer trans lesbiana, 51 años).

“Enseñanza a nivel universitario de la historia, la teoría y la cultura del colectivo LGBTQI+ en España y Latinoamérica. También he participado en el activismo queer desde los 25 años” (mujer lesbiana, 57 años).

“A través de la realización de charlas sobre diversidad, he contribuido al mejor conocimiento sobre las realidades del colectivo LGBTQ. Con el desarrollo de actividades culturales, he ayudado a otras personas a re-conocerse y sentirse cómodas consigo mismas y en su entorno” (mujer lesbiana, 54 años).

Con este tipo de respuestas se destaca también el sentimiento de conexión o de comunidad LGTB, es decir, la preocupación por ayudar a todas las identidades que conforman el colectivo. Por ejemplo, una mujer lesbiana de 65 años aportó la siguiente cita:

“Informarme (intersexualidad, ley trans... leyendo y asistiendo a charlas impartidas por colectivos trans, intersexuales... y LGTBIAQ+ en general. Leyendo sobre la situación del colectivo en otros países) (...). Asistir a concentraciones (muerte de Samuel), manifestaciones (a favor ley trans, día del orgullo...). Manifestar mi desacuerdo cuando alguien de mi entorno hace algún comentario, chiste, afirmación... discriminatorio/a hacia el colectivo LGTBIAQ+ o hacia parte del mismo” (mujer lesbiana, 65 años).

4. Apoyo a otras personas vinculadas con el colectivo LGTB

Recordemos que la ayuda o apoyo a otras personas, especialmente LGTB, fue la categoría más mencionada en la primera pregunta, referente a las contribuciones realizadas a otras personas, con un total de 255 *verbatim* (46,28%). En esta segunda pregunta, es decir, en cuanto a las aportaciones para la mejora de la situación del colectivo LGTB, también ha sido otra de las categorías que han aparecido, a pesar de que lo ha hecho con una frecuencia más reducida, con 28 *verbatim* (5,14%).

En este caso, únicamente se ha hecho referencia al apoyo de tipo emocional o instrumental, en ningún caso se ha hecho alusión a apoyo económico o material. En la

mayoría de casos, se ha mencionado la ayuda a otras personas LGTB, pero en algunos casos también se ha mencionado la ayuda a personas con VIH, personas que trabajan en el sexo o a familiares de personas LGTB. Algunos ejemplos podrían ser:

“Acompañar a amig@s en su aceptación y normalización de VIH+” (hombre gay, 46 años).

“Acompañamiento y orientación a personas trans para iniciar su transición hace 15 años” (mujer trans lesbiana, 49 años).

“Fortalecer el vínculo y aceptación por parte de los familiares de personas LGTB y a ellos con su propia identidad” (hombre gay, 51 años).

5. Ser referente, modelo de rol

Con 7 *verbatim* (1,28%) se encuentra la categoría de ser referente, modelo de rol. Hay personas que consideran que sus aportaciones a la mejora de la situación del colectivo LGTB han sido constituirse como referentes LGTB positivos que pueden ayudar a otras personas a verse reflejadas o a conocer que otras realidades son posibles:

“Tal vez el demostrar que se puede estar en una relación de larga duración y ser visible, y que no necesariamente hay que cumplir con la heteronormatividad” (hombre gay, 45 años).

“Ser un buen ejemplo de aceptación por el entorno en una vivencia con mi pareja desde el año 90” (mujer lesbiana, 55 años).

“Generar redes y referentes de mujeres LBT+” (mujer lesbiana, 47 años).

7. Ejercer el derecho al matrimonio igualitario

Por último, un total de cinco hombres gais mencionaron haber ejercido su derecho al matrimonio igualitario como aportación a la mejora de la situación del colectivo LGTB. Los hombres que ofrecieron estas respuestas, seguramente, consideraron que sus actos individuales como es ejercer el matrimonio, tenían también una repercusión colectiva, en tanto que son visibles para el resto de la sociedad y ayudan a visibilizar, normalizar y generar

referentes para otras personas. También es coherente que las generaciones que vivieron la época en la que no estaba permitido legalmente tengan más en cuenta este factor que las generaciones actuales. Por ejemplo:

“Sí, casarme en octubre del 2005 en mi pueblo natal” (hombre gay, 59 años).

“Ejercer mi derecho al matrimonio homosexual” (hombre gay, 61 años).

8. Ninguna, poco, no lo sé

Algunas personas, con 123 *verbatim* (22,57%), indicaron no haber aportado nada, poco, o menos de lo que hubieran querido a la mejora de la situación del colectivo LGTB. Así como también algunas personas mencionaron no tener conocimiento de las aportaciones que podrían haber realizado. Algunas justificaciones a este tipo de respuestas fueron:

“Tan solo no ocultarlo, que creo que es demasiado poco con lo que podría haber aportado de estar más implicado y no he hecho siempre por el trabajo (o es la excusa que yo me he montado para no tener tanto cargo de conciencia) en el colectivo LGTB” (hombre gay, 68 años).

“No mucho, soy una persona intersex y reconozco que hasta hace muy poco lo ocultaba, en parte sigo haciéndolo en casi todos los ámbitos” (persona trans de género no binario/fluido, 45 años).

“Poco, debería haber hecho más” (hombre gay, 60 años).

Por lo tanto, estas respuestas pueden deberse a la falta de interés o de sentimiento de conexión con la comunidad LGTB, o más bien a una concepción limitada de lo que puede ser realizar aportaciones colectivas, ya que, muchas veces, éstas pueden realizarse a través de actos individuales de manera inconsciente. Por ejemplo, otras personas participantes ofrecieron respuestas que hacían referencia a actos individuales que, en principio, no tendrían por qué destacarse como una aportación colectiva, y que, en el caso de personas cisgénero y heterosexuales, no tendrían ningún interés ni repercusión a nivel social. Sin embargo, al tratarse de personas LGTB, y darse en el contexto de desigualdad en el que viven, estos actos pueden considerarse incluso revolucionarios. Por ejemplo, se han mencionado

Estos resultados concuerdan con que la aportación más mencionada haya sido el activismo con 278 *verbatim* (51,01%), que defiende los derechos de las personas o del colectivo LGTB, especialmente a través de la visibilidad, pero también mediante la participación en actos como manifestaciones.

Tras el análisis de las aportaciones a la mejora de la situación del colectivo LGTB, se da paso a presentar los resultados de la última pregunta abierta sobre generatividad y contribución social, que hace alusión a los aprendizajes que las personas más jóvenes podrían adquirir de la experiencia de las personas participantes. De manera más concreta, la pregunta abierta que se planteó fue: “¿Qué podrían aprender las personas más jóvenes de su experiencia?”

A través del análisis de las respuestas obtenidas, se destacaron las siguientes categorías:

- (1) Defensa de los derechos LGTB.
- (2) Experiencias personales y referentes.
- (3) Habilidades socioemocionales y valores.
- (4) Las personas más jóvenes me enseñan a mí.
- (5) Memoria histórica LGTB.
- (6) No repetir errores.
- (7) Sentimiento de comunidad LGTB.
- (8) Nada, poco, no lo sé.

En la tabla 31 se presenta, de mayor a menor, la frecuencia de citación de cada categoría. Seguidamente, tal y como se ha hecho en las preguntas anteriores, se dará paso al análisis más pormenorizado de cada categoría y, en su caso, subcategorías en las que se divide.

Tabla 31*Aprendizajes para las personas más jóvenes*

Aprendizajes para las personas más jóvenes	Número de citas
Habilidades socioemocionales y valores	283 (57,87%)
Defensa de los derechos LGTB	58 (11,86%)
Nada, poco, no lo sé	48 (9,82%)
Experiencias personales y referentes	46 (9,41%)
Memoria histórica LGTB	28 (5,73%)
No repetir errores	11 (2,25%)
Sentimiento de comunidad LGTB	8 (1,64%)
Las personas más jóvenes me enseñan a mí	7 (1,43%)
Total	489 (100%)

Como se puede observar en la tabla 31, la categoría claramente más mencionada ha sido las habilidades socioemocionales y valores con 283 *verbatim*, representando el 57,87% de las respuestas a esta pregunta. Seguidamente, aunque con cifras bastante menores, se encuentra la defensa de los derechos LGTB con 58 *verbatim* (11,86%) o las experiencias personales y referentes con 46 *verbatim* (9,41%).

De la misma manera que ocurrió en las preguntas anteriores, un porcentaje considerable (9,82%), con 48 *verbatim*, respondió “nada, poco o no lo sé”. Puesto que esta categoría se ha repetido en todas las preguntas, cabe destacar que, en comparación con la pregunta anterior, que hacía referencia a las aportaciones al colectivo LGTB, el número de *verbatim* que recogió la categoría “nada, poco, no lo sé” fue mucho más reducido, 123 *verbatim* (22,57%) en la pregunta dos, frente a 48 *verbatim* (9,82%) en la presente pregunta. Si se compara con la frecuencia de la pregunta uno, referente a las contribuciones a otras personas, el porcentaje sí que sería algo mayor, siendo 26 *verbatim* (4,72%) en la pregunta uno, frente a 48 *verbatim* (9,82%) en la presente pregunta.

Esta comparativa nos indica que el número de participantes que consideran no hacer contribuciones al colectivo LGTB, o tener dificultad para concretarlas, es mayor que el que considera no poder aportar aprendizajes para las personas más jóvenes, así como éste último es mayor que el que considera no hacer contribuciones hacia otras personas en general. Este resultado puede deberse a que, a más amplio es el colectivo por el que se pregunta, más fácil es haber hecho y saber detectar las contribuciones al mismo.

1. Habilidades socioemocionales y valores

Se entiende por habilidades socioemocionales aquellas herramientas que permiten a las personas entender y regular sus emociones, desarrollar relaciones positivas, tomar decisiones responsables o alcanzar las propias metas personales. Los valores comprenden los principios por los que se rige una persona, un grupo o una sociedad, son conceptos abstractos, pero se manifiestan en cualidades y actitudes que desarrollan las personas.

Esta ha sido la categoría más mencionada por las personas participantes, con una diferencia muy significativa en comparación al resto de categorías, ya que representa más de la mitad de las respuestas que se han categorizado (283 *verbatim* – 57,87%). Por ello, se ha podido dividir en diferentes subcategorías, pues muchas personas coincidieron en qué habilidades o valores concretos podrían aprender las personas más jóvenes de su experiencia.

A continuación, en la tabla 32 se presentan estas subcategorías y la frecuencia de citación de cada una de ellas. De este dato cabe destacar que, de nuevo, enfatiza la especial importancia que las personas participantes otorgan al ámbito emocional y social, por encima de otros ámbitos como podrían haber sido habilidades de tipo más instrumental para realizar tareas concretas o conocimientos de tipo más académico.

Tabla 32*Subcategorías de habilidades socioemocionales y valores*

Subcategorías de habilidades socioemocionales y valores	Número de citas
Aceptación y amor propio	66 (23,32%)
Otras habilidades socioemocionales	61 (21,55%)
Otros valores humanos	55 (19,43%)
Respeto y tolerancia	33 (11,66%)
Paciencia, perseverancia y calma	21 (7,42%)
Resiliencia y fortaleza	21 (7,42%)
Empatía	15 (5,30%)
Actitud positiva frente a la vida	11 (3,89%)
Total	283 (100%)

Para analizar más detalladamente cada una de estas subcategorías, se procede a presentar una breve definición de su contenido, así como algún *verbatim* representativo.

1.1. Aceptación y amor propio

La respuesta más repetida de esta categoría, con 66 *verbatim* (23,32% del total de la categoría), hace referencia a aprender a aceptarse, quererse, valorarse y respetarse a uno/a mismo/a, especialmente haciendo referencia a no ocultar la orientación sexual o identidad de género. También se ha hecho referencia a sentir seguridad, confianza, amor propio y orgullo; actuar libremente y de manera natural; y vencer el miedo al rechazo, la vergüenza o la homofobia interiorizada. Algunas personas también matizaron que la libertad debía ejercerse siempre dentro de un orden y respeto hacia las demás personas con las que se convive. Algunos ejemplos de esta categoría son los siguientes:

“Aceptar tu propia condición sexual de manera natural” (hombre gay, 63 años).

“La barrera mayor y primera que hay que derribar es la de nuestros miedos a ser quienes somos” (mujer lesbiana, 63 años).

“A ser uno mismo sin pedir permiso. Y que estamos cargados de obligaciones y comportamientos heredados de los que nos tenemos que despojar. Y que nunca es tarde para ser uno mismo” (hombre gay, 48 años).

1.2. Otras habilidades socioemocionales

Dentro de esta subcategoría se incluyeron respuestas que mencionaban habilidades referentes a técnicas de comunicación, de gestión de las emociones, de manejo de las relaciones sociales, de toma de decisiones o de afrontamiento de las situaciones difíciles. De manera más concreta, algunos ejemplos que se mencionaron fueron los siguientes: la reflexión, la formación de un criterio propio, el pensamiento crítico, la autonomía, el sentido común, el equilibrio, la prudencia, la planificación, la no procrastinación, la aceptación del contexto, el autocontrol, la capacidad de relativizar las situaciones de la vida, la espontaneidad, la naturalidad o la creatividad. Todas estas respuestas representaron un total de 61 *verbatim* (21,55%). Algunos ejemplos destacables son:

“No dejar para el último momento asuntos muy importantes en su vida” (hombre trans, 48 años).

“Técnicas de comunicación para convencer a personas, cambiar leyes y de gestión de las propias emociones” (hombre gay, 59 años).

“La importancia de tomar decisiones desde la autonomía” (mujer lesbiana, 50 años).

1.3. Otros valores humanos

Dentro de la subcategoría de otros valores humanos, en la cual se incluyeron un total de 55 *verbatim* (19,43%), se destacaron respuestas que hacían referencia a valores como la sinceridad, la solidaridad, el funcionamiento democrático, la generosidad, la honestidad, la diversidad, la igualdad, la humildad, la lealtad, el compromiso, la responsabilidad, el altruismo, la integridad, la sororidad o la amabilidad. En varias ocasiones, se matizó que mostrar valores relacionados con dar un buen trato a los demás, generaba recibirlo de vuelta. Algunos ejemplos que se pueden destacar son:

“La importancia de ser buenas personas. Tener un buen corazón de forma honesta” (mujer bisexual, 47 años).

“Lo que va, viene. Sé amable con el mundo y con todas las personas” (hombre gay, 55 años).

“Ser una persona íntegra” (hombre gay, 64 años).

1.4. Respeto y tolerancia

La importancia del respeto hacia los demás ha sido una constante en una gran cantidad de las respuestas que se han ofrecido en todas las preguntas abiertas, por lo que se puede concluir que es un aspecto de gran relevancia para las personas participantes.

En esta ocasión, con un total de 33 *verbatim* (11,66%), se ha hecho referencia no solo al respeto a cualquier persona, sino también haciendo una mención especial al respeto a aquellas personas que han mostrado una falta de aceptación hacia las personas LGTB. La importancia que le dan las personas participantes al respeto a los demás se ha justificado o bien porque consideran que es la única o la mejor manera de recibirlo de vuelta; por la mayor sensibilización hacia el sufrimiento que produce el haber vivido situaciones de falta de respeto; o bien porque consideran que es un aspecto que las personas más jóvenes pueden o deben aprender especialmente de las más mayores. Algunos ejemplos son:

“Tranquilidad y respeto por los que no nos han aceptado” (mujer lesbiana, 55 años).

“No tener miedo y estar orgullosos de ser quien son, siempre respetar para ser respetad@” (mujer bisexual, 51 años).

“Luchar con respeto” (mujer trans, 56 años).

1.5. Paciencia, perseverancia, calma

La paciencia, perseverancia, calma, tranquilidad, serenidad, templanza o constancia han sido otras de las palabras que se han repetido en las respuestas a esta pregunta con 21 *verbatim* (7,42%).

Esto coincide con la necesidad de refuerzo inmediato que impera en la sociedad actual, generando un aumento de la impulsividad o la impaciencia en las generaciones más jóvenes, en comparación con las más mayores. Por ejemplo:

“Que la paciencia y la constancia son el remedio de la incompetencia” (hombre gay, 50 años).

“Paciencia y perseverancia” (mujer trans lesbiana, 49 años).

“Constancia, firmeza, paciente, no todo se consigue al toque” (mujer bisexual, 49 años).

1.6. Resiliencia y fortaleza

Con la misma frecuencia que la subcategoría anterior, 21 *verbatim* (7,42%), se hizo mención a la resiliencia, fortaleza, resistencia, lucha ante las adversidades, instinto de superación y a la importancia de no rendirse. A modo de ejemplo:

“La capacidad de resiliencia” (hombre gay, 55 años).

“A tener la fuerza y la valentía suficiente para recopilar todas sus herramientas personales y vivir una vida plena y libre” (mujer lesbiana, 47 años).

“Afrontar las épocas adversas de gobiernos conservadores. Enfrentamientos diarios, resiliencia” (mujer lesbiana 57 años).

1.7. Empatía

La empatía se mencionó un total de 15 veces, representando el 5,30% de la categoría. Del mismo modo que ocurría en el caso del respeto, algunas personas especificaron que tener empatía hacia otras personas es la manera de conseguir una respuesta empática de vuelta. Algunas citas representativas son:

“Que solo siendo respetuosos y empáticos podemos conseguir del resto de la sociedad dicho respeto y dicha empatía ante las situaciones que no son tan frecuentes como nuestros modelos familiares o de pareja” (hombre gay, 47 años).

“Empatizar más” (mujer trans lesbiana, 51 años).

1.8. Actitud positiva frente a la vida

Por último, la actitud positiva frente a la vida también se mencionó en un total de 11 *verbatim* (3,89% del total de la categoría), haciendo referencia a la positividad, la felicidad, la alegría, la ilusión, la vitalidad, el optimismo o la esperanza. Por ejemplo:

“Mi felicidad, el dar a las cosas el valor justo” (hombre gay, 46 años).

“El empoderamiento y la alegría de vivir como lesbiana” (mujer lesbiana, 59 años).

“Mi vitalidad, pasión y positividad” (hombre gay, 50 años).

Una vez expuestas todas las subcategorías de habilidades socioemocionales y valores, se presenta la segunda categoría más mencionada: defensa de los derechos LGTB.

2. Defensa de los derechos LGTB

En un total de 58 *verbatim* (11,86%) se hizo referencia a que las personas más jóvenes podían aprender de la experiencia de las personas participantes diferentes maneras de defender los derechos de las personas LGTB, así como la importancia, el valor y la necesidad de hacerlo, ya que consideran que los derechos conseguidos pueden peligrar si no se trabaja por mantenerlos. En varias ocasiones también hicieron referencia a los derechos sociales o derechos humanos en general, no solamente en relación a las personas LGTB.

“A valorar los logros del colectivo y seguir trabajando por ellos dando información sobre los peligros que conllevaba ser lesbiana en tiempos de Franco y del comienzo de la transición” (mujer lesbiana, 65 años).

“Que los derechos conseguidos hay que mimarlos y mantenerlos, sin perder de vista las tendencias sociales que los amenazan, ni los movimientos políticos que los pueden hacer peligrar” (mujer lesbiana, 55 años).

“Que los derechos se conquistan. Que, aunque las leyes existen, hay que hacerlas cumplir. Que los derechos humanos son incuestionables” (mujer bisexual, 48 años).

3. Experiencias personales y referentes

En cuarto lugar, con 46 *verbatim* (9,41%), se hizo referencia a que lo que podían aprender las personas más jóvenes de su experiencia era precisamente eso, experiencias personales y vitales concretas, ya que éstas siempre van a mostrar singularidades o diferencias a las del resto de personas. En ocasiones, se hizo referencia a que conocer estas experiencias podría servir también para contar con referentes LGTB. Constituirse como referentes ha sido una categoría que, aunque no con una frecuencia muy elevada, ha aparecido en las respuestas a las tres preguntas abiertas que se han realizado sobre generatividad y contribución social. Algunas de las experiencias destacadas fueron la vivencia del VIH en primera persona, experiencias positivas de éxito, o maneras de sobrellevar situaciones vitales difíciles. Algunos ejemplos son:

“He superado el SIDA y vivo fuera del armario sin especiales problemas. Y me río de casi todo” (hombre gay, 61 años).

“Que es possible mantindre una vida plena i significativa sent un home gai major. I mantindre una parella durant més de 45 anys” (hombre gay, 69 años).

“En el aspecto LGTB, puede ser mi experiencia de cómo sobrellevé el tema de la desaprobación familiar de mi opción sexual” (hombre gay, 49 años).

4. Memoria histórica LGTB

Una de las respuestas más esperadas se encuentra en el quinto lugar con 28 *verbatim* (5,73%), y hace referencia a la memoria histórica LGTB, es decir, a la información relativa a la situación política y social de las personas LGTB que vivían en España en el pasado, a cómo lo vivieron y al proceso de adquisición de los derechos con los que se cuenta en la actualidad. Algunas personas hicieron referencia a la importancia de conocer este pasado, no solo para valorarlo o entenderlo, sino también para comprender mejor el presente y evitar que puedan volver a darse situaciones similares en el futuro. Por ejemplo:

“La dureza de antes para visibilizarse como persona trans” (mujer trans, 77 años).

“La historia del movimiento LGTBIQ” (hombre gay, 50 años).

“La memoria, conocer el pasado es indispensable para entender el presente” (hombre gay, 46 años).

5. No repetir errores

A pesar de que muchas personas afirmaron mostrarse como ejemplo a seguir por sus cualidades positivas o vivencias de éxito, también se dieron casos en los que se indicó que lo que las personas más jóvenes podían aprender de su experiencia es a no repetir los mismos errores o no actuar de la misma manera (11 *verbatim*, 2,25%). Por ejemplo:

“Supongo que evitar errores que he cometido” (mujer trans lesbiana, 56 años).

“A no actuar como yo he hecho” (hombre gay, 63 años).

“De mis errores” (mujer trans, 58 años).

6. Sentimiento de comunidad LGTB

En séptimo lugar, con 8 *verbatim* (1,64%), algunas personas mencionaron que lo que las personas más jóvenes podrían aprender de su experiencia era el sentimiento de comunidad, colectividad o unidad LGTB, así como el compromiso y apoyo mutuo entre las personas LGTB. La importancia de este factor se argumentó destacando que la adquisición de algunos derechos comunes únicamente podría realizarse desde esta unión, y no de manera individual, es decir, argumentando que la unión hace la fuerza. Por ejemplo:

“Apoyo, solidaridad, compromiso entre personas LGTB” (mujer lesbiana, 51 años).

“La resiliencia, la constancia, luchar por una misma y por lo cree. Compromiso hacia el colectivo LGTBI+” (mujer trans bisexual, 61 años).

“Que es muy importante buscar o crear comunidad y apoyarse para seguir luchando por nuestros derechos y libertades” (mujer lesbiana, 51 años).

7. Las personas más jóvenes me enseñan a mí

Por último, una respuesta menos frecuente, pero que se repitió en un total de 7 *verbatim* (1,43%), y que se puede considerar de especial interés porque contrasta con las respuestas mayoritarias, hace alusión a que algunas personas participantes mencionaron que el aprendizaje se daba de manera inversa, es decir, que eran las personas más mayores las que aprendían de las personas más jóvenes. Este tipo de respuestas se argumentaron destacando principalmente la naturalidad que poseen las personas más jóvenes por el hecho de haber vivido en un ambiente más igualitario y respetuoso hacia las personas LGTB.

“Creo que es al revés, mi generación tiene más que aprender de su soltura” (mujer bisexual, 46 años).

“No sé. Realmente creo que l@s jóvenes tienen mucho que enseñarme a mí porque ya han crecido en un ambiente más normalizado” (hombre gay, 52 años).

“Que nunca es tarde. Aunque creo que aprendo yo mucho más de ellas” (hombre trans, 52 años).

8. Nada, poco, no lo sé

Con un total de 48 *verbatim* (9,82%), se encuentra la categoría que hace referencia a aquellas citas que indicaron que las personas más jóvenes no podían aprender nada, o que podían aprender poco, de la experiencia de las personas participantes. Las personas que justificaron su respuesta aportaron argumentos como que habían vivido su orientación sexual de manera oculta, que su experiencia no mostraba diferencias significativas a la de cualquier otra persona, o bien que no tenían intención de ser ejemplo para nadie. Algunas citas que muestran estos casos son las siguientes:

“Muy poco, todavía no he normalizado en mi vida mi orientación sexual” (mujer lesbiana, 52 años).

“No creo que mi experiencia haya sido diferente a la de otras muchas personas” (mujer bisexual, 45 años).

“No quiero ser ejemplo para nadie” (hombre gay, 56 años).

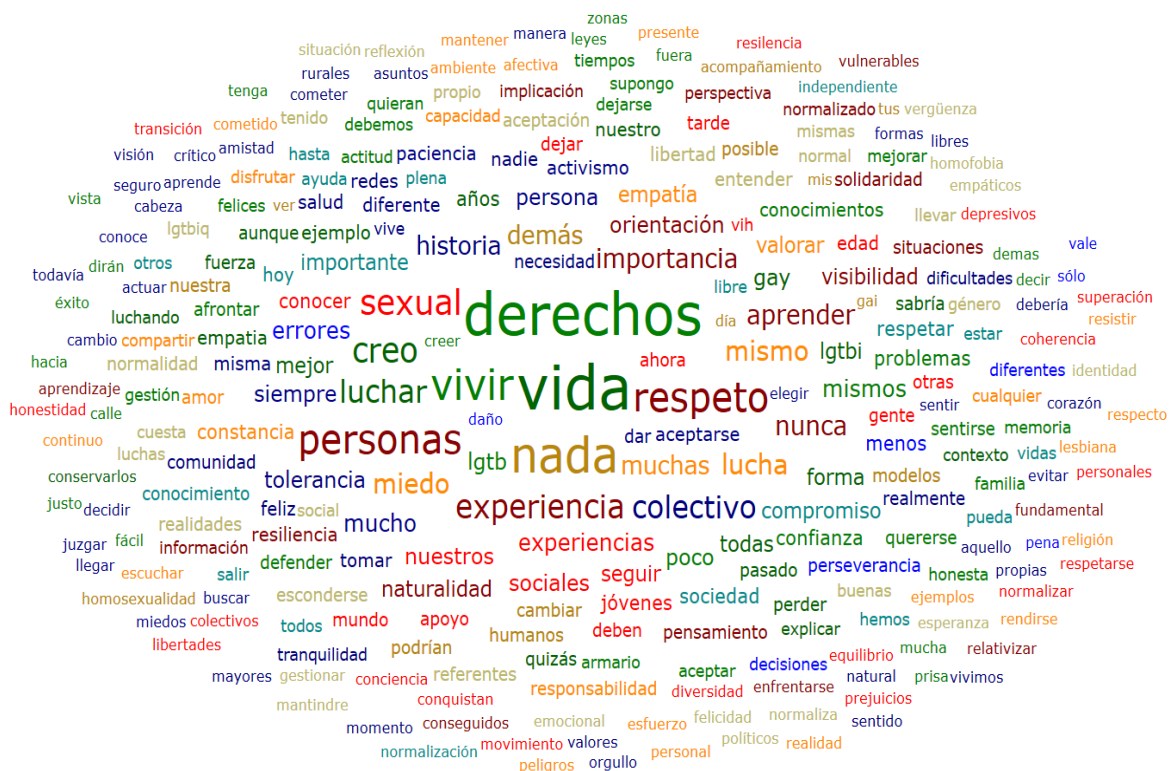
En ocasiones, también se indicó que simplemente se ignoraba la respuesta a la pregunta, de manera que, si las personas jóvenes podrían aprender algo de su experiencia, no eran conscientes o no eran capaces de concretar el qué. A modo de ejemplo, puede destacarse la siguiente respuesta:

“Lo ignoro” (hombre gay, 72 años).

Una vez expuestas todas las categorías en las que se han clasificado las respuestas a esta pregunta, para finalizar su análisis, en la figura 10 se muestra la nube de palabras realizada con el programa informático Atlas.ti 8, que muestra las palabras que más se han repetido en las respuestas obtenidas para esta pregunta.

Figura 10

Nube de palabras de los aprendizajes de las personas más jóvenes



Las palabras más repetidas en las respuestas a esta pregunta han sido: vida (39 veces), derechos (37 veces), nada (29 veces), respeto (22 veces), personas (22 veces), colectivo (15 veces), luchar (15 veces), lucha (12 veces) y miedo (12 veces).

Las palabras “vida”, “respeto” y “miedo” pueden hacer referencia a la categoría más mencionada, las habilidades socioemocionales y valores, en tanto que las personas participantes las han definido como habilidades para afrontar la vida, destacando especialmente el no tener miedo a ser libre o al rechazo, y la importancia del respeto hacia las demás personas para recibir el mismo respeto de vuelta.

Las palabras “derechos”, “personas”, “colectivo”, “luchar” y “lucha” pueden reflejar la importancia de la defensa de los derechos LGTB, destacada como la segunda categoría más mencionada, así como otras menos mencionadas como la memoria histórica LGTB o el sentimiento de comunidad LGTB.

Por último, la palabra “nada” es probable que coincida con las respuestas de la tercera categoría más mencionada, que alude a que las personas más jóvenes no pueden aprender nada o casi nada de su experiencia.

Una vez expuestos todos los resultados sobre generatividad, se da paso a presentar los resultados obtenidos para el último recurso psicosocial interno: la satisfacción con la vida.

6.2.2. Satisfacción con la vida

La puntuación media obtenida para la satisfacción con la vida entre las personas participantes, en una escala del 1 al 10, siendo 10 la mayor satisfacción, ha sido de 7,48.

Satisfacción con la vida como variable dependiente

Para estudiar la relación de la satisfacción con la vida con las demás variables incluidas en el estudio se realizó una regresión lineal múltiple, donde la variable dependiente era la satisfacción con la vida, y las variables predictoras eran los factores sociodemográficos, los estresores sociales, los recursos psicosociales y el bienestar psicológico (véase tabla 33).

Como resultado, se obtiene que el sentimiento de soledad, estado de salud percibido y apoyo social actúan como variables predictoras de la satisfacción con la vida ($F(18,500)=19.39$; $p<.001$). El valor de la R^2 es de .41, indicando que un 41% de la variabilidad de la satisfacción con la vida puede ser explicada por las variables incluidas.

Tabla 33*Regresión lineal de la satisfacción con la vida como variable dependiente*

Variable predictora	B	β	t	P
Edad	.004	.018	.460	.646
Género	.088	.027	.648	.517
Orientación sexual	-.042	-.023	-.487	.627
Identidad de género	.108	.013	.334	.738
Comunidad Autónoma	.021	.051	1.45	.147
Ámbito rural o urbano	-.383	-.065	-1.86	.063
Hijos/as	-.203	-.053	-1.38	.169
Nivel de estudios	.055	.021	.568	.570
Situación laboral	.055	.037	.883	.378
Frecuencia de discriminación	.145	.060	1.63	.103
Sentimiento de soledad	-.820	-.314	-7.14	<.001
Estado de salud percibido	.187	.186	4.82	<.001
Preocupación generativa	.253	.105	2.69	.007
Participación social	-.135	-.042	-1.16	.247
Recursos económicos	.215	.129	3.04	.002
Apoyo social	.276	.180	4.21	<.001
Bienestar psicológico	.015	.005	.128	.898

Variable dependiente: satisfacción con la vida

A continuación, se realizaron pruebas ANOVA para establecer cuáles eran las diferencias entre grupos. En cuanto a la influencia del sentimiento de soledad en la satisfacción con la vida, a través de la Prueba de igualdad de Levene de varianzas de error se observó que no se cumplía el supuesto de homogeneidad entre varianzas ($p < .001$). Por este motivo, se realizó una Prueba de Welch, cuyas pruebas robustas de igualdad de medias mostraron que $p < .001$, es decir, que existen diferencias entre las medias de los grupos. A través de los estadísticos descriptivos obtenidos, se puede observar que, a medida que aumenta el sentimiento de soledad, disminuye la satisfacción con la vida (rango 1-10).

Tabla 34

Medias de satisfacción con la vida en función del sentimiento de soledad

	Soledad	Media	Desv. estándar	N
Satisfacción con la vida	Soledad baja	8,12	1,050	267
	Soledad media	7,18	1,540	196
	Soledad alta	5,50	1,991	56
	Total	7,48	1,596	519

En cuanto a la influencia del estado de salud percibido en la satisfacción con la vida, la Prueba de igualdad de Levene de varianzas de error mostró que no se cumplía el supuesto de homogeneidad entre varianzas ($p < .001$). Por este motivo, se realizó una Prueba de Welch, cuyas pruebas robustas de igualdad de medias mostraron que $p < .001$, es decir, que existen diferencias entre las medias de los grupos. Los estadísticos descriptivos muestran que, a medida que aumenta el estado de salud percibido, aumenta la satisfacción con la vida. Para este análisis, las medias obtenidas en el estado de salud percibido se han agrupado en 5 grupos: estado de salud muy bajo (1-2), estado de salud bajo (3-4), estado de salud medio (5-6), estado de salud alto (7-8) y estado de salud muy alto (9-10).

Tabla 35

Medias de satisfacción con la vida en función del estado de salud percibido

	Estado de salud percibido	Media	Desv. estándar	N
Satisfacción con la vida	Estado de salud muy bajo	6,33	4,041	3
	Estado de salud bajo	6,39	2,200	18
	Estado de salud medio	6,51	1,847	65
	Estado de salud alto	7,42	1,389	262
	Estado de salud muy alto	8,08	1,399	171
	Total	7,48	1,596	519

Por último, en cuanto a la influencia del apoyo social en la satisfacción con la vida, a través de la Prueba de igualdad de Levene de varianzas de error, se observó que no se cumplía el supuesto de homogeneidad entre varianzas ($p < .001$). Por este motivo, se realizó una Prueba de Welch, cuyas pruebas robustas de igualdad de medias mostraron que $p < .001$, por lo que se concluye que existen diferencias entre las medias de los grupos. En cuanto a los estadísticos descriptivos, éstos muestran que, a mayor es el nivel de apoyo social, mayor es la satisfacción con la vida (ver tabla 36).

Tabla 36

Medias de satisfacción con la vida en función del apoyo social

	Apoyo social	Media	Desv. estándar	N
Satisfacción con la vida	Apoyo social bajo	6,10	2,018	98
	Apoyo social medio	7,70	1,326	341
	Apoyo social alto	8,23	1,006	80
	Total	7,48	1,596	519

Una vez presentados los resultados de la satisfacción con la vida como variable dependiente, a continuación, se da paso al análisis de la satisfacción con la vida como variable independiente.

Satisfacción con la vida como variable independiente

A través de diferentes regresiones lineales, se obtuvo que la satisfacción con la vida predecía el apoyo social, el sentimiento de soledad y el estado de salud percibido. Por ello, se realizaron pruebas MANOVA para conocer cuáles eran las diferencias entre grupos. Para las pruebas multivariante, se utilizará la Traza de Pillai debido a que $p < .005$ en la prueba de Box de la igualdad de matrices de covarianzas (tabla 37). El valor de la Traza de Pillai es .375, el cual está asociado a un valor de $F(12,1542)=18,333$, $p = < .001$, $\eta^2 = .125$.

Por lo tanto, el tamaño del efecto muestra que la capacidad explicativa de la satisfacción con la vida es un 12,5% de la variabilidad del conjunto de las variables dependientes incluidas (ver tabla 38).

Tabla 37

Prueba de Box de la igualdad de matrices de covarianzas de la satisfacción con la vida como variable independiente

M de Box	51,199
F	1,913
gl1	24
gl2	1326,538
Sig.	,005

Tabla 38

Pruebas multivariante de la satisfacción con la vida como variable independiente

		Valor	F	gl de hipótesis	gl de error	Sig.	Eta parcial al cuadrado
Satisfacción con la vida	Traza de Pillai	,375	18,333	12,000	1542,000	<,001	,125
	Lambda de Wilks	,629	21,619	12,000	1354,916	<,001	,143
	Traza de Hotelling	,584	24,846	12,000	1532,000	<,001	,163
	Raíz mayor de Roy	,574	73,734	4,000	514,000	<,001	,365

Una vez presentados todos los resultados obtenidos para los recursos internos, se procede a exponer los resultados obtenidos para las adaptaciones proactivas, es decir, para la participación social.

6.2.3. Participación social

En relación al análisis descriptivo de la participación social, se destaca que un total de 240 participantes (46,24%) participa en alguna asociación actualmente. En cuanto a la frecuencia de discriminación, se observa que 56 personas (23,33%) participan diariamente, 78 personas (32,5%) participan semanalmente, también 78 personas (32,5%) participan mensualmente y 28 personas (11,67%) participan anualmente.

En cuanto al tipo de asociaciones en las que participan, se destaca que 120 personas (50% de las 240 que participan en asociaciones) participan únicamente en asociaciones dedicadas a las personas LGTB, un 35,41% en otro tipo de asociaciones, y un 14,58% participan de manera simultánea en asociaciones LGTB y de otros tipos.

En relación al rol de participación, 158 personas (65,83%) indicaron roles de baja responsabilidad como: socio/a, miembro, participante, voluntario/a, usuario/a o afiliado/a. Y un total de 82 personas (34,16%) indicaron algún rol de más responsabilidad como presidencia, coordinación, dirección, tesorería, trabajador/a o patronato.

Participación social como variable dependiente.

Para estudiar la relación de la participación social con las demás variables incluidas en el estudio, se realizó una regresión lineal múltiple donde la variable dependiente era la frecuencia de participación y las variables predictoras eran los factores sociodemográficos, los estresores sociales, los recursos psicosociales y el bienestar psicológico (véase tabla 39).

Como resultado, se obtiene que la Comunidad Autónoma de residencia y la preocupación generativa actúan como variables predictoras de la frecuencia de participación ($F(18,221)=2.94$; $p<.001$). El valor de la R^2 fue de .19, indicando que un 19% de la variabilidad de la frecuencia de participación puede ser explicada por las variables incluidas.

Cabe destacar que, a diferencia de la frecuencia de participación, la participación o no participación en alguna asociación como variable dependiente no mostró relaciones significativas con ninguna variable independiente, por lo que este análisis no resultó de interés para la investigación y se decidió presentar únicamente los datos relacionados con la frecuencia de participación, que sí mostraba algunas relaciones significativas con otras variables independientes. Los resultados de la regresión lineal, en los que se detectan cuáles son los predictores de la frecuencia de participación como variable dependiente, se muestran en la tabla 39.

Tabla 39

Regresión lineal de la frecuencia de participación como variable dependiente

Variable predictora	B	β	t	P
Edad	-.009	-.075	-1.02	.311
Género	.431	.218	2.56	.011
Orientación sexual	.227	.198	2.21	.028
Identidad de género	-.284	-.065	-.942	.347
Comunidad Autónoma	.070	.284	4.55	<.001
Ámbito rural o urbano	-.053	-.016	-.246	.806
Hijos/as	-.186	-.086	-1.21	.228
Nivel de estudios	-.166	-.106	-1.64	.102
Situación laboral	.034	.039	.499	.619
Frecuencia de discriminación	-.120	-.084	-1.29	.197
Sentimiento de soledad	-.071	-.043	-.527	.599
Estado de salud percibido	.049	.082	1.15	.250
Preocupación generativa	-.388	-.043	-.527	<.001
Satisfacción con la vida	-.040	-.064	-.826	.410
Recursos económicos	.156	.153	2.01	.046
Apoyo social	.085	.093	1.21	.226
Bienestar psicológico	.219	.111	1.65	.100

Variable dependiente: frecuencia de participación

A continuación, se realizó una prueba ANOVA para establecer de qué manera influía la preocupación generativa en la frecuencia de participación social. A través de la Prueba de igualdad de Levene de varianzas de error, se observó que se cumplía el supuesto de homogeneidad entre varianzas ($p=.848$). A través de los estadísticos descriptivos obtenidos (tabla 40), se puede observar que, a medida que aumenta la preocupación generativa, aumenta la frecuencia de participación (siendo 4 la máxima frecuencia de participación, y 1 la mínima frecuencia de participación).

Para este análisis, las medias de preocupación generativa se agruparon en:

1. Preocupación generativa baja (1-2 de media obtenida en la LGS).
2. Preocupación generativa media (2,1-3 de media obtenida en la LGS).
3. Preocupación generativa alta (3,1-4 de media obtenida en la LGS).

Tabla 40

Medias de frecuencia de participación en función de la preocupación generativa

	Preocupación generativa	Media	Desv. estándar	N
Frecuencia de participación social	Preocupación generativa baja	2,37	1,003	35
	Preocupación generativa media	2,61	,913	119
	Preocupación generativa alta	2,90	,970	86
	Total	2,68	,961	240

Para analizar la influencia de la Comunidad Autónoma de residencia en la frecuencia de participación, se realizó una prueba ANOVA. A través de la Prueba de igualdad de Levene de varianzas de error, se observó que se cumplía el supuesto de homogeneidad entre varianzas ($p=.138$). A través de las pruebas de efectos inter-sujetos, también se observó que existen diferencias entre las medias de los grupos ($p<.001$). El valor de la R^2 fue de .179, indicando que un 17,9% de la variabilidad de la frecuencia de participación puede ser explicada por la Comunidad Autónoma de residencia.

En la tabla 41 se muestran las medias de la frecuencia de participación, ordenadas de mayor a menor, en función de la Comunidad Autónoma de residencia. Castilla-La Mancha, Islas Baleares y la Comunidad Foral de Navarra mostraron los niveles más elevados de frecuencia de participación. Por el contrario, el País Vasco, la Región de Murcia y La Rioja mostraron los más reducidos. No obstante, cabe destacar que, a pesar de que se intentó conseguir personas participantes residentes de todas las Comunidades Autónomas de España, el reparto de la muestra entre Comunidades Autónomas de residencia no fue equitativo.

Tabla 41

Medias de frecuencia de participación en función de la Comunidad Autónoma

Comunidad Autónoma	Media	Desv. estándar	N
Castilla-La Mancha	3,71	0,756	7
Islas Baleares	3,5	0,707	2
Comunidad Foral de Navarra	3,5	0,707	2
Principado de Asturias	3,33	1,033	6
Andalucía	3,05	0,848	19
Aragón	3	1	3
Cataluña	2,9	0,8	41
Canarias	2,82	1,079	11
Comunidad de Madrid	2,74	1,136	34
Cantabria	2,63	1,061	8
Galicia	2,57	0,976	7
Comunidad Valenciana	2,5	0,77	66
Castilla y León	2,38	1,188	8
País Vasco	2,29	0,756	7
Región de Murcia	1,78	0,808	18
La Rioja	1	.	1
Total	2,68	0,961	240

Una vez presentados los resultados obtenidos para la participación social y sus relaciones con las demás variables incluidas en el estudio, se muestran los datos obtenidos para los recursos externos, es decir, para los recursos económicos y el apoyo social.

6.2.4. Recursos económicos

Los datos obtenidos para el análisis de esta variable, que se midieron a través de la dificultad para llegar a fin de mes, revelaron un estatus económico generalmente de nivel medio-alto entre las personas participantes, ya que los resultados fueron:

- 208 personas (40,07%) no presentan ninguna dificultad para llegar a fin de mes.
- 172 personas (33,14%) presentan poca dificultad.
- 97 personas (18,69%) presentan bastante dificultad
- 42 personas (8,09%) presentan mucha dificultad.

No obstante, también se concluye que un 26,78% presentan bastante o mucha dificultad para llegar a fin de mes.

Dificultad para llegar a fin de mes como variable dependiente

Para estudiar la relación de los recursos económicos con las demás variables incluidas en el estudio, se realizó una regresión lineal múltiple donde la variable dependiente era la dificultad para llegar a fin de mes y las variables predictoras eran los factores sociodemográficos, los estresores sociales, los recursos psicosociales y el bienestar psicológico (veáse tabla 42). Como resultado, se obtiene que la presencia de hijos o hijas, el nivel educativo, la situación de empleo y el estado de salud percibido actúan como variables predictoras de la dificultad para llegar a fin de mes ($F(18,500)=15.18$; $p<.001$). El valor de la R^2 fue de .35, indicando que un 35% de la variabilidad de la dificultad para llegar a fin de mes puede ser explicada por las variables incluidas.

Tabla 42*Regresión lineal de la dificultad para llegar a fin de mes como variable dependiente*

Variable predictora	B	β	t	P
Edad	.020	.153	3.71	.874
Género	-.185	-.095	-2.19	.029
Orientación sexual	.006	.006	.117	.907
Identidad de género	-.207	-.043	-1.02	.306
Comunidad Autónoma	.006	.023	.618	.537
Ámbito rural o urbano	.189	.053	1.46	.144
Hijos/as	.377	.165	4.13	<.001
Nivel de estudios	.311	.201	5.29	<.001
Situación laboral	-.231	-.262	-6.16	<.001
Frecuencia de discriminación	.083	.058	1.49	.135
Sentimiento de soledad	-.129	-.083	-1.71	.088
Estado de salud percibido	.110	.183	4.53	<.001
Preocupación generativa	-.077	-.053	-1.30	.193
Satisfacción con la vida	.084	.141	3.04	.002
Participación social	.023	.012	.322	.747
Apoyo social	.023	.025	.545	.586
Bienestar psicológico	.012	.006	.158	.874

Variable dependiente: dificultad para llegar a fin de mes

Para estudiar la influencia del estado de salud percibido en la dificultad para llegar a fin de mes, se realizó una prueba ANOVA, cuyos resultados de la Prueba de igualdad de Levene de varianzas de error mostraron que no se cumplía el supuesto de homogeneidad entre varianzas ($p=0.26$). Por este motivo, se realizó una Prueba de Welch, cuyas pruebas robustas de igualdad de medias mostraron que $p<.001$, por lo que se puede concluir que existen diferencias entre las medias de los grupos. En cuanto a los estadísticos descriptivos, muestran que, a menor estado de salud percibido, mayor es la dificultad para llegar a fin de mes (rango 1-4, siendo 1 la menor dificultad y 4 la mayor dificultad para llegar a fin de mes).

Tabla 43

Medias de la dificultad para llegar a fin de mes en función del estado de salud percibido

	Estado de salud percibido	Media	Desv. estándar	N
Dificultad para llegar a fin de mes	Estado de salud muy bajo	3,67	,577	3
	Estado de salud bajo	2,56	,922	18
	Estado de salud medio	2,46	1,062	65
	Estado de salud alto	1,95	,910	262
	Estado de salud muy alto	1,65	,842	171
	Total	1,95	,954	519

Para analizar la influencia de la presencia de hijos o hijas, del nivel educativo y de la situación de empleo en la dificultad para llegar a fin de mes, se realizaron pruebas ANOVA.

En cuanto a la presencia de hijos o hijas, los resultados mostraron, a través de la Prueba de igualdad de Levene de varianzas de error, que se cumplía el supuesto de homogeneidad entre varianzas ($p=375$). A través de las pruebas de efectos inter-sujetos también se observó que existen diferencias entre las medias de los grupos ($p=001$). El valor de la R^2 es de .020, indicando que un 2% de la variabilidad de la dificultad para llegar a fin de mes puede ser explicada por la presencia de hijos/as. Los estadísticos descriptivos mostraron que las personas que tenían hijos/as mostraban más dificultades para llegar a fin de mes.

Tabla 44

Medias de la dificultad para llegar a fin de mes en función de la presencia de hijos/as

	Presencia de hijos/as	Media	Desv. estándar	N
Dificultad para llegar a fin de mes	Sí	2,20	,976	117
	No	1,88	,937	402
	Total	1,95	,954	519

Sobre la influencia del nivel educativo en la dificultad para llegar a fin de mes, la Prueba de igualdad de Levene de varianzas de error demostró que se cumplía el supuesto de homogeneidad entre varianzas ($p=213$). A través de las pruebas de efectos inter-sujetos, también se observó que existen diferencias significativas entre las medias de los grupos ($p<.001$). El valor de la R^2 es de .128, indicando que un 12,8% de la variabilidad de la dificultad para llegar a fin de mes puede ser explicada por el nivel educativo. A través de los estadísticos descriptivos, se observó que las personas sin estudios o con estudios primarios mostraban más dificultades para llegar a fin de mes que las personas con estudios secundarios o universitarios, siendo estas últimas las que mostraban menor dificultad.

Tabla 45

Medias de la dificultad para llegar a fin de mes en función del nivel educativo

	Nivel educativo	Media	Desv. estándar	N
Dificultad para llegar a fin de mes	Sin estudios	2,50	1,291	4
	Estudios primarios (EGB)	2,97	,857	35
	Estudios secundarios (BUP)	2,21	,985	121
	Estudios universitarios	1,75	,860	359
	Total	1,95	,954	519

Sobre la situación de empleo, la Prueba de igualdad de Levene de varianzas de error demostró que se cumplía el supuesto de homogeneidad entre varianzas ($p=368$). A través de las pruebas de efectos inter-sujetos, se observó que existen diferencias significativas entre las medias de los grupos ($p<.001$). El valor de la R^2 es de .214, indicando que un 21,4% de la variabilidad de la dificultad para llegar a fin de mes puede ser explicada por la situación de empleo. A través de los estadísticos descriptivos, se observa que las personas con empleo a tiempo completo son las que muestran menores dificultades para llegar a fin de mes, seguidas de las personas jubiladas. Las personas con empleo a tiempo parcial y, sobre todo, las desempleadas, son las que muestran mayores dificultades para llegar a fin de mes.

Tabla 46

Medias de la dificultad para llegar a fin de mes en función de la situación de empleo

	Situación de empleo	Media	Desv. estándar	N
Dificultad para llegar a fin de mes	Empleo a tiempo completo	1,73	,814	332
	Empleo a tiempo parcial	2,44	,908	43
	Jubilación	1,80	,899	88
	Desempleo	3,09	,920	56
	Total	1,95	,954	519

Una vez expuestos los resultados obtenidos para los recursos económicos, así como sus relaciones con las diferentes variables incluidas en el estudio, se da paso a presentar los resultados obtenidos para el último recurso externo, es decir, para el apoyo social.

6.2.5. Apoyo social

El apoyo social fue medido a través de la *Lubben Social Network Scale* de 6 ítems (LSNS-6), que incluye 3 ítems para evaluar el apoyo recibido por parte de la familia y 3 ítems sobre el apoyo recibido por parte de las amistades. Para ello, las preguntas que se utilizan pueden verse reflejadas en la tabla 47, y las opciones de respuesta son las siguientes: 0 / 1 / 2 / 3-4 / 5-8 / 9 o más.

Estas respuestas se codifican del 0 al 5 y, a través de la suma de la media de cada una de ellas, se obtiene una única puntuación de 0-30, que indica una red social de apoyo más amplia, cercana, y con un contacto más intenso mientras más elevado sea el valor obtenido. La puntuación LSNS-6 indica riesgo de aislamiento social si se obtiene un valor igual o inferior a 12.

Tabla 47*Resultados de los ítems de la Lubben Social Network Scale (LSNS-6)*

ítem	Puntuación media (0-5)
1. ¿Con cuántos familiares tiene usted contacto personal o telefónico al menos una vez por mes?	2,99
2. ¿Con cuántos familiares se siente usted cómodo para conversar con facilidad sobre los asuntos privados que a usted le preocupan?	2,37
3. ¿A cuántos familiares los siente usted lo suficientemente cercanos como para llamarlos en caso de necesitar ayuda?	2,63
4. ¿Con cuántos amigos tiene usted contacto personal o telefónico al menos una vez por mes?	3,31
5. ¿Con cuántos amigos se siente usted cómodo para conversar con facilidad sobre los asuntos privados que a usted le preocupan?	3,02
6. ¿A cuántos amigos los siente usted lo suficientemente cercanos como para llamarlos en caso de necesitar ayuda?	2,85
Total (0-30)	17,2

Como se puede observar en tabla 47, la puntuación media obtenida en los ítems relacionados con el apoyo por parte de las amistades (3,06) ha sido más elevada que la que se ha obtenido para el apoyo familiar (2,66), por lo que se concluye que, generalmente, las personas participantes perciben más apoyo por parte de las redes de amistades, que de las familiares.

Por otra parte, a pesar de que la media obtenida no es igual o inferior a 12, que es el punto de corte para indicar un riesgo de aislamiento social, la media de 17,2 está bastante lejos de la puntuación máxima de 30. El total de personas que obtuvieron una media igual o inferior a 12, es decir, que se encuentran en riesgo de aislamiento social, fue de 47 personas (9%).

Apoyo social como variable dependiente

Para estudiar la relación del apoyo social con las demás variables incluidas en el estudio, se realizó una regresión lineal múltiple donde la variable dependiente era el apoyo social y las variables predictoras eran los factores sociodemográficos, los estresores sociales, los recursos psicosociales y el bienestar psicológico (véase tabla 48). Como resultado, se obtiene que la preocupación generativa, el sentimiento de soledad y la satisfacción con la vida predicen el apoyo social ($F(18,500)=16.81$; $p<.001$). El valor de la R^2 fue de .37, indicando que un 37% de la variabilidad del apoyo social puede ser explicada por las variables incluidas.

Tabla 48

Regresión lineal del apoyo social como variable dependiente

Variable predictora	B	β	t	P
Edad	.007	.052	1.25	.210
Género	-.031	-.015	-.344	.731
Orientación sexual	-.064	-.055	-1.12	.261
Identidad de género	-.185	-.035	-.855	.393
Comunidad Autónoma	-.004	-.015	-.412	.681
Ámbito rural o urbano	.134	.035	.972	.332
Hijos/as	-.047	-.019	-.479	.632
Nivel de estudios	.029	.017	.450	.653
Situación laboral	-.130	-.135	-3.15	.002
Frecuencia de discriminación	.002	.001	.032	.975
Sentimiento de soledad	-.585	-.344	-7.65	<.001
Estado de salud percibido	-.030	-.046	-1.13	.259
Preocupación generativa	.267	.170	4.28	<.001
Satisfacción con la vida	.124	-.190	4.21	<.001
Participación social	-.126	-.060	-1.62	.106
Recursos económicos	.026	.024	.545	.586
Bienestar psicológico	.107	.050	1.33	.183

Variable dependiente: apoyo social

A continuación, se realizaron pruebas de análisis de varianza ANOVA o, en caso de ser necesario, Pruebas de Welch, para establecer de qué manera influía la preocupación generativa, el sentimiento de soledad y la satisfacción con la vida en el apoyo social. En cuanto a la influencia del sentimiento de soledad en el apoyo social, a través de la Prueba de igualdad de Levene de varianzas de error, se observó que se cumplía el supuesto de homogeneidad entre varianzas ($p=.299$). A través de las pruebas de efectos inter-sujetos, también se observó que existen diferencias significativas entre las medias de los grupos ($p<.001$). El valor de la R^2 fue de .259, indicando que un 25,9% de la variabilidad del apoyo social puede ser explicada por el sentimiento de soledad. Por último, a través de los estadísticos descriptivos, se puede observar que, a medida que aumenta el sentimiento de soledad, disminuye el nivel de apoyo social (siendo 6 el máximo nivel de apoyo social y 1 el mínimo nivel de apoyo social).

Tabla 49

Medias de apoyo social en función del sentimiento de soledad

	Soledad	Media	Desv. estándar	N
Apoyo social	Soledad baja	4,29	,881	267
	Soledad media	3,64	,946	196
	Soledad alta	2,61	,779	56
	Total	3,86	1,039	519

Para analizar la influencia de la preocupación generativa en el apoyo social, inicialmente se realizó una prueba ANOVA. No obstante, la Prueba de igualdad de Levene de varianzas de error mostró que no se cumplía el supuesto de homogeneidad entre varianzas ($p=.019$). Por este motivo, se realizó una Prueba de Welch, cuyas pruebas robustas de igualdad de medias mostraron que $p<.001$, es decir, que existen diferencias entre las medias de los grupos. Así pues, lo estadísticos descriptivos mostraron que estas diferencias se basan en que, a mayor es la preocupación generativa, mayor es el apoyo social.

Tabla 50*Medias de apoyo social en función de la preocupación generativa*

	Preocupación generativa	Media	Desv. estándar	N
Apoyo social	Preocupación generativa baja	3,3463	1,13045	90
	Preocupación generativa media	3,8682	,99239	268
	Preocupación generativa alta	4,1573	,95056	161
	Total	3,8674	1,03904	519

Sobre la influencia de la satisfacción con la vida en el apoyo social, a través de la Prueba de igualdad de Levene de varianzas de error, se observó que se cumplía el supuesto de homogeneidad entre varianzas ($p=482$). Mediante las pruebas de efectos inter-sujetos, también se observó que existen diferencias significativas entre las medias de los grupos ($p<.001$). El valor de la R^2 fue de .212, indicando que un 21,2% de la variabilidad del apoyo social puede ser explicada por la satisfacción con la vida. Por último, los estadísticos descriptivos muestran que, a medida que aumenta la satisfacción con la vida, aumenta también el apoyo social.

Tabla 51*Medias de apoyo social en función de la satisfacción con la vida*

	Satisfacción con la vida	Media	Desv. estándar	N
Apoyo social	Satisfacción vital muy baja	2,2333	,50827	5
	Satisfacción vital baja	2,6467	,92711	25
	Satisfacción vital media	3,1256	1,01751	73
	Satisfacción vital alta	4,0023	,89503	287
	Satisfacción vital muy alta	4,2868	,94877	129
	Total	3,8674	1,03904	519

Una vez expuestos los resultados del apoyo social como variable dependiente, se da paso a presentar los resultados del apoyo social como variable independiente.

Apoyo social como variable independiente

En cuanto al apoyo social como variable independiente y predictora de otras variables dependientes, a través de diferentes regresiones lineales se obtuvo que el apoyo social predecía la preocupación generativa, el sentimiento de soledad y la satisfacción con la vida. Por ello, se realizaron pruebas multivariante (MANOVA) para establecer cuáles eran las diferencias entre grupos.

Para las pruebas multivariante, se utilizará la Traza de Pillai debido a que $p < .001$ en la prueba de Box de la igualdad de matrices de covarianzas (ver tabla 52). El valor de la Traza de Pillai es .322, el cual está asociado a un valor de $F(6,1030)=32,905$, $p = < .001$, $\eta^2 = .161$. Por lo tanto, se puede concluir que existen diferencias significativas entre las medias de los grupos considerando el conjunto de variables dependientes incluidas. El tamaño del efecto muestra que la capacidad explicativa del apoyo social es un 16,1% de la variabilidad en el conjunto de las variables dependientes incluidas. Estos resultados se muestran en la tabla 53.

Tabla 52

Prueba de Box de la igualdad de matrices de covarianzas del apoyo social como variable independiente

M de Box	87,474
F	7,195
gl1	12
gl2	243120,324
Sig.	<,001

Tabla 53*Pruebas multivariante del apoyo social como variable independiente*

							Eta parcial al
Efecto		Valor	F	gl de hipótesis	gl de error	Sig.	cuadrado
Apoyo social	Traza de Pillai	,322	32,905	6,000	1030,000	<,001	,161
	Lambda de Wilks	,679	36,530	6,000	1028,000	<,001	,176
	Traza de Hotelling	,470	40,208	6,000	1026,000	<,001	,190
	Raíz mayor de Roy	,467	80,137 ^b	3,000	515,000	<,001	,318

Tras haber presentado los resultados obtenidos para todos los estresores sociales, es decir, para las experiencias de discriminación, el sentimiento de soledad y el estado de salud percibido, así como para todos los recursos psicosociales incluidos en el estudio, es decir, la generatividad, la satisfacción con la vida, la participación social, los recursos económicos y el apoyo social, a continuación se procede a presentar los resultados obtenidos para la última variable incluida en el estudio: el bienestar psicológico.

Para ello, se seguirá el mismo procedimiento que se ha seguido con las variables anteriores, mostrando inicialmente los resultados obtenidos desde un punto de vista descriptivo, y posteriormente los resultados obtenidos sobre las relaciones del bienestar psicológico con las demás variables incluidas en la tesis. Para ello, en primer lugar, se analizará el bienestar psicológico como variable dependiente de otras variables independientes. Y, en segundo lugar, se analizará el bienestar psicológico como variable independiente o predictora de otras variables dependientes.

Una vez terminado el análisis del bienestar psicológico, para finalizar el bloque temático de resultados, se presentará un último apartado que recapitulará todas las relaciones encontradas entre las diferentes variables incluidas en el presente estudio.

6.3. Bienestar psicológico

Desde el punto de vista descriptivo, la media de los resultados obtenidos para cada ítem de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff se muestra en la tabla 54, siendo la media obtenida en el conjunto de la escala de 3,66 sobre 5, siendo 5 el máximo nivel de bienestar psicológico. Los ítems invertidos se han marcado con un asterisco y sus puntuaciones han sido recodificadas para que todos los ítems de la escala se puedan medir en el mismo sentido.

Tabla 54

Resultados de los ítems de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff

Ítem	Media sobre 5
1. En general me influyen las personas con opiniones firmes*	3,18
2. Confío en mis opiniones incluso si son opuestas al consenso general	3,75
3. Me juzgo a mí mismo por lo que creo que es importante, no por los valores que otras personas creen que son importantes	3,88
4. En general siento que controlo las situaciones en las que vivo	3,45
5. Con frecuencia me abruman las exigencias de la vida diaria*	3,27
6. Soy bastante bueno gestionando las muchas responsabilidades de mi vida diaria	3,54
7. Creo que es importante tener experiencias nuevas que cuestionen lo que uno piensa de sí mismo y del mundo	4,06
8. Para mí la vida ha sido un proceso continuo de aprendizaje, cambio y crecimiento	4,28
9. Hace ya tiempo que renuncié a intentar grandes mejoras o cambios en mi vida*	3,73
10. Me es difícil y frustrante mantener relaciones estrechas*	3,67
11. Otras personas me describirían como una persona generosa dispuesta a compartir mi tiempo con los demás	3,82
12. No he experimentado muchas relaciones cálidas y confiadas con otras personas*	3,88
13. Vivo la vida día a día y no pienso de verdad en el futuro*	3,35
14. Algunas personas vagan por la vida sin ningún objetivo, yo no me considero así	3,57
15. A veces siento como si en mi vida ya hubiera hecho todo lo que tenía que hacer*	3,81
16. Cuando repaso el relato de mi vida me satisface la forma en que las cosas me han pasado	3,28
17. Me gustan la mayoría de los aspectos de mi personalidad	3,52
18. En muchos sentidos, me siento decepcionado de los logros de mi vida*	3,92
Total	3,66

Tal y como se observa en la tabla 54, los únicos ítems que han mostrado una media superior a 4 han sido el ítem número 8 “Para mí la vida ha sido un proceso continuo de aprendizaje, cambio y crecimiento” y el ítem número 7 “Creo que es importante tener experiencias nuevas que cuestionen lo que uno piensa de sí mismo y del mundo”.

Los ítems con menor puntuación han sido el número 1 “En general me influyen las personas con opiniones firmes”, el número 5 “Con frecuencia me abruma las exigencias de la vida diaria” y el número 16 “Cuando repaso el relato de mi vida me satisface la forma en que las cosas me han pasado”.

Como ya se comentó en el apartado de metodología, los ítems de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff se pueden agrupar en seis categorías:

- (1) Autonomía (ítems 1-3)
- (2) Dominio del ambiente o control del entorno (ítems 4-6)
- (3) Crecimiento personal (ítems 7-9)
- (4) Relaciones positivas con los demás (ítems 10-12)
- (5) Auto-aceptación (ítems 13-15)
- (6) Propósito en la vida (ítems 16-18)

Si se analizan los resultados obtenidos siguiendo las seis categorías en las que se agrupan los ítems de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, se observa que la puntuación más elevada se obtiene en la categoría de crecimiento personal, siendo de 4,02 sobre 5; y la puntuación más reducida se obtiene en la categoría de dominio del ambiente o control del entorno, siendo de 3,42 sobre 5. Estos resultados se muestran en la tabla 55.

Tabla 55

Resultados de las categorías de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff

Ítem	Media sobre 5
Autonomía	3,60
Dominio del ambiente o control del entorno	3,42
Crecimiento personal	4,02
Relaciones positivas con los demás	3,79
Auto-aceptación	3,58
Propósito en la vida	3,57
Total	3,66

Para estudiar la relación del bienestar psicológico con las demás variables incluidas en el estudio, se realizó una regresión lineal múltiple donde la variable dependiente era el bienestar psicológico y las variables predictoras eran los factores sociodemográficos, los estresores sociales y los recursos psicosociales (ver tabla 56).

Como resultado, se obtiene que únicamente la preocupación generativa predice de manera significativa el bienestar psicológico ($F(18,500)=3.61$; $p<.001$). El valor de la R^2 fue de .11, indicando que un 11% de la variabilidad del bienestar psicológico puede ser explicada por las variables incluidas.

Tabla 56*Regresión lineal del bienestar psicológico como variable dependiente*

Variable predictora	B	β	t	P
Edad	.003	.038	.781	.435
Género	-.029	-.029	-.571	.568
Orientación sexual	-.006	-.011	-.187	.851
Identidad de género	-.087	-.035	-.722	.471
Comunidad Autónoma	-.004	-.030	-.705	.481
Ámbito rural o urbano	.047	.026	.605	.546
Hijos/as	-.080	-.069	-1.44	.149
Nivel de estudios	.011	.014	.302	.763
Situación laboral	.016	.035	.674	.500
Frecuencia de discriminación	.034	.047	1.03	.302
Sentimiento de soledad	.178	.223	4.00	.288
Estado de salud percibido	.007	.022	.450	.653
Preocupación generativa	.215	.292	6.31	<.001
Participación social	-.042	-.043	-.963	.336
Satisfacción con la vida	.002	.007	.128	.898
Recursos económicos	.004	.008	.158	.874
Apoyo social	.033	.071	1.33	.183

Variable dependiente: bienestar psicológico

Para estudiar la influencia de la preocupación generativa en el bienestar psicológico se realizó una prueba ANOVA, cuyos resultados mostraron, a través de la Prueba de igualdad de Levene de varianzas de error, que no se cumplía el supuesto de homogeneidad entre varianzas ($p < .001$). Por este motivo, se realizó una Prueba de Welch, cuyas pruebas robustas de igualdad de medias mostraron que $p < .001$, es decir, que existen diferencias entre las medias de los grupos. Estas diferencias se basan en que, a mayor es la preocupación generativa, mayor es el bienestar psicológico.

Tabla 57

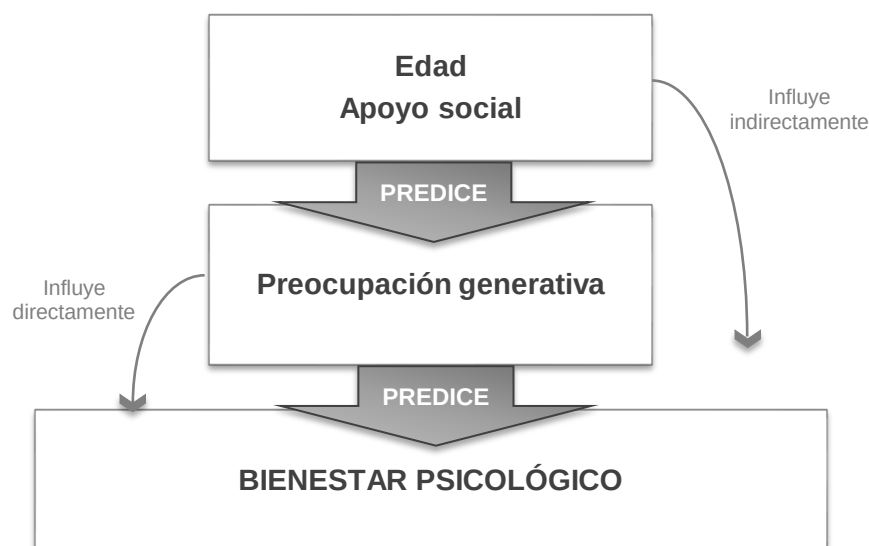
Medias de bienestar psicológico en función de la preocupación generativa

	Preocupación generativa	Media	Desv. estándar	N
Bienestar psicológico	Preocupación generativa baja	2,9117	,64600	90
	Preocupación generativa media	3,1182	,41278	268
	Preocupación generativa alta	3,2702	,45024	161
	Total	3,1295	,48642	519

A pesar de que la única variable que se ha detectado como variable predictora significativa del bienestar psicológico ha sido la preocupación generativa, cabe destacar que otras variables también influirán de manera indirecta en el bienestar psicológico a través de la influencia en sus predictores, es decir, en la preocupación generativa. Estas variables son la edad y el apoyo social. A continuación, en la figura 11 se muestra un esquema que representa este mapa de relaciones, ya que no solo muestra los predictores del bienestar psicológico, sino también los predictores de sus predictores.

Figura 11

Predictores directos e indirectos del bienestar psicológico



Una vez expuestos los resultados obtenidos para el bienestar psicológico como variable dependiente, se da paso a presentar los resultados obtenidos en relación al bienestar psicológico como variable independiente.

Bienestar psicológico como variable independiente

En cuanto al bienestar psicológico como variable independiente y predictora de otras variables, a través de diferentes regresiones lineales se obtuvo que el bienestar psicológico predecía la preocupación generativa y el sentimiento de soledad. Por ello, se realizaron pruebas multivariante (MANOVA) para establecer cuáles eran las diferencias entre grupos. Para las pruebas multivariante, se utilizará el estadístico Lambda de Wilks debido a que $p=.581$ en la prueba de Box de la igualdad de matrices de covarianzas y, por lo tanto, las matrices de covarianza se pueden interpretar como iguales entre grupos (tabla 58). El valor de Lambda de Wilks es .926, el cual está asociado a un valor de $F(6,1028)=6,706$, $p= <.001$, $\eta^2= .038$. Por lo tanto, se puede concluir que existen diferencias significativas entre las medias de los grupos considerando el conjunto de variables dependientes incluidas. El tamaño del efecto muestra que la capacidad explicativa del bienestar psicológico es un 3,8% de la variabilidad de las variables dependientes. Estos resultados se muestran en la tabla 59.

Tabla 58

Prueba de Box de la igualdad de matrices de covarianzas del bienestar psicológico como variable independiente

M de Box	7,869
F	,838
gl1	9
gl2	7865,165
Sig.	,581

Tabla 59*Pruebas multivariante del bienestar psicológico como variable independiente*

							Eta parcial al
Efecto		Valor	F	gl de hipótesis	gl de error	Sig.	cuadrado
Bienestar	Traza de Pillai	,075	6,681	6,000	1030,000	<,001	,037
psicológico	Lambda de Wilks	,926	6,706	6,000	1028,000	<,001	,038
	Traza de Hotelling	,079	6,731	6,000	1026,000	<,001	,038
	Raíz mayor de Roy	,061	10,449	3,000	515,000	<,001	,057

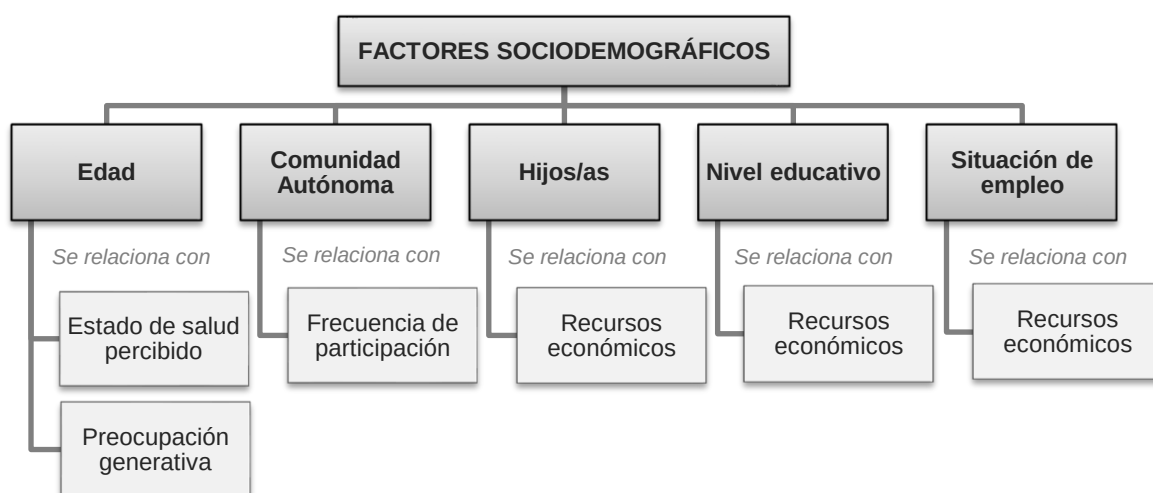
Tras haber finalizado la exposición de los resultados obtenidos para todas las variables incluidas en el estudio, a continuación, se recapitularán las relaciones que se han detectado entre las mismas.

6.4. Relaciones entre variables

A través del análisis de los resultados, se concluye que los factores sociodemográficos que han actuado como predictores de otras variables son la edad, la Comunidad Autónoma de residencia, la presencia de hijos/as, el nivel educativo y la situación de empleo. A continuación, se muestra con qué variables se han relacionado cada uno de ellos.

Figura 12

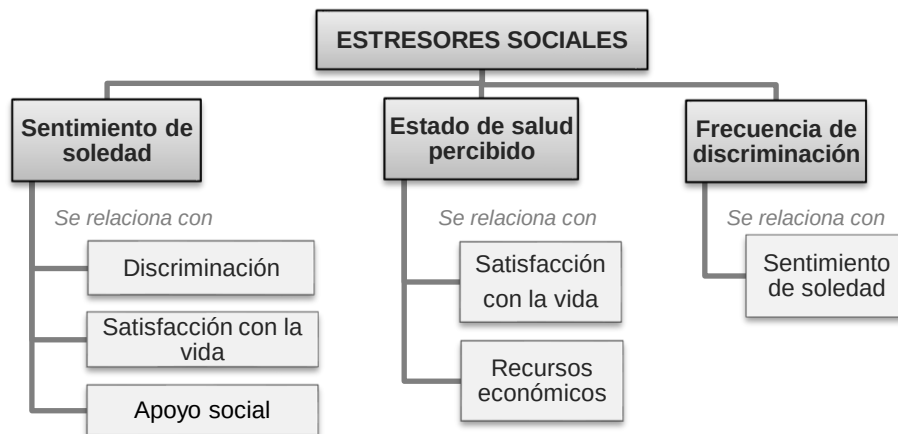
Factores sociodemográficos como predictores de otras variables



En cuanto a los estresores sociales incluidos, es decir, el sentimiento de soledad, el estado de salud percibido y la frecuencia de discriminación, se ha encontrado que todos ellos han actuado como predictores significativos de alguna otra variable. En la figura 13 se muestra con qué variables se ha relacionado cada uno de ellos.

Figura 13

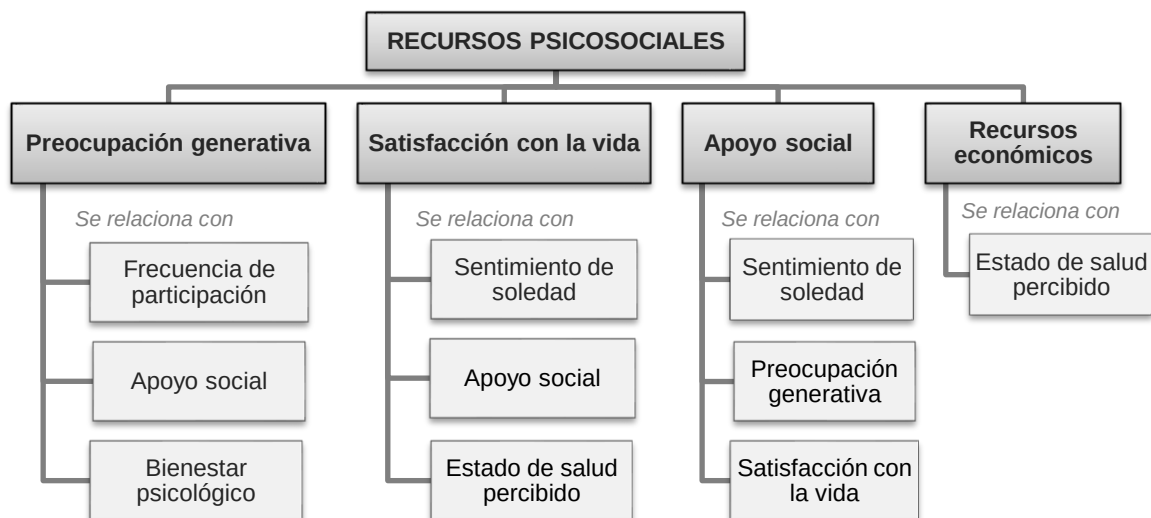
Estresores sociales como predictores de otras variables



Por último, todos los recursos psicosociales, excepto las adaptaciones proactivas, es decir, la participación social, también se han detectado como variables predictoras significativas de alguna otra variable dependiente. Véase figura 14.

Figura 14

Recursos psicosociales como predictores de otras variables



Por lo tanto, se concluye que, a la hora de estudiar la salud mental de las personas adultas mayores LGTB, es importante tener en cuenta los recursos psicosociales, especialmente la preocupación generativa, la satisfacción con la vida, el apoyo social y los recursos económicos, así como los estresores sociales y algunos factores sociodemográficos, ya que son variables que influyen significativamente sobre otras dimensiones de la vida de las personas adultas mayores LGTB.

Tras exponer todos los resultados obtenidos en la presente tesis doctoral, se da paso al apartado de discusión de resultados, donde se realizará un análisis del cumplimiento de las hipótesis de la investigación, una comparativa de las principales diferencias y similitudes con otros estudios disponibles y, por último, una presentación de las posibles limitaciones del presente estudio, que podrían servir como propuestas para futuras investigaciones.

7. Discusión

Cumplimiento de las hipótesis de la investigación

En cuanto al cumplimiento de las 15 hipótesis planteadas inicialmente, que se establecieron siguiendo el modelo de Proactividad Preventiva y Correctiva (PCP), se destaca que las hipótesis que se han cumplido de manera parcial son las siguientes:

- *H1. Los factores sociodemográficos influirán en la frecuencia de discriminación, en el sentimiento de soledad y en el estado de salud percibido.*

Esta hipótesis se ha cumplido parcialmente debido a que únicamente el estado de salud percibido se ha visto influido significativamente por algún factor sociodemográfico, es decir, por la edad.

- *H2. Los factores sociodemográficos influirán en la preocupación generativa y en la satisfacción con la vida.*

Esta hipótesis se ha cumplido de manera parcial debido a que ningún factor sociodemográfico ha actuado como predictor de la satisfacción con la vida, pero sí de la preocupación generativa, este es el caso de la edad.

- *H3. Los factores sociodemográficos influirán en la participación social.*

La hipótesis número tres se ha cumplido de manera parcial porque únicamente uno de los factores sociodemográficos incluidos, es decir, la Comunidad Autónoma de residencia, ha actuado como variable predictora de la frecuencia de participación social.

- *H4. Una mayor frecuencia de discriminación, un mayor sentimiento de soledad y un bajo nivel de estado de salud percibido se relacionará con una mayor dificultad para llegar a fin de mes y con un menor nivel de apoyo social.*

Esta hipótesis se cumple parcialmente en tanto que el estado de salud percibido ha actuado como variable predictora de la dificultad para llegar a fin de mes, mostrando que, a menor estado de salud percibido, mayor es la dificultad para llegar a fin de mes. Por otra parte, el sentimiento de soledad también ha actuado como variable predictora del apoyo social, de manera que, a medida que aumenta el sentimiento de soledad, disminuye el nivel de apoyo social.

- *H7. A mayor preocupación generativa y mayor satisfacción con la vida, mayor será la participación social.*

La hipótesis número siete se ha cumplido de manera parcial debido a que la preocupación generativa se ha detectado como predictor significativo de la frecuencia de participación, observando que, a medida que aumenta la preocupación generativa, aumenta la frecuencia de participación. Sin embargo, la satisfacción con la vida no se ha relacionado con la participación social.

- *H8. Un mayor nivel de preocupación generativa y de satisfacción con la vida se relacionará con un mejor bienestar psicológico.*

Del contenido de esta hipótesis se ha contrastado que, a mayor preocupación generativa, mayor bienestar psicológico, de manera que la preocupación generativa ha sido la única variable que ha actuado como predictora significativa y directa del bienestar psicológico.

Una vez expuestas las hipótesis que se han cumplido parcialmente, a continuación, se presentan las hipótesis que no se han cumplido a través del análisis de los resultados del estudio:

- *H5. Una mayor frecuencia de discriminación, un mayor sentimiento de soledad y un bajo nivel de estado de salud percibido se relacionará con un menor nivel de participación social.*

Esta hipótesis no se ha cumplido debido a que ninguno de los estresores sociales incluidos en el estudio (frecuencia de discriminación, sentimiento de soledad y estado de salud percibido) ha actuado como variable predictora de la participación social.

- *H6. Una mayor frecuencia de discriminación, un mayor sentimiento de soledad y un bajo nivel de estado de salud percibido se relacionará con un peor nivel de bienestar psicológico.*

Esta hipótesis no se ha cumplido debido a que ninguno de los estresores sociales mencionados (frecuencia de discriminación, sentimiento de soledad y estado de salud percibido) se ha detectado como predictor significativo del bienestar psicológico.

- *H9. Un mayor nivel de participación social influirá en un menor nivel de discriminación, un menor sentimiento de soledad y en un mejor estado de salud percibido.*
- *H10. Un mayor nivel de participación social influirá en una menor dificultad para llegar a fin de mes y un mayor apoyo social.*
- *H11. Un mayor nivel de participación social se relacionará con un mejor bienestar psicológico.*

Estas tres hipótesis (H9, H10, H11) no se han cumplido debido a que la participación social no se ha establecido como variable predictora significativa de ninguna de las variables incluidas en el estudio.

- *H12. Una menor dificultad para llegar a fin de mes se relacionará con un mayor nivel de participación social.*

La hipótesis número doce no se ha cumplido, ya que la dificultad para llegar a fin de mes no ha actuado como variable predictora de la participación social.

- *H13. Un mayor nivel de apoyo social se relacionará con un mayor nivel de participación social.*

Esta hipótesis no se ha cumplido porque el apoyo social no ha actuado como predictor de la participación social.

- *H14. Una menor dificultad para llegar a fin de mes se relacionará con un mejor bienestar psicológico.*

Esta hipótesis no se ha cumplido debido a que la dificultad para llegar a fin de mes no ha actuado como predictora del bienestar psicológico.

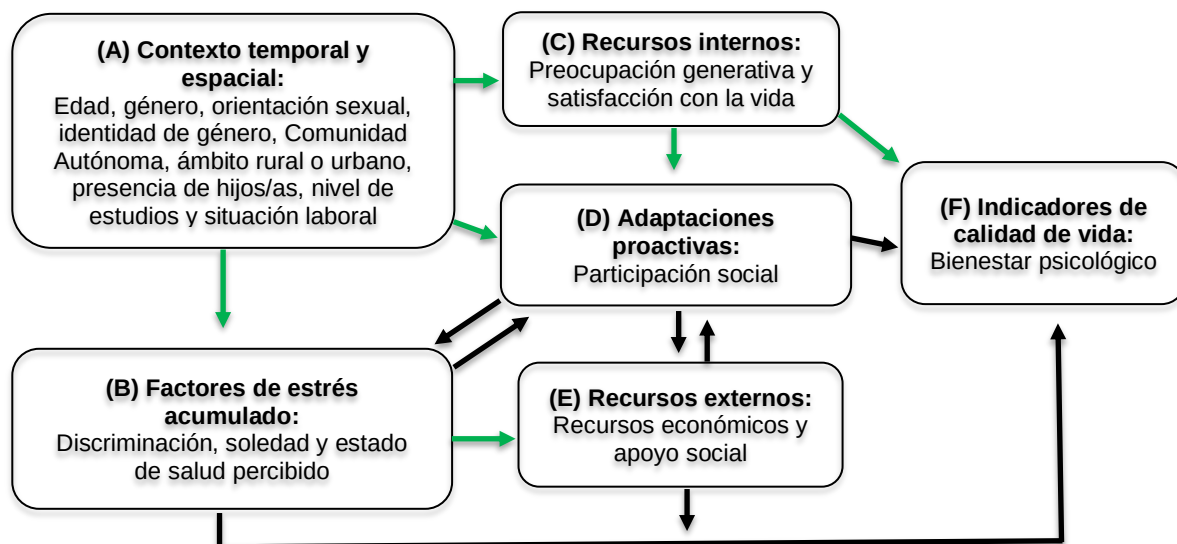
- *H15. Un mayor nivel de apoyo social se relacionará con un mejor bienestar psicológico.*

Esta hipótesis no se ha cumplido debido a que el apoyo social no se ha detectado como una variable predictora significativa del bienestar psicológico de manera directa. Sin embargo, cabe recordar que el apoyo social sí que se correlaciona de manera indirecta con el bienestar psicológico en tanto que se ha detectado como predictor de sus predictores, es decir, a través de su influencia en la preocupación generativa, ya que ésta última sí que se ha establecido como una variable que predice significativamente el bienestar psicológico.

Por lo tanto, se puede concluir que se han cumplido, aunque sea de manera parcial, el 40% de las hipótesis planteadas inicialmente, es decir, un total de 6 hipótesis (H1, H2, H3, H4, H7 y H8). Por ende, si se analiza el cumplimiento del modelo de Proactividad Preventiva y Correctiva de Kahana y Kahana que se adaptó al presente estudio, se puede observar que las relaciones que se han cumplido son las que se marcan con color verde en la siguiente figura (figura 15).

Figura 15

Cumplimiento del Modelo de Proactividad Preventiva y Correctiva



Por lo tanto, de las 13 relaciones que indica el Modelo de Proactividad Preventiva y Correctiva, se puede observar que 6 de ellas se han cumplido en el presente estudio, es decir, el 46,15% del conjunto del modelo.

Una vez finalizado el análisis del cumplimiento de las hipótesis de la investigación, así como del cumplimiento del Modelo de Proactividad Preventiva y Correctiva, se procede a presentar una comparativa con los resultados de otras investigaciones disponibles.

A continuación, se seguirá el mismo orden y clasificación que se ha seguido durante todo el desarrollo de la tesis. En primer lugar, se hablará de los factores sociodemográficos. En segundo lugar, de los estresores sociales. En tercer lugar, de los recursos psicosociales. Para finalizar, se hablará del bienestar psicológico. No obstante, debido a que otros estudios han podido utilizar otras clasificaciones, así como a las interrelaciones inevitables de todas las variables objeto de estudio, es posible que, en ocasiones, estas divisiones se diluyan en pro de la vinculación de los contenidos.

En cuanto a los factores sociodemográficos, según el estudio de FELGTBI+ (2019), las personas LGTB mayores de 65 años son solteras en un porcentaje 6 veces superior que la población general, están casadas un 50% menos, y están separadas casi 5 veces más. Esto puede explicar que un 40% de las personas participantes en este estudio viva sola, dato que se eleva al 51% en personas mayores de 65 años. En la presente tesis, se muestran resultados muy similares en cuanto al porcentaje de personas que viven solas, siendo de un 37,37%. Otras similitudes con otros estudios en relación al perfil sociodemográfico de la muestra es el reducido número de hijos o hijas, siendo de 22,54% en el presente estudio y de 27% en el de Tavares et al. (2023), cuya muestra la comprenden personas adultas mayores LGTB españolas. Así como también el elevado porcentaje de personas con un nivel de estudios universitarios, siendo 69,17% en el presente estudio; 76,6% en el de Tavares et al. (2023); o 57,2 % en el de Mesquida et al. (2017) sobre personas adultas mayores de Barcelona. Este resultado puede deberse a la mayor predisposición de las personas de alto nivel educativo a participar en investigaciones científicas, o a la mayor dificultad de contactar con personas con niveles educativos inferiores a través de los medios de difusión online que se han utilizado en esta tesis doctoral.

En relación a los resultados obtenidos sobre los estresores sociales y, más concretamente, sobre las experiencias de discriminación, se pueden destacar tanto diferencias como similitudes con otros estudios. Por ejemplo, el estudio de Averett et al. (2011) con 456 lesbianas mayores muestra que las principales experiencias de discriminación por ser lesbianas se dan en entornos informales como las relaciones familiares (35,5%), situaciones sociales (35,7%) y durante las compras o cenas fuera de casa (20,2%). Pero también en entornos formales como el laboral (30,7%). Las participantes también agregaron que habían sido discriminadas como lesbianas en términos de crianza, en la iglesia, por los gobiernos y políticas federales y estatales, o simplemente por caminar por la calle. Como similitudes con este estudio, se destaca que los ámbitos donde se producen las experiencias de discriminación coinciden.

Sin embargo, las frecuencias cambian, pues en el presente estudio el ámbito laboral se ha mencionado en mayor medida que las relaciones familiares o situaciones sociales. Esta diferencia puede deberse a dos factores, el primero es que, como se comentó con anterioridad, no todas las personas especificaron el ámbito en el que habían sufrido discriminación, por lo que los resultados pueden diferir a lo que se hubiera obtenido si todas lo hubieran hecho. En segundo lugar, el estudio de Averett et al. (2011) incluyó únicamente mujeres lesbianas de Estados Unidos, lo cual es una diferencia significativa con la muestra LGTB de España del presente estudio.

Otra de las diferencias que se pueden destacar en cuanto a los ámbitos de discriminación es que, tanto en el caso de Butler (2017), como de Goldberg et al. (2008), se destacó que uno de los ámbitos donde puede experimentarse discriminación es en el cuidado domiciliario o en los servicios de atención para personas mayores. Este ámbito no fue detectado en la presente tesis, probablemente debido a la menor edad media de la muestra, ya que en el presente estudio se incluyeron personas a partir de 45 años, en el de Butler (2017) a partir de 65 años y, en el de Goldberg et al. (2008) a partir de 60 años.

Como similitudes con otros estudios, la Revisión anual de la situación de los derechos humanos LGTBI en Europa y Asia Central también encontró situaciones de discriminación en el ámbito sanitario, publicando que, en España, en enero de 2022, un hospital denegó a una pareja de lesbianas el registro de nacimiento de su hijo, alegando que sólo lo hacían "para parejas normales" (Rainbow Europe, 2023). Así como, según del Pino et al. (2016), también los hombres homosexuales mayores pueden tener más dificultades para acceder a determinados recursos sanitarios. Sobre este tema, Fingerhut et al. (2022) también añadieron que los estereotipos sanitarios se asociaron con un mayor malestar psicológico y un mayor número de días de mala salud física en personas LGB.

Por otra parte, en la presente tesis se ha detectado la discriminación en el ámbito laboral como uno de los asuntos que más preocupan a las personas participantes. Otros

estudios, como el de Barbee y McKay (2023), también enfatizan este tema investigando cómo el estrés laboral afecta a la salud cognitiva de personas LGTB adultas y mayores, y mostrando que, experimentar problemas importantes en el trabajo, se asocia con una mayor probabilidad de reportar síntomas de deterioro cognitivo leve, siendo esta relación mediada por síntomas de depresión y problemas de sueño. Dentro del contexto español, la *European Union Agency for Fundamental Rights* (2013), declaró que, en España, el 16% de la población LGTB afirmó haberse sentido discriminada en el trabajo. Esta percepción es todavía mayor en la encuesta española promovida por FELGTBI+ y COGAM en 2013, en la que el 31,2% de las personas LGTB participantes afirmaban haberse sentido discriminadas en el trabajo.

Sobre los tipos de experiencias de discriminación vividas en el trabajo, según los resultados de la encuesta ADIM, Pichardo et al. (2019) señalan que, en el ámbito laboral, el 36% de personas LGTB+ de España y Portugal escucha a menudo o muy a menudo rumores sobre su orientación sexual o identidad de género o la de alguna otra persona; el 36% algún chiste o comentario negativo acerca de las personas LGTB; el 13% presencia a menudo o muy a menudo que una persona sea víctima de burla o insultos por ser LGTB; el 7% que una persona no recibe un ascenso, subida salarial o se ve perjudicada profesionalmente por ser LGTB y el 2% que una persona pierde su trabajo por ser LGTB. Todas estas formas de discriminación han sido mencionadas también por las personas participantes de la presente tesis. La encuesta también subrayó que un 15% de las personas LGTB+ habían evitado alguna vez espacios o eventos corporativos tales como comidas, cenas de trabajo o viajes para evitar mostrar aspectos de su vida personal.

Sobre la discriminación percibida, se coincide con otros estudios realizados con personas LGTB en España en que existen determinadas situaciones de discriminación que, a menudo, son vividas, pero no percibidas, por las personas LGTB. Por ejemplo, dentro del ámbito laboral se destaca que el “ocultamiento preventivo” ante el temor a sufrir alguna situación discriminatoria es la principal manifestación de la discriminación estructural a la que

se siguen enfrentando muchas personas LGTB en el trabajo, aunque paradójicamente no siempre este ocultamiento es vivido como discriminación. El problema psicosocial vinculado a esta dinámica es la alienación, es decir, la incapacidad de las personas LGTB de desarrollar plenamente su identidad personal en los entornos laborales. Otra forma de discriminación que actúa de manera latente e invisibilizada es la autosegregación, es decir, la intención de buscar sectores productivos que sean más amigables con las identidades LGTB. Esto produce discriminación al limitar las opciones laborales de estos perfiles. Sin embargo, una vez más, esta práctica no es definida habitualmente como una forma de discriminación, sino como una opción personal asumida voluntariamente (Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades, 2017).

En relación a otros estresores sociales, como es el sentimiento de soledad, se coincide con D'Augelli et al. (2001) en haber destacado la influencia del bienestar psicológico como predictor de la soledad, ya que estos autores mostraron que una mejor salud mental se correlaciona con una menor soledad, una mayor autoestima y una menor homofobia internalizada. En la presente tesis, también se ha encontrado que el bienestar psicológico influye de manera significativa en el sentimiento de soledad. Algunos estudios también han encontrado diferencias de género en los resultados de soledad, como es el caso de Kim y Fredriksen-Goldsen (2014), quienes encuestaron a un total de 2.560 personas LGB de 50 o más años de edad, y mostraron que los hombres homosexuales y bisexuales eran más propensos a vivir y sentirse solos que las mujeres lesbianas y bisexuales. Así como también encontraron que, en comparación con los adultos mayores LGB que viven con una pareja o cónyuge, tanto los que viven solos como los que viven con otras personas informaron de mayores grados de soledad, incluso después de controlar otras variables. Estas diferencias no fueron encontradas en esta tesis doctoral. Por otra parte, Kim y Fredriksen-Goldsen (2014) también comprobaron que el apoyo social, el tamaño de la red social y el estigma internalizado explicaron parcialmente la relación entre la forma de vida y la soledad. Estos resultados sí que podrían coincidir con los hallazgos de la presente tesis doctoral en tanto

que se ha obtenido que la frecuencia de discriminación, la satisfacción con la vida, el apoyo social y el bienestar psicológico actúan como variables predictoras sobre el sentimiento de soledad. Por lo tanto, se puede concluir que, en el presente estudio, las diferencias significativas en los resultados del sentimiento de soledad no estuvieron asociadas a los factores sociodemográficos, sino a los estresores sociales, a los recursos psicosociales o al bienestar psicológico de las personas participantes.

Sobre el estado de salud percibido, otros estudios sobre personas adultas mayores LGTB en España han encontrado que tan sólo un 16% considera que su salud es mala o muy mala y el 55% opina que su salud es buena o muy buena (FELGTBI+, 2019). Estos resultados podrían ser similares a los de esta tesis, ya que la media del estado de salud percibido ha sido de 7,72, lo cual puede considerarse como un resultado bastante positivo en tanto que más personas se acercan al nivel máximo de salud, que al mínimo.

En cuanto a los recursos psicosociales, y más concretamente a la generatividad, para conocer las particularidades que pueden presentar las personas adultas mayores LGTB, a continuación, se procede a comparar los resultados de esta tesis con otros estudios que han utilizado también la versión reducida de la LGS para evaluar la preocupación generativa, pero, en su caso, en población general. En primer lugar, cabe destacar que la puntuación media obtenida por la LGS reducida en la encuesta MIDUS del año 1995 fue de 2,80. En el año 2005, la puntuación media fue de 2,78. En esta tesis, la media ha sido de 2,73. En base a estas cifras se podría decir que las personas LGTB muestran resultados muy similares en cuanto a preocupación generativa a los del resto de la población general.

En cuanto a la relación de la preocupación generativa y la edad, otros estudios han recogido que la preocupación generativa alcanza su nivel más elevado a los 40 años, disminuyendo ligeramente a partir de esa edad hasta que se estabiliza entre los 50 y los 70 años, y disminuyendo finalmente entre los 70 y los 84 años. Esto puede deberse a que, mientras que las personas de mediana edad pueden tener hijos o hijas jóvenes o ser activas

laboralmente, es posible que las personas mayores tengan menos acceso a las generaciones más jóvenes (Nelson y Bergeman, 2021). Sobre la influencia de la edad, la presente tesis ha encontrado que el mayor nivel de preocupación generativa se da entre los 45 y 50 años, seguidamente se produce una disminución progresiva de la preocupación generativa a medida que aumenta la edad y, por último, ésta vuelve a aumentar en el rango de edad más avanzada (69-77 años).

Cabe destacar que, en esta tesis, se encontró que la edad fue la única variable sociodemográfica que actúa como variable predictora de la preocupación generativa de manera significativa. Por tanto, no se coincide con otros estudios sobre personas adultas mayores, como el Einolf (2014), que aportan que la conciencia temprana de la generatividad biológica y los estereotipos culturales de la mujer como cuidadora pueden hacer que las mujeres desarrollen niveles de preocupación generativa más altos que los hombres. Ni tampoco con estudios como el McAdams y de St. Aubin (1992), que encontraron que los hombres que tenían hijos o hijas mostraban más generatividad que los hombres que no tenían. O el de Keyes y Ryff (1998), que encontraron que las personas con niveles educativos más altos reportaron una mayor preocupación generativa.

En cuanto a las contribuciones sociales expresadas en las preguntas de respuesta abierta incluidas en el cuestionario de la presente tesis, se coincide con los siguientes estudios sobre personas mayores LGTB en respuestas como: contribuir a los derechos LGTB y a la mejora de la sociedad a través de protestas y visibilidad (Casado et al., 2022; Bower et al., 2021), participación en organizaciones LGTB (Paceley et al., 2015) o la ayuda a personas jóvenes LGTB (Oswald y Masciadrelli, 2008; Rosati et al., 2021). Así como también en la ayuda a otros colectivos vulnerables (Meyer, 2015), el voluntariado (Lyons et al., 2021c) y la mejora de la situación de las personas con VIH (Bower et al., 2021).

En cuanto a la relación entre participación social y generatividad, Van De Water y McAdams (1989) teorizaron que las personas con alta generatividad son más conscientes

políticamente y es más probable que favorezcan movimientos que promuevan la justicia social. Además, la encuesta *Midlife Development in the United States* (MIDUS) (Ryff et al. 2007) también demostró que la generatividad fue el predictor más consistente de varias dimensiones de la responsabilidad social, como el voluntariado y la contribución con tiempo y dinero a las preocupaciones comunitarias. De manera similar, Cole y Stewart (1996) y de St. Aubin y McAdams (1995) encontraron que la generatividad estaba vinculada a sentimientos de apego a la comunidad y la agencia cívica. Según Erikson (1982), lo contrario de la generatividad, es decir, el estancamiento psicológico, está estrechamente ligado a la exclusión de otros no familiares, lo que se manifiesta como prejuicios contra otras formas de pensar diferentes a las propias. Estas consideraciones sugieren que la generatividad está ligada a actitudes prosociales y a una definición de comunidad como un concepto inclusivo. Por estas razones, se defiende que el concepto de generatividad está íntimamente relacionado con las actitudes de inclusión e igualdad social (Morselli y Passini, 2015). En el caso de las personas LGTB de la presente tesis, también se confirman estas teorías en tanto que la preocupación generativa fue una de las únicas variables predictoras de manera significativa de la frecuencia de participación en organizaciones no gubernamentales.

En relación a los recursos económicos, a pesar de que la dificultad para llegar a fin de mes no se detectó como una variable predictora del bienestar psicológico, sí se detectó como tal para el estado de salud percibido. En este sentido, los resultados se ven alineados con investigaciones como la de Fredriksen-Goldsen et al. (2017a), que encontraron que las personas LGTB de 50 o más años que contaban con más recursos sociales y económicos presentaban una mejor salud mental y física. Sobre la dificultad para llegar a fin de mes, en la presente tesis se encontró que un 73,21% indicaron no presentar ninguna o poca dificultad para llegar a fin de mes, datos que se asimilaran al Informe de Mesquida et al. (2017) realizado en la ciudad de Barcelona en el que, si se compara la situación del colectivo LGTB, con la del conjunto de ciudadanía de 50 años, se observa que son más los que tienen facilidad para llegar a fin de mes (60,1 % frente al 47,5 %). Sin embargo, en estudios realizados a mayor

escala, como es la Estrategia para la Igualdad de las Personas LGBTIQ 2020-2025 de la Comisión Europea (2020), se destaca que el 48 % de las personas trans, el 35 % de las mujeres lesbianas y el 31 % de los hombres gais viven en hogares con dificultades para llegar a fin de mes.

Sobre otros recursos psicosociales como el apoyo social, estudios como el de Detwiler et al. (2022) también encontraron resultados con similitudes y diferencias a la presente tesis, concluyendo que la relación del heterosexismo y el edadismo con un mayor malestar psicológico y con la soledad dejó de ser significativo después de controlar los factores que mejoran el estrés, y observando que el apoyo social fue un fuerte predictor de un mejor bienestar psicológico. Como diferencias, sobre el tema del edadismo como forma de discriminación, ésta no fue mencionada por prácticamente ninguna de las personas participantes en la presente tesis, por lo que no se incluyó en el análisis de resultados. Esto puede deberse a que las personas interpretaron que únicamente se preguntaba por experiencias de discriminación asociadas a las personas LGTB, o bien a que no han detectado este tipo de discriminación, ya sea por no haberla sufrido o por no ser conscientes de su existencia. Como similitudes, el apoyo social y la soledad actuaron como predictores de la satisfacción con la vida, pero no del bienestar psicológico. No obstante, a través de los resultados obtenidos, se podría concluir que el apoyo social influye en el bienestar psicológico indirectamente, en tanto que predice la preocupación generativa, y la preocupación generativa predice el bienestar psicológico.

Siguiendo con los resultados relacionados con el apoyo social, también se coincide con otros estudios en la importancia de las redes sociales no familiares, por ejemplo, King et al. (2019) señalaron que las personas adultas mayores LGTB reportan tasas más altas de participación en redes sociales no familiares, en comparación con sus homólogos cisgénero y heterosexuales.

Para finalizar, en relación al bienestar psicológico y la satisfacción con la vida, los resultados de Tavares et al. (2023) coinciden en que la satisfacción con la vida en personas adultas mayores LGTB españolas se asocia positivamente con la confianza generativa y con los comportamientos generativos de colaboración y cuidado. Y añaden que la satisfacción con la vida y la generatividad también se asocian positivamente a la revelación de la condición de persona LGTB y al apoyo percibido en el proceso de revelación. Otros estudios, como el de Emlet et al. (2019), encontraron que la participación, el apoyo social, el compromiso con la comunidad y un menor estigma de identidad predijeron una mejor salud mental en personas LGTB de 50 o más años. De manera similar, en la presente tesis se ha encontrado que la variable que predice directamente el bienestar psicológico es la preocupación generativa; y que el sentimiento de soledad y el apoyo social predicen la satisfacción con la vida. Por lo que se podría decir que los resultados de la presente tesis se aproximan también a los de Hughes (2017), que encontraron que la angustia psicológica fue mayor entre las personas LGTB de 50 o más años que vivían solas y experimentaban tasas altas de soledad. O con los resultados obtenidos por Kim et al. (2017), que matizaron que el tipo de red social se asoció significativamente con la salud mental en personas LGTB de 50 o más años, mostrando que aquellas con el tipo completamente restringido mostraron peor salud mental.

Por otra parte, también se ha podido confirmar que, los resultados de la investigación de Reinilä et al. (2023), que mostraban que el bienestar psicológico actuaba como predictor de la preocupación generativa en población en general, también se han obtenido para personas adultas mayores LGTB, pues en la presente tesis se ha confirmado que el apoyo social y el bienestar psicológico actúan como variables predictoras de la preocupación generativa. Hasta donde sabemos, es la primera vez que se prueba esta relación en este colectivo poblacional.

Limitaciones del estudio y propuestas futuras

Como limitaciones del presente estudio, en relación con las personas participantes, se destaca que la muestra de personas trans (N=21) y de personas de 65 o más años (N=51) ha sido reducida. Por lo que, como propuesta de investigaciones futuras, sería recomendable aumentar el número de participantes de ambos grupos. La realización de investigaciones de este tipo podría aportar información muy relevante, ya que se ha demostrado que, dentro de la edad adulta, también existen diferencias entre los distintos rangos de edad incluidos. Por ejemplo, Allensworth-Davies et al. (2016) concluyeron que los hombres homosexuales de 50 a 64 años y los de 65 a 74 años informaron de puntuaciones de autoestima masculina más bajas que los hombres de 75 años o más. Monin et al. (2017) también aportaron que las personas adultas LGB más jóvenes son más vulnerables a los problemas de salud mental que sus pares LGB mayores. Esto puede deberse a que las personas LGB más mayores son más resistentes, pero cabe destacar que pueden estar en mayor riesgo de aislamiento social que sus pares LGB más jóvenes. Por otra parte, Wilkinson (2022) encontró que las personas LGB de más edad tenían un mejor bienestar que las de menor edad, pero esto disminuyó en las personas de 85 años o más. Además, es probable que el contexto sociopolítico que vivió esta generación durante su infancia y adolescencia presente muchas diferencias significativas que pueden haber influido en su salud mental. Por ejemplo, Fredriksen-Goldsen et al. (2022) examinaron los acontecimientos y experiencias vitales de las personas bisexuales diferenciando por generación: Generación del Orgullo, nacidos entre 1950-1964; Generación Silenciada, nacidos entre 1935-1949; y Generación Invisible, nacidos en 1934 o antes, encontrando que, la Generación Invisible, es decir, la de mayor edad, en comparación con las dos generaciones más jóvenes, presentó riesgos significativos relacionados con las relaciones sociales y los niveles más bajos de revelación de la orientación sexual. Sin embargo, también mostraron menos experiencias relacionadas con los prejuicios, importantes signos de resiliencia y mejor salud mental.

Por ende, otra posible limitación de la presente tesis doctoral relacionada con la muestra puede ser la reducida inclusión de otras orientaciones sexuales o identidades de género minoritarias que pueden sufrir igual, o incluso más, discriminación que las personas LGTB. Por ejemplo, estudios actuales realizados en España, como es el de Ronzón-Tirado et al. (2023), compararon las tasas de experiencias heterosexistas en diversas identidades de género y orientaciones sexuales en una muestra de 509 personas LGBTQ+ de España de entre 18 y 60 años. Sus resultados indicaron que las personas que se identificaron como trans o con una orientación sexual minoritaria (por ejemplo, asexual o pansexual) indicaban mayores niveles de exposición a experiencias heterosexistas, y estos niveles más altos de experiencias heterosexistas se asociaban a mayores síntomas de depresión y comportamiento suicida. El estudio de las personas con estas identidades de género u orientaciones sexuales todavía más minoritarias podría tratarse más detenidamente en investigaciones futuras. En relación a las personas trans, cabe señalar que los análisis de regresión de Tan et al. (2020) indicaron que las mujeres trans tenían menos probabilidades de informar angustia psicológica que los hombres trans, y también que las personas participantes de género no binario.

En cuanto a las Comunidades Autónomas de residencia de las personas participantes, se realizó un esfuerzo activo por conseguir personas participantes de todas las Comunidades Autónomas que conforman el territorio español, no obstante, en algunas de ellas el número de participantes obtenido fue bastante reducido, por ejemplo, La Rioja (N=4) o las Islas Baleares (N=4). Y, en el caso de Extremadura, no se pudo conseguir la participación de ninguna persona. Por lo tanto, investigaciones futuras podrían ampliar la muestra en aquellas Comunidades Autónomas menos representadas en la presente tesis doctoral.

Otra posible propuesta de investigación futura podría ser el desarrollo de un análisis comparativo entre personas LGTB, y personas cisgénero y heterosexuales de edades similares. En la presente tesis, el objetivo era estudiar las experiencias de las personas LGTB,

por lo que no se incluyó la participación de personas heterosexuales y cisgénero. No obstante, esto podría ser de interés en tanto que se podrían estudiar diferencias asociadas a la pertenencia al colectivo LGTB.

Por otra parte, desde el punto de vista metodológico, al haber utilizado un cuestionario online como instrumento de recogida de datos, es probable que muchas personas, especialmente las más mayores o las personas con problemas de manejo o de acceso a la tecnología, no hayan podido cumplimentar el cuestionario. Además, a pesar de contar con preguntas abiertas de carácter cualitativo, este formato tampoco permite profundizar tanto en las experiencias personales o en el plano emocional como lo haría una entrevista en profundidad cara a cara, que permitiría, entre otras cosas, el análisis del lenguaje verbal y no verbal, como pueden ser las expresiones faciales y corporales y los signos paralingüísticos, así como conocer mejor su historia de vida. Por lo tanto, en investigaciones futuras se podría utilizar este instrumento de investigación, cuyos resultados aportarían un valor añadido y complementario a los de esta tesis.

Por último, al tratarse de un estudio transversal, otra posible limitación de la investigación es que no se puede conocer si los resultados cambiarían a lo largo del tiempo, por lo que otras investigaciones futuras podrían plantear estudios longitudinales con el objetivo de estudiar las diferencias entre los efectos del curso de la vida y el efecto de cohorte en la salud mental.

Tras finalizar la discusión de resultados, para cerrar la presente tesis doctoral, se presentan las conclusiones finales.

8. Conclusiones

a) *Perfil sociodemográfico*

A nivel sociodemográfico, se concluye que las principales características de las 519 personas LGTB participantes en el estudio son:

- Una edad comprendida entre los 45 y los 54 años (58,3%).
- Una mayor prevalencia de las personas de género masculino (69,17%).
- Una mayor prevalencia de los hombres gais sobre el resto de orientaciones sexuales (65,51%).
- Una identidad cisgénero en el 95,95% de los casos.
- Residencia en el ámbito urbano en el 92,10% de los casos.
- Una mayoría de personas que no viven solas (62,62%).
- Una mayoría de personas que no tienen hijos/as (77,46%).
- Un nivel de estudios generalmente universitarios (69,17%).
- Y una situación de empleo generalmente activa a tiempo completo (63,97%).

Como se ha observado en la discusión, la mayor prevalencia de hombres gais cisgénero, que no tienen hijos/as y poseen niveles de educación elevados es una constante en muchos de los estudios sobre personas LGTB adultas mayores en España.

b) *Estresores sociales*

En cuanto a las principales conclusiones sobre los estresores sociales y, en concreto, sobre la discriminación, se ha comprobado que la mayor parte de las personas indicaron que experimentaban poco frecuentemente (63,19%) discriminación por ser personas LGTB. A pesar de que la frecuencia de discriminación detectada no haya sido generalmente elevada, cabe recordar que la suma de las personas que contestaron que experimentaban discriminación por ser personas LGTB, ya sea poco, bastante o muy frecuentemente fue de 76,87%, lo cual representa un porcentaje muy superior al de personas que contestaron no

experimentarla nunca (23,12%). En cuanto a las relaciones de la frecuencia de discriminación con otras variables, se concluye que el sentimiento de soledad actúa como variable predictora significativa de la frecuencia de discriminación, de tal manera que, a medida que aumenta el sentimiento de soledad, aumenta progresivamente la frecuencia de discriminación.

Sobre las experiencias de discriminación, se destacan mayoritariamente las agresiones verbales (41,16%). Sobre el resto de experiencias de discriminación, destacan las situaciones de exclusión social con un 8,43% y un 6,22% en miradas despectivas. Un 25,70% indicaron que nunca habían experimentado ningún tipo de discriminación, o bien no eran conscientes de ello, o no lo recordaban. En cuanto a los principales ámbitos en los que se producen las experiencias de discriminación, se destaca que el ámbito más frecuente es el ámbito laboral (30,21%) y la vía pública o transporte público (23,96%). Los siguientes ámbitos más frecuentes son el ámbito familiar (11,46%) y los locales privados o espacios de ocio (10,94%).

Sobre el siguiente estresor social, es decir, el sentimiento de soledad, medido con la Escala de Soledad de la UCLA, se obtuvo una media de 1,63 sobre 3. Así como también se encontró que la satisfacción con la vida, el apoyo social, la frecuencia de discriminación y el bienestar psicológico actúan como variables predictoras sobre el sentimiento de soledad. Estas relaciones mostraron que:

- A mayor satisfacción con la vida, menor es el sentimiento de soledad.
- A mayor es el nivel de apoyo social, menor es el sentimiento de soledad.
- A mayor es la frecuencia de discriminación, mayor es el sentimiento de soledad.
- Las personas con el nivel más alto y el nivel más bajo de bienestar psicológico son las que muestran las medias más altas de soledad.

En relación al último estresor social incluido, el estado de salud percibido, los resultados muestran una puntuación media de 7,72 (en una escala de 1 a 10).

Se ha comprobado también que la dificultad para llegar a fin de mes, la satisfacción con la vida y la edad actúan como variables predictoras del estado de salud percibido, de manera que:

- A mayor satisfacción con la vida, mayor es el estado de salud percibido.
- A mayor dificultad para llegar a fin de mes, menor es el estado de salud percibido.
- Generalmente, el estado de salud percibido disminuye a medida que aumenta la edad.

No obstante, el grupo de más edad (69-77 años) parece mostrar una ligera mejora en su percepción del estado de salud que el grupo de edad anterior (63-68 años).

c) Recursos psicosociales

En cuanto a la preocupación generativa, se concluye que la media obtenida en la LGS, ha sido de 2,73 sobre 4; actuando el apoyo social, la edad y el bienestar psicológico como variables predictoras de la preocupación generativa, de manera que:

- A medida que aumenta el apoyo social, aumenta la preocupación generativa.
- El mayor nivel de preocupación generativa se da entre los 45 y 50 años, seguidamente se produce una disminución progresiva de la preocupación generativa a medida que aumenta la edad y, por último, ésta vuelve a aumentar en el rango de edad más avanzada (69-77 años).
- Las personas con niveles más altos de bienestar psicológico, presentan también medias más altas de preocupación generativa.

Sobre las principales contribuciones a otras personas citadas por las personas participantes, se destaca el apoyo social (46,28%), seguido de la educación, docencia y transmisión de valores (19,78%) y el activismo (12,34%). En cuanto a las aportaciones para la mejora de la situación del colectivo LGTB, la más mencionada fue el activismo (51,01%), la participación o creación de espacios LGTB (12,29%), la investigación y formación en temáticas LGTB (6,79%) y el apoyo a otras personas vinculadas con el colectivo LGTB

(5,14%). Un 22,57% afirmaron no haber hecho ninguna o casi ninguna contribución, o bien no tener conocimiento de ello. Por último, sobre los aprendizajes que las personas más jóvenes podrían adquirir de la experiencia de las personas participantes, la categoría más mencionada ha sido las habilidades socioemocionales y valores (57,87%). Seguidamente, con cifras bastante menores, se encuentra la defensa de los derechos LGTB (11,86%) y la aportación de experiencias personales y referentes (9,41%).

En relación a la satisfacción con la vida, la puntuación media obtenida ha sido de 7,48 sobre 10, encontrando que el sentimiento de soledad, el estado de salud percibido y el apoyo social actúan como variables predictoras de la satisfacción con la vida, de manera que:

- A mayor sentimiento de soledad, menor satisfacción con la vida.
- A mayor estado de salud percibido, mayor satisfacción con la vida.
- A mayor apoyo social, mayor satisfacción con la vida.

Sobre la participación social, se destaca que el 46,24% participa en alguna asociación en la actualidad, y que generalmente participan semanalmente (32,5%) o mensualmente (32,5%). El 50% de las personas que participan en asociaciones participan únicamente en asociaciones dedicadas a las personas LGTB, un 35,41% en otro tipo de asociaciones, y un 14,58% participan de manera simultánea en asociaciones LGTB y de otros tipos. Se concluye también que la Comunidad Autónoma de residencia y la preocupación generativa actúan como variables predictoras de la frecuencia de participación, en tanto que, a medida que aumenta la preocupación generativa, aumenta la frecuencia de participación. Castilla-La Mancha, Islas Baleares y la Comunidad Foral de Navarra mostraron los niveles más elevados de frecuencia de participación.

En cuanto a los recursos económicos, se concluye que el 40,07% no presentan ninguna dificultad para llegar a fin de mes. Y se obtiene que la presencia de hijos o hijas, el nivel educativo, la situación de empleo y el estado de salud percibido actúan como variables

predictoras de la dificultad para llegar a fin de mes. Estas relaciones se dan de la siguiente manera:

- Las personas que tenían hijos/as mostraban más dificultades para llegar a fin de mes.
- Las personas sin estudios o con estudios primarios mostraban más dificultades para llegar a fin de mes que las personas con estudios secundarios o universitarios, siendo estas últimas las que mostraban menor dificultad.
- Las personas con empleo a tiempo completo son las que muestran menores dificultades para llegar a fin de mes, seguidas de las personas jubiladas. Las personas con empleo a tiempo parcial y, sobre todo, las desempleadas, son las que muestran mayores dificultades para llegar a fin de mes.
- A menor estado de salud percibido, mayor es la dificultad para llegar a fin de mes.

Para finalizar las conclusiones sobre los recursos psicosociales, se concluye que la media obtenida para medir el apoyo social a través de la *Lubben Social Network Scale* ha sido de 17,2 sobre 30, concluyendo también que, generalmente, las personas participantes perciben más apoyo por parte de las redes de amistades que de las familiares. Como predictores del apoyo social se destacan la preocupación generativa, el sentimiento de soledad y la satisfacción con la vida, de tal manera que:

- A mayor preocupación generativa, mayor es el apoyo social.
- A mayor sentimiento de soledad, menor es el nivel de apoyo social.
- A mayor satisfacción con la vida, mayor es el apoyo social.

d) Bienestar psicológico

La puntuación media obtenida en la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff es de 3,66 sobre 5. La puntuación más elevada se obtiene en la categoría de crecimiento personal (4,02) y la más reducida en dominio del ambiente o control del entorno (3,42). Únicamente la

preocupación generativa predice de manera significativa el bienestar psicológico, concluyendo que, a mayor es la preocupación generativa, mayor es el bienestar psicológico.

e) Relaciones entre variables

En base al conjunto de las conclusiones, se destaca que, a pesar de que los resultados no muestran una situación psicosocial especialmente crítica o perjudicial para el colectivo poblacional estudiado, sí que se detectan diferentes márgenes u oportunidades de mejora que pueden influir de manera positiva en la calidad de vida de las personas adultas mayores LGTB. Por ejemplo, la erradicación de todo tipo de situaciones de discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género. Esta tarea podría realizarse a través de la sensibilización y concienciación de la sociedad sobre esta problemática, de la educación en materia de diversidad sexo-genérica o de la visibilidad y normalización de las identidades de género u orientaciones sexuales minoritarias. Por otra parte, también se podría intervenir para reducir el sentimiento de soledad mediante el fomento de los recursos de apoyo psicosocial o de los espacios para participar o forjar relaciones sociales.

No obstante, en esta tesis se ha comprobado que la mejor estrategia para mejorar el bienestar psicológico o la satisfacción con la vida de las personas adultas mayores LGTB no es trabajar únicamente en la reducción de los estresores sociales, sino que, además, es crucial incidir en la potenciación de los recursos psicosociales que favorecen el bienestar. De entre ellos, se destaca la importancia de la preocupación generativa. Como sociedad, y especialmente como profesionales del ámbito social o psicológico, se podría trabajar en garantizar los recursos y oportunidades, para que todas las personas adultas mayores LGTB puedan desarrollar su preocupación generativa de la manera más satisfactoria posible, en base a sus propios intereses y estándares personales, ya que, como se ha podido comprobar a través de los resultados obtenidos, las maneras en las que las personas pueden expresar o materializar su preocupación generativa son amplias y diversas y poseen grandes beneficios para el bienestar psicológico de las personas que la sienten y la ejercen.

“Yo solo quiero amar,

Yo solo quiero ser libre.

Yo solo quiero coger de la mano a la persona que amo,

Solo quiero hacerla feliz.

¿Por qué eso iba a ser malo, si ella también me quiere a mí?

Yo solo quiero pintarme los labios,

Solo quiero que me llames Yasmine.

¿Por qué eso iba a ser malo, si tú has sido tú mismo desde que te conocí?

Yo solo quiero amar,

Yo solo quiero ser libre,

Yo solo pido ser feliz”.

Referencias

- Adzrago, D., Osaghae, I., Ananaba, N., Ayieko, S., Fwelo, P., Anikpezie, N. y Cherry, D. (2021). Examining differences in suicidality between and within mental health disorders and sexual identity among adults in the United States. *AIMS Public Health*, 8(4), 636-654. [10.3934/publichealth.2021051](https://doi.org/10.3934/publichealth.2021051)
- Albelda, R., Badgett, M. V. L., Schneebaum, A. y Gates, G. (2009). *Poverty in the lesbian, gay, and bisexual community*. The Williams Institute.
- Allensworth-Davies, D., Talcott, J. A., Heeren, T., de Vries, B., Blank, T. O. y Clark, J. A. (2016). The health effects of masculine self-esteem following treatment for localized prostate cancer among gay men. *LGBT Health*, 3(1), 49-56. <http://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0090>
- Alonso-Sánchez, J. F. y Muyor-Rodríguez, J. (2020). La homosexualidad en las personas mayores: vivenciando narrativas en torno a las discriminaciones y prácticas resilientes. *Trabajo Social Global*, 10(18), 46-71. <https://doi.org/10.30827/tsg-gsw.v10i18.8654>
- APA. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association.
- Au, A., Kin, M., Wu, W. y Hofer, J. (2020). Generativity and positive emotion in older adults: mediation of achievement and altruism goal attainment across three cultures. *Journal of Happiness Studies*, 21(3), 677–692. <https://doi.org/10.1007/s10902-019-00101-1>
- Auldridge, A. y Espinoza, R. (2013). *Health equity and LGBT elders of color: Recommendations for policy and practice*. SAGE.

- Averett, P. y Jenkins, C. (2012). Review of the literature on older lesbians: implications for education, practice, and research. *Journal of Applied Gerontology*, 31(4), 537–561.
<https://doi.org/10.1177/0733464810392555>
- Averett, P., Yoon, I. y Jenkins, C. L. (2011). Older lesbians: experiences of aging, discrimination and resilience. *Journal of Women & Aging*, 23(3), 216-232.
<https://doi.org/10.1080/08952841.2011.587742>
- Barbee, H. y McKay, T. (2023). Do supportive work environments matter for minority aging? Work stress and subjective cognitive impairment among middle-age and older lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer adults. *Acta Psychologica*, (237), 103949.
<https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2023.103949>
- Bariola, E., Lyons, A., Leonard, W., Pitts, M., Badcock, P. y Couch, M. (2015). Demographic and psychosocial factors associated with psychological distress and resilience among transgender individuals. *American Journal of Public Health*, 105(10), 2108-2116.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302763>
- Barrientos-Delgado, J., Cárdenas-Castro, M. y Gómez-Ojeda, F. (2014). Características sociodemográficas, bienestar subjetivo y homofobia en una muestra de hombres gay en tres ciudades chilenas. *Cadernos De Saúde Pública*, 30(6), 1259–1269.
<https://doi.org/10.1590/0102-311X00108413>
- Batchelder, A.W., Safren, S., Mitchell, A.D., Ivardic, I. y O’Cleirigh, C. (2017). Mental health in 2020 for men who have sex with men in the United States. *Sexual Health*, 14(1), 59-71.
<https://doi.org/10.1071/SH16083>

- Battalen, A., Mereish, E., Putney, J., Sellers, C. M., Gushwa, M. y McManama, K. H. (2020). Associations of discrimination, suicide ideation severity and attempts, and depressive symptoms among sexual and gender minority youth. *Crisis*, 42(4), 1-8. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000718>
- Beam, C. R. y Collins, E. M. (2019). Trajectories of depressive symptomatology and loneliness in older adult sexual minorities and heterosexual groups. *Clinical Gerontologist*, 42(2), 172-184. <https://doi.org/10.1080/07317115.2018.1518283>
- Bockting, W., Coleman, E., Deutsch, M.B., Guillamon, A., Meyer, I., Meyer, W., Reisner, S., Sevelius, J. y Ettner, R. (2016). Adult development and quality of life of transgender and gender nonconforming people. *Current Opinion in Endocrinology & Diabetes and Obesity*, 23(2), 188-197. <https://doi.org/10.1097/med.0000000000000232>
- Bower, K. L., Lewis, D. C., Bermúdez, J. M. y Singh, A. A. (2021). Narratives of generativity and resilience among LGTB older adults: leaving positive legacies despite social stigma and collective trauma. *Journal of Homosexuality*, 68(2), 230–251. <https://doi.org/10.1080/00918369.2019.1648082>
- Bowleg, L. (2012). The problem with the phrase women and minorities: intersectionality-an important theoretical framework for public health. *American Journal of Public Health*, 102(7), 1267-1273. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300750>
- Bradley, D. (2014). “We’re not in Oz anymore”: shifting generational perspectives and tensions of gay community, identity, and future. *Journal of Homosexuality*, 61(11), 1503-1528. <https://doi.org/10.1080/00918369.2014.944042>
- Breder, K. y Bockting, W. (2022). Social networks of LGBT older adults: an integrative review. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 10(3), 473–489. <https://doi.org/10.1037/sqd0000552>

- Brim, O. G., Baltes, P. B., Bumpass, L. L., Cleary, P. D., Featherman, D. L., Hazzard, W. R., Kessler, R. C., Lachman, M. E., Markus, H. R., Marmot, M. G., Rossi, A. S., Ryff, C. y Shweder, R. A. (2019). Midlife in the United States (MIDUS 1), 1995–1996. Inter-university Consortium for Political and Social Research [distributor]. <https://doi.org/10.3886/ICPSR02760.v18>
- Butler, R. N. y Lewis, M. I. (1973). *Aging and Mental Health*. C.V. Mosby.
- Butler, S. S. y Hope, B. (1999). Health and well-being for late middle-aged and old lesbians in a rural area. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 9(4), 27-46. https://doi.org/10.1300/J041v09n04_02
- Caceres, B. A., Veldhuis, C. B., Hickey, K. T. y Hughes, T. L. (2019). Lifetime trauma and cardiometabolic risk in sexual minority women. *Journal of Women's Health*, 28(9), 1200-1217. <http://doi.org/10.1089/jwh.2018.7381>
- Candrian, C. y Hinrichs, K. L. M. (2021). The impact of intersectional stigma on health outcomes: the case of an older lesbian veteran. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 33(3), 291-299. <https://doi.org/10.1080/10538720.2021.1875348>
- Cano, G., Bergero I, T., Esteva, I., Giraldo, F., Gómez, M. y Gorneman, I. (2004). La construcción de la identidad de género en pacientes transexuales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 24(89), 21-30. [10.4321/S0211-57352004000100003](https://doi.org/10.4321/S0211-57352004000100003)
- Casado, T., Tavares, J., Guerra, S. y Sousa, L. (2022). Leaving a mark and passing the torch: intended legacies of older lesbian and gay Spanish activists. *Journal of Homosexuality*, 70(10), 2035-2049. <https://doi.org/10.1080/00918369.2022.2048165>

- Chacur, K., Serrat, R. y Villar, F. (2022). Older adults' participation in artistic activities: a scoping review. *European Journal of Ageing*, 19, 931–944. <https://doi.org/10.1007/s10433-022-00708-z>
- Chaya, J. y Bernert, D. J. (2014). Considerations for sexuality education and services for LGB elders. *American Journal of Sexuality Education*, 9(1), 99-113. <https://doi.org/10.1080/15546128.2014.883265>
- Chazan, M. y Baldwin, M. (2021). Queering generativity and futurity: LGBTQ2IA+ stories of resistance, resurgence, and resilience. *International Journal of Ageing and Later Life*, 15(1), 7–38. <https://doi.org/10.3384/ijal.1652-8670.1574>
- Chen, S., Wang, Y., She, R., Qin, P. y Ming, W.K. (2022). Disparities in the unmet mental health needs between LGBTQ+ and non-LGBTQ+ populations during COVID-19 in the United States from 21 July 2021 to 9 May 2022. *Frontiers in Medicine*, 9, 995466. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.995466>
- Cole, E.R. (2009). Intersectionality and research in psychology. *American psychologist*, 64(3), 170-180. <https://doi.org/10.1037/a0014564>
- Cole, E. R. y Stewart, A. J. (1996). Meanings of political participation among black and white women: political identity and social responsibility. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(1), 130–140. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.71.1.130>
- Comisión Europea (12 de noviembre de 2020). *Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones. Unión de la Igualdad: Estrategia para la Igualdad de las Personas LGBTIQ 2020-2025*. Comisión Europea. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/HTML/?uri=CELEX%3A52020DC0698>

- Correro, A. y Nielson, K. (2020) A review of minority stress as a risk factor for cognitive decline in lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGTB) elders. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 24(1), 2-19. <https://doi.org/10.1080/19359705.2019.1644570>
- Cortes, J., Fletcher, T.L., Latini, D.M. y Kauth, M.R. (2019). Mental health differences between older and younger lesbian, gay, bisexual, and transgender veterans: evidence of resilience. *Clinical Gerontologist*, 42(2), 162–171. <https://doi.org/10.1080/07317115.2018.1523264>
- Cuadrado-Clemente, L., Gómez, M., Rodríguez, M., Hurtado, F., Modrego, I. y Morillas, C. (2023). Características sociodemográficas, psicológicas y clínicas de una cohorte de personas transgénero de mediana y avanzada edad: importancia de la atención primaria en la asistencia a la transexualidad y diversidad de género. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 16(3), 274-279. <https://doi.org/10.55783/rcmf.160306>
- D'Augelli, A. R. y Grossman, A. H. (2001). Disclosure of sexual orientation, victimization, and mental health among lesbian, gay, and bisexual older adults. *Journal of Interpersonal Violence*, 16(10), 1008–1027. <https://doi.org/10.1177/088626001016010003>
- D'Augelli, A. R., Grossman, A. H., Hershberger, S. L. y O'Connell, T. S. (2001). Aspects of mental health among older lesbian, gay, and bisexual adults. *Aging & Mental Health*, 5(2), 149-158. <https://doi.org/10.1080/13607860120038366>
- del Pino, H. E., Moore, M. R., Dacus, J., McCuller, W. J., Fernández, L. y Moore, A. A. (2016). Stigma and family relationships of middle-aged gay men in recovery. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 28(1), 1-19. <https://doi.org/10.1080/10538720.2016.1124350>

- Dentato, M. P., Orwat, J., Spira, M. y Walker, B. (2014). Examining cohort differences and resilience among the aging LGBT community: implications for education and practice among an expansively diverse population. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 24(3), 316-328. <https://doi.org/10.1080/10911359.2013.831009>
- de St. Aubin, E. y McAdams, D. (1995). The relations of generative concern and generative action to personality traits, satisfaction/happiness with life, and ego development. *Journal of Adult Development*, 2(2), 99–112. <https://doi.org/10.1007/BF02251258>
- Detwiler, B., Caskie, G. y Johnson, N. (2022). It's complicated: minority stress, social support, in-group social contact, and sexual minority older adults' well-being. *The Gerontologist*, 63(2), 1-11. <https://doi.org/10.1093/geront/gnac092>
- de Vries, B. (2015). Stigma and LGTB aging: Negative and positive marginality. In N. A. Orel y C. A. Fruhauf (Eds.), *The lives of LGTB older adults: Understanding challenges and resilience* (pp. 55–71). Washington, DC: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14436-003>
- de Vries, J. M. A., Downes, C., Sharek, D., Doyle, L., Murphy, R., Begley, T., McCann, E., Sheerin, F., Smyth, S. y Higgins, A. (2020). An exploration of happiness within the Irish LGBTI community. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 24(1), 40-76. <https://doi.org/10.1080/19359705.2019.1646689>
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. y van Dierendonck, D. (2006). Spanish adaptation of the Psychological Well-Being Scales (PWBS). *Psicothema*, 18(3), 572-577. <http://europepmc.org/abstract/med/17296089>
- Dickinson, T., Cook, M., Playle, J. y Hallett, C. (2012). 'Queer' treatments: giving a voice to former patients who received treatments for their 'sexual deviations'. *Journal of Clinical Nursing*, 21(9-10), 1345-1354. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03965.x>

- Dirkes, J., Hughes, T., Ramirez-Valles, J., Johnson, T. y Bostwick, W. (2016). Sexual identity development: relationship with lifetime suicidal ideation in sexual minority women. *Journal of Clinical Nursing*, 25(23-24), 3545-3556. <https://doi.org/10.1111/jocn.13313>
- Donaldson W. V. y Vacha-Haase, T. (2014). Exploring staff clinical knowledge and practice with LGTB residents in long-term care: a grounded theory of cultural competency and training needs. *Clinical Gerontologist*, 39(5), 389-409. <https://doi.org/10.1080/07317115.2016.1182956>
- Duarte, M. y Pereira, H. (2021). The impact of COVID-19 on depressive symptoms through the lens of sexual orientation. *Brain Sciences*, 11(4), 523. <https://doi.org/10.3390/brainsci11040523>
- Elipe, M., Nebot, J. E., Antelo, A., García, M. y Ballester, R. (2020). Análisis de la prevalencia de homofobia en población joven: repercusión en la calidad de vida. *Àgora de Salut VII*, 67-75. <https://doi.org/10.6035/agorasalut.2020.7.7>
- Emlet, C.A., Fredriksen-Goldsen, K.I. y Kim, H.J. (2013). Risk and protective factors associated with health-related quality of life among older gay and bisexual men living with HIV disease. *The Gerontologist*, 53(6), 963-72. <https://doi.org/10.1093/geront/gns191>
- Emlet, C. A., Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H.-J. y Jung, H. (2020). Accounting for HIV health disparities: Risk and protective factors among older gay and bisexual men. *Journal of Aging and Health*, 32(7-8), 677-687. <https://doi.org/10.1177/0898264319848570>
- Emlet, C., Jung, H., Kim, H. J., Fazio, D. L. y Fredriksen-Goldsen, K. (2019). Determinants of physical and mental health among LGBT older adult caregivers. *Innovation in Aging*, 3(1), S345. <https://doi.org/10.1093/geroni/igz038.1248>

- Emlet, C. A., Shiu, C., Kim, H. y Fredriksen-Goldsen, K.I. (2017). Bouncing back: resilience and mastery among HIV-positive older gay and bisexual men. *The Gerontologist*, 57(1), 40–49. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw171>
- European Union Agency for Fundamental Rights. (17 de mayo de 2013). *EU LGBT Survey. Technical report*. European Union Agency for Fundamental Rights (FRA). <https://fra.europa.eu/es/publication/2013/eu-lgbt-survey-technical-report>
- Enguix, B. (2016). Activismo y prácticas digitales en la construcción de una esfera LGTB en España. *Dados, Revista de Ciências Sociais*, 59(3), 755-787. <https://doi.org/10.1590/00115258201691>
- Erikson, E. (1959). *Identity and the life cycle*. Selected Papers. International Universities Press.
- Erikson, E. H. (1982). *The life cycle completed*. Norton.
- Erikson, E. H. y Erikson, J. M. (1997). *The life cycle completed: Extended version with new chapters on the ninth stage of development*. Norton & Comp.
- Erlangsen, A., Drefahl, S., Haas, A., Bjorkensta, C., Nordentoft, M. y Andersson, G. (2020). Suicide among persons who entered same-sex and opposite-sex marriage in Denmark and Sweden, 1989–2016: a binational, register-based cohort study. *Journal of Epidemiology Community Health*, 74(1), 78-83. <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2019-213009>
- Feeney, B. y Collins, N.L. (2015). A new look at social support: a theoretical perspective on thriving through relationships. *Personality and Social Psychology Review*, 19(2), 1-35. <https://doi.org/10.1177/1088868314544222>

- Feinstein, B. A., Katz, B. W., Benjamin, I., Macaulay, T., Dyar, C., y Morgan, E. (2023a). Disparities in depression and anxiety related to sexual orientation and gender identity among older adults: the role of age discrimination. *Stigma and Health*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/sah0000462>
- Feinstein, B. A., Katz, B. W., Benjamin, I., Macaulay, T., Dyar, C. y Morgan, E. (2023b). The roles of discrimination and aging concerns in the mental health of sexual minority older adults. *LGBT Health*, 10(4), 324-330. <http://doi.org/10.1089/lgbt.2022.0113>
- FELGTBI+. Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Trans, Bisexuales, Intersexuales y más. (2019). *Informe 2019. Mayores LGTBI Historia, Lucha y Memoria*. FELGTBI+. Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Trans, Bisexuales, Intersexuales y más. https://FELGTBI+i.org/wp-content/uploads/2020/03/MayoresLGTBI_informe2019.pdf
- FELGTBI+ y COGAM. (octubre de 2013). *Estudio 2013 sobre la discriminación por orientación sexual y/o identidad de género en España*. COGAM. <https://cogam.es/wp-content/uploads/2016/12/estudio-2013-sobre-discriminacion-por-orientacion-sexual-y-o-identidad-de-genero-en-espana.pdf>
- Ferraro, K. F. y Shippee, T. P. (2009). Aging and cumulative inequality: how does inequality get under the skin? *The Gerontologist*, 49(3), 333–343. <https://doi.org/10.1093/geront/gnp034>
- Fingerhut, A. W., Martos, A. J., Choi, S. K. y Abdou, C. M. (2022). Healthcare stereotype threat and health outcomes among LGB individuals. *Annals of Behavioral Medicine*, 56(6), 562–572. <https://doi.org/10.1093/abm/kaab060>

- Fish, J. y Weis, C. (2019). All the lonely people, where do they all belong? An interpretive synthesis of loneliness and social support in older lesbian, gay and bisexual communities. *Quality in Ageing and Older Adults*, 20(3), 130–142. <https://doi.org/10.1108/QAOA-10-2018-0050>
- Foglia, M. B. y Fredriksen-Goldsen, K. I. (2014). Health disparities among LGTB older adults and the role of nonconscious bias. *Hastings Center Report*, 44(4), 40-44. <https://doi.org/10.1002/hast.369>
- Fokkema, T. y Kuyper, L. (2009). The relation between social embeddedness and loneliness among older lesbian, gay, and bisexual adults in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, 38, 264–275. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9252-6>
- Fredriksen-Goldsen, K. I. (2011). Resilience and disparities among lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. *Public Policy and Aging Report*, 21(3), 3–7. <https://doi.org/10.1093/ppar/21.3.3>
- Fredriksen-Goldsen, K. I. Bryan, A. E. B., Jen, S., Goldsen, J., Kim, H. y Muraco, A. (2017a). The unfolding of LGBT lives: key events associated with health and well-being in later life. *The Gerontologist*, 57(1), 15–29. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw185>
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Cook-Daniels, L., Hyun-Jun Kim, M.S., Erosheva, E. A., Emlet, C. A., Hoy-Ellis, C. P. Goldsen, J. y Muraco, B. S. A. (2014a). Physical and mental health of transgender older adults: an at-risk and underserved population. *The Gerontologist*, 54(3), 488–500. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt021>
- Fredriksen-Goldsen, K.I., Emlet, C.A., Kim, H.J., Muraco, A., Erosheva, E.A., Goldsen, J. y Hoy-Ellis, C.P. (2013a). The physical and mental health of lesbian, gay male, and bisexual (LGB) older adults: the role of key health indicators and risk and protective factors. *Gerontologist*, 53(4), 664–675. <https://doi.org/10.1093/geront/gns123>

- Fredriksen-Goldsen, K. I., Jen, S., Clark, T., Kim, H.-J., Jung, H. y Goldsen, J. (2022). Historical and generational forces in the Iridescent Life Course of bisexual women, men, and gender diverse older adults. *Sexualities*, 25(1-2), 132-156. <https://doi.org/10.1177/1363460720947313>
- Fredriksen-Goldsen, K.I., Kim, H.J., Barkan, S.E., Muraco, A. y Hoy-Ellis, C.P. (2013b). Health disparities among lesbian, gay, and bisexual older adults: results from a population-based study. *American Journal of Public Health*, 103(10), 1802-1809. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301110>
- Fredriksen-Goldsen, K.I., Kim, H., Bryan, A.E.B., Shiu, C. y Emlet, C.A. (2017b). The cascading effects of marginalization and pathways of resilience in attaining good health among LGTB older adults. *The Gerontologist*, 57(1), 72-83. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw170>
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H. J., Emlet, C. A., Muraco, A., Erosheva, E. A. y Hoy-Ellis, C. P. (2011). The aging and health report: disparities and resilience among lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. Institute for Multigenerational Health. <https://lavenderseniors.org/wp-content/uploads/2016/05/Caring-Aging-with-Pride.pdf>
- Fredriksen-Goldsen, K.I., Kim, HJ., Muraco, A. y Mincer. S. (2009). Chronically ill midlife and older lesbians, gay men, and bisexuals and their informal caregivers: the impact of the social context. *Sexuality Research and Social Policy Journal of NSRC*, 6, 52–64. <https://doi.org/10.1525/srsp.2009.6.4.52>
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H., Shiu, C., Goldsen, J. y Emlet, C. A. (2015). Successful aging among LGBT older adults: physical and mental health-related quality of life by age group. *The Gerontologist*, 55(1), 154–168. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu081>

- Fredriksen-Goldsen, K. I., Prasad, A., Kim, H. y Jung, H. (2023). Lifetime violence, lifetime discrimination, and microaggressions in the lives of LGBT midlife and older adults: findings from aging with pride: national health, aging, and sexuality/gender study. *LGBT Health*, 10(1), 49-60. <http://doi.org/10.1089/lgbt.2023.0139>
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Simoni, J. M., Kim, H.-J., Lehavot, K., Walters, K. L., Yang, J., Hoy-Ellis, C. P. y Muraco, A. (2014b). The health equity promotion model: reconceptualization of lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGTB) health disparities. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(6), 653-663. <https://doi.org/10.1037/ort0000030>
- Frost, D. M. y Meyer, I. H. (2009). Internalized homophobia and relationship quality among lesbians, gay men, and bisexuals. *Journal of Counseling Psychology*, 56(1), 97–109. <https://doi.org/10.1037/a0012844>
- Frost, D. M. y Meyer, I. H. (2012). Measuring community connectedness among diverse sexual minority populations. *The Journal of Sex Research*, 49(1), 36-49. <https://doi.org/10.1080/00224499.2011.565427>
- Frost, D.M., Meyer, I.H., Lin, A. Wilson, B. D. M., Lightfoot, M., Russell, S. T. y Hammack, P. L. (2022). Social change and the health of sexual minority individuals: do the effects of minority stress and community connectedness vary by age cohort? *Archives of Sexual Behavior*, 51, 2299–2316. <https://doi.org/10.1007/s10508-022-02288-6>
- Fulginiti, A., Rhoades, H., Mamey, M.R., Klemmer, C., Srivastava, A., Weskamp, G. y Goldbach, J.T. (2021). Sexual minority stress, mental health symptoms, and suicidality among LGTBQ youth accessing crisis services. *Journal of Youth and Adolescence*, 50(5), 893–905. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01354-3>

- Gates, T. G., Russell, E. B. y Gainsburg, J. (2016). Volunteers work for lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer rights: motivations at a Rochester social justice organization. *Journal of Gay and Lesbian Social Services*, 28(1), 39-53. <https://doi.org/10.1080/10538720.2016.1124352>
- Gil-Llario, M.D., Ballester-Arnal, R. y Flores-Buils, R. (2020a). La orientación sexual en personas mayores: Categorías, deseos y realidades. *Informació Psicològica*, 35, 35–49. <https://doi.org/10.14635/ipsic.2020.2>
- Gil-Llario, M.D., Fernández-García, O. A. y Bergero, T. (2020b). Perfil sociodemográfico asociado a la ideación suicida de las personas transexuales. *Informació Psicològica*, (120), 93–105. <https://doi.org/10.14635/ipsic.2020.120.3>
- Gorczynski, P. y Fasoli, F. (2021). Loneliness in sexual minority and heterosexual individuals: a comparative meta-analysis. *Journal of Gay and Lesbian Mental Health*, 26(2), 1–18. <https://doi.org/10.1080/19359705.2021.1957742>
- Gracia, J. (2011). Los derechos humanos y la posición social de las personas mayores LGTB. Un supuesto específico: los malos tratos. *Proyecto Consolider-Ingenio 2010 “El Tiempo de Los Derechos*. https://e-archivo.uc3m.es/bitstream/handle/10016/19305/derechos_gracia_PTD_2011.pdf
- Grant, J. M., Mottet, L. A., Tanis, J., Herman, J. L., Harrison, J. y Keisling, M. (2010). *National transgender discrimination survey report on health and health care*. National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force.
- Grant, R. y Walker, B. (2020). Older Lesbians’ experiences of ageing in place in rural Tasmania, Australia: an exploratory qualitative investigation. *Health and Social Care in the community*, 28(6), 2199-2207. <https://doi.org/10.1111/hsc.13032>

- Green, M. (2016). Do the companionship and community networks of older LGBT adults compensate for weaker kinship networks? *Quality in Ageing and Older Adults*, 17(1), 36–49. <https://doi.org/10.1108/QAOA-07-2015-0032>
- Grossman, A. H., D'Augelli, A. R. y Hershberger, S. L. (2000). Social support networks of lesbian, gay, and bisexual adults 60 years of age and older. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 55(3), 171–179. <https://doi.org/10.1093/geronb/55.3.P171>
- Grossman, M. R. y Gruenewald, T. L. (2020). Failure to meet generative self-expectations is linked to poorer cognitive-affective well-being. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 75(4), 792–801. <https://doi.org/10.1093/geronb/gby069>
- Halkitis, P. N., Perez-Figueroa, R., Carreiro, T., Kingdon, M., Kupprat, S. A. y Eddy, J. (2014). Psychosocial burdens negatively impact HIV antiretroviral adherence in gay, bisexual, and other men who have sex with men aged 50 and older. *AIDS Care*, 26(11), 1426-1434. <https://doi.org/10.1080/09540121.2014.921276>
- Harley, DA, Gassaway, L. y Dunkley, L. (2016). *Handbook of LGBT Elders*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-03623-6_30
- Hastings, S. L. y Hoover-Thompson, A. (2011). Effective support for lesbians in rural communities: the role of psychotherapy. *Journal of Lesbian Studies*, 15(2), 197-204. <https://doi.org/10.1080/10894160.2011.521104>

- Henderson, E. R., Egan, J. E., Haberlen, S. A., Detels, R., Teplin, L. A., Friedman, M. R., Plankey, M. W. y Coulter, R. W. S. (2021). Does social support predict depressive symptoms? A longitudinal study of midlife and older men who have sex with men from the multicenter AIDS cohort study. *Annals of LGBTQ public and population health*, 2(2), 142–160. <https://doi.org/10.1891/lgbtq-2020-0042>
- Henry, R. S., Perrin, P. B., Sawyer, A. y Pugh, M. (2020). Health conditions, access to care, mental health, and wellness behaviors in lesbian, gay, bisexual, and transgender adults. *International Journal of Chronic Diseases*. <https://doi.org/10.1155/2020/9094047>
- Hickson, F., Davey, C., Reid, D., Weatherburn, P. y Bourne, A. (2017). Mental health inequalities among gay and bisexual men in England, Scotland and Wales: a large community-based cross-sectional survey. *Journal of Public Health*, 39(2), 266–273. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdw021>
- Hofer, J., Busch, H., Au, A., Poláček Šolcová, I., Tavel, P. y Tsien Wong, T. (2016). Generativity does not necessarily satisfy all your needs: associations among cultural demand for generativity, generative concern, generative action, and need satisfaction in the elderly in four cultures. *Developmental Psychology*, 52(3), 509–519. <https://doi.org/10.1037/dev0000078>
- Hong, C., Yu, F., Xue, H., Zhang, D. y Mi, G. (2022). The impact of COVID-19 pandemic on mental health in gay, bisexual, and other men who have sex with men in China: difference by HIV status. *Journal of Psychiatric Research*, 124, 198-202. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.07.028>
- Hoy-Ellis, C.P. y Fredriksen-Goldsen, K. I. (2016). Lesbian, gay, y bisexual older adults: linking internal minority stressors, chronic health conditions, and depression. *Aging and Mental Health*, 20(11), 1119–1130. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1168362>

- Hsieh, N., Liu, H. y Lai, W. (2021). Elevated risk of cognitive impairment among older sexual minorities: do health conditions, health behaviors, and social connections matter? *The Gerontologist*, 61(3), 352–362. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa136>
- Hughes, M. (2017). Health and well-being of lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex people aged 50 years and over. *Australian Health Review*, 42(2), 146-151. <https://doi.org/10.1071/AH16200>
- Hughes, M., Lyons, A. Alba, B., Waling, A., Minichiello, V., Fredriksen-Goldsen, K., Barrett, C., Savage, T., Blanchard, M. y Edmonds, S. (2023). Predictors of loneliness among older lesbian and gay people. *Journal of Homosexuality*, 70(5), 917-937. <https://doi.org/10.1080/00918369.2021.2005999>
- Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades. (2017). *Las personas LGBT en el ámbito del empleo en España: hacia espacios de trabajo inclusivos con la orientación sexual e identidad y expresión de género*. Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades. <https://www.inmujeres.gob.es/actualidad/NovedadesNuevas/docs/2017/2017LGBTAmbi todelEmpleo.pdf>
- Jabson, J. M., Patterson, J. G., Beavers, D. P. y Bowen, D. J. (2021). What is successful aging in lesbian and bisexual women? Application of the aging-well model. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76(7), 1371–1387. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa130>
- Jackman, K. B., Dolezal, C. y Bockting, W. O. (2018). Generational differences in internalized transnegativity and psychological distress among feminine spectrum transgender people. *LGBT Health*, 5(1), 54-60. <http://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0034>

- Jackman, K. B., Honig, J. y Bockting, W. O. (2016). Nonsuicidal self-injury among lesbian, gay, bisexual and transgender populations: an integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 25(23–24), 3438–3453. <https://doi.org/10.1111/jocn.13236>
- Jackson, S.E., Hackett, R.A., Grabovac, I., Smith, L. y Steptoe, A. (2019) Perceived discrimination, health and wellbeing among middle-aged and older lesbian, gay and bisexual people: a prospective study. *Plos one*, 14(5), e0216497. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216497>
- Jacobson, S. y Samdahl, D. M. (1998). Leisure in the lives of old lesbians: experiences with and responses to discrimination. *Journal of Leisure Research*, 30(2), 233-255. <https://doi.org/10.1080/00222216.1998.11949828>
- Kahana, E., y Kahana, B. (1996). Conceptual and empirical advances in understanding aging well through proactive adaptation. En V.L. Bengtson (Ed.), *Adulthood and aging: Research on continuities and discontinuities* (pp. 18–40). Springer Publishing Company.
- Kahana, E., y Kahana, B. (2002). Contextualizing successful aging: new directions in an age-old search. En R. Settersten, Jr. (Ed.), *Invitation to the life course: a new look at old age* (pp. 225-255). Baywood Publishing Company.
- Kahana, E., y Kahana, B. (2001). Successful aging among people with HIV/AIDS. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54(12), 54–57. [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(01\)00447-4](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(01)00447-4)
- Kahana, E., Kahana, B. y Jeong Eun, L. (2014). Proactive approaches to successful aging: one clear path through the forest. *Gerontology*, 60(5), 466-474. <https://doi.org/10.1159/000360222>
- Kahana, E., Kelley-Moore, J. y Kahana, B. (2012). Proactive aging: A longitudinal study of stress, resources, agency, and well-being in late life. *Aging and Mental Health*, 16(4), 438–451. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.644519>

- Kaniuka, A., Pugh, K.C., Jordan, M., Brooks, B., Dodd, J., Mann, A.K., Williams, S.L. y Hirsch, J.K. (2019). Stigma and suicide risk among the LGBTQ population: are anxiety and depression to blame and can connectedness to the LGBTQ community help? *Journal of Gay and Lesbian Mental Health*, 23(2), 205–220.
<https://doi.org/10.1080/19359705.2018.1560385>
- Karakaya, S. y Kutlu, F.Y. (2021). LGTB individuals' opinions about their health care experiences: A qualitative research study. *Journal of Nursing Management*, 29(1), 24–31. <https://doi.org/10.1111/jonm.13199>
- Kastanis, A. y Gates, G. J. (septiembre de 2013). *LGBT Asian and Pacific Islander individuals and same-sex couples*. The Williams Institute, UCLA School of Law.
<https://williamsinstitute.law.ucla.edu/publications/lgbt-api-people-couples/>
- Kertzner, R.M., Meyer, I.H., Frost, D.M. y Stirratt, M.J. (2009). Social and psychological well-being in lesbians, gay men, and bisexuals: the effects of race, gender, age, and sexual identity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79(4), 500–510.
<http://dx.doi.org/10.1037/a0016848>
- Keyes, C. L. M. y Ryff, C. D. (1998). Generativity in adult lives: social structural contours and quality of life consequences. En D. P. McAdams y E. de St. Aubin (Eds.), *Generativity and adult development: how and why we care for the next generation* (pp. 227–263). American Psychological Association.
- Kim, H., Fredriksen-Goldsen, K.I. (2014). Living arrangement and loneliness among lesbian, gay, and bisexual older adults. *The Gerontologist*, 56(3), 548-558.
<https://doi.org/10.1093/geront/gnu083>

- Kim, H., Jen, S. y Fredriksen-Goldsen, K. I. (2017). Race/ethnicity and health-related quality of life among LGBT older adults. *The Gerontologist*, 57(1), 30-39. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw172>
- Kim, H., Fredriksen-Goldsen, K. I., Bryan, A. E. B. y Muraco, A. (2017). Social network types and mental health among LGBT older adults. *The Gerontologist*, 57(1), 84-94. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw169>
- King, A., Almack, K., Suen, Y. y Westwood, S. (2019). *Older lesbian, gay, bisexual and trans people. Minding the knowledge gaps*. Routledge.
- King, M., Semlyen, J., Tai S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D. y Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self-harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8(1), 1-17. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-70>
- Klein, H. y Washington, T. A. (2023) Evidence of syndemic effects influencing older transgender persons' likelihood of contemplating suicide: results from a large national study. *Aging & Mental Health*, 28(3), 557-567. <https://doi.org/10.1080/13607863.2023.2275153>
- Kneale, D., Thomas, J. y French, R. (2020). Inequalities in health and care among lesbian, gay, and bisexual people aged 50 and older in the United Kingdom: a systematic review and meta-analysis of sources of individual participant data. *The Journals of Gerontology: Series B*, 75(8), 1758–1771. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa071>
- Kotre, J. N. (1984). *Outliving the self: Generativity and the interpretation of lives*. Johns Hopkins University Press.

- Koziara, K., Mijas, M.E., Galbarczyk, A., Wycisk, J., Pliczko, M.P., Krzych-Miłkowska, K. y Grabski, B. (2022). It gets better with age: resilience, stigma, and mental health among lesbian, gay, bisexual, transgender and queer persons from Poland. *Frontiers in psychology*, 13, 958601. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.958601>
- Kushalnagar, P. y Miller, C. A. (2019). Health disparities among mid-to-older deaf LGBTQ adults compared with mid-to-older deaf non-LGBTQ adults in the United States. *Health Equity*, 3(1), 541-547. <http://doi.org/10.1089/heq.2019.0009>
- Laganá, L., Balian, O.A., Nakhla, M.Z., Zizumbo, J. y Greenberg, S. (2021). A preliminary model of health regarding sexual and ethnic minority older adults. *Culture, Health and Sexuality*, 23(3), 333–348. <https://doi.org/10.1080/13691058.2019.1710566>
- LeBeau, R.T. y Jellison, W.A. (2009). Why get involved? Exploring gay and bisexual men's experience of the gay community. *Journal of Homosexuality*, 56(1), 56-76. <https://doi.org/10.1080/00918360802551522>
- Levi-Belz, Y., Peleg, D. y Ifrach, K. (2022). An integrative psychological model of risk factors for suicidal ideation and behavior among Israeli LGTB individuals. *Omega Journal of Death and Dying*, 0(0), 1–28. <https://doi.org/10.1177/00302228221087504>
- Lubben, J., Blozik, E., Gillmann, G., Iliffe, S., von Renteln Kruse, W., Beck, J. C. y Stuck, A. E. (2006). Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European community-dwelling older adult populations. *The Gerontologist*, 46(4), 503–513. <https://doi.org/10.1093/geront/46.4.503>
- Lynch, K. E., Gatsby, E., Viernes, B., Schliep, K. C., Whitcomb, B. W., Alba, P. R., DuVall, S. L. y Blosnich, J. R. (2020). Evaluation of suicide mortality among sexual minority us veterans from 2000 to 2017. *JAMA network open*, 3(12), e2031357. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.31357>

- Lyons, A., Alba, B., Waling, A., Minichiello, V., Hughes, M., Barrett, C., Fredriksen-Goldsen, K. I., Savage, T. y Edmonds, S. (2021a). Assessing the combined effect of ageism and sexuality-related stigma on the mental health and well-being of older lesbian and gay adults. *Aging & Mental Health*, 26(7), 1460-1469. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1978927>
- Lyons, A., Alba, B., Waling, A., Minichiello, V., Hughes, M., Barrett, C., Fredriksen-Goldsen, K. I., Edmonds, S. y Blanchard, M. (2021b). Recent versus lifetime experiences of discrimination and the mental and physical health of older lesbian women and gay men. *Ageing & Society*, 41(5), 1072-1093. <https://doi.org/10.1017/S0144686X19001533>
- Lyons, A., Alba, B., Waling, A., Minichiello, V., Hughes, M., Fredriksen-Goldsen, K. I., Edmonds, S., Blanchard, M. y Irlam, C. (2021c). Volunteering among older lesbian and gay adults: associations with mental, physical and social well-being. *Journal of Aging and Health*, 33(1–2), 3–13. <https://doi.org/10.1177/0898264320952910>
- Lyons, A., Pitts, M., Grierson, J., Thorpe, R. y Power, J. (2010). Ageing with HIV: health and psychosocial well-being of older gay men. *Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 22(10), 1236-1244. <https://doi.org/10.1080/09540121003668086>
- Lytle, A., Apriceno, M., Dyar, C. y Levy, S. R. (2018). Sexual orientation and gender differences in aging perceptions and concerns among older adults. *Innovation in Aging*, 2(3). <https://doi.org/10.1093/geroni/igv036>
- Mahon, C.P., Lombard-Vance, R., Kiernan, G., Pachankis, J.E. y Gallagher, P. (2021). Social anxiety among sexual minority individuals: a systematic review. *Psychology and Sexuality*, 13(4), 818-862. <https://doi.org/10.1080/19419899.2021.1936140>
- Maguen, S. y Shipherd, J. (2010). Suicide risk among transgender individuals. *Psychology and Sexuality*, 1(1), 34-43. <https://doi.org/10.1080/19419891003634430>

- Mak, J., Shires, D. A., Zhang, Q., Prieto, L. R., Ahmedani, B. K., Kattari, L., Becerra-Culqui, T. A., Bradlyn, A., Flanders, W. D., Getahun, D., Giammattei, S. V., Hunkeler, E. M., Lash, T. L., Nash, R., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D., Silverberg, M. J., Slovis, J., Tangpricha, V., Vupputuri, S. y Goodman, M. (2020). Suicide attempts among a cohort of transgender and gender diverse people. *American journal of preventive medicine*, 59(4), 570–577. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.03.026>
- Marshall, A. y Cahill, S. (2022). Barriers and opportunities for the mental health of LGBT older adults and older people living with HIV: a systematic literature review. *Aging & Mental Health*, 26(9), 1845-1854. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.2003300>
- Masini, B. y Barrett, H. (2008). Social support as a predictor of psychological and physical well-being and lifestyle in lesbian, gay, and bisexual adults aged 50 and over. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 20(1-2), 91-110. <https://doi.org/10.1080/10538720802179013>
- McAdams, D.P. y de St Aubin, E.D. (1992). A theory of generativity and its assessment through self-report, behavioral acts, and narrative themes in autobiography. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(6), 1003–1015. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.62.6.1003>
- McAdams, D. P., de St. Aubin, E. y Logan, R. L. (1993). Generativity among young, midlife, and older adults. *Psychology and Aging*, 8(2), 221-230. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.8.2.221>
- McCann, E. y Brown, M.J. (2019). The mental health needs and concerns of older people who identify as LGBTQ+: a narrative review of the international evidence. *Journal of Advanced Nursing*, 75(12), 3390-3403. <https://doi.org/10.1111/jan.14193>

- McCan, E., Sharek, D., Higgins, A., Sheerin, F. y Glacken, M. (2012). Lesbian, gay, bisexual and transgender older people in Ireland: mental health issues. *Aging & Mental Health*, 17(3), 358-365. <https://doi.org/10.1080/13607863.2012.751583>
- McConnell, E.A., Janulis, P., Phillips, G., Truong, R. y Birkett, M. (2018). Multiple minority stress and LGTB community resilience among sexual minority men. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 5(1), 1–12. <https://doi.org/10.1037/sgd0000265>
- McGowan, V.J., Lowther, H.J. y Meads, C. (2021). Life under COVID-19 for LGTB+ people in the UK: systematic review of UK research on the impact of COVID-19 on sexual and gender minority populations. *BMJ Open*, 11(7). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050092>
- McLaren, S. (2009). Sense of belonging to the general and lesbian communities as predictors of depression among lesbians. *Journal of Homosexuality*, 56(1), 1–13. <https://doi.org/10.1080/00918360802551365>
- McLaren, S. (2015). Gender, age, and place of residence as moderators of the internalized homophobia-depressive symptoms relation among Australian gay men and lesbians. *Journal of Homosexuality*, 62(4), 463-480. <https://doi.org/10.1080/00918369.2014.983376>
- McLaren, S. (2016). The relationship between living alone and depressive symptoms among older gay men: the moderating role of sense of belonging with gay friends. *International Psychogeriatrics*, 28(11), 1895-1901. <https://doi.org/10.101017/s1041610216001241>
- McNair, R., Kavanagh, A., Agius, P. y Tong, B. (2005). The mental health status of young adult and mid-life non-heterosexual Australian women. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 29(3), 265-271. <https://doi.org/10.1111/j.1467-842X.2005.tb00766.x>

- McParland, J. y Camic, P. M. (2016). Psychosocial factors and ageing in older lesbian, gay and bisexual people: a systematic review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 25 (23-24), 3415-3437. <https://doi.org/10.1111/jocn.13251>
- Mesquida, J., Quiroga, V. y Boixadós, A. (2017). *50+LGTB Informe. Personas mayores lesbianas, gais, trans y bisexuales en la ciudad de Barcelona*. Boira Editorial. <http://hdl.handle.net/2445/120277>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Meyer, I. H. (2015). Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 209–213. <https://doi.org/10.1037/sqd0000132>
- Meyer, I. H., y Dean, L. (1998). Internalized homophobia, intimacy, and sexual behavior among gay and bisexual men. In G. M. Herek (Ed.), *Stigma and sexual orientation: Understanding prejudice against lesbians, gay men, and bisexuals* (pp. 160–186). Sage Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781452243818.n8>
- Meyer, I.H., Russell, S.T., Hammack, P.L., Frost, D.M. y Wilson, B.D.M. (2021). Minority stress, distress, and suicide attempts in three cohorts of sexual minority adults: A U.S. probability sample. *Plos one*, 16(3), 1–19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246827>
- Mi, T., Lan, G., Yang, X., Li, X., Qiao, S., Shen, Z. y Zhou, Y. (2022). HIV-related stigma, sexual identity, and depressive symptoms among MSM living with HIV in China: a moderated mediation modeling analysis. *American Journal of Men's Health*, 16(2). <https://doi.org/10.1177/155798832210875>

Michaels, M., Parent, M.C. y Torrey, C.L. (2015). A minority stress model for suicidal ideation in gay men. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46(1), 23–34.
<https://doi.org/10.1111/sltb.12169>

Ministerio del Interior (junio de 2021). *Informe de la encuesta sobre delitos de odio*. Ministerio del Interior. https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/servicios-al-ciudadano/Delitos-de-odio/descargas/Informe-de-la-encuesta-sobre-delitos-de-odio_2021.pdf

Ministerio de Sanidad. Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis. (30 de junio 2022). *Vigilancia Epidemiológica del VIH y SIDA en España 2021: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de SIDA*. Ministerio de Sanidad.
https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/VIH/informes%20de%20vigilancia%20VIH%20y%20sida%20anteriores/Informe%20VIH_SIDA_2022_CCAA.pdf

Mink, M. D., Lindley, L. L. y Weinstein, A. A. (2014). Stress, stigma, and sexual minority status: the intersectional ecology model of LGBTQ health. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 26(4), 502–521. <https://doi.org/10.1080/10538720.2014.953660>

Moleiro, C., Pinto, N. y Freire, J. (2013). Effects of age on spiritual well-being and homonegativity: religious identity and practices among LGB persons in Portugal. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 25(2), 93-111.
<https://doi.org/10.1080/15528030.2012.741561>

Molinari, C. A. y McSweeney-Feld, M. H. (2017). At the intersection of ageism and heterosexism: making the case to deliver culturally competent health care for LGTB older adults. *Journal of Health Administration Education*, 34(3) 473-488.
<https://www.ingentaconnect.com/content/aupha/jhae/2017/00000034/00000003/art00009#expand/collapse>

- Mongelli, F., Perrone, D., Balducci, J., Sacchetti, A., Ferrari, S., Mattei, G. y Galeazzi, G.M. (2019). Minority stress and mental health among LGBTB populations: an update on the evidence. *Minerva Psichiatrica*, 60(1), 27-50. <https://doi.org/10.23736/S0391-1772.18.01995-7>
- Monin, J. K., Mota, N., Levy, B., Pachankis, J. y Pietrzak, R. H. (2017). Older age associated with mental health resiliency in sexual minority US veterans. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(1), 81-90, <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2016.09.006>
- Montagno, M. J. y Garret-Walker, J. J. (2021). LGBTQ+ engagement in activism: an examination of internalized heterosexism and LGBTQ+ community connectedness. *Journal of Homosexuality*, 69(5), 1–14. <https://doi.org/10.1080/00918369.2021.1898802>
- Morselli, D. y Passini, S. (2015). Measuring prosocial attitudes for future generations: the Social Generativity Scale. *Journal of Adult Development*, 22, 173–182. <https://doi.org/10.1007/s10804-015-9210-9>
- Nelson, N. A. y Bergeman, C. S. (2021). Development of generative concern across mid-to later life. *The Gerontologist*, 61(3), 430–438. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa115>
- Newcomb, M.E. y Mustanski, B. (2010). Internalized homophobia and internalizing mental health problems: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 1019–1029. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.07.003>
- Nuttbrock, L., Bockting, W., Rosenblum, A., Hwahng, S., Mason, M., Macri, M. y Becker, J. (2013). Gender abuse, depressive symptoms, and HIV and other sexually transmitted infections among male-to-female transgender persons: a three-year prospective study. *American Journal of Public Health*, 103(2), 300-307. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300568>

- Nuttbrock, L., Bockting, W., Rosenblum, A., Hwahng, S., Mason, M., Macri, M. y Becker, J. (2014). Gender abuse and major depression among transgender women: a prospective study of vulnerability and resilience. *American Journal of Public Health*, 104(11), 2191-2198. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301545>
- OMS (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. CIE 10.
- Oswald, R.F. y Masciadrelli, B.P. (2008). Generative ritual among nonmetropolitan lesbians and gay men: promoting social inclusion. *Journal of Marriage and Family*, 70(4), 1060–1073. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2008.00546.x>
- Paceley, M.S., Keene, L.C. y Lough, B.J. (2015). Motivations for involvement in nonmetropolitan LGBTQ organizations: a multimethod qualitative exploration. *Journal of Community Practice*, 23(1), 102-125. <https://doi.org/10.1080/10705422.2014.985412>
- Paceley, M.S., Oswald, R.F. y Hardesty, J.L. (2014). Factors associated with involvement in nonmetropolitan LGBTQ organizations: Proximity? Generativity? Minority stress? Social location? *Journal of Homosexuality*, 61(10), 1481-500. <https://doi.org/10.1080/00918369.2014.928582>
- Pachankis, J.E. y Bränström, R. (2018). Hidden from happiness: structural stigma, sexual orientation concealment, and life satisfaction across 28 countries. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(5), 403-415. <http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000299>
- Pakula, B. y Shoveller, J.A. (2013). Sexual orientation and self-reported mood disorder diagnosis among Canadian adults. *BMC Public Health*, 13, 209. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-209>

- Peplau, L.A. y Perlman, D. (1982). Perspectives on loneliness. En LA. Peplau y D. Perlman (Eds.), *Loneliness: a sourcebook of current theory, research and practice* (pp 1–17). John Wiley.
- Pereira, H. y Silva, P. (2021). The importance of social support, positive identity, and resilience in the successful aging of older sexual minority men. *Geriatrics*, 6(4), 98. <https://doi.org/10.3390/geriatrics6040098>
- Perone, A., Ingersoll-Dayton, B. y Watkins-Dukhie, K. (2020). Social isolation loneliness among LGTB older adults: lessons learned from a pilot friendly caller program. *Clinical Social Work Journal*, 48, 126-139. <https://doi.org/10.1007/s10615-019-00738-8>
- Pichardo, J. I., Alonso, M., Puche, L. y Muñoz, O. (agosto de 2019). *Guía ADIM LGBT+. Inclusión de la diversidad sexual y de identidad de género en empresas y organizaciones*. ADIM. <https://adimlgbt.eu/3/>
- Pinquart, M. y Sorensen, S. (2001). Influences on loneliness in older adults: a meta-analysis, basic and applied. *Social Psychology*, 23(4), 245-66. https://doi.org/10.1207/S15324834BASP2304_2
- Puckett, J. A., Tornello, S., Mustanski, B., y Newcomb, M. E. (2022). Gender variations, generational effects, and mental health of transgender people in relation to timing and status of gender identity milestones. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 9(2), 165–178. <https://doi.org/10.1037/sqd0000391>
- Putnam, R. (2000). *Bowling Alone: the collapse and revival of American community*. Simon y Schuster.
- Putney, J. M. (2014). Older lesbian adults' psychological well-being: the significance of pets. *Journal of Gay and Lesbian Social Services*, 26(1), 1-17. <https://doi.org/10.1080/10538720.2013.866064>

- Putney, J., Keary, S., Hebert, N., Krinsky, L. y Halmo, R. (2018). Fear runs deep: the anticipated needs of LGTB older adults in long-term care. *Journal of Gerontological Social Work*, 61(8), 887-907. <https://doi.org/10.1080/01634372.2018.1508109>
- Pyra, M., Weber, K.M., Wilson, T.E., Cohen, J., Murchison, L., Goparaju, L., Golub, E.T. y Cohen, M.H. (2014). Sexual minority women and depressive symptoms throughout adulthood. *American Journal of Public Health*, 104(12), 83-90. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302259>
- Ramírez-Valles, J., Fergus, S., Reisen, C.A., Poppen, P.J. y Zea, M.C. (2005). Confronting stigma: community involvement and psychological well-being among HIV-positive Latino gay men. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 27(1), 101–119. <https://doi.org/10.1177/0739986304270232>
- Rehman, Z., Lopes, B. y Jaspal, R. (2020). Predicting self-harm in an ethnically diverse sample of lesbian, gay and bisexual people in the United Kingdom. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(4), 349-360. <https://doi.org/10.1177/0020764020908889>
- Reinilä, E., Kekäläinen, T., Saajanaho, M. y Kokko, K. (2023). The structure of mental well-being and its relationship with generativity in middle adulthood and the beginning of late adulthood. *International Journal of Behavioral Development*, 47(4), 328-338. <https://doi.org/10.1177/01650254231165837>
- Reisner, S. L., Hughto, J. M. W., Gamarel, K. E., Keuroghlian, A. S., Mizock, L. y Pachankis, J. E. (2016). Discriminatory experiences associated with posttraumatic stress disorder symptoms among transgender adults. *Journal of Counseling Psychology*, 63(5), 509–519. <https://doi.org/10.1037/cou0000143>

- Reyes, M. E. (2018). Mental health status and attitudes toward aging of lesbian and gay Filipino older adults. *North American Journal of Psychology*, 20(1), 211-222. https://www.researchgate.net/publication/323416743_Mental_health_status_and_attitudes_toward_aging_of_lesbian_and_gay_Filipino_older_adults
- Ribeiro-Gonçalves, J.B, Alexandre, P., Leal, I., de Vries, B. y Pereira, H. (2022). Loneliness, social support, and adjustment to aging in older Portuguese gay men. *Sexuality Research and Social Policy*, 19, 207-219. <https://doi.org/10.1007/s13178-021-00535-4>
- Riggle, E., Rostosky, S., Black, W. y Rosenkrantz, D. (2017). Outness, concealment, and authenticity: Associations with LGB individuals' psychological distress and well-being. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 4(1), 54–62. <https://doi.org/10.1037/sqd0000202>
- Roe, L. y Galvin, M. (2021). Providing inclusive, person-centred care for LGTB+ older adults: a discussion on health and social care design and delivery. *Journal of Nursing Management*, 29(1), 104–108. <https://doi.org/10.1111/jonm.13178>
- Rogers, M.L., Hom, M.A., Janakiraman, R. y Joiner, T.E. (2021). Examination of minority stress pathways to suicidal ideation among sexual minority adults: the moderating role of LGBT community connectedness. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 8(1), 38–47. <https://doi.org/10.1037/sqd0000409>
- Ronzón-Tirado, R., Charak, R., y Cano-González, I. (2023). Daily heterosexist experiences in LGBTQ+ adults from Spain: measurement, prevalence, and experiences of discrimination in minority gender and sexual identities. *Psychosocial Intervention*, 32(1), 1-10. <https://doi.org/10.5093/pi2022a15>

- Rosati, F., Pistella, J., Giovanardi, G. y Baiocco, R. (2021). Queer generativity in lesbian, gay, and bisexual older adults: personal, relational, and political/social behaviours. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 31(6), 673–689. <https://doi.org/10.1002/casp.2529>
- Rosenfeld, D., Bartlam, B. y Smith, R. D. (2012). Out of the closet and into the trenches: gay male baby boomers, aging, and HIV/AIDS. *The Gerontologist*, 52(2), 255–264. <https://doi.org/10.1093/geront/gnr138>
- Rowe, J. y Kahn, R. (2015). Successful Aging 2.0: conceptual expansions for the 21st Century. *The Journals of Gerontology: Series B*, 70(4), 593–596. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbv025>
- Russell, S. T., Mallory, A. B., Fish, J. N., Frost, D. M., Hammack, P. L., Lightfoot, M., Lin, A., Wilson, B. D. M. y Meyer, I. H. (2022). Distribution and prevalence of health in a national probability sample of three cohorts of sexual minority adults in the United States. *LGBT Health*, 9(8), 564-570. <http://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0505>
- Russell, D., Peplau, L. A., y Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(3), 472–480. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.39.3.472>
- Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141-166. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality & Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.57.6.1069>

Ryff, C., Almeida, D. M., Ayanian, J. S., Carr, D. S., Cleary, P. D., Coe, C., Davidson, R. J., Krueger, R. F., Lachman, M. E., Marks, N. F., Mroczek, D. K., Seeman, T. E., Seltzer, M. M., Singer, B. H., Sloan, R. P., Tun, P. A., Weinstein, M. y Williams, D. R. (2007). Midlife development in the United States (MIDUS II), 2004–2006. *Ann Arbor, MI: Inter-University Consortium for Political and Social Research*.
<https://doi.org/10.3886/ICPSR04652.v8>

SAGE (2017). *Understanding Issues facing LGTB Older Adults*. SAGE.

Salway, T. y Gesink, D. (2018). Constructing and expanding suicide narratives from gay men. *Qualitative Health Research*, 28(11), 1788-1801.
<https://doi.org/10.1177/1049732318782432>

Samrock, S., Kline, K., y Randall, A. K. (2021). Buffering against depressive symptoms: associations between self-compassion, perceived family support and age for transgender and nonbinary individuals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15), 7938. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18157938>

Scandurra, C., Carbone, A., Baiocco, R., Mezzalana, S., Maldonato, N. M., y Bochicchio, V. (2021). Gender identity milestones, minority stress and mental health in three generational cohorts of Italian binary and nonbinary transgender people. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(17), 9057.
<http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18179057>

Semlyen, J., King, M., Varney, J. y Hagger-Johnson, G. (2016). Sexual orientation and symptoms of common mental disorder or low wellbeing: combined meta-analysis of 12 UK population health surveys. *BMC Psychiatry*, 16, 67. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0767-z>

- Serrat, R., Scharf, T., Villar, F. y Gómez, C. (2020) Fifty-five years of research into older people's civic participation: recent trends, future directions. *The Gerontologist*, 60(1), 38–51. <https://doi.org/10.1093/geront/gnz021>
- Serrat, R., Villar, F., Pratt, M.W. y Stukas, A.A. (2018). On the quality of adjustment to retirement: the longitudinal role of personality traits and generativity. *Journal of Personality*, 86(3), 435–449. <https://doi.org/10.1111/jopy.12326>
- Sharma, A.J. y Subramanyam, M. A. (2020). Psychological wellbeing of middle-aged and older queer men in India: a mixed-methods approach. *Plos one*, 15(3), e0229893. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229893>
- Shenkman, G., Ifrah, K. y Shmotkin, D. (2021). The moderation of socio-demographics in physical and mental health disparities among Israeli gay and heterosexual middle-aged and older men. *Aging & Mental Health*, 26(5), 1061-1068. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1901259>
- Shiu, C., Muraco, A. y Fredriksen-Goldsen, K. (2016). Invisible care: friend and partner care among older lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) adults. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 7(3), 527–546. <https://doi.org/10.1086/687325>
- Shrira, A., Hoffman, Y., Bodner, E. y Palgi, Y. (2020). COVID-19-related loneliness and psychiatric symptoms among older adults: the buffering role of subjective age. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(11), 1200-1204. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.05.018>
- Slater, C. L. (2003). Generativity versus stagnation: an elaboration of Erikson's adult stage of human development. *Journal of Adult Development*, 10(1), 53–65. <https://doi.org/10.1023/A:1020790820868>

- Slimowicz, J., Siev, J. y Brochu, P.M. (2020). Impact of status-based rejection sensitivity on depression and anxiety symptoms in gay men. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1546. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051546>
- Snapp, S.D., Watson, R.J., Russell, S.T., Díaz, R.M. y Ryan, C. (2015). Social support networks for LGTB young adults: low cost strategies for positive adjustment. *Family Relations*, 64(3), 420-430. <https://doi.org/10.1111/fare.12124>
- So, C., Fiori, K., Rauer, A. y Marini, C. (2022). Generativity and older adults' COVID-19 adjustment and mental health. *Innovation in Aging*, 6(1), 493–494. <https://doi.org/10.1093/geroni/igac059.1898>
- Stinchcombe, A., Wilson, K., Kortes-Miller, K., Chambers L. y Weaver, B. (2018). Physical and mental health inequalities among aging lesbian, gay, and bisexual Canadians: cross-sectional results from the Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA). *Canadian Journal of Public Health*, 109, 833–844. <https://doi.org/10.17269/s41997-018-0100-3>
- Subhrajit, C. (2014). Problems faced by LGTB people in the mainstream society: some recommendations. *International Journal of Interdisciplinary and Multidisciplinary Studies*, 1(5), 317-331. https://www.ijims.com/uploads/cae8049d138e24ed7f5azppd_597.pdf
- Surkan, P. J., Wang, R., Huang, Y., Stall, R., Plankey, M., Teplin, L. A., Wight, R. G., Jacobson, L. P. y Abraham, A. G. (2020). Victimization in early adolescence, stress, and depressive symptoms among aging sexual minority men: findings from the multicenter AIDS cohort study. *LGBT Health*, 7(3), 155-165. <http://doi.org/10.1089/lgbt.2019.0036>
- Tan, K.K.H, Ellis, S.J., Schmidt, J.M., Byrne, J.L. y Veale, J.F. (2020) Mental health inequities among transgender people in Aotearoa New Zealand: findings from the counting ourselves survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8), 2862. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082862>

- Tavares, J., Casado, T., Sá-Couto, P., Guerra, S. y Sousa, L. (2023). Spanish older LGBT+ adults: satisfaction with life and generativity. *Sexuality Research and Social Policy*, 20(3). <https://doi.org/10.1007/s13178-023-00871-7>
- Testa, R.J., Habarth, J., Peta, J., Balsam, K. y Bockting, W. (2015). Development of the gender minority stress and resilience measure. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(1), 65–77. <https://doi.org/10.1037/sgd0000081>
- Unger, R.K. (2000). Outsiders Inside: marginalidad positiva y cambio social. *Revista de Asuntos Sociales*, 56, 163-179.
- Urteaga, E. (2013). La teoría del capital social de Robert Putnam: Originalidad y carencias. *Reflexión Política*, 15(29), 44-60. <https://revistas.unab.edu.co/index.php/reflexion/article/view/4704>
- Van de Water, D. A. y McAdams, D. P. (1989). Generativity and Erikson's "belief in the species". *Journal of Research in Personality*, 23(4), 435–449. [https://doi.org/10.1016/0092-6566\(89\)90013-5](https://doi.org/10.1016/0092-6566(89)90013-5)
- Van Dierendonck, D. (2004). The construct validity of Ryff's scales of psychological well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, 36(3), 629-643. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00122-3](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00122-3)
- Van Dierendonck, D., Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A. y Moreno Jiménez, B. (2008). Ryff's Six-factor Model of Psychological Well-being, a Spanish exploration. *Social Indicators Research*, 87(3), 473-479. <https://doi.org/10.1007/s11205-007-9174-7>

- Van Heesewijk, J. O., Dreijerink, K. M. A., Wiepjes, C. M., Kok, A. A. L., Van Schoor, N. M., Huisman, M., den Heijer, M. y Kreukels, B. P. C. (2021). Long-term gender-affirming hormone therapy and cognitive functioning in older transgender women compared with cisgender women and men. *The Journal of Sexual Medicine*, 18(8), 1434–1443. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.05.013>
- Velarde-Mayol, C., Fragua-Gil, S. y García-de-Cecilia, J.M. (2016). Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola. *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 42(3), 177-183. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2015.05.017>
- Villar, F., López, O. y Celdrán, M. (2013). La generatividad en la vejez y su relación con el bienestar: ¿quién más contribuye es quien más se beneficia? *Anales de Psicología*, 29(3), 897-906. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.145171>
- Villar, F., Serrat, R. y Pratt, M. (2021). Older age as a time to contribute: a scoping review of generativity in later life. *Ageing and Society*, 43(8), 1860-1881. <https://doi.org/10.1017/S0144686X21001379>
- von Humboldt, S., Carneiro, F. y Leal, I. (2021). Older lesbian, gay, and bisexual adults: what predicts adjustment to aging? *Sexuality Research and Social Policy*, 18(4), 1042–1048. <https://doi.org/10.1007/s13178-020-00507-0>
- Wang, Y., Chang, S. y Miao, N. (2022). Suicide attempts among Taiwanese lesbian, gay, bisexual, and transgender adults during the 2018 Taiwan referendum on same-sex issues. *Journal of Nursing Scholarship*, 54(3), 388-395. <https://doi.org/10.1111/jnu.12744>
- Wardecker, B.M., Matsick, J.L., Graham-Engeland, J.E. y Almeida, D. M. (2019). Life satisfaction across adulthood in bisexual men and women: findings from the midlife in the United States (MIDUS) Study. *Archives of Sexual Behavior*, 48, 291–303. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1151-5>

- Westwood, S., Hafford-Letchfield, T. y Toze, M. (2022). Physical and mental well-being, risk and protective factors among older lesbians/gay women in the United Kingdom during the initial COVID-19 2020 lockdown. *Journal of Women & Aging*, 34(4), 501-522. <https://doi.org/10.1080/08952841.2021.1965456>
- Wight, R. G., LeBlanc, A. J., de Vries, B. y Detels, R. (2012). Stress and mental health among midlife and older gay-identified men. *American Journal of Public Health*, 102(3), 503-510. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300384>
- Wight, R. G., LeBlanc, A. J., Meyer, I. H. y Harig, F. A. (2015). Internalized gay ageism, mattering, and depressive symptoms among midlife and older gay-identified men. *Social Science & Medicine*, 147, 200-208. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.10.066>
- Wilkinson, D. J. (2022). Does sexual identity and religious practice have implications for individual's subjective health and wellbeing? Secondary data analysis of the Community Life Survey. *Mental Health, Religion & Culture*, 25(6), 563-577. <https://doi.org/10.1080/13674676.2021.2019206>
- Williams, M. E. y Fredriksen-Goldsen, K. I. (2014). Same-sex partnerships and the health of older adults. *Journal of community psychology*, 45(5), 558-570. <https://doi.org/10.1002/jcop.21637>
- Xu, W., Zheng, L., Xu, Y. y Zheng, Y. (2017). Internalized homophobia, mental health, sexual behaviors, and outness of gay/bisexual men from Southwest China. *International Journal for Equity in Health*, 16(36). <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0530-1>
- Yang, J., Chu, Y. y Salmon, M. (2018). Predicting perceived isolation among midlife and older LGBTB adults: the role of welcoming aging service providers. *The Gerontologist*, 58(5), 904–912. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx092>

- Yarns, B. C., Abrams, J. M., Meeks, T. W. y Sewell, D. D. (2016). The mental health of older LGBT adults. *Current Psychiatry Reports*, 18(60). <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0697-y>
- Ypsilanti, A., Lazuras, L., Powell, P. y Overton, P. (2019). Self-disgust a potential mechanism explaining the association between loneliness and depression. *Journal of Affective Disorders*, 243, 108-115. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.056>
- Zacarés, J. J. y Serra, E. (1996). Creencias sobre la madurez psicológica y desarrollo adulto. *Anales de Psicología*, 12(1), 41-60. <http://www.redalyc.org/html/167/16712104/>

Anexos

ANEXO 1. Cuestionario online

Edad adulta y envejecimiento en personas LGTB

Este estudio se enmarca en los proyectos de I+D+i del *Grupo de Investigación Intervención Psicosocial en los envejecimientos y los cuidados en el ciclo vital* de la Facultad de Psicología de la Universitat de València.

Consentimiento informado

La participación es voluntaria y anónima, en cualquier caso, la información se tratará de acuerdo a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD). En caso de requerir más información, contacte con celia.carrascosa@uv.es

Si está de acuerdo, indique "estoy de acuerdo".

Estoy de acuerdo.

Datos sociodemográficos

1. Edad:

2. Género:

Femenino / Masculino / No binario/Fluido

3. Orientación sexual:

Gay / Lesbiana / Bisexual / Heterosexual / Otros

4. Identidad de género:

Cisgénero (me identifico con mi género asignado al nacer) / Trans

5. ¿En qué Comunidad Autónoma reside?

Andalucía / Aragón / Islas Baleares / Canarias / Cantabria / Castilla-La Mancha / Castilla y León / Cataluña / Comunidad de Madrid / Comunidad Foral de Navarra / Comunidad Valenciana / Extremadura / Galicia / País Vasco / Principado de Asturias / Región de Murcia / La Rioja

6. ¿En qué municipio reside?

7. ¿Tiene hijos/as?

Sí / No

8. ¿Cuál es su nivel de estudios?

Estudios primarios (EGB) / Estudios secundarios (BUP) / Estudios universitarios / Sin estudios

9. ¿Con qué dificultad sus ingresos le permiten llegar a fin de mes?

Mucha dificultad / Bastante dificultad / Poca dificultad / Ninguna dificultad

10. ¿Con quién convive en su domicilio?

Pareja / Amistades / Familiares / Compañeros/as de piso / Solo/a / Pareja e hijos/as

11. ¿Cuál es su situación de empleo?

Empleo a tiempo completo / Empleo a tiempo parcial / En desempleo / En jubilación

12. Indique del 1 al 10 su estado de salud, siendo 10 el mejor estado.

13. ¿Participa en alguna asociación?

Sí / No

13.1. Si indica sí, ¿en qué asociación o asociaciones?

13.2. ¿Con qué frecuencia participa?

Diariamente / Semanalmente / Mensualmente / Anualmente

13.3. ¿Qué rol ocupa en la asociación? (Cite para cada una de ellas).

Bloque 1. Contribución social

1. Piense en las contribuciones que ha realizado a otras personas, ¿cuáles destacaría?
2. ¿Cree que ha hecho alguna aportación para mejorar la situación del colectivo LGTB?
¿Cuál?
3. ¿Qué podrían aprender las personas más jóvenes de su experiencia?

Bloque 2. Generatividad

Indique la opción que considere correcta en su caso. Siendo (1) totalmente en desacuerdo y (4) totalmente de acuerdo.

1. Otros dirían que he hecho contribuciones únicas a la sociedad.
2. Tengo habilidades importantes que puedo transmitir a los demás.
3. Muchas personas acuden a mí en busca de consejo.
4. Siento que los demás me necesitan.
5. Me gusta enseñar cosas a la gente.
6. He tenido una buena influencia en la vida de muchas personas.

Bloque 3. Discriminación

1. ¿Con qué frecuencia experimenta situaciones de discriminación por ser persona LGTB?

Muy frecuentemente

Bastante frecuentemente

Poco frecuentemente

Nunca

2. ¿Podría describir un tipo de situación de discriminación que haya experimentado?

Bloque 4. Bienestar

Indique la opción que considera correcta en su caso. Siendo (1) totalmente en desacuerdo y (5) totalmente de acuerdo

1. En general me influyen las personas con opiniones firmes.
2. Confío en mis opiniones incluso si son opuestas al consenso general.
3. Me juzgo a mí mismo por lo que creo que es importante, no por los valores que otras personas creen que son importantes.
4. En general siento que controlo las situaciones en las que vivo.
5. Con frecuencia me abruman las exigencias de la vida diaria.
6. Soy bastante bueno gestionando las muchas responsabilidades de mi vida diaria.
7. Creo que es importante tener experiencias nuevas que cuestionen lo que uno piensa de sí mismo y del mundo.
8. Para mí la vida ha sido un proceso continuo de aprendizaje, cambio y crecimiento.
9. Hace ya tiempo que renuncié a intentar grandes mejoras o cambios en mi vida.
10. Me es difícil y frustrante mantener relaciones estrechas.
11. Otras personas me describirían como una persona generosa dispuesta a compartir mi tiempo con los demás.
12. No he experimentado muchas relaciones cálidas y confiadas con otras personas.
13. Vivo la vida día a día y no pienso de verdad en el futuro.
14. Algunas personas vagan por la vida sin ningún objetivo, yo no me considero así.
15. A veces siento como si en mi vida ya hubiera hecho todo lo que tenía que hacer.
16. Cuando repaso el relato de mi vida me satisface la forma en que las cosas me han pasado.
17. Me gustan la mayoría de los aspectos de mi personalidad.
18. En muchos sentidos, me siento decepcionado de los logros de mi vida.

Indique del 1 al 10 su satisfacción con la vida, siendo 10 el mayor grado de satisfacción.

Bloque 5. Red social

Indique el número que considere.

1. ¿Con cuántos familiares tiene usted contacto personal o telefónico al menos una vez por mes?

0 / 1 / 2 / 3-4 / 5-8 / 9 o más

2. ¿Con cuántos familiares se siente usted cómodo para conversar con facilidad sobre los asuntos privados que a usted le preocupan?

0 / 1 / 2 / 3-4 / 5-8 / 9 o más

3. ¿A cuántos familiares los siente usted lo suficientemente cercanos como para llamarlos en caso de necesitar ayuda?

0 / 1 / 2 / 3-4 / 5-8 / 9 o más

4. ¿Con cuántos amigos tiene usted contacto personal o telefónico al menos una vez por mes?

0 / 1 / 2 / 3-4 / 5-8 / 9 o más

5. ¿Con cuántos amigos se siente usted cómodo para conversar con facilidad sobre los asuntos privados que a usted le preocupan?

0 / 1 / 2 / 3-4 / 5-8 / 9 o más

6. ¿A cuántos amigos los siente usted lo suficientemente cercanos como para llamarlos en caso de necesitar ayuda?

0 / 1 / 2 / 3-4 / 5-8 / 9 o más

Indique la opción que considere.

1. ¿Con qué frecuencia siente que le falta compañía?

Casi nunca / A veces / A menudo

2. ¿Con qué frecuencia se siente excluido/a?

Casi nunca / A veces / A menudo

3. ¿Con qué frecuencia se siente aislado/a de los demás?

Casi nunca / A veces / A menudo