



UNIVERSIDAD  
DE GRANADA

# Tesis Doctoral

## La Experiencia Gitana de la Vejez:

Estudio Psicoantropológico de las Diferencias Culturales en los Procesos de Envejecimiento y sus Consecuencias Psicosociales.

Programa de Doctorado:  
Doctorado en Ciencias Sociales

**Autor: Ángel Heredia Amador**

GRANADA 2018







**UNIVERSIDAD  
DE GRANADA**

**Programa de Doctorado:  
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES**

**Línea de Investigación:  
Antropología y diversidad cultural: Ciudadanía, movilidad y conflicto.**

**La vejez gitana: Estudio Psicoantropológico de las Diferencias  
Culturales en los Procesos de Envejecimiento y sus Consecuencias  
Psicosociales.**

**Doctorando: Ángel Heredia Amador.**

**Directores:**

**D. Juan Francisco Gamella Mora  
D. Jose María Salinas Martínez de Lecea**

**Año académico: 2017/2018**

**Granada-España**

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales  
Autor: Ángel Heredia Amador  
ISBN: 978-84-9163-925-1  
URI: <http://hdl.handle.net/10481/52378>





Mis padres



Tratante, esquilador y fragüero



Ama de casa, canastera y jornalera



Mi abuela "La Toñica"



Ramón y Antonia



Frasco y María



Pedro y Loles



Frasco y Charo



Carmen del "Chillo"



ÍNDICE	Página
AGRADECIMIENTOS.....	11
RESUMEN.....	15
<b>CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN</b>	
1. El envejecimiento en cifras.....	22
2. Síntesis de la evolución de la mortalidad y fertilidad en España en el siglo XX...	23
3. Consecuencias del envejecimiento demográfico.....	25
4. Envejecimiento individual.....	28
5. ENVEJECIMIENTO ACTIVO.....	31
6. PERSPECTIVA TEÓRICA DEL CICLO VITAL O <i>Life Span Approach</i> .....	37
7. ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ.	
7.1. Conceptualización básica y algunas notas históricas.....	44
7.2. Efectos del envejecimiento sobre algunas capacidades físicas y psíquicas.	
7.2.1. Envejecimiento orgánico.....	49
7.2.2. Envejecimiento perceptivo.....	50
7.2.3. Envejecimiento cognitivo.....	50
7.3. Envejecimiento: Principales teorías.	
7.3.1. Teorías biológicas.....	51
7.3.2. Teorías sociológicas.....	56
7.3.3. Teorías psicológicas.....	60
7.3.4. Aportaciones al estudio del envejecimiento desde la antropología..	64
8. MINORÍAS ETNOCULTURALES Y ENVEJECIMIENTO.	
8.1. Consideraciones previas.....	66
8.2. Algunos estudios sobre envejecimiento en minorías.....	67
8.3. Población de <i>Romá o romaníes</i> , España y Europa .....	69
8.4. LA MINORÍA ÉTNICA DE LOS GITANOS EN ESPAÑA.	
8.4.1. Historia.....	72
8.4.2. Situación actual.....	81
8.4.3. Rasgos culturales.....	91
8.4.4. Los Gitanos de Guadix.....	98



<b>9. RAZA, ETNICIDAD Y RACISMO.</b>	
9.1. Aproximación al concepto raza.....	103
9.2. ETNICIDAD.....	106
9.3. Estereotipos .....	107
9.4. Prejuicios.....	111
9.5. DISCRIMINACION Y RACISMO.....	113
9.6. Algunas consecuencias de los procesos de discriminación y racismo.....	117
10. GÉNERO Y VEJEZ.....	120
11. MODELO TEÓRICO.....	124

## CAPÍTULO II: MÉTODOS, TÉCNICAS Y FUENTES

1. JUSTIFICACIÓN.....	129
2. OBJETIVOS.....	131
3. HIPÓTESIS.....	132
4. METODOLOGÍA.....	134
4.1. Instrumentos.....	135
4.2. Procedimiento.....	138
4.3. Análisis.....	139
4.4. Fuentes.....	139
4.5. Relevancia.....	140

## CAPÍTULO III: RESULTADOS.

### I. SEGURIDAD

1. Estado civil.....	144
2. Nivel de estudios.....	147
3. Ocupación.....	152
4. Ingresos.....	160
5. Número de hijos.....	166
6. Vivienda.....	169
7. Dependencia y Servicios Sociales.....	177
8. Redes familiares y apoyo personal.....	187
9. Actitud ante el propio envejecimiento.....	203
10. Cuestionario “The Everyday Discrimination Scale” (EDS).....	213

<b>II.</b>	<b>SALUD</b>	
	1. Enfermedades.....	219
	2. Percepción del propio estado de salud.....	257
	3. Medicamentos.....	264
	4. Visitas al médico.....	269
	5. Grado de satisfacción con los servicios públicos de salud.....	283
	6. Estilo de vida.....	285
	7. Alimentación.....	302
	8. Grado de satisfacción con la vida.....	318
	9. Fertilidad.....	322
<b>III.</b>	<b>PARTICIPACIÓN.....</b>	<b>325</b>
<b>CAPÍTULO IV: HISTORIAS DE VIDA.....</b>		<b>330</b>
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES</b>		
	1. Conclusiones del cuestionario.....	362
	2. Conclusiones de las historias de vida.....	393
	3. Reflexiones finales.....	402
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>		<b>407</b>
<b>ANEXOS.....</b>		<b>440</b>



## AGRADECIMIENTOS

Este trabajo está dedicado, en primer lugar a mis padres por su apoyo, cariño y amor, desgastados por criar y educar a sus diez hijos con el deseo de que no pasaran tantas *fatigas* como ellos pasaron, y al resto de mi familia y amigos por estar apoyándome incondicionalmente.

Gracias a personas como mi director de tesis D. Juan Francisco Gamella Mora por su excelsa profesionalidad y enorme calidad humana, por ayudarme a lograr concluir este apasionante trabajo y por su profundo interés en el pueblo gitano. Una parte de esta tesis doctoral se realizó dentro del proyecto de investigación de excelencia número P11-SEJ-8286, de la Consejería de Economía, Innovación y Ciencia de la Junta de Andalucía.

También quiero mencionar con mucho cariño a D. José María Salinas Martínez de Lecea codirector de esta tesis, maravillosa persona, experto matemático y querido amigo. Gracias a su paciencia y dedicación en las tutorías de análisis de datos para psicólogos y por su fundamental aportación en este trabajo.

En general, a todos mis profesores, tanto de universidad como de cursos previos, que supieron incentivar en mí el desarrollo de capacidades que todo ser humano posee y que con demasiada frecuencia no creemos tener.

Quiero agradecerles a todos los participantes, especialmente a los gitanos y gitanas ancianos que después de estos años ya no están, desapareciendo con ellos un trozo irremplazable del legado cultural gitano, aunque parte de sus valiosos testimonios y vivencias han sido recogidas y parcialmente mencionadas en este trabajo.

Si tuviera que mencionar a todos cuantos considero me ayudaron en este camino serían muchísimos y con esta mención espero se sientan todos aludidos. GRACIAS.



*“Seguir cuando crees que no puedes más te acerca a la meta final. El simple hecho de no rendirse es ya una forma de tener éxito potenciando la actitud para afrontar los problemas como oportunidades para crecer. No des la razón a nadie que te diga que no puedes”. (Personal)*

*“Somos lo que hacemos día a día. De modo que la excelencia no es un acto, sino un hábito”. (Aristóteles).*



## RESUMEN

"De un niño un hombre, de un viejo una vejez". Esta frase popular local, podría ilustrar el pensamiento de la mayoría de ancianos pertenecientes a la minoría étnica de los gitanos que han participado en este estudio. Teniendo una concepción fatalista sobre el envejecimiento, asocian la vejez al declive y el retiro de la actividad en general, adoptando una actitud pasiva de espera aguardando el *final* de sus días.

Numerosos estudios han analizado recientemente el envejecimiento en diferentes poblaciones de todo el mundo pero, que sepamos, este tema no ha recibido atención en lo que concierne a la minoría gitana o *calé* en España. El presente trabajo, intenta contribuir a llenar este vacío realizando una aproximación al estudio diferencial del envejecimiento en gitanos y no gitanos.

Mientras que en España la esperanza de vida y el número de personas que envejecen satisfactoriamente no deja de aumentar, la representatividad de gitanos en estos índices gerontológicos es significativamente inferior y, por tanto, el porcentaje de gitanos ancianos es muy bajo.

Los gitanos españoles como colectivo culturalmente diferenciado, han estado sometidos a intensos y seculares procesos de exclusión y discriminación, que han resultado en una situación general de bajo nivel socioeconómico, alto nivel de analfabetismo, precariedad laboral, mayores tasas de morbilidad y menor esperanza de vida, entre otros efectos.

Lo que justifica el presente trabajo, viene a continuar un estudio preliminar que realizamos en 2011, donde se detectaba la existencia de importantes deficiencias económicas, laborales, graves y prematuras patologías físicas y psicológicas, malos hábitos de vida y de alimentación, vejez prematura, altos niveles de discriminación y menor esperanza de vida en los gitanos y gitanas mayores, en comparación con el resto de población.

El objetivo del presente trabajo, es explorar diferentes dimensiones que forman parte de la vejez en ancianos pertenecientes a la minoría étnica de los gitanos, esperando poder determinar algunos de los factores que pudieran intervenir en los supuestos anteriormente señalados. Pondremos especial atención en la situación socioeconómica, salud, estilo de vida, actitudes ante la vejez o exclusión/discriminación, entre otras, considerando con especial atención la situación de la mujer gitana en dicho proceso de la vejez.



Este trabajo, se ha llevado a cabo en la Ciudad y la Comarca de Guadix a la que se adscribe población predominantemente rural, aunque también incluye población urbana. El modelo de trabajo es, principalmente, descriptivo-comparativo articulando metodología cuantitativa como cualitativa. Hemos trabajado con una muestra amplia de gitanos y gitanas ancianas, consiguiendo una muestra intencional y variada que hemos emparejado, mediante técnicas de caso control, con una muestra equivalente de ancianos no gitanos.

En el discurso y en la práctica de las personas gitanas, observamos una defensa del respeto y la atención a los mayores. Sin embargo, las diferencias percibidas con los no-gitanos de las mismas edades muestran una clara desventaja, no sólo en sentido físico, sino también en el psicológico, entre otros. Esta aparente paradoja, es la que guía nuestra investigación. Los gitanos mayores de la muestra estudiada tienen un peor estado de salud, con un mayor número de enfermedades a edades relativamente tempranas en la vejez. Se han encontrado cuatro veces más casos de depresión en gitanos que en no gitanos. Los gitanos y gitanas estudiados tienen hábitos de vida menos saludables, menor grado de satisfacción vital, actitudes más pesimistas ante el envejecimiento aunque, por otro lado, se sienten muy valorados por su familia y reciben frecuentemente visitas de sus familiares. La discriminación étnica/racial, básicamente el trato prejuicioso, acceso a algunos recursos y servicios o agresiones verbales, prácticamente todos los gitanos entrevistados la perciben y sufren sus efectos. En todas estas variables y muchas otras exploradas, las mujeres gitanas presentan una condición más negativa que los gitanos y por ende que el resto de grupos estudiados. Este trabajo, ofrece un punto de partida para futuras investigaciones para contrastar y ampliar los indicios encontrados.

La tesis incluye cinco grandes capítulos además de un listado de referencias citadas.

En el primer capítulo, trataremos de resumir los principales elementos de la evolución demográfica en España y en Europa, relacionados con la caída de la fertilidad y el envejecimiento de la población. Haremos un acercamiento al marco conceptual de la OMS del “Envejecimiento Activo”, ofreciendo algunos datos demográficos sobre envejecimiento a distintos niveles poblacionales. En el epígrafe seis, hablaremos sobre la perspectiva del Ciclo Vital o *Life Span Approach* piedra angular del marco “Envejecimiento Activo”

de la OMS en el que hemos apoyado el presente trabajo. Después dedicaremos varios apartados a la conceptualización del envejecimiento y la vejez desde el punto de vista socio-histórico. Repasaremos algunos de sus efectos sobre distintas capacidades físicas y psíquicas del individuo. Ofreceremos algunas nociones básicas sobre modelos y teorías explicativas. También repasaremos algunas investigaciones sobre envejecimiento realizadas en minorías etnoculturales, donde se incluyen sub-apartados de especial consideración, como los dedicados a los *Romaníes* en general y gitanos españoles en particular, haciendo un recorrido por su historia pasada y presente, situación demográfica, nivel formativo, situación laboral, vivienda, salud y discriminación. También recogeremos los rasgos culturales generales de los gitanos españoles y, especialmente, de los gitanos de Guadix y su comarca. Especialmente relevante, es el apartado dedicado a la conceptualización e implicaciones de los diferentes factores intervinientes en los procesos de discriminación, prejuicio y racismo. En el penúltimo apartado, se consideran las repercusiones y condicionantes del envejecimiento vinculadas con el género y la vejez. Como epígrafe final de este primer capítulo, plantearemos el modelo que hemos articulado basándonos en los modelos, teorías y referencias que según nuestra experiencia creemos van a justificar más satisfactoriamente la vejez en los participantes gitanos y no gitanos.

En el segundo capítulo, se incluyen subapartados relacionados con métodos, técnicas, objetivos, hipótesis, instrumentos y herramientas para recabar la información necesaria, procedimientos de análisis, fuentes sobre las que se fundamenta toda la investigación y la relevancia del estudio.

Finalmente en los siguientes capítulos incluimos los resultados, historias de vida, conclusiones, bibliografía y anexos.



# CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN



## INTRODUCCIÓN

Este trabajo está dirigido al estudio de aspectos relacionados con el envejecimiento diferencial en gitanos y no gitanos. Comenzaremos contextualizando, someramente, a qué nos referimos cuando hablamos de envejecimiento en general, algunas áreas donde se utiliza el concepto, causas del proceso y algunas de sus principales consecuencias.

En muchos países industrializados, se están produciendo profundos cambios en la estructura, composición y volumen de la población. Uno de esos cambios, tiene que ver con el envejecimiento demográfico, que avanza en línea ascendente sin indicadores históricos comparables (Bazo, 2012). El estudio de este fenómeno es muy complejo y dibuja un patrón de avance distinto en cada país. Está íntimamente vinculado al desarrollo socioeconómico o a la equidad de género y a las políticas públicas en apoyo a la natalidad, entre otras. En conjunto, todos los países industrializados parecen experimentar procesos de declive de la fertilidad por debajo de la tasa de reemplazo, lo que está induciendo una metamorfosis poblacional sin precedentes (Millán, 2011; Bazo, 2004).

Este fenómeno demográfico, llamado por algunos investigadores *Segunda Transición Demográfica* (Lesthaeghe, 2014), está siendo impulsado por unas tasas de fecundidad muy por debajo de la tasa de reemplazo que se vienen sosteniendo durante décadas, además de otros cambios en el calendario de la maternidad y su base institucional, que tienen consecuencias inesperadas y revolucionarias para las poblaciones afectadas. Especialmente, en los años 90 muchos países europeos presentan lo que algunos llaman “una muy baja fecundidad” que suele situarse en tasas totales de fecundidad por debajo de 1,5, entre los que se cuentan la mayoría de los países del sur de Europa (España, Italia como pioneros) y del Centro y el Este de Europa (incluidas Alemania y Austria). En ese bloque, no se sitúa EEUU y paulatinamente Francia, Escandinavia y Reino Unido, que han superado esta situación.

Esta *transición* en España ha supuesto pasar de manera tardía y en un período excepcionalmente corto, desde el punto de vista de los procesos de cambio social (solo algunas décadas), de ser uno de los países con mayores cuotas de natalidad y población joven de Europa, a tener uno de los mayores índices de envejecimiento demográfico del mundo. Lo más asombroso está por

venir, como auguran algunos investigadores, cuando la generación de los *baby-boom* lleguen a la edad de jubilación (Zaidi, 2008; Gómez, P., et *al.*, 2007). El principal resultado, es un cambio en la estructura por edades incrementando, básicamente, la proporción de personas mayores en la población (Herce, 2016; OMS, 2014; Abellán & Ayala, 2012; Carone & Costello, 2006; Pérez, J., 2005; Abellán, A., 2003).

El envejecimiento demográfico está vinculado, entre otros, a las mejoras socioeconómicas, avances científicos y tecnológicos que resultan en, por un lado, mayor control de la mortalidad incrementando la esperanza de vida y por otro lado, mayor regulación de la natalidad y fecundidad asociadas, entre otros, al cambio de rol en las mujeres (Vinuesa, 2004). Este panorama, según algunos autores, configura una sociedad demográficamente eficiente que aleja el pensamiento negativo sobre las consecuencias sociales, políticas y económicas del envejecimiento demográfico (Pérez, J., 2010).

## **1. El envejecimiento en cifras.**

Según la ONU, en 2015 había en el mundo unos 901 millones de personas mayores de 60 años, y las predicciones que hace la misma institución, para 2050 la cifra podría ser superior a 2.100 millones (ONU, 2016). Según EUROSTAT, a principios de 2015 Europa estaba a la cabeza del envejecimiento mundial con más de 96 millones de personas mayores de 65 años, lo que supone un 18,9% de la población total (EUROSTAT, 2016). Tomando como referencia a Alemania en Europa y a Japón en Asia, ambos países ya gestionan más del 20% de personas mayores de 65 años (ONU, 2016).

España en 2015 era uno de los cuatro países de la UE con mayor porcentaje de población mayor de 65 años (se contaban en total 8.573.985), llegando al 18,4% (Abellán & Pujol, 2016). Ángel Otero (2004), ofrecía una alarmante estimación: “en el año 2050 España será el país más envejecido del mundo; el 44,1% de la población española será mayor de 60 años y la mediana de edad será de 55,2 años frente a una mediana global mundial de 36,2 años” (Otero et *al.*, 2004, p. 202).

## 2. Síntesis de la evolución de la mortalidad y fertilidad en España en el siglo XX.

El resultado de menores tasas de mortalidad y la natalidad, lo llaman algunos, “democratización de la supervivencia de las vidas completas” (Pérez, J., 2006, p.8). A continuación, veamos una síntesis de esta “*democratización de la supervivencia*” en España.

Salvando el efecto de la pandemia de gripe española (1918-1920) y la Guerra Civil (1936-1939), la población española redujo sus tasas de mortalidad de forma sostenida desde principios del siglo XX. El número de personas, creció de manera progresiva con base en una mayor supervivencia en todos los grupos de edad. Gracias a actuaciones específicas y al progreso farmacológico, la mortalidad infantil se redujo de casi el 158‰ a principios de siglo al 10‰ en la década de los 50 y al 2,9‰ en 2014 (Andradas, 2017; Cabré et al., 2002). Una consecuencia de la menor tasa de mortalidad en edades tempranas, es el aumento de la esperanza de vida en una edad concreta y se define como: “...una estimación del promedio de años que viviría un grupo de personas nacidas el mismo año, si los movimientos en la tasa de mortalidad de la población evaluada se mantuvieran constantes” (Cebrino, F., 2012, p.135). La esperanza de vida al nacer estaba en torno a los 35 años en 1900. La evolución en positivo, ha permitido que en 2015 este índice se sitúe en España en 83,2 años como cifra media para ambos sexos, la segunda más alta de la Unión Europea (OCDE, 2016)

La tasa de fecundidad, es un factor fundamental para mantener proporciones relativamente equilibradas de las distintas cohortes generacionales en la población. Exceptuando algunos períodos como el *Baby Boom* (1958-1977), durante el siglo XX la natalidad en España disminuyó, especialmente, después de la postguerra (1940), estabilizándose en torno al 21‰ y llegando a nuestros días al 9,1‰, siendo uno de los índices más bajos en Europa (INE, 2016; OCDE, 2016; Cabré et al., 2002).

Por otro lado, el índice de fecundidad o "Indicador Coyuntural de Fecundidad", se define como: "el número medio de hijos que tendría una mujer perteneciente a un determinado ámbito a lo largo de su vida fértil en caso de mantener la misma intensidad fecunda por edad que la observada en el año en ese ámbito". (INE, 2016, p.8). En términos absolutos, en España la fecundidad no ha cesado de descender durante el siglo XX, salvo mediados de los años 50



hasta los 70 donde se contextualiza la generación del *Baby Boom*. Sobre todo, desde mediados de la década de los 70 fruto de la crisis económica, el retraso de la emancipación y la incorporación de las mujeres al mundo laboral, se produjo una especial reducción en las conductas reproductivas y en el número de hijos (Cabré et al., 2002). En 2014, el indicador de fecundidad o índice sintético de fecundidad para España fue de 1,32 hijos por mujer. La tasa de reemplazo en occidente suele estimarse en 2,1 que, siendo una cifra relativa dependiente del contexto y otros factores, podría repercutir fundamentalmente de dos formas principales en la población: la primera es el descenso del tamaño de la población, y la segunda, poniendo en peligro el Estado de Bienestar por déficit de "reposición" generacional (INE, 2015; Arroyo, 2014).

El factor contrario a esta disminución de la población, vendría de los movimientos migratorios donde, por ejemplo, el porcentaje de mujeres extranjeras en España, hace que los indicadores de natalidad y fecundidad generales sean impulsados en torno al 17% en sentido positivo (INE, 2015; Arroyo et al., 2014). Puesto que no es un motivo esencial para este trabajo, solamente se mencionará ese dato al respecto.

Como se ha expuesto, la *democratización de la supervivencia de las vidas completas*, ha supuesto una menor tasa de mortalidad en todas las cohortes etarias, sobre todo, al nacer con el consecuente aumento en la esperanza de vida. Gracias al desarrollo socioeconómico, avances en el campo de la tecnología y la medicina, se ha podido controlar enfermedades que, hasta hace unas décadas, acababan con muchas vidas humanas. Por otro lado, el acceso de la mujer a una formación académica superior permitiéndole una mayor incorporación al mundo laboral, está cambiando la configuración de la fertilidad, retrasando y reduciendo los ciclos reproductivos. Las mujeres españolas, sobre todo, las nacidas en la década de 1960 y las posteriores, paulatinamente han tenido menos hijos y a edades más longevas. Esta muy baja tasa de fecundidad, era común a todos los países europeos (EEUU superó esta situación). Algunos países como Francia, los escandinavos y paulatinamente Reino Unido, están aumentando su fecundidad. No es una cuestión de tasas de natalidad, también de calendario y formas de vida: lo más importante, es que las mujeres tienen sus primeros hijos muy tarde (al final de la veintena) y que muchas mujeres no tienen hijos o los tienen fuera del

matrimonio etc... Efectivamente, el resultado es que la estructura de edades cambia. Todo este compendio de factores y algunos otros, han dado lugar a un envejecimiento demográfico cuyas cifras no tienen precedentes históricos.

A continuación, se considerarán de manera básica, algunas de las consecuencias más destacadas del envejecimiento demográfico.

### 3. Consecuencias del envejecimiento demográfico.

En el artículo de 2005 titulado "*Consecuencias del envejecimiento en la sociedad española actual*", María Teresa Bazo (2005), repasa algunos modelos explicativos que tratan de predecir las consecuencias del envejecimiento citando a Garber (1989). Uno de ellos (Fries y Fuchs), defiende que habrá mejoras en la morbilidad y que la discapacidad se producirá poco antes de la muerte (Bazo, 2007). Aunque cada vez hay más evidencias de la congruencia del modelo de Fries y Fuchs con la realidad, otros autores defienden que cuando envejecan las cohortes del *baby-boom*, a partir del 2025, las consecuencias del proceso de envejecimiento ejercerán un tremendo impacto (insinuando un posible colapso), en los sistemas de protección social, finanzas públicas y familiares (Abellán & Puyol, 2006; Giró, 2005).

Algunas consecuencias sociales del envejecimiento demográfico son la feminización del envejecimiento, el sobre-envejecimiento y el aumento de la dependencia, factores de los que a continuación se ofrecerán algunos detalles.

La feminización, descrita muy esquemáticamente, es el resultado de la diferencia de mortalidad entre ambos sexos en todas las cohortes etarias, donde el número de hombres supera al de mujeres. Curiosamente, nacen más hombres que mujeres pero, por la sobremortalidad relativa diferencial masculina, hacia los 50 años se alcanza un equilibrio entre sexos que paulatinamente la tendencia se va invirtiendo. En España, la proporción de mujeres en la vejez es un 33% más que de hombres, aunque esa proporción aumenta en función de la edad considerada (Abellán & Pujol, 2016; Triadó, 2013; Pérez J., 2010; Giró, 2011).

Otra consecuencia del envejecimiento demográfico, es el sobre-envejecimiento que se puede percibir cuando aumenta el porcentaje de personas mayores y muy mayores, llegando a coexistir varias generaciones simultáneamente (Gómez, R., et *al.*, 2007). El envejecimiento individual conduce a cierto grado de fragilidad y, en algún momento del proceso, a una probable dependencia funcional más o menos incapacitante, provocando la necesidad de ayuda en los ancianos. (Millán, 2011; Alonso, 2007; Bazo, 2004). Esta situación, cada vez en una mayor proporción de casos, se comprime en un corto período de tiempo al final de un prolongado ciclo vital, donde se experimentan ciertos niveles de bienestar y calidad de vida. A medida que se produce la permuta generacional, decrece el número de personas mayores que arrastran muchos problemas de salud y dependencia, consecuencia de épocas muy duras (los actuales mayores de 80 años) donde las penurias derivadas de la guerra y posguerra como la escasez de alimentos, enfermedades, escasez de recursos sanitarios y económicos afectaron de forma generalizada. Por el contrario, va aumentando el número de personas que llegan a la vejez con un estado de salud cada vez más favorable y un nivel económico que les permite afrontar nuevas actividades y retos (Triadó, 2013; Osorio, 2006; Giró, 2005; Muñoz, 2002). Aunque la proporción relativa de dependencia asociada al envejecimiento baja cada año, el número de personas mayores crece incesantemente, produciendo un aumento en el número de personas dependientes con necesidades de apoyo asistencial que gracias, principalmente a las redes familiares y en menor medida a los servicios asistenciales, son atendidas (Pujol & Abellán, 2006; Otero et *al.*, 2004, 2006; Cabré et *al.*, 2002).

Entendiendo que el envejecimiento es un logro muy positivo de la sociedad del que pueden emanar multitud de beneficios, es necesaria una profunda adaptación de distintos parámetros económicos, sociales y culturales que permitan la optimización de recursos tanto materiales como humanos. Un tema relacionado con lo que se está considerando, es que en España y otros países de la UE la edad de inicio de la jubilación es 65 años (salvando ciertos parámetros que permiten hacerlo años antes o después). Este umbral de jubilación, fue establecido hace más de un siglo cuando la esperanza de vida al nacer era inferior a 40 años. Actualmente, debido al *tiempo ganado a la vejez*, la mayoría de personas con 65 años son competentes para seguir desempeñando tareas laborales y, por tanto, muchos autores respaldan que es necesario un reajuste. También, hay actores que ven en esos procesos nuevas

oportunidades de explotación de los trabajadores. Esto es particularmente claro cuando se trata de empleos de baja cualificación, que exigen esfuerzo sostenido y que están mal remunerados (Herce, 2016; Bazo, 2012; Giró, 2011; Reher, 2004).

Resumiendo un poco, el envejecimiento poblacional siendo un recurso positivo vinculado con sociedades *avanzadas*, debe ser abordado adecuadamente por parte de los distintos agentes implicados, para que todas las partes puedan quedar satisfechas. Generalmente, en la actualidad los ancianos viven más años con menos dependencia pero los sistemas laborales, de asistencia social o sanitaria, resultan obsoletos frente a las necesidades y demandas que dicho cambio demográfico lleva asociadas. Debido al aumento en la esperanza de vida, pueden llegar a coexistir varias generaciones de personas mayores y muy mayores simultáneamente, generando sobre-envejecimiento poblacional. Por otro lado, la feminización del envejecimiento conforma un campo de intervención con implicaciones diferenciales. También es necesaria la implementación a mayor escala en el área de dependencia porque, aunque la proporción relativa de dependencia va en decremento, el número de dependientes es cada vez mayor. Como ya se expresó, desde la positividad y la perspectiva de oportunidades que ofrece el envejecimiento demográfico, es un reto suplir las demandas de futuras generaciones que pronto se considerarán *mayores*. Para ello, es esencial tener en cuenta los pronósticos demográficos que realizan distintos agentes e investigadores. Al mismo tiempo, mediante la participación activa de los mayores, la sociedad tiene que poner en valor las aportaciones que hicieron, hacen y harán nuestros mayores.

El envejecimiento demográfico, está directamente relacionado con el envejecimiento individual pero los marcos, las técnicas y el objeto de estudio son sustancialmente distintos. Quizá no se debería usar el mismo término, para la referirse a la fase final de la vida humana y al fenómeno del crecimiento relativo de ancianos en una población que deriva, no primariamente del aumento de la esperanza de vida, sino de la caída de la fecundidad. Son procesos relacionados pero sustancialmente diferentes. Este trabajo profundiza en la interseccionalidad entre trayectorias vitales individuales y las discrepancias que diferentes culturas incorporan a esos procesos y su desarrollo en un contexto de mayor peso de las cohortes ancianas.

#### 4. Envejecimiento individual.

Puesto que en este trabajo vamos a estudiar algunas facetas incluidas en el proceso del envejecimiento individual en gitanos y no gitanos, a continuación, ofreceremos algunas ideas útiles que permitirán hacernos una idea de qué estamos hablando.

El estudio y análisis del envejecimiento demográfico se lleva a cabo, entre otros, desde un marco social donde las técnicas mayoritariamente empleadas están relacionadas con la estadística, valiéndose de dimensiones del micro y macro mundo, para realizar previsiones sobre el impacto del envejecimiento demográfico, el mercado laboral y sistemas de protección, entre otros, con el objetivo de mantener el equilibrio entre el gasto público y el bienestar de la población. Por otro lado, dado que el curso de la vida es cada vez más largo, individualizado, complejo y flexible, el estudio del envejecimiento individual se aborda desde una perspectiva interdisciplinar y multidimensional, donde las técnicas de estudio se centran en el análisis de los factores bio-psico-sociales y sus efectos en el individuo para prevenir y/o intervenir a distintos niveles (Triadó, 2013; Jiménez-Hernández et al., 2010).

El envejecimiento humano, es un proceso que hace relativamente pocas décadas no abarcaba el significado socio-temporal que hoy tiene. Es una expectativa que, en la actualidad, se cumple generalmente en muchos más casos, puesto que la mayoría de los seres humanos hasta hace pocas décadas, nacían pero no envejecían puesto que morían antes. Las numerosas guerras y crisis económicas en una sociedad preindustrial, la ausencia de servicios sanitarios y el escaso avance en la lucha contra las enfermedades, hacía que las personas tuvieran una alta probabilidad de morir en pleno desarrollo biológico. El envejecimiento es la expresión más sobresaliente del avance y progreso de la humanidad. (Fernández-Ballesteros, 2006; Giró, 2011). Por ser un tema central para esta tesis, se abordará una aproximación al proceso del envejecimiento humano individual y algunas de las distintas acepciones teóricas y terminológicas que complementan su significado.

Como características generales, el envejecimiento humano es un proceso individual, universal, complejo, multidimensional y heterogéneo, donde se producen cambios y transformaciones a nivel bio-psico-social (Muñoz, 2002). La mayoría de autores, afirman que el envejecimiento es un proceso universal, porque es inherente a todo ser humano y casi todos sus efectos son

progresivos y relativamente irreversibles. Es heterogéneo porque en cada persona evoluciona con un patrón característico de enorme variabilidad. Es un proceso multidimensional y complejo debido a la dificultad para delimitar y estudiar la multitud de áreas que determinan y condicionan el envejecimiento en su conjunto (Franco & Sánchez, 2008; Barraza & Castillo, 2006; Fernández-Mayorales et al., 2003).

El proceso del envejecimiento, implica aspectos biológicos, psicológicos y sociales condicionados por procesos de cambio y adaptación (Pinazo & Sánchez, 2005; Villanueva, 2000). Un parámetro sobre el que se apoyan distintas sociedades para determinar si una persona es *vieja*, es la edad cronológica (entendida como la consecuencia del paso del tiempo). En algunas zonas geográficas del mundo a los 40 años las personas se consideran *viejas*, mientras que en otras zonas hasta bien pasados los 70 no se consideran *viejas*. Por ejemplo, en Burundi la esperanza de vida media al nacer es de 47 años y en países como España es de 82,87 años (INE, 2016; Millán, 2011). La edad cronológica, no es un criterio de alcance uniforme ajustado a cualquier sociedad como determinante de *vejez* (Fernández-Ballesteros, 2009; Láinez, 2002). Dentro de ciertos márgenes, no es adecuado asociar edad cronológica a *vejez*, ergo, es impreciso y de escasa validez en la mayoría de los ámbitos. En el tiempo actual, personas con 70 años hacen la vida que sus abuelos dejaban de hacer a los 55 años. Frecuentemente, se vincula envejecimiento solo con procesos de declive biológico y psicológico, donde la persona pasa de ser un bien en alza y necesario cuando es *joven*, a ser un lastre social cuando es *viejo*. Este es un planteamiento erróneo, insuficiente, incompleto, unidimensional y dudoso, puesto que, si bien pudieran aparecer ciertos déficits a lo largo del extenso período del envejecimiento, también se pueden desarrollar, desde el punto de vista cuantitativo y cualitativo, ciertas ganancias, adaptaciones y transformaciones propias del proceso de desarrollo que incluye la etapa de la *vejez* (Bazo, 2004).

Tal como se ha mencionado, hasta hace pocas décadas, el envejecimiento se consideraba la manifestación indefectible del declive, deterioro y degradación humana. En la actualidad, esas afecciones han sido sustituidas por una concepción que implementa aspectos evolutivos de transformación y adaptación, asociando crecimiento y desarrollo a cualquier etapa del ciclo vital, donde las experiencias vitales del propio individuo influyen poderosamente (Franco & Sánchez, 2008; Muñoz, 2002).

El envejecimiento tiene dos dimensiones fundamentales, la genética y el ambiente, sobre las que se han articulado infinidad de marcos teóricos y modelos, tratando de identificar, definir y explicar las complejas e intrincadas interacciones y sinergias que se generan entre los procesos de desarrollo del organismo (*envejecimiento primario o intrínseco*) y determinados estilos de vida y/o riesgos ambientales (*envejecimiento secundario o extrínseco*) (Giró, 2011).

En el envejecimiento primario, concurren procesos de deterioro biológico genéticamente programados que, de manera diferencial, secuencial y coordinada, activan o inhiben los factores génicos, permitiendo la manifestación de las singularidades en cada individuo a lo largo de su ciclo vital. Es inevitable, universal y relacionado con la cronología etaria (estas características no incluyen el impacto que ocasionan diversos procesos patógenos). El envejecimiento secundario, integra el resultado de las interacciones entre factores genéticos y ambientales como problemas de salud, estilos de vida, nutrición, nivel socioeconómico o cultural entre otros. El envejecimiento secundario, es prevenible, modificable y relativamente controlable (Jiménez-Hernández, 2010).

Algunas ideas que hemos expuesto hasta ahora sobre el envejecimiento individual son:

- La investigación, se aborda desde una perspectiva interdisciplinar y multidimensional, siendo el objeto de estudio los factores bio-psico-sociales y sus efectos en el individuo con el objetivo de prevenir/intervenir.
- En el envejecimiento, confluyen efectos de multitud de factores vinculados a avances socioeconómicos, científicos y tecnológicos, entre otros.
- El envejecimiento como proceso individual es universal, complejo, multidimensional y heterogéneo, donde se producen cambios a nivel bio-psico-social provocando algunos déficits pero también crecimiento, desarrollo y adaptación.
- El envejecimiento individual, surge de la dialéctica e interacción entre dos dimensiones fundamentales que son la genética y el ambiente. La genética, básicamente, se refiere a los procesos biológicos de desarrollo y transformación programada (*envejecimiento primario o intrínseco*), y el ambiente a factores patológicos, estilos de vida, nivel socioeconómico o cultura

(*envejecimiento secundario o extrínseco*), estos últimos relativamente prevenibles, modificables y por tanto controlables.

La mayoría de autores, concuerdan que el proceso del envejecimiento individual situado culturalmente no es isomorfo, reduciendo a tres las configuraciones prototípicas de envejecer: envejecimiento normal, patológico y envejecimiento con éxito (saludable o activo) (Fernández-Ballesteros, 2009). El envejecimiento *normal*, se refiere al que sobreviene progresivamente conformando una degradación difusa de todos los sistemas biológicos y psíquicos sin el impacto de procesos patológicos tales como enfermedades cardiovasculares, diabetes o demencias. El envejecimiento *patológico*, destaca por la proliferación de uno o más procesos patógenos a lo largo de todo el ciclo vital (Peña, S., 2012; Franco & Sánchez, 2008; Muñoz, 2002). El tercero de los prototipos, es el envejecimiento con éxito o activo que es una superación o prolongación del envejecimiento “normal”. Este último, por ser el eje principal sobre el que va a pivotar este trabajo se desarrollará en el siguiente apartado.

## 5. ENVEJECIMIENTO ACTIVO.

Como ya se viene fundamentando a lo largo de la introducción, el envejecimiento en este trabajo se enmarca en el modelo teórico que ofrece la psicología evolutiva, que a su vez es el fundamento sobre el que la ONU elaboró el marco de actuación del Envejecimiento Activo, tema del que se hablará a continuación brevemente. En el siguiente apartado, se aportará más información al respecto en base a la perspectiva *Life Span Approach* o Perspectiva del Ciclo Vital de donde se extrae el término que da título al presente epígrafe.

La psicología evolutiva, es una especialidad dentro de la psicología que se ocupa, básicamente, del estudio de los cambios en el comportamiento humano individual a lo largo del tiempo, teniendo en cuenta la constante interacción con el ambiente, dando lugar a las diversas formas de comportamiento en función de la etapa de la vida del individuo. Por tanto, se trata de un visión integral del ciclo vital, enfatizando la importancia del contexto en el estudio del comportamiento desde cuando se nace hasta que se muere (Sanz, L., 2012; Villar et al., 2003).



Entre los primeros denominados "autores evolutivos" se encuentran Piaget, Vigotsky, Freud o Bolbwy y sus herederos Chomsky o Bruner. Estos autores, entre otros, conceptualizaron el desarrollo básicamente como evolución de los aspectos psicológicos y de comportamiento hacia niveles superiores solamente en las primeras etapas de la vida. Creían que durante la vejez solamente acontecían déficits y pérdidas biopsicosociales.

Bajo este paraguas conceptual, hace más de 40 años un grupo de autores, entre los que destaca Paul Baltes, propusieron estudiar el envejecimiento como un proceso integrado dentro del ciclo vital, donde se producen una combinación de lo que, posteriormente, se conocería como el enfoque del ciclo vital o *Life Span Approach* (Fernández-Ballesteros, 2006; Barraza & Castillo, 2006). Esta perspectiva, alienta el estudio del envejecimiento y sus cambios evolutivos relativizando el momento temporal en el que acontezcan y sus principios básicos son: Multidimensionalidad y multidireccionalidad; dinámica en el crecimiento y deterioro; Plasticidad; Desarrollo en el envejecimiento; Optimización selectiva con compensación e influencias de la cultura y la historia (Sanz, 2012; Pinazo & Sánchez, 2005).

El enfoque del ciclo vital, es la base sobre la que fundamentó la Organización Mundial de la Salud (OMS) el marco de actuación llamado "Envejecimiento Activo" en 2002, que se definió como: "El proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen" (WHO, 2002: p.12). Este modelo, tenía tres columnas principales sobre las que basaba sus programas de prevención e intervención, a saber: salud, participación y seguridad. Además tenía dos dimensiones transversales que eran género y cultura. En el año 2015, se actualizó este marco de referencia incorporando una cuarta columna: el aprendizaje continuo a lo largo de la vida (OMS, 2015).

Desde este marco, se defiende que a medida que pasa el tiempo todos estos elementos bien articulados van creando un fundamento cada vez más robusto sobre el que se puede sustentar un envejecimiento óptimo (Ibídem). A continuación, se definirán muy esquemáticamente, tanto las dimensiones genéricas como los apartados de estudio más específicos que componen el referido marco:

**SALUD:** entendida según la OMS como «*estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*». Esta importantísima dimensión necesita las aportaciones de los “servicios de salud, seguridad y aprendizaje, vivienda, alimentación, ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad” (OMS, 2015: p.44). La salud mental y social (actitud positiva hacia la vida, relaciones interpersonales satisfactorias y buenas estrategias ante el estrés), son también componentes necesarios junto a un estilo de vida saludable y experiencias vitales positivas.

A medida que se envejece, pueden acontecer diferentes cambios psicológicos y funcionales que, junto a factores externos, pueden conducir a cierto grado de discapacidad. Los cuidados adecuados y al tiempo apropiado minimizan los efectos negativos aumentando la probabilidad de mantener la capacidad funcional durante a lo largo del curso de la vida (*Ibídem*).

A continuación, se esquematizan algunos de los determinantes fundamentales de la salud en el individuo:

1. Determinantes relacionados con los sistemas sanitarios y los servicios sociales: salud física y mental, asistencia a los servicios sanitarios y uso de los servicios sociales.
2. Determinantes conductuales: estilo de vida (alimentación, actividad física, tabaquismo, alcohol), medicamentos y cumplimiento terapéutico.
3. Determinantes relacionados con los factores personales: factores psicológicos como la actitud positiva hacia la vida, capacidad cognoscitiva y la autoeficacia.

**SEGURIDAD:** esta dimensión se relaciona con la autonomía e independencia personal, teniendo como principal factor de riesgo la soledad y como factores esenciales de protección la interdependencia y la solidaridad intergeneracional. La inseguridad, tiene un tremendo impacto negativo sobre la salud física y bienestar emocional. Factores que inciden negativamente sobre la seguridad de las personas son: la enfermedad, el desempleo, la negligencia, la pobreza extrema, el abandono y la falta de cuidados, pérdidas familiares, el cambio climático, desastres naturales, violencia, abuso y discriminación o las crisis económicas, entre otros. En fechas recientes, se le está dando muchísima atención a la inseguridad cultural que amenaza la herencia de poblaciones

excluidas y secularmente marginadas debilitando sus lazos sociales (OMS, 2015).

**PARTICIPACIÓN:** muy relacionado con el término «activo», según la OMS, *“hace referencia a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas,”* del resto de la sociedad que le rodea. Este factor, también está relacionado con el compromiso social, civil, recreativo cultural, intelectual o espiritual que infunde significado a la propia existencia, alcanzado una realización plena y sentido de pertenencia. La participación, contribuye a disminuir el riesgo de muerte prematura y está relacionada con una positiva autopercepción del estado de salud, buen funcionamiento cognitivo y la disminución del riesgo a padecer demencia (*Ibídem, p.48*).

**APRENDIZAJE CONTINUO:** esta es la dimensión que fue añadida en 2015 y alude al aprendizaje a lo largo de la vida del individuo, aprovechando toda oportunidad disponible para realizar actividades que sean consideradas como valiosas, nutriendo las relaciones sociales y adquiriendo nuevas capacidades y competencias posicionándose desde el marco de la resiliencia. Las necesidades de aprendizaje son múltiples y constantes. No es solo positivo para la empleabilidad sino para potenciar el bienestar general del individuo. Está íntimamente relacionado con el buen estado de salud, compromiso social, empoderamiento y seguridad personal.

**SEXO/GÉNERO:** el proceso de envejecer es distinto cualitativa y cuantitativamente en hombres y mujeres y, por tanto, se tiene muy en cuenta la perspectiva de género en todas las dimensiones del marco anteriores, manifestando así su carácter transversal.

**CULTURA:** el conjunto de normas, tradiciones, valores morales compartidos por una comunidad, condicionan todas las demás dimensiones y, por ende, el proceso de envejecimiento.

Según la OMS: “El envejecimiento activo puede enmarcarse en la actual perspectiva teórica de resiliencia, contextualmente definida como tener acceso a las reservas necesarias para adaptarse, superar o crecer desde los desafíos con los que el individuo se encuentra en la vida”. Estas reservas a las que

hacemos alusión, son las mismas que mencionamos anteriormente en el apartado de aprendizaje continuo. Tiene un papel principal en esta nueva visión la resiliencia, siendo la directriz que guía el envejecimiento activo. Según esta nueva concepción, los determinantes del envejecimiento activo son los siguientes:

-**Cultura:** Valores morales, modelos culturales, Edadismo (sistema de edad), género y envejecimiento.

-**Determinantes comportamentales:** se trata de aquellas conductas recurrentes o hábitos de vida que afectan el proceso de envejecimiento entre los que destacan la alimentación saludable y el descanso, ejercicio físico programado el autocuidado, consumo de tabaco y alcohol, alimentación saludable, actividad física, descanso, sexo seguro, autocuidado y alfabetización.

-**Determinantes personales:** Biología y genética, capacidad cognitiva, factores psicológicos, orientación sexual e identidad.

-**Entorno físico:** Espacios públicos al aire libre, diseño urbano, transporte, edificios incluyendo los hogares y el entorno natural.

-**Determinantes sociales:** Educación/formación, apoyo social, exclusión social, aislamiento social y soledad, violencia y abuso, voluntariado y participación social.

-**Determinantes económicos:** Estatus socioeconómico, empleo y condiciones de trabajo, pensiones y protección social.

-**Determinantes sociales y salud:** necesidades de salud física, demencia, discapacidad sensorial, movilidad y caídas, depresión, comorbilidad y fragilidad, servicios de salud, cuidados de larga duración y cuidados paliativos (OMS, 2015).

A continuación, se aportarán algunas ideas muy valiosas desde la antropología que se implementarán en la estructuración y posterior análisis del presente trabajo, puesto que forman parte integral del modelo propuesto por la OMS.

Los cambios demográficos y socioeconómicos mencionados en apartados anteriores, han dado lugar a renovadas configuraciones y modelos en el ámbito familiar, social, profesional y personal, que auspician una compleja transformación del envejecimiento y sus expectativas. En cada cultura, se magnifican ciertos modelos de envejecimiento como *propios*, que

son ampliamente influidos por el momento, generación y época histórica donde se producen. Un foco de estudio, recae sobre el individuo que envejece y su transformación, y otro foco que complementaría el esquema general es el contexto sociocultural e histórico donde se produce esa transformación (Osorio, 2006). Es entonces, cuando la vejez consigue adoptar una conceptualización caracterizada por un constante diálogo entre lo individual y lo social, donde el análisis e interpretación biográfica de la experiencia pasada, vienen a ser factores fundamentales para comprender la situación actual de los ancianos. Una corriente importante de autores en antropología adoptan, entre otras, estas premisas entendiendo que el envejecimiento es un proceso lineal de desarrollo personal, dinámico y heterogéneo (Aranibar, 2001).

Desde la antropología, algunos autores defienden que “la acción de factores limitantes del medio en etapas tempranas del ciclo vital, pueden tener consecuencias [...] posteriormente sobre el envejecimiento” (Bernis, 2004: p.3). Por ejemplo, entre esos factores limitantes, la epidemiología auxológica defiende que la privación nutricional temprana aumenta el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares o diabetes en la vejez. Por el contrario, la actividad física y un estilo de vida saludable en la infancia y a lo largo de la vida, son factores contextuales que disminuyen la probabilidad de padecer ciertas enfermedades degenerativas y tumorales en la vejez (OMS, 2002).

Algunas ideas que hemos considerado sobre el envejecimiento activo son:

- Su fundamento es la psicología evolutiva y más concretamente el marco teórico del ciclo vital o *life span*, defendiendo el desarrollo como pérdidas y ganancias biopsicosociales a lo largo de todas las etapas de la vida, donde las interacciones con el contexto juegan un papel imprescindible.
- También se ha considerado, brevemente, el concepto de envejecimiento activo de la OMS de 2002 y su actualización de 2015 que tiene cuatro dimensiones principales: la salud, seguridad, participación y el aprendizaje continuo que, junto a las dos dimensiones transversales (género y cultura), conforman el marco completo. Además se han esquematizado los determinantes que impulsan el envejecimiento activo.
- Desde la antropología, se defiende la fundamental repercusión sobre el envejecimiento que ejercen los factores sociales, históricos y culturales, de

los que se hace una lectura, sobre todo, desde una perspectiva biográfica, generacional y colectiva, concretando los efectos sobre el envejecimiento de determinados factores, como por ejemplo, la alimentación, el estilo de vida o la realización de actividad física, entre muchos otros. A continuación, de ofrecerán algunos datos demográficos del envejecimiento en el mundo, Europa y España.

## 6. PERSPECTIVA TEÓRICA DEL CICLO VITAL O *Life Span Approach*.

En apartado anterior, ya anticipábamos que ofreceríamos más información relacionada con el envejecimiento activo que está fundamentado en el marco de la teoría del ciclo vital o *Life Span Approach*, guión que nos facilitará el análisis del envejecimiento diferencial de los gitanos y no gitanos. Por este motivo, intentaremos aportar información adicional que enriquezca nuestra comprensión sobre el modelo que dirige esta investigación.

Enmarcada en el paradigma de la psicología evolutiva, el grupo de teorías y enfoques que Baltes (2000) como fundador denominó psicología *lifespan*, explican el desarrollo a lo largo de toda la vida desde un punto de vista contextual y sociocultural.

La psicología evolutiva, es una especialidad dentro de la psicología cuyo objeto ontológico de estudio es la evolución y cambio del comportamiento en el humano a lo largo de su ciclo vital, teniendo en cuenta la importante influencia de un ambiente igualmente variante (Villar, 2003). Los autores evolutivos clásicos (Piaget, Vigotsky, Freud, Bolbwy, Chomsky o Bruner), centraban sus estudios en la infancia y cómo se desarrollaban los factores psicológicos (funciones y/o estructuras psicológicas) y comportamentales, alcanzando cada vez niveles evolutivos más complejos hasta llegar a un punto óptimo que, generalmente, se lograba en la etapa de la adultez. A partir de ese punto álgido de desarrollo (segunda mitad de la vida), el itinerario evolutivo se entendía íntegramente desde una perspectiva de pérdidas/declive, sin proponer otras alternativas (Satorres, 2013). La conceptualización clásica, concebía el desarrollo como un proceso unidireccional, secuencial, irreversible y universal contextualizado solo durante la infancia.

Autores como Freud, fueron precursores en el estudio del desarrollo, sobre todo, entendido por este autor solamente hasta la adolescencia.

Posteriormente, Erikson amplió los postulados de Freud para incluir el desarrollo durante todo el ciclo vital y centrarse en el papel del propio individuo y las influencias de tipo social. Erikson, elaboró su propuesta del desarrollo humano basada en la dialéctica entre el individuo, lo social y la resolución de ciertas disyuntivas para superar o no cada una de las ocho etapas vitales donde se podían producir ganancias o pérdidas. Postuló la existencia de multitud de patrones distintos de envejecimiento donde podían concurrir procesos de pérdidas y ganancias, aspectos que hasta la fecha, son incluidos como estructuras troncales en los principales modelos teóricos de distintas disciplinas (Pinazo & Sánchez, 2005).

A finales de la década de los 70, un grupo de investigadores (H. Thoma, P. Baltes, W. Schaie, J. Nesselroade y R. J. Havighurst), partiendo principalmente de los postulados de Erikson, comenzaron a plantear una nueva forma de estudiar el envejecimiento, interesados en ofrecer una visión integradora de todas las etapas del desarrollo. Desde esta visión, se han planteado líneas de investigación y proyectos de prevención/intervención gerontológica, obteniendo resultados que implementan, profundizan y complementan la perspectiva del ciclo vital, especialmente durante el envejecimiento.

A continuación, se repasarán algunas aportaciones que se incorporaron al estudio del envejecimiento desde la perspectiva de la psicología *lifespan*, propuesta inicialmente por Baltes y compartidas por la mayoría de autores (Villar, 2003).

***-Visión más compleja del desarrollo como proceso de adaptación selectiva y coocurrencia de pérdidas y ganancias.***

Uno de los principios básicos de la psicología *lifespan*, es ver el desarrollo evolutivo como un progreso hacia un estado de funcionamiento óptimo durante todo el ciclo vital, proceso complejo, multidimensional y multidireccional. Este hecho, ocurre cuando el individuo selecciona ciertas trayectorias evolutivas y excluye otras posibles, buscando el perfecto funcionamiento deseado en cada etapa del desarrollo. Durante las primeras etapas del desarrollo, el balance global entre pérdidas y ganancias se inclina hacia estas últimas, caso contrario que en el envejecimiento. Pero esto no quiere decir que sea algo *malo*, pues dentro de la complejidad individual,

siempre hay procesos catalizadores que compensan los niveles de funcionamiento a pesar de las más que probables pérdidas. De este modo, el propio individuo, además de ser manejado por factores externos a su voluntad, también ocupa un lugar como agente activo al dirigir (o intentar influir) en su propio curso vital (Villar, 2003).

Baltes y sus colaboradores (Baltes, Lindenberg y Staudinger, 1998), incluyeron los conceptos de mantenimiento y regulación de la pérdida. Para Pinazo y Sánchez (2005) el mantenimiento es: “comportamientos destinados a sostener el nivel de funcionamiento actual en situaciones de riesgo o bien como el retorno a niveles previos de funcionamiento tras haber experimentado una pérdida”. La regulación de la pérdida, citando a los mismos autores, es definida como: “la reorganización del funcionamiento en niveles inferiores tras una pérdida de recursos externos o internos que hace imposible el mantenimiento de niveles de funcionamiento habituales” (Pinazo & Sánchez, 2005: 7). Estas aportaciones, hacen ver la existencia de procesos compensatorios de sostenimiento y reorganización que regulan el equilibrio roto por algunas pérdidas o amenazas, acomodando a la persona al funcionamiento más óptimo ante nuevas circunstancias. El desarrollo adulto y, por ende, el envejecimiento se puede articular teniendo en cuenta la diversidad de múltiples trayectorias evolutivas otorgando gran importancia a las diferencias intraindividuales y evocando distintas formas de envejecer o lo que algunos autores llaman *equifinalidad* (Villar, 2003).

***-Énfasis en la influencia del contexto sociocultural e histórico.***

En este modelo teórico, el contexto sociocultural e histórico cobra un papel fundamental en la configuración de las múltiples trayectorias posibles en el desarrollo humano, donde no solo confluyen variables de maduración biológica. Las restricciones o facilidades que la cultura ofrece a los posibles itinerarios evolutivos, proporcionan directrices ideales para los ciclos normativos, incluyendo elementos descriptivos y prescriptivos que, sin determinar el desarrollo, influyen poderosamente una vez asumidos y elaborados individualmente.



Dentro de un modelo multicausal, la importante influencia de los contextos socioculturales e históricos en el desarrollo durante todo el ciclo vital y su estrecha relación con los procesos biológicos de crecimiento o declive, se podrían sintetizar en tres grandes conjuntos (Baltes, 1979):

-Influencias normativas relacionadas con la edad: hacen referencia a factores biológicos o sociales vinculados a la edad cronológica. Por ejemplo la escolarización en la infancia o la jubilación en la vejez.

-Influencias normativas relacionadas con la historia: también llamados determinantes generacionales son factores biológicos o sociales asociados a un determinado momento histórico que ejercen su influencia de manera generalizada. Por ejemplo, los cambios tecnológicos o los cambios sobre la concepción de la familia.

-Influencias no-normativas: se refieren a factores biológicos o sociales que afectan en un momento concreto de la vida de un individuo sin seguir patrones o secuencias fijas. Por ejemplo, el desempleo, divorcio, accidentes, entre otros.

Para la psicología del *lifespan* cada uno de estos tipos de influencias se manifiesta con más o menos intensidad, según los distintos momentos evolutivos condicionando más aún el itinerario evolutivo.

#### ***-Adaptación y plasticidad claves del desarrollo.***

Los estudios del mismo grupo de investigadores (Baltes y Baltes, 1990; Baltes, Lindenberger y Staudinger, 1998), señalan el papel preponderante de la capacidad adaptativa del ser humano que, junto al proceso madurativo biológico y a la influencia sociocultural, conforma el tercer pilar necesario sobre el que se genera el *envejecimiento satisfactorio* como proceso activo. De esta manera, el individuo en la vejez como en cualquier otra etapa, responde con todo lo que tiene disponible ante las diferentes demandas internas y externas para adecuar su desarrollo a un proceso de continua optimización. Este proceso se orchestra en base a tres subprocesos que son: selección, optimización y compensación.

-*Selección*: implica direccionalidad, metas y resultados donde el individuo dentro de un abanico de posibles trayectorias o dominios evolutivos, evalúa los recursos de los que dispone y elige/selecciona la mejor opción de crecimiento, mantenimiento o regulación de pérdidas.

-*Optimización*: una vez hecha la elección, se ha de maximizar el buen funcionamiento poniendo en marcha todos los recursos disponibles (biológicos, psicológicos y socioculturales) para tener éxito en la consecución de los objetivos deseados.

-*Compensación*: este mecanismo se pone en marcha cuando hay ciertas pérdidas, ayudando a reponer nuevos medios o reconstruir los antiguos de manera que se produzca la menor interferencia posible en la consecución del itinerario evolutivo elegido.

La correcta articulación de estos tres mecanismos es fundamental para alcanzar el crecimiento, mantenimiento y/o regulación de la pérdida durante todas las etapas del ciclo vital, dando al desarrollo un carácter funcionalista y contextual como selección y adaptación selectiva.

Evidentemente, todo lo anterior no es infalible ni abarca completamente el mecanismo del desarrollo evolutivo. También, hay cierto grado de flexibilidad o lo que se conoce como *plasticidad*. La noción de plasticidad contextualizada en la vejez, hace referencia a las *capacidades de reserva* que cada individuo puede tener para activar/incrementar el rendimiento. Cuando estas capacidades de reserva son internas, pueden optimizar el tiempo y la precisión en ciertas tareas. Cuando son externas, por ejemplo, gracias a la ayuda de personas o medios técnicos, se produce una optimización en tiempo y forma al realizar alguna tarea específica. Esta cualidad es la que marca la variabilidad interindividual. Los individuos, pueden evolucionar modificando comportamientos que poseen, para dirigirse hacia otros completamente distintos en cualquier momento de su vida. Aún así, la disponibilidad de estas capacidades de reserva o plasticidad decrece a medida que pasa el tiempo (Satorres, 2013).

En base a todo lo anterior, el desarrollo es entendido desde la psicología *lifespan* como un proceso que puede darse a lo largo de todo el ciclo vital. Etiológicamente multidireccional, multidimensional y dotado de cierto grado de plasticidad no existen trayectorias únicas de desarrollo. Está sujeto a procesos de continuidad y discontinuidad, siendo imposible predecir el cuándo, cómo, dónde y porqué de los posibles cambios. Bajo el paraguas de este marco teórico, se han articulado distintas teorías que ponen el énfasis en factores diversos. A continuación se ofrecerán nociones básicas de algunas de las teorías más importantes.

### **Teoría de la acción (Brandtstädter, 1998).**

Las ideas básicas que Jochen Brandtstädter defendía con esta teoría, orbitaban en torno al desarrollo del *Self*. Este término es considerado por las propuestas del ciclo vital como “sujeto” capaz de articular acciones y procesos para alcanzar metas de desarrollo (ganancia, mantenimiento o regulación de la pérdida), que pueden tener o no éxito, pero aun así, podrá conllevar una reconceptualización sobre uno mismo. Es decir, todo ser humano busca la coherencia entre su *self* (autoconcepto) presente y sus metas. Parece ser que aspectos como la autoestima y el bienestar subjetivo se mantienen relativamente estables aún durante el envejecimiento. Conocida como *la paradoja del envejecimiento*, a pesar de factores negativos como el declive biológico, la pérdida de contactos sociales y laborales, durante el envejecimiento las personas son capaces de vivir con satisfacción. Estos procesos adaptativos, contrarrestan los potenciales efectos negativos a nivel psicológico de las amenazas y pérdidas asociadas al envejecimiento (Pinazo & Sánchez, 2005).

Brandtstädter, plantea que alcanzar o evitar ciertas metas evolutivas es fundamental para el desarrollo de nuestro autoconcepto o *self* y la adaptación a los cambios. El bienestar está estrechamente vinculado con la *distancia entre nuestro estado actual y nuestras metas*. Cuanta mayor sea la distancia con las metas que se desean menor nivel de bienestar tendrá el individuo. Mantener la distancia en términos razonables durante el envejecimiento mediante estrategias adaptativas, es especialmente importante porque las circunstancias, generalmente, son algo más adversas que en otros estadios evolutivos. El autor diferencia entre dos grandes tipos de estrategias adaptativas:

-Estrategias de asimilación: disminuyen con el paso del tiempo y se refieren a actividades compensatorias que ayudan a acercar la situación actual a las metas que la persona se propone.

-Estrategias de acomodación: aumentan con el paso del tiempo y se refieren a los cambios o reajustes en las metas que el individuo se propone, para que se puedan conseguir en base al conjunto de capacidades, competencias y recursos de los que dispone (Villar, 2003).

### Teoría del curso de la vida (Elder, 1998)

La teoría del curso de la vida, incorpora, sobre todo, aportaciones de la sociología, historia, psicología y demografía. Es considerada como una especie de aplicación al ciclo vital de las ideas del psicólogo ruso Bronfenbrenner (1917-2005), intentando concertar el desarrollo individual con factores sociales e históricos donde cada trayectoria evolutiva se conforma. El sociólogo Glenn Elder (1998) postuló que en el desarrollo evolutivo del curso vital intervienen el contexto y la cultura, la plasticidad y la adaptación y el papel productor del desarrollo del propio individuo (Blanco, 2011). Según Villar (2003), hay tres principios que fundamentan esta teoría:

- Las vidas humanas están inherentemente vinculadas a ciertos lugares y a cierto tiempo histórico.*
- Vinculación de las trayectorias vitales a cierta temporalidad, así como a las trayectorias de las personas que nos rodean.*
- El papel del sujeto como agente activo que escoge o rechaza determinadas alternativas evolutivas* (Villar, 2003: 801-803).

Esta teoría, es más cercana a la sociología que ninguna otra del ciclo vital, lo que impulsa la multidisciplinariedad en el estudio de cualquier etapa de la vida incluida la vejez.

Hasta ahora, se han expuesto de manera muy básica algunas concepciones teorías y enfoques incluidos dentro de la psicología del ciclo vital, que ayudan a visualizar lo complejo, amplio y multidisciplinar que es el estudio del envejecimiento. Este proceso pone a prueba la capacidad adaptativa del ser humano, ofreciendo ciertas ganancias en algunos ámbitos vitales, sobre todo el psicológico, pero que generalmente conlleva decrementos y pérdidas relativamente irreversibles e incontrolables, especialmente en el ámbito físico y social. Cuando estos declives son de naturaleza biológica o física, afectan a la persona con una disminución de las capacidades y mayor vulnerabilidad a las enfermedades agudizándose con la edad (Villar, 2003). En el contexto psicosocial, envejecer también conlleva una reconceptualización del tiempo y el espacio, las metas y objetivos puesto que a medida que la persona envejece las redes sociales y los roles disminuyen acercándose inexorablemente el tiempo hasta la muerte. Aún así, las personas son capaces

de cambiar ciertos factores contextuales y propios a medida que se envejece, con el fin de acomodar la situación posible con las capacidades disponibles y ver la vejez con optimismo. Para esto es necesario embarcarse en procesos de adaptación que permitan mantener el bienestar objetivo y subjetivo en términos aceptables para el individuo (Pinazo & Sánchez, 2005).

## **7. ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ.**

### **7.1. Conceptualización básica y algunas notas históricas.**

A continuación, consideraremos algunas reseñas históricas sobre la vejez y el envejecimiento que, en algunas áreas, han dado lugar a un elenco multidisciplinar de profesiones especializadas. Esto nos permitirá tener ciertas nociones de la evolución hasta nuestros días del concepto “envejecimiento”, proceso estrechamente relacionado con multitud de factores socioeconómicos e histórico-culturales.

Una de las pocas cosas seguras que ofrece la vida es la certeza de que hemos de morir. A medida que se acerca ese momento, cada persona elabora su particular forma de afrontar dicho proceso. La humanidad libra una dura batalla contra el envejecimiento desde tiempos inmemoriales, buscando por retribución la eterna juventud. Haciendo una búsqueda básica de sinónimos de la palabra envejecimiento, hemos encontrado términos como: senectud, ancianidad, vejez o avejentamiento (WordReference, 2017). Al ver las definiciones de estos y otros pretendidos sinónimos, encontramos que convergen en asociar el envejecimiento intrínsecamente con cualidades negativas/peyorativas entendiéndolo como proceso ligado a la enfermedad, incapacidad o dependencia (Moñivas, 1998). El origen y etimología de los términos “envejecimiento” y “vejez” es el mismo. Aunque sus significados son claramente diferentes con relativa frecuencia, se utilizan indistintamente. El envejecimiento para este trabajo, va a estar íntimamente relacionado con el proceso individual, multidimensional continuo y progresivo que comienza con la concepción y lleva finalmente a la muerte de los organismos biológicos. La vejez, además de *lo* biológico, se conforma como un estado o construcción social, una etapa en la vida íntimamente relacionada con las culturas y épocas socio-históricas (Fernández-Ballesteros, 2004; Muñoz, 2002).

En tiempos remotos, en China o Egipto los *viejos* estaban relacionados con la divinidad, la ética, la política, la familia y la sabiduría. En las culturas Mayas, Aztecas e Incas conferían a los ancianos cualidades mitológicas y proféticas, considerados como la personificación de la sabiduría y experiencia humanas (Ramos, 2009). El primer escrito sobre vejez que hemos encontrado hasta el momento, data del año 2450 (a.C.) donde un escriba egipcio anotó los aspectos negativos que iba percibiendo de su propia vejez con expresiones como: “*! Que penoso es el fin de un viejo ! Se va debilitando cada día; su vida disminuye, sus oídos se vuelven sordos; su fuerza declina, su corazón ya no descansa; su boca se vuelve silenciosa y no habla. Sus facultades intelectuales disminuyen y le resulta imposible acordarse de lo que sucedió ayer. Todos los huesos están doloridos. Las ocupaciones a las que se abandonaba no hace mucho por placer, sólo las realiza por placer, sólo las realiza con dificultad, y el sentido del gusto desaparece. La vejez es la peor de las desgracias que puede afligir a un hombre*” (Trejo, 2001: 109). Como se puede observar, el escritor solo hace mención de los aspectos negativos del envejecimiento vividos desde un punto de vista personal y subjetivo.

Siglos más tarde, en el mundo precristiano se consideraba a los mayores como personas virtuosas llenas de sabiduría al estar en disposición de numerosas cualidades que en dicha etapa tenían su mayor expresión. Siendo objeto del respeto y admiración, ostentaban cargos como “Jefes” de tribus o familias, entre otros puestos importantes. Una muestra de las muchas que aparecen en la biblia se puede leer en el libro del Antiguo Testamento, Levítico 19:32 (1512 a.C.): “Ante canas debes levantarte, y tienes que mostrar consideración a la persona del envejecido, y tienes que estar en temor de tu Dios. Yo soy Jehová” (Traducción del Nuevo Mundo de las Santas Escrituras, 1987).

En la Ciudades-Estado de Grecia como Esparta o Atenas, el gobierno fue controlado durante mucho tiempo por un consejo llamado “Los Gerontes”, compuesto por 28 hombres mayores de 60 años (Prieto, 1999). Algunos autores defienden que Platón y Aristóteles plantearon, principalmente, dos ideologías opuestas respecto al envejecimiento que han tenido repercusiones hasta nuestros días. Platón (427-347 a. C) en su obra *La República*, defendía la vejez como la etapa donde los individuos alcanzan cualidades que les conforman como los mejores representantes dignos de divinidad y honra para desempeñar tareas directivas, jurisdiccionales y administrativas. Por primera

vez aparece la idea que las etapas finales de la vida están determinadas por la forma en que se vive a lo largo de todo el ciclo vital (Carbajo, 2008: 5). En sentido opuesto, la ideología aristotélica ofrecía una representación de la *senectud* mucho más negativa, donde la vejez se adjetivaba como la etapa del deterioro y la ruina humana digna de lástima y sin utilidad social alguna, contextualizando la vejez como si fuera una enfermedad en sí misma (Ibídem). Un dato sorprendente sobre la antigua Grecia, es que fue precursora de la creación de instituciones caritativas para cuidar de ancianos necesitados (Trejo, 2001).

Un exponente relacionado con el estudio de la vejez del período romano fue Cicerón (106 a.C.-43 a.C.). En la única obra latina dedicada exclusivamente a la vejez "*Cato maior de Senectute*", se hace una defensa positiva de la vejez. Cicerón aportó menciones concretas de sus observaciones sobre las capacidades mentales y las modificaciones que presentan cuando las personas son mayores. También apuntó la importante influencia que puede imprimir la sociedad en las vivencias y el proceso de envejecer, respecto al tipo de "rol de persona mayor" que el individuo adopte. Postuló que las habilidades, sobre todo mentales, se pueden sublimar en esta etapa pero deben ser entrenadas durante toda la vida (Carbajo, 2008)

Durante la época oscura de Edad Media (siglos V-XV), los conflictos armados fueron constantes. Se reforzó especialmente la concepción aristotélica considerando a los ancianos inservibles puesto que ya no tenían la energía de la juventud para el ejercicio de la guerra. Bajo duras condiciones de vida, las personas mayores eran poco numerosas y aquellos que, por *casualidad*, duraban más de lo *esperado* eran considerados como seres favorecidos por el diablo, frecuentemente abandonados acabando como indigentes. En el siglo XIII R. Bacon, en su afán de mantener la juventud y prolongar la vida, escribió tratados con algunas prescripciones para posponer al máximo la vejez. Apuntó la importancia del tipo de alimentación, el descanso, la contaminación del aire o las consecuencias negativas de la ansiedad y los pensamientos *sombríos* (De la Serna de Pedro, 2003: 44). Aquellos ancianos que tenían poder adquisitivo, se retiraban a los monasterios que se convertirían en una mezcla de asilo, gueto y refugio. En ésta época, se gestionaron las primeras instalaciones destinadas al auxilio de aquellos ancianos abandonados sin recursos (Martínez, M. P., et *al.*, 2002).

En la etapa renacentista (siglos XV y XVI), la ideología dominante estaba sujeta al sentimiento religioso y el culto a la belleza. Bajo el amparo de estas premisas, lo *senil* y lo *viejo* representaba todo aquello que se quería suprimir, siendo rechazado con una virulencia sin precedentes (Trejo, 2001). A partir del siglo XVI pensadores y poetas como Shakespeare, Schopenhauer y Holderlin, ofrecieron en algunos de sus textos una visión más condescendiente de la vejez, cuya noción subyacente respaldaba la concepción de “*época difícil*” donde podían aparecer elementos afables y positivos, constituyendo la base sobre la que comenzaron a desarrollarse muchas disciplinas científicas interesadas en su estudio (Carbajo, 2008).

A mediados del siglo XX, en un contexto socioeconómico post-industrial cada vez más positivo, con ciertos avances médicos que erradicaban enfermedades pandémicas, la proporción de población mayor fue creciendo con cierta continuidad. Las familias tuvieron que adaptarse a las nuevas condiciones de crecimiento y desarrollo social relegando a las personas mayores a una situación de dependencia de los demás (Ramos et al., 2009). Por primera vez, el incesante aumento de población anciana pasó de ser un *problema* de ámbito individual o familiar a ser un problema de escala social (Martínez et al. 2002). Dichas circunstancias hicieron que el interés por el estudio del envejecimiento aumentara. Por ejemplo, en el año 1909 el eminente pediatra americano Ignatiusl Nacher en su obra titulada “*Geriatría, las enfermedades de los ancianos y su tratamiento*”, acuñó el término “geriatría” lo que muchos investigadores consideran como el punto de partida de dicha disciplina. Las investigaciones sobre la vejez llevadas a cabo durante el siglo XIX desde el punto de vista médico-geriátrico, solo daban atención casi exclusivamente a los factores de declive biológico (Carbajo, 2008). Según Cristina Castanedo, la geriatría es: “La rama de la medicina que se ocupa del estudio, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades agudas y crónicas de las personas mayores, y además de su recuperación y rehabilitación” (Castanedo & Sarabia, 2009: p.1)

Otra disciplina que tuvo sus comienzos en la misma época histórica que la geriatría fue la gerontología, término que proviene etimológicamente del griego “gerontos” *viejo* y “logos” *estudio o tratado*, teniendo aportaciones determinantes de investigadores como Quetelet, Galton, Paulov o Hall. Domingo Palacios define gerontología como: “...*la rama de la ciencia que se encarga del estudio del envejecimiento*” donde se concibe la vejez como “la



etapa de la vida en la que acontecen diversos fenómenos que la caracterizan y diferencian dentro del ciclo vital” (Palacios, 2010: p.1). La gerontología, analiza el proceso de envejecimiento en todas sus dimensiones: biológica, psíquica, económica, política, educativa y social. Se considera como fecha de inicio de dicha disciplina 1835, cuando Quetelet publicó su obra “*Sur l’homme et de développement de ses facultés*”, destacando las influencias biológicas y sociales en el proceso del envejecimiento y poniendo el énfasis en lograr medidas objetivas del envejecimiento (Carbajo, 2008). Dentro del marco de la gerontología, se desarrollaron otras disciplinas como la gerontología social, la psicogerontología, la gerontología social, la gerontología clínica o geriátrica, la gerontología biológica o experimental, la gerontagogía o la antropogerontología entre otras.

En resumen, la concepción de la vejez y la atención a los ancianos ha sido determinada por las distintas culturas y momentos socio-históricos. Las personas mayores fueron consideradas como algo sagrado al punto que desempeñaban puestos de responsabilidad política, civil y administrativas. En otras épocas donde primaba el vigor juvenil para el desempeño de la guerra, las personas mayores fueron reiteradamente rechazadas, aisladas y abandonadas. Las mejoras económicas y en salud permitieron en décadas recientes el aumento en la proporción de personas mayores, floreciendo igualmente una batería de disciplinas. La vejez ha tomado una significación más compleja y positiva, aunque la sociedad continua imponiendo un límite de edad *jubilatoria* que desconecta a los individuos del mundo laboral, factor fundamental en la inactividad humana. En la actualidad, el culto al cuerpo y el fomento de actividades económicamente rentables, aparta a las personas mayores a un entorno exclusivo y segregado (Martínez et al. 2002).

Después de estos breves apuntes históricos sobre la vejez y la manera cómo se han tratado a los mayores, seguidamente resumiremos los principales modelos y teorías más relevantes sobre el envejecimiento y resaltaremos aquellos que son de especial interés para el presente trabajo.

## 7.2. Efectos del envejecimiento sobre algunas capacidades físicas y psíquicas.

Cuando se examinan los cambios que se producen a nivel individual durante el envejecimiento es necesario tener presente que se trata de un proceso dinámico, muy complejo, gradual, con cambios y transformaciones que afectan las distintas capacidades a nivel biológico, psicológico y social. A continuación, se aportarán nociones básicas sobre el envejecimiento orgánico, perceptivo y cognitivo.

### 7.2.1. Envejecimiento orgánico.

Cuando se habla de envejecimiento orgánico y perceptivo, se hace alusión a los cambios que se producen en el cuerpo humano ligados a la edad cronológica. El tipo y grado de cambio es muy distinto según el sistema orgánico del que se hable, la persona, su estilo de vida y otras variables tanto endógenas (internas) como exógenas (externas o ambientales). Es decir, los seres humanos no envejecen al mismo tiempo y ritmo ni tampoco los órganos y sistemas que lo componen (Muñoz, 2002).

Entre las teorías que hablan de los factores endógenos del envejecimiento, se podría mencionar la de *fiabilidad del principio de fidelidad de copia*. Esta teoría viene a decir, básicamente, que en la multitud de divisiones celulares, se van produciendo ciertas taras en las copias que se van acumulando hasta que terminan por producir una incompatibilidad con la vida. Otra teoría, es la del *gen clandestino* que defiende el comienzo del envejecimiento y finalmente la muerte con la manifestación de ciertos genes *malignos* (Muñoz, 2002). Como se puede intuir, ambas teorías apoyan la idea que los genes son corresponsables del envejecimiento y posterior muerte de los organismos vivos.

Entre los factores exógenos responsables del envejecimiento humano, se pueden incluir comportamientos vinculados con la alimentación, el tabaquismo, accidentes, estilos de vida o el contexto sociocultural entre otros.

### **7.2.2. Envejecimiento perceptivo.**

Como se apuntaba anteriormente, el nivel, tiempo y forma en que se ven afectadas las distintas estructuras del sistema perceptivo es tremendamente heterogéneo. A continuación, se mencionarán los hallazgos básicos, referenciados por Fernández-Ballesteros (2004), Muñoz (2002) e Izquierdo (2006), que parecen más confirmados a nivel empírico, que hablan sobre las principales áreas afectadas del sistema perceptivo a medida que se envejece:

- Capacidades visuales y auditivas: se producen decrementos en ambas áreas con pérdida de sensibilidad tanto auditiva como visual.
- Conductas motoras: se vuelven más lentas, el equilibrio e inestabilidad aumenta.

### **7.2.3. Cognitivo.**

- Memoria: sufre decrementos y su activación requiere más esfuerzo.
- Inteligencia fluida: capacidades como la velocidad perceptiva, la fluidez verbal, razonamiento o la aptitud espacial comienzan a declinar a partir de los 30 años.
- Inteligencia cristalizada: capacidades como la información, comprensión o el vocabulario, una vez alcanzado cierto nivel, se mantiene o incluso de incrementa.

## **7.3. Envejecimiento: Principales teorías.**

En el apartado de introducción, se han ofrecido algunas ideas fundamentales sobre el envejecimiento demográfico y el envejecimiento individual. Como se ha expuesto, para el estudio del envejecimiento se adoptan planteamientos multidimensionales e interdisciplinarios, llegando a construir más de trescientas teorías que intentan explicar dicho fenómeno centrándose en distintos aspectos y coincidiendo la mayoría de ellas en la necesaria interrelación de los factores genéticos y ambientales (Castellón, 2011; Hernando, 2006). Estas teorías, pueden ser más o menos útiles para interpretar determinadas realidades sin dejar de ser correctas o incorrectas en su totalidad, aportando una relativa comprensión de la realidad o sobre algún

fenómeno en particular. El envejecimiento humano es un proceso dinámico *normal* (esperado e inevitable), donde factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales y antropológicos, están en continua interrelación y evolución permanente.

En este apartado, se ofrecerán ideas básicas sobre las principales teorías explicativas del proceso de envejecimiento individual *normal* (no patológico), desde el punto de vista biológico, social, psicológico y antropológico.

### 7.3.1. Teorías biológicas.

Las teorías biológicas, recogen diversas formulaciones centradas, principalmente, en los aspectos negativos del declive en los sistemas moleculares y orgánicos del cuerpo humano. Las teorías centradas en los mecanismos intracelulares, señalan la influencia de la peroxidación celular incontrolada, que lleva a una alteración mitocondrial progresiva, repercutiendo en última instancia en la función fisiológica y resistencia al estrés (Castellón, 2011). Otras teorías, defienden que los cambios se producen en el medio extracelular circundante a la célula a medida que se envejece ocasionando ciertos déficits (González, 2010; Hernando, 2006; Pardo, 2003; Belando, 2007; Paniagua, 2007; Oddone, 2013; Montoro, 2007; Izal & Fernández-Ballesteros, 1990).

Desde la perspectiva biológica, el envejecimiento es concebido como una serie de cambios normales esperados y generales (a diferencia de los cambios por patologías o accidentes) determinados principalmente por la edad *cronológica/biológica*, en condiciones de variabilidad interindividual, donde el crecimiento del organismo produce indefectiblemente su deterioro físico, aumentando la vulnerabilidad, pérdida de funciones, aparición de enfermedades, y finalmente la muerte (Paniagua, 2007; Muñoz, 2002). Estos cambios, se materializan principalmente en alteraciones de la composición química del cuerpo, la reducción de capacidades fisiológicas autorregulativas y disminución en las disposiciones adaptativas a las demandas impuestas por el ambiente (Satorres, 2013). Las teorías incluidas en la perspectiva biológica determinan como fundamentales causas del envejecimiento factores claves como:

- En cultivo, las células tienen una capacidad de división limitada.
- La cantidad de mitosis es inversamente proporcional a la edad del donante.
- Hay una relación directa entre la relación de la vida máxima de la especie y las duplicaciones de población de sus células cultivadas.

Una clasificación de las teorías sobre el envejecimiento biológico las distribuye en dos grandes grupos: *teorías estocásticas o ambientales* (también llamadas *teorías del uso y desgaste*), y *teorías no estocásticas o deterministas* (también llamadas *teorías programadas*) (Hernández, 2013). A continuación, se citarán brevemente las teorías más representativas de este grupo, sin entrar en valoraciones o en las múltiples críticas que han hecho otros autores.

## **TEORÍAS ESTOCÁSTICAS.**

Las teorías estocásticas, asumen como principales causas del envejecimiento la suma de alteraciones que ocurren de forma aleatoria/azarosa a lo largo del tiempo a nivel celular y, por ende, en el organismo, debido a la exposición a factores exógenos adversos. Estas alteraciones o daños, van acumulándose progresivamente, hasta que provocan una incompatibilidad con la vida y el organismo muere (Pardo, 2003).

### **Teoría del error catastrófico.**

También conocida como Teoría catastrófica, fue formulada por Leslie E. Orgel, químico británico en 1963 y modificada por él mismo en 1970. Este autor postuló que el paso del tiempo afecta la síntesis celular proteica, ocurriendo leves errores en la incorporación de aminoácidos produciendo proteínas *anormales*. Cuando este mal funcionamiento acontece en el ADN y ARN y los errores acumulados en la transcripción o traslación de la información superan la capacidad de reparación celular, llegan a ocasionar una catástrofe en el equilibrio homeostático conduciendo a la muerte celular (Castellón, 2011).

### **Teoría del entrecruzamiento.**

Denominada también “Teoría de los enlaces cruzados o de las uniones cruzadas (cross-linking)”, propuesta por M. Brownlee en 1991, defiende que la formación de enlaces moleculares inapropiados entre proteínas o cadenas de ácidos nucleicos y otras macromoléculas, aumenta con la edad. Estas ligaduras innecesarias, disminuyen la movilidad y elasticidad de las proteínas y otras moléculas, produciendo alteraciones importantes y, por tanto, elevando la probabilidad de desarrollar enfermedades vinculadas a la edad como cataratas o diabetes entre otras (Hernández C., 2013).

### **Teoría de la acumulación de productos de desecho o *Teoría de desgaste*.**

Enmarcada dentro de las llamadas “Teorías del error”, fue articulada por el escritor, bioquímico y biólogo británico Rupert Sheldrake en 1974. Esta teoría defiende que las células envejecen por la acumulación de productos citoplasmáticos inservibles que pueden convertirse en toxinas interfiriendo en la función y reproducción celular. Este proceso ocurriría en las células de tejidos y órganos vitales que, finalmente, desembocarían en la muerte del organismo (Pardo, 2003).

### **Teoría de los radicales libres.**

Denham Harman químico, biólogo y médico gerontólogo norteamericano, propuso la teoría de los radicales libres en 1956. Esta teoría viene a decir que el envejecimiento es producto de una falla en la protección celular ante los radicales libres. Nuestro organismo utiliza el oxígeno para convertir las sustancias provenientes de la alimentación en energía y nutrientes para nuestras células. Estos radicales libres de oxígeno, son productos mal combustionados que se generan durante la respiración celular (ciclo de kreb), produciendo efectos deletéreos en la célula. Como mecanismo reductor de esos efectos tóxicos, las células, disponen de los llamados *sistemas aclaradores* o antioxidantes, que en los organismos envejecidos son insuficientes para mantener la protección. En definitiva, la célula es expuesta a un alto grado de estrés oxidativo, provocando su muerte y consecuentemente daños en tejidos y órganos, facilitando el envejecimiento biológico (Castellón, 2011).

## **TEORÍAS NO ESOCÁSTICAS O DETERMINISTAS.**

Las teorías no estocásticas, sostienen que el envejecimiento está predeterminado hereditariamente como la última etapa en el proceso del desarrollo y diferenciación, codificado genómicamente de manera innata. Según estas teorías, los genes disponen de información precisa que controla los procesos de crecimiento, maduración, decadencia y muerte de los seres vivos (González, 2010; Satorres, 2013).

### **Teorías genéticas.**

Este grupo de teorías, responsabiliza al factor genético como factor precipitante del proceso de envejecimiento celular y orgánico. Por esta razón, cada especie tiene una programación cronológica donde una serie de genes ocultos se manifiestan para poner en marcha el proceso de envejecer. A continuación, se destacan dos teorías incluidas en este grupo.

#### **La teoría de la apoptosis o muerte celular programada.**

Propuesta en 2002, Zhang & *col.*, defendieron con esta teoría que durante el envejecimiento hay un desequilibrio entre la mitosis en declive y la apoptosis en aumento, disminuyendo la población celular hasta la incompatibilidad con la vida (González, 2010).

#### **La teoría del límite mitótico.**

Publicada por Hayflick y Moorhead en 1961, postula que en el envejecimiento celular *in vitro*, los fibroblastos humanos tienen un número finito de posibles divisiones (límite de Hayflick 50 veces) impidiendo más allá de estas divisiones la mitosis y provocando la muerte celular, dirigiendo al organismo a una involución fisiológica. Posteriormente, autores como Martín en 1970, demostraron que la capacidad de duplicación celular desciende con la edad, encontrando un nexo inverso entre la edad del donante y la división

potencial *in vitro*. En 1990 Harley y otros descubrieron que el reloj biológico de la mitosis celular somática podría ser el telómero puesto que su longitud desciende con la edad por la inactividad de la enzima telomerasa (Hernando, 2006).

### **Teorías del marcapasos o *Reloj del envejecimiento*.**

#### **Teoría inmunológica.**

Postulada por el norteamericano Roy Walford en 1969 patólogo investigador, esta teoría sostiene que a medida que pasa el tiempo el sistema inmunológico se vuelve menos eficiente en su lucha contra las enfermedades al disminuir la capacidad de síntesis de anticuerpos. El “reloj molecular” responsable de dicho déficit es el genoma nuclear. El timo, jugaría un rol fundamental ya que al alterarse la función de los linfocitos T, disminuye la inmunidad y aumenta la probabilidad de padecer enfermedades como el cáncer (Pardo, 2003).

#### **Teoría neuroendocrina.**

El científico en fisiología Brown-Sequard y el cirujano Serge Voronoff, propusieron esta teoría a principios del siglo XX. Basada en el envejecimiento de órganos y sistemas, esta teoría sostiene que el paso del tiempo produce desactivación en la producción de sustancias de las glándulas sexuales, provocando cambios anatomofisiológicos neuronales lesivos que afectan el rendimiento fisiológico general (Castellón, 2011).

Todas las teorías anteriormente reseñadas, son más o menos actuales, teniendo detractores y defensores que revelan las deficiencias y los aciertos de cada una de ellas. Evidentemente, por la complejidad del proceso de envejecer, ninguna de ellas es completa ni abarca todos los factores intervinientes en dicho proceso, coexistiendo con otras muchas teorías que no se han mencionado. A continuación, se dará atención a algunas de las principales teorías desde el punto de vista sociológico que tratan de explicar el envejecimiento.



### 7.3.2. TEORÍAS SOCIOLOGICAS.

El envejecimiento, no es un hecho estrictamente biológico, existiendo un conjunto de teorías desde el paradigma sociológico que ponen el énfasis en la interacción ambiente-individuo. El envejecimiento, se produce dentro de un contexto social donde factores como las creencias, valores, actitudes y pensamientos influyen en el comportamiento y adaptación de los individuos al proceso en sí mismo. Este conjunto de teorías, tienen su mayor impulso a partir de la década de los 60 como consecuencia de algunos estudios que relacionaban la institucionalización de las personas mayores con el aumento de la morbimortalidad en dichos individuos (Paniagua, 2007; Izal & Fernández-Ballesteros, 1990).

A continuación, se repasarán de forma breve las teorías sociológicas más relevantes sobre el envejecimiento.

#### **Teoría de la desvinculación.**

Formando parte de las llamadas *Teorías adaptativas*, la teoría de la desvinculación o también llamada “teoría del retraimiento”, fue postulada inicialmente por E. Cumming y W.E. Henry en 1961, y posteriormente reformulada por autores como U. Lehr o Schaie Neugarten. En esta teoría, se defiende que durante el envejecimiento *normal* se produce una separación progresiva entre el individuo y la sociedad al ir despojándose de sus roles más activos, conduciendo a la persona a una mayor felicidad y satisfacción. Uno de los momentos más relevantes, es el de la jubilación, provocando en la persona una ruptura con su principal rol de actividad habitual. Según esta teoría, todos los agentes implicados salen beneficiados si los familiares y profesionales favorecen la retirada progresiva de las actividades sociales que el individuo envejecido venía realizando (Belando, 2007; Paniagua, 2007).

Las siguientes tres teorías, son muy importantes para el modelo que pretendemos articular los resultados encontrados en este trabajo.

## TEORÍA DE LA ACTIVIDAD.

Propuesta por el físico norteamericano Robert J. Havighurst en 1963, esta teoría gravita en torno a la existencia de una relación positiva entre el envejecimiento *satisfactorio* y el nivel de actividades sociales que el individuo desempeña durante ese proceso, repercutiendo en mantener su funcionamiento general. Esta perspectiva, se basa en el autoconcepto positivo vinculado a los roles desempeñados durante la vida de los individuos. Cuando llega la vejez, se pierden muchos de estos roles y para seguir manteniendo un autoconcepto positivo es necesario adoptar/aprender nuevos roles, que haya actividad suficiente, sea significativa y reporte bienestar al individuo. El objetivo central, es que la actividad tenga sentido para el sujeto y lo involucre en nuevas tareas adaptadas a su nueva situación. Esta teoría, nos recuerda algunos puntos de encuentro con la teoría de los roles. Por ejemplo, que toda actividad social supone o involucra un rol y que la actividad social que desarrollan las personas mayores está afectada por el rol que *deben* desempeñar (Oddone, 2013).

La teoría de la actividad contiene cuatro postulados centrales, según Oddone (2013) que son:

- Cuanto mayor sea la pérdida de roles menor será la participación en la actividad.
- Si los niveles de actividad continúan siendo altos, habrá mayor disponibilidad de roles que respalden la identidad del anciano.
- La estabilidad en el respaldo de los roles asegura un sentido de sí mismo estable.
- Cuanto más positivo sea el concepto de sí mismo mayor será el grado de satisfacción con la vida.

Algunas debilidades que encontramos en este planeamiento es que pudiera encajar muy bien en aquellas personas que, siendo considerados como personas mayores, no son “demasiado mayores”, tanto como para considerarse que están en la última etapa de la vida. Este nivel de actividad adaptativa, después de la jubilación, podría seguir siendo alto al diversificar las redes sociales, realizar actividades o trabajos que anteriormente consideraba como hobbies, participación en asociaciones o en actividades de voluntariado. Por otro lado, la teoría solo contempla las actividades elegidas desde el punto de vista productivo, sin estar incluidas aquellas otras actividades que reportan al

individuo satisfacción pero que no podrían ser consideradas productivas (Montoro, 2007; Izal & Fernández-Ballesteros, 1990).

La actividad tradicionalmente ligada a la vejez, ha estado estrechamente vinculada con roles donde los mayores han sido fuente de transmisión de saberes. Los cambios sociales ocurridos en las últimas décadas en la familia y el trabajo, han forzado un cambio también en estos roles tradicionales, sustituyéndolos en muchos casos, por actividades en asilos, clubes sociales y centros de día para mayores.

### TEORÍA DE LA CONTINUIDAD.

Basada en la teoría de la actividad, Robert Atchley, impulsó esta teoría en 1971 que enmarca al individuo en un proceso de permanente adaptación y desarrollo. Considera la vejez como una etapa evolutiva más en desarrollo humano condicionada, principalmente, por las competencias desarrolladas. Se defiende que las actitudes, preferencias y hábitos adquiridos a lo largo del ciclo vital, tendrán un importante impacto en el estilo de vida, las habilidades adaptativas y capacidad de respuesta del individuo ante novedosos procesos y contextos donde se demanden ciertos cambios. Según esta teoría, uno de los mejores predictores del *buen* envejecimiento es el tipo de conductas y actitudes practicadas durante toda la vida. Aunque la persona en la vejez se enfrente a situaciones diferentes a las ya experimentadas, su respuesta, adaptabilidad y *éxito* van a depender, principalmente, de las capacidades y estilo de vida desarrollados con anterioridad. El individuo que envejece *bien* busca una continuidad vivencial a pesar de los cambios (Aguerre & Bouffard, 2008).

De manera similar a la teoría de la actividad, el envejecimiento exitoso según la teoría de la continuidad depende, en gran manera, del mantenimiento de actividades adaptadas según las posibilidades del individuo. Esto va a permitir tener buenas dosis de autoestima y seguridad personal, dimensiones que sirven de base para seguir actualizando al individuo durante la vejez ante posibles desafíos y novedosas demandas del medio.

### **Teoría de los roles.**

Esta teoría fue elaborada por Irving Rosow en 1967, apoyándose en el razonamiento de que la sociedad va asignando a los individuos roles que deben ir asumiendo a lo largo de las etapas de desarrollo cronológico, en un proceso "*in crescendo*" de socialización. Según el autor, sobre todo a partir de la jubilación, la asunción de roles entra en una dinámica "*decescente*", produciéndose una reducción de papeles de las personas mayores hasta "la desaparición social del anciano", teniendo como principales roles la inactividad, pasividad e irrelevancia social. El *buen* envejecer, según esta teoría, está condicionado por la aceptación de esta pérdida de papeles elicited socialmente (Moñivas, 1998).

### **Teoría de la competencia.**

Enmarcada dentro del *Modelo ecológico de la Competencia*, sus autores Lawton & Nahemow defendieron, según Izal y Fernández-Ballesteros que: "...la conducta es una función de la competencia del individuo y de la presión ambiental que supone la situación" (Izal & Fernández-Ballesteros, 1990: p.184). Según esta teoría, las personas para llevar a cabo un comportamiento son sometidos a una presión ambiental que impulsa al individuo a contrabalancear sus competencias en virtud de las demandas del medio. Como siguen las mismas autoras: "si la demanda ambiental es excesiva para el nivel de competencia del anciano, el resultado sería el estrés y sus efectos; si por el contrario la demanda fuera escasa, se llegaría a una disminución de la competencia debida a la falta de práctica de la misma. Por lo tanto, el ambiente más favorable sería aquél cuyo nivel de exigencia se situara en el límite del máximo nivel de competencia" (Ibídem).

### **Teoría de la modernización.**

La teoría de la modernización fue articulada por Cowgill en 1974, señalando que en las sociedades industrializadas hay cuatro variables influyentes en el estatus social de las personas mayores: perfeccionamiento de la tecnología sanitaria, desarrollo de la tecnología económica, la urbanización o abandono de las zonas rurales y los progresos en formación. Según esta teoría,

la posición social de los ancianos es inversamente proporcional al grado de industrialización de esa sociedad, es decir, a mayor grado de progreso menor nivel de estatus social tendrán las personas mayores (González, 2010).

### **Teoría de la *subcultura*.**

Arnold Rose en el año 1964 propuso esta teoría, defendiendo que las personas mayores conforman una subcultura propia, lo que hace que constituyan un grupo social aparte. Al tener “iguales” con los que poder compararse en similitud de condiciones, se eleva la autoestima de las personas mayores de manera positiva a la vez que conforma un contexto de identidad propio. Esta teoría, tiene tres pilares fundamentales: el primero es la exclusión de los ancianos en las interacciones con miembros de otros grupos de edad; segundo, un mayor número de interacciones endogrupales debido, entre otras razones, a la segregación etárea (jubilación y residencias de la tercera edad); tercero, en un contexto de afinidad endogrupal de creencias e intereses comunes, los mayores crean sus propias normas y valores. La gesta de importantes grupos como, por ejemplo, la Asociación Americana de Personas Jubiladas, es muestra de un creciente número de organizaciones de este tipo (Oddone, 2013; Paniagua, 2007).

### **7.3.3. TEORÍAS PSICOLÓGICAS.**

En los dos apartados anteriores, se han expuesto algunas de las principales teorías que describen el envejecimiento desde los paradigmas biológico y social. Cuando el énfasis de estudio se pone en la personalidad de los ancianos, desde la psicología hay tres principalmente modelos. El primero, es la concepción psicométrica de la estabilidad de los rasgos de la personalidad, el segundo se centra en el desarrollo personal con sus diferentes etapas incluida la vejez y tercero, el denominado modelo sociocognitivo. A continuación, se ofrecerán algunas ideas básicas sobre estos modelos y paradigmas mencionados y posteriormente se abordará más extensamente el marco denominado enfoque del Ciclo Vital o *Life Span Approach*. Este modelo, ofrece una panorámica muy completa del desarrollo

humano en todo su ciclo vital, considerando la importante aportación del contexto sociocultural e histórico y dirigiendo la atención sobre el propio individuo como factor determinante en la dirección, desarrollo y adaptación de su propio curso vital (Osorio, 2006; Pinazo & Sánchez, 2005).

### **VEJEZ Y PERSONALIDAD: Teorías y enfoques psicológicos.**

Investigadores como Allport (1961) o Costa y McCrae (1991), dando prioridad a los aspectos de la organización interna de los individuos, postularon que la personalidad es un factor específico inherente a los humanos, estructurándose en las primeras etapas vitales y manteniendo relativa estabilidad aún durante la vejez. En sentido inverso, hubieron también investigadores como Jung (1933) o Erikson (1950), que defendieron la variabilidad y el cambio en el desarrollo de los rasgos de personalidad a lo largo de todo el ciclo vital del individuo (Muñoz, 2002).

#### **Concepción psicométrica de la estabilidad de los rasgos de la personalidad: Teoría de los rasgos (Allport 1961, Costa & MacCrae, 1985, 1992).**

Desde esta concepción teórica, la personalidad, es entendida como una estructura dinámica caracterizada por ciertos factores básicos llamados rasgos de personalidad, que predisponen al individuo en su forma de pensar, sentir y comportarse ante los distintos eventos. La naturaleza estructural de los rasgos, permanece relativamente estable a lo largo del ciclo vital en contextos distintos, ofreciendo la posibilidad de identificar a cada individuo en función de las posibles combinaciones de rasgos y permitiendo predecir sus posibles comportamientos (Cornachione, 2008). Se han realizado numerosas pruebas psicométricas y estudios para determinar cuáles son estos rasgos de personalidad comunes a las distintas personas. Una de las conclusiones más aceptadas por los autores, es la existencia de cinco grandes rasgos de personalidad también llamados por su nominación inglesa *Big Five*: Neuroticismo *versus* Control emocional; Extraversión *versus* Introversión; Apertura a la experiencia; Sensibilidad; Minuciosidad. La personalidad del individuo, una vez estructurada en etapas tempranas, se define por la

presencia más o menos *fuerte* de cada uno de estos factores y sus posibles combinaciones (Muñoz, 2002).

Entre los planteamientos teóricos más representativos de este enfoque mencionaremos el modelo de los 16 factores de Cattell (1965), el de 3 factores o PEN de Eysenck (1952, 1990) y el de los Cinco Grandes Factores, desarrollado anteriormente de Costa y MacCrae (1985, 1992). En fechas relativamente recientes, se ha desarrollado otro modelo denominado HEXACO (Ashton y Lee, 2007) que contiene los siguientes factores: Honestidad-Humildad; Emocionalidad; Extraversión; Afabilidad; Responsabilidad; Apertura a la experiencia (Bermúdez et al. 2012).

### **Teorías de las etapas y desarrollo personal: Teoría psicosocial (Erikson, 1982, 1986).**

Una de las principales teorías la desarrolló Erik Erikson (1902-1994), psicoanalista norteamericano de origen alemán. Esta teoría queda enmarcada dentro de las teorías del desarrollo de la personalidad denominada “Teoría psicosocial”, siendo una de las primeras teorías que entiende el desarrollo desde una perspectiva que incluye todo el ciclo vital humano. Centrándose en el desarrollo evolutivo del *ego* (parte del ser que interactúa en y con el mundo real unificando y asegurando la coherencia del comportamiento del individuo), esta teoría explica el desarrollo humano como una continua interacción con el medio social, desde la infancia a la senectud, una búsqueda de la identidad personal (Villar, 2003; Muñoz, 2002). Se proponen ocho etapas progresivas superables jerárquicamente, haciendo una reconstrucción de los planteamientos de Sigmund Freud y Jung. Erikson las llamó “Ocho edades del hombre”, que son una secuencia de etapas normativas predeterminadas, donde el individuo afronta crisis de carácter psicosocial resolviendo positiva o negativamente cada una de ellas, creando el fundamento que permita acceder a la siguiente. En este proceso de superación de una etapa *inferior* a otra *superior*, el factor precipitante es el *conflicto*. Si esta fase crítica que se afronta no es bien resuelta, el conflicto sigue demandando energía y causando ciertas dificultades que entorpecen el buen desarrollo de la personalidad, conduciendo al individuo al estancamiento o la regresión. Es decir, las personas que saben encarar y afrontar las distintas crisis, conservan una salud mental más satisfactoria reforzando su ego. Desde esta concepción, el

envejecimiento se entiende como un proceso abierto donde pueden haber pérdidas o ganancias en función de cómo se resuelven cada una de las crisis (Pinazo & Sánchez, 2005; Izquierdo, 2006). Los ocho estadios o etapas que postuló Erikson y sus crisis son:

Etapa 1. Primera infancia 0-1 año: confianza básica vs desconfianza.

Etapa 2. Infancia 2-3 años: autonomía vs vergüenza y duda.

Etapa 3. Edad del juego 3-6 años: Iniciativa vs culpa.

Etapa 4. Edad escolar 6-12 años: Diligencia vs inferioridad.

Etapa 5. Adolescencia 12-18: Identidad vs confusión de roles.

Etapa 6. Adulthood temprana 18-30 años: Intimidad vs aislamiento.

Etapa 7. Madurez 30-60 años: Generatividad vs estancamiento.

Etapa 8. Vejez más de 60 años: Integridad del Yo frente a desesperación.

La caracterización de cada etapa, es diferente y ha de ser resuelta en una de dos direcciones positiva o negativa, donde el individuo tiene que dirigir su comportamiento en función de sus necesidades sociales y el sentimiento que impera en cada estadio. En la octava etapa, la más relevante para este trabajo, como señala J. Muñoz: “la contradicción se expresa entre el deseo de envejecer satisfactoriamente y la ansiedad que producen pensamientos de pérdida de autonomía y la muerte” (Muñoz, 2002: 83). En esta octava etapa la crisis a resolver por el individuo es *integridad del Yo vs Desesperación*, donde la paradoja se expresa entre el deseo de envejecer satisfactoriamente y la ansiedad que producen los pensamientos de pérdida de autonomía y la muerte. Hay un cierto grado de introspección, donde el individuo, hace un balance vivencial global entre las etapas superadas o no superadas y de la propia existencia, que ayuda a la persona a resolver conflictos y aceptar la vida con una actitud positiva (Izquierdo, 2006). Si la resolución es adecuada, el individuo puede sentir la satisfacción de haber merecido la pena vivir, de lo contrario, los sentimientos de remordimiento o arrepentimiento por las decisiones tomadas en el pasado pueden hacer que la persona se sienta desilusionada, queriendo dar marcha atrás pero siendo consciente de la imposibilidad y la cercanía de la muerte (Villar, 2003). Según Erikson, muy pocos llegan a experimentar plenamente el envejecimiento satisfactorio (*sabiduría*), que sería la consecuencia final de una positiva superación de esa etapa, siendo necesario desarrollar un complejo proceso filosófico orientado a la espiritualidad y las relaciones sociales (Muñoz, 2002). Dentro de un fundamento epigenético, Erikson postula que los estadios de desarrollo está



presentes genéticamente y que la experiencia y su procesamiento individual generan un resultado específico en cada persona. Esta teoría, dirige su atención al papel de los factores socioculturales e históricos en el desarrollo del individuo, contemplado como un *ente* biopsicosocial (Satorres, 2013; Bordignon, 2006).

### **Modelo sociocognitivo del desarrollo de la personalidad.**

En línea con los postulados de Erikson, Susan Whitbourne (1987) habla del papel fundamental de la personalidad en la identidad individual, como integración unificada de aspectos relacionados con el pasado, presente y futuro del propio individuo (*life span construct*). Este modelo, enfatiza la importancia de mantener una identidad estable que contiene representaciones del futuro y la historia de vida propias de cada sujeto. La evolución de esta identidad propia depende de la edad, nivel socioeconómico, contexto y estereotipos sociales, manteniendo un equilibrio entre la asimilación y la acomodación, el cambio y la estabilidad. Estos postulados adoptados de la teoría piagetiana, fundamentan un enfoque que propone los siguientes modelos de personalidad: asimilador, estable y conservador, acomodaticio, inestable, mixto y equilibrado (Craig & Baucum, 2001; Muñoz, 2002).

#### **7.3.4. Aportaciones al estudio del envejecimiento desde la antropología.**

Durante mucho tiempo, el tema de la ancianidad fue poco investigado desde el punto de vista antropológico, limitando sus estudios a obtener información de ancianos considerados como meros informantes y depositarios del saber cultural. Las primeras aportaciones desde la geroantropología, se centraron en la pérdida de prestigio de los ancianos pertenecientes a sociedades primitivas, en comparación con los de las sociedades modernas donde la vejez estaba ligada a un vacío de roles y prestigio. Uno de los primeros autores que intentó reforzar la imagen *venerable* de las personas mayores fue Simmons (1945), defendiendo el papel de los ancianos como apoyo familiar y fuente de habilidades y saberes tradicionales (Feixa, 1996). Frente a esta visión, autores como Cowgill y Holmes (1972), enfatizaron la

pérdida de importancia y estatus derivada de la ausencia de roles de los ancianos ante una sociedad *moderna* donde su papel estaba relegado a la exclusión social y el retiro de la vida activa. Esta situación, propició la aparición de agrupaciones sociales, hogares de jubilados, asilos y lo que algunos vinieron a llamar una *subcultura* o micro sociedad anciana sobre la que enfocaron sus estudios y teorías (Rose, 1962).

La perspectiva antropológica, parte de una visión integral que entiende al ser humano como un organismo dotado de capacidades biológicas, psicológicas y sociales, insertado en un contexto ambiental con el que desarrolla multitud de interacciones. En este proceso interaccional, se desarrollan particularidades evolutivas que permiten su adaptación al nicho ecológico donde intervienen factores físicos, psicológicos, económicos, culturales, idiográficos e históricos, entre otros (González, 2005). Según la antropología, el envejecimiento como proceso individual está incrustado en el desarrollo del ciclo vital humano como un proceso dinámico y discontinuo desarrollando además una construcción social y biográfica, dotada de retrocesos, avances y saltos cualitativos ligados a la cultura y otros factores contextuales. Al considerar el envejecimiento también desde una perspectiva ideográfica permite envolver los cambios y vincularlos con el ciclo vital. La construcción social de la vejez es un aspecto fundamental que considera la antropología, ampliando y complementando la visión general del envejecimiento (Osorio, 2006). La perspectiva biográfica y su metodología de historias de vida, constituyen uno de los métodos de investigación más adecuados para describir la realidad social. Con estudios en los años 30-40 pero emergiendo sobre todo en los años 90, implementa una visión más amplia también en el estudio del envejecimiento. El foco de atención se pone en las experiencias idiográficas narradas por los individuos que, junto a los factores biológicos y culturales, convierten a los propios sujetos en creadores de su propia percepción global de la vejez. La vejez es concebida como una construcción biográfica-individual e histórica-cultural (Villar, 2003; Bazo, 1992). Neugarten (1999) citado por P. Osorio mencionó: "Tanto el estudio de las vidas individuales como el de los cambios sociales debe verse como una interrelación constante del tiempo vital, el tiempo definido socialmente y el tiempo histórico" (Osorio, 2006: 4).

## 8. MINORÍAS ETNOCULTURALES Y ENVEJECIMIENTO.

### 8.1. Consideraciones previas.

A continuación, repasaremos algunos aspectos básicos sobre el concepto de etnicidad y minoría étnica, para justificar la elección de la terminología más apropiada que emplearemos en este trabajo.

Etimológicamente, la palabra etnicidad dimana del griego *ethnos* que significa pueblo o nación. Pablo Galarza, citando a Giddens (1991), suscribe que desde un punto de vista sociológico la etnicidad integra “las prácticas culturales y perspectivas que distinguen a una comunidad dada de personas. Los miembros de los grupos étnicos, se ven a sí mismos como culturalmente diferentes de otros agrupamientos en una sociedad, y son percibidos por los demás de igual manera” (Galarza, 2010, p.13). Lejos de entrar en eternas discusiones dialécticas, concepciones e interpretaciones relacionadas con la etnicidad, en la definición anterior hay varios componentes básicos que compartimos. El más relevante, es la identificación por parte del exogrupo y el endogrupo con patrones de comportamiento grupal específicamente distintivos. Algunas características definitorias de los grupos étnicos son: la lengua, historia, ascendencia, religión, formas específicas y particulares de organización social, la vestimenta o el adorno, costumbres, normas y valores (*Ibidem*). Por otro lado, Donald E. Gelfand, reseña al sociólogo Louis Wirth (1945) quién definió minoría como: “...grupo de personas que, por sus características físicas o culturales están solos fuera de los demás en la sociedad en la que viven de un trato diferenciado y desigual y, que por tanto, se consideran como objetos de discriminación colectiva. La existencia de una minoría en una sociedad implica la existencia de un grupo dominante con mayor estatus social y mayores privilegios. Condición de minoría, lleva consigo la exclusión de la plena participación en la vida de la sociedad” (Gelfand, 2003, p.6).

Por lo tanto, en el presente trabajo se adoptará la terminología de "minoría étnica" cuando se hable de los grupos romaníes, romá, gitanos o calés puesto que, generalmente, comparten rasgos, prácticas culturales y perspectivas distintivas que son reconocidas desde el exo- y endogrupo como características diferenciales frente a otros grupos mayoritarios y minoritarios. Por ende, compartiendo una historia (aunque no esté escrita), una lengua

ancestral propia (aunque en algunas zonas como España haya desaparecido y se haya generado un idioma mixto que conocemos como “caló”), una ascendencia común, formas específicas de organización social, costumbres y valores, los gitanos han sido y son a menudo objeto del trato diferenciado, desigual y excluyente por parte de la sociedad mayoritaria. Más aún, su condición de minoría política e incluso en aspectos relacionados con la salud y la esperanza de vida, como mostraremos en nuestro trabajo. Incluso aunque se puedan vivir situaciones de igualdad en aspectos como la asistencia sanitaria y el acceso a escuelas públicas, la diferencia de partida torna estas iniciativas en insuficientes y los niveles de exclusión e inferioridad (por tanto el estatus minoritario) se mantienen (FSG, 2005, 2011; Gamella, 2011,2017; La Parra, D., et al., 2014; Laparra, M., 2007, 2011).

## **8.2. Algunos estudios sobre envejecimiento en minorías.**

Para hacernos una idea de los trabajos más relevantes realizados hasta ahora relacionados con envejecimiento en minorías, a continuación consideraremos algunos de ellos. Nos aportarán cierta base empírica para cuando tengamos que interpretar los datos que hemos encontrado.

En un mismo país, a menudo, las minorías étnicas o raciales tienen diferencias notables respecto a la población mayoritaria en aspectos relacionados con la salud, seguridad y participación. Cuando estas minorías tienen un nivel de vida y desarrollo inferior a la población mayoritaria, con relativa frecuencia, presentan una menor esperanza de vida, una mayor y más temprana morbilidad y mayores niveles de discapacidad. La mayoría de los estudios internacionales sobre envejecimiento en minorías etnoculturales, sugieren la existencia de estas diferencias.

En un estudio realizado en la ciudad de Los Ángeles sobre minorías y envejecimiento en 1978, Dowd & Bengtson encontraron el doble de riesgo que suponen las desventajas impuestas por la condición de minoría, agregadas a la devaluación en el estado general asociado a la vejez (Dowd & Bengtson, 1978). Jay Sokolovsky en 1985, hizo una revisión de los estudios más importantes realizados hasta la fecha en personas ancianas pertenecientes a algunas minorías étnicas, asegurando la correlación entre un bajo nivel de ingresos, deficiencias en vivienda y bajo nivel de educación, con un mayor número de

enfermedades crónicas en personas mayores pertenecientes a minorías étnicas, en comparación con ancianos de la población mayoritaria en EEUU. Según el mismo autor, estos factores diferenciales intensifican los problemas en la vejez, influyendo en el tratamiento de las enfermedades, percepción de la vejez y el aislamiento social de las minorías estudiadas (Sokolovsky, 1985).

En 1993, un estudio realizado en Carolina del norte (EEUU), concluyó que las personas afroamericanas *negras*, tenían una esperanza de vida casi 12 años inferior a la población mayoritaria, relacionando dicha conclusión, principalmente, con un nivel educativo y económico inferiores (Guralnik et al., 1993). Seis años después, Liao y sus colaboradores analizaron las encuestas de salud en E.E.U.U. realizadas durante 8 años. Encontraron de manera consistente una alta correlación inversa entre el nivel de estudios y la morbilidad/discapacidad entre *blancos y negros* (minoría), es decir, a menor nivel educativo mayor nivel de morbilidad/discapacidad y viceversa. Porcentualmente, la minoría tenía menor nivel educativo y por tanto mayores porcentajes en niveles superiores de morbilidad/discapacidad (Liao et al., 1999).

En muchos lugares del mundo los resultados son similares. Por ejemplo, en un estudio realizado en Israel con inmigrantes soviéticos, reportaban peor percepción de salud y mayores tasas de prevalencia de enfermedades que la población general (Baron-Epel & Kaplan, 2001). En 2008 Bischoff & Wanner, encontraron más problemas de salud mental, más síntomas físicos de enfermedad crónica y peor percepción de salud en los individuos pertenecientes a las minorías étnicas en Suiza, en comparación con la población mayoritaria (Bischoff & Wanner, 2008). Hay excepciones donde minorías como la japonesa en EEUU, la minoría judía en Europa o la minoría china en Malasia que no siguen este gradiente negativo, pero lo más frecuente es lo apuntado anteriormente.

Gelfan, en su libro "*Aging and Ethnicity: Knowledge and Services*", repasa algunos estudios realizados en EEUU donde los *negros, latinos* y miembros pertenecientes a otras minorías étnicas, debido a un menor nivel socioeconómico, entre otros factores, tienen menor esperanza de vida y mayor morbimortalidad que las personas de la población mayoritaria (Gelfan, 2003, p. 47-70). Posteriormente, Fuller-Thomson et al., seguían encontrando que las minorías étnicas excluidas tenían peor salud, tanto biológica como psicológica, y menor esperanza de vida sana (sin discapacidad). Se centraron en el estudio

del racismo autopercebido, como uno de los factores inductores de niveles crónicos de estrés, exponiendo a los individuos a más vulnerabilidad para padecer enfermedades y, como consecuencia, a una vejez prematura (Fuller-Thomson, et *al.*, 2009).

Esta panorámica de resultados, sigue perpetuándose con similar etiología y proporciones en distintos lugares del mundo hasta el presente (Cummings & Galambos, 2016; Huisman et *al.*, 2013; Brown et *al.*, 2012; Amani et *al.*, 2011; Kohler & Preston, 2011; Williams & Sternthal, 2010; Driedger & Chappell, 1987).

Como sugieren los estudios citados anteriormente y muchos otros, los ancianos pertenecientes a minorías etnoculturales tienen un nivel socioeconómico más bajo, más problemas de salud y una menor esperanza de vida, en comparación con la población mayoritaria (Katbamna & Mattews, 2007; Beyene, Becker, & Mayen, 2002). Estos datos, son difícilmente contrastables en España puesto que se han encontrado muy pocos estudios específicos sobre el envejecimiento en minorías etnoculturales, a excepción de una pequeña investigación realizada en 2011, sobre envejecimiento en gitanos, de la que se hablará posteriormente. Las demás referencias sobre etnicidad y envejecimiento en España, se reducen a datos aislados incluidos en trabajos no dirigidos específicamente al estudio del envejecimiento en poblaciones minoritarias (La Parra, D. et *al.* 2016, 2006; Maya, Pernas & Santiago, 2012; FSG, 2011; Gamella, 2006, 2011; Laparra, M. et *al.* 2011, 2007; Jansà, 2006; MSC-FSG, 2006; San Román, 1976).

### **8.3. Población de *Romá o romaníes*, España y Europa.**

A continuación, repasaremos brevemente los principales datos demográficos y socioeconómicos sobre la minoría étnica de los *Romá o Romaníes* (en España gitanos o *calés*) a distintos niveles geográficos.

Según algunas estimaciones, la representación de las comunidades romaníes en el mundo es de unos 10 a 12 millones de individuos, de los que unos 6 millones viven en la Unión Europea (ERTF, 2016; Porras & Sánchez, 2015; UE, 2014). Las estimaciones sobre el tamaño de la población gitana están basadas en los diferentes estudios realizados, entre otros temas, sobre vivienda, pobreza, marginalidad, educación o salud en gitanos. En nuestra

opinión, la naturaleza de estos estudios confiere a las cifras sobre población gitana un más que probable sesgo que adultera la fiabilidad de las mismas. Los datos demográficos en la mayoría de países y regiones, no incorporan referencias a la identidad étnico-racial de las personas, ni se desglosan por etnicidad, sino por otros criterios como pueden ser los territoriales. Por lo tanto, las cifras referidas a la cuantificación demográfica de la población gitana, deben ser tenidas en cuenta de manera muy relativa, cautelosa y orientativa.

Según los estudios consultados, tampoco existen datos fiables sobre el número de gitanos y gitanas de España u otros países (La Parra, D., 2016, 2006; Gamella, 2011; Laparra, M., 2011, 2007; MSC-FSG, 2006; Gilsanz et al., 2014; MSSSI, 2012). Las cifras pueden oscilar entre los 570.000 y el 1.100.000, dependiendo la fuente consultada. La amplitud del intervalo manifiesta el gran desconocimiento que hay sobre las cifras concretas (Laparra, M., 2011). La cifra proporcionada por el estudio “Mapa sobre Vivienda y Comunidad Gitana en España 2006-2007” es de 453.788. Esta cifra, es el resultado de la identificación de 91.965 viviendas donde, según los *informantes*, vivían gitanos y gitanas, multiplicada por 4.9 habitantes-promedio por vivienda. En otros estudios como los realizados por FOESSA (2013, 2010, 2008), la cifra estimada es de 800.000 a 1.500.000 gitanos en España (Gilsanz et al., 2014). El Consejo de Europa, ofreció en 2010 la estimación de unos 725.000 gitanos y gitanas españoles (*Ibidem*). Instituciones como el MSSSI ofrecen la estimaciones de entre 725.00 y las 750.000 personas de etnia gitana en España (MSSSI, 2012).

## HISTORIA.

Se pueden encontrar miembros de las comunidades romaníes diseminados por casi todo el mundo. Se trata de un colectivo muy heterogéneo desde el punto de vista cultural, modo de vida y grado de integración en la sociedad mayoritaria. Con mayor o menor carga peyorativa, se utilizan diferentes apelativos en distintas zonas geográficas para referirse a dicho colectivo: *Gitanos, Romá, Tsiganes, Kalé, Gypsies, Zigeuner, Sinti, Romanichels, Bohémiens, Manouches, Gens du voyage, Travellers, Romanís, Roms, Zincalós, Ciganos, Egíptiens, Cairds, Spakaring, Cíngaros, Tsiganis, Chinginis, Freniganis o*

*Kalderás* entre otros (Gamella, 2011; Blazkova & Hlusickova, 2008; Ramírez C., 2007; Laparra M., 2005).

El origen de los “romá”, sigue siendo discutido en algunos aspectos, aunque existe considerable acuerdo en algunas líneas centrales de su historia documentada e incluso de su “prehistoria” en migraciones de origen indio. No hay certeza empíricamente demostrable sobre la ubicación física de su pretendido origen. Hasta hace relativamente poco tiempo, los estudios genéticos y lingüísticos reforzaban la hipótesis de que estuvieron asentados en regiones del noroeste de la India y entre los siglos IX-X comenzaron una gran migración (Peñafiel, 2009; Aparicio, 2006; Ortiz & Ocaña, 2005; Gamella, 2011, 1999). Un estudio publicado en 2012 en la prestigiosa revista *Current Biology*, realizado con técnicas genéticas muy avanzadas, en el que colaboraron 18 centros de investigación y universidades, sitúa el origen de los gitanos europeos específicamente en el noroeste de la India, en el límite fronterizo con Pakistán. Algo muy revelador de dicho estudio es que sitúa temporalmente el comienzo de la andadura de los gitanos hace más de mil quinientos años, conservando sus características originarias hasta hace unos 900 años, cuando comenzó la fragmentación precursora de la diversidad de grupos actuales. (Mendizábal & Comas, 2013).

Todo parece indicar, que los gitanos que habitaban esa región estaban muy familiarizados con oficios como la forja, la herrería, la música y el baile. (Aparicio, 2006; Sánchez, H., 1984). Los motivos del abandono de sus lugares de origen, no están nada claros pues algunos autores aluden a la inestabilidad interior del país, sometida a frecuentes ataques bizantinos y otros defienden invasiones de los turcos o los otomanos, como impulsoras de la huida de los gitanos hacia Europa y otras partes del mundo a finales del siglo XV. (Gamella, 2011; Aparicio, 2006; Ramírez, 2000; Sánchez H., 1984; San Román, 1976, pp. 17-19).

Sea como fuere, lo cierto es que las primeras referencias constatadas y recurrentes de la presencia de grupos de “Egipcianos” y “Gypsies” en Europa Occidental, están fechadas en la primera mitad del siglo XV (Sánchez H., 1984). Se presentaban en los distintos países como refugiados perseguidos a causa de motivos religiosos, argumento que les permitió adquirir documentos de protección por parte de soberanos cristianos y del mismo Papa (Peñafiel, 2009). Poco tardaron los regentes y las autoridades en comenzar la estigmatización, expulsiones, procesos de exclusión, persecución, “extinción”,



"exterminio" de este grupo de personas, situación que hasta el presente se sigue perpetuando de diferentes formas y a distintos niveles (Gamella et al., 2014; Gómez Alfaro, 2010).

#### 8.4. LA MINORÍA ÉTNICA DE LOS GITANOS EN ESPAÑA.

##### 8.4.1. HISTORIA.

El primer documento vinculado con gitanos en la Península Ibérica, está fechado el 12 de Enero de 1425 cuando Alfonso V de Aragón, "El Magnánimo", les concede un salvoconducto para transitar por sus dominios durante un tiempo limitado a un grupo de "*egiptanos*" encabezados por un tal "Conde Thomas de Egipto Menor". A partir de entonces, se sucedieron oleadas de pequeños grupos compuestos de unos 50-100 "*egiptanos*" y "*grecianos*" (dos de los supuestos orígenes que les habían conferido a los gitanos). Tomando nombres de la cultura del reino de Aragón y otras zonas, manifestaban peregrinar a Santiago de Compostela y otros lugares sagrados como penitentes que iban a purgar sus pecados (probablemente tuvieron contacto con este tipo de viajeros penitentes y aprendieron las *ventajas* que se les concedían) (Gamella, 2011; Gómez Alfaro, 2010; González C., 2010; Aparicio, 2006; San Román, 1997; Sánchez H., 1984; Leblon, 1987, 1993, 2005). Sea como fuere, los gitanos durante unos pocos años viajaron de un lugar a otro con cierta libertad, exentos del pago de *derechos* o aranceles por su condición de *peregrinos que seguían nobles causas* (Gamella, 2011: p.17).

A los españoles, al principio, parece que les llamaba mucho la atención las habilidades de los gitanos y gitanas para el cante y el baile, pero, igual que en el resto de países de Europa, transcurrieron pocas décadas cuando comenzaron a ser perseguidos y pretender expulsarles sin descanso de aquellos lugares donde se le veía estar o pasar. Al parecer, los motivos que iniciaron esta persecución fueron que los mismos grupos que decían estar *de paso*, volvían una y otra vez con las mismas premisas de penitencia, provocando el hartazgo de la población española, quienes comenzaron a imputarles falsamente delitos de pillaje, hechicería y portadores/transmisores de enfermedades (Leblon, 1987). Quizá, también hay cierta evidencia del enfrentamiento de dos modos de vida, uno más itinerante basado en servicios

artesanales y comerciales y otro centrado en un campesinado dependiente y atado a la tierra que podrían explicar, en parte, estos conflictos en los que la minoría sería rechazada. Desde hacía años, en algunas partes de Europa se relacionaba a los gitanos con artes mágicas, unidas a cierta habilidad de apropiarse de lo ajeno y creando el estigma que no tardó en propagarse. Algunos autores, aluden a los propios españoles que aprovechando el descontento y la palabrería que sobre los gitanos se arrojaba, los usaban como chivos expiatorios de sus propias vergüenzas y actos infames, desviando así la atención de quienes pudieran imputarles responsabilidades (Gómez Alfaro, 2000; Leblon, 1987; Sánchez H., 1984).

Es interesante la descripción que recogió Helena Sánchez Ortega, citando a Julio Caro Baroja, sobre la visión que tenían los españoles de las actividades de gitanos y gitanas en los siglos XVI y XVII por las que fueron apresados, mutilados y hasta masacrados: “los hombres son ladrones, cuatrerros y tratantes de bestias, fabricantes de útiles de hierro, presdigitadores y volatineros. Las mujeres son hechiceras y echadoras de la buenaventura o bailarinas y recitadoras, según la edad, la belleza y el genio” (Sánchez H., 1984: p.85). Según la misma autora, el inquisidor de Córdoba los llamaba “*gente vil y despreciable*”.

A partir de la primera pragmática (1499), comenzó el recrudescimiento legal en contra del nomadismo itinerante de los gitanos, su forma de vestir y de hablar. De manera que, pasaron de ser acogidos como nobles y peregrinos a ser perseguidos persistentemente. Se emitían pragmáticas y leyes cada vez más duras y limitantes para su asimilación forzosa o aniquilación/expulsión. Hasta nuestros días, persisten algunos de esos infundios odiosos, como antaño, bulos e historias de hechicería, transformados en perniciosos y perpetuos estereotipos (Leblon, 1897). Es curioso que aún en la actualidad, una de las acepciones del término gitano registradas en el diccionario de la RAE, es “trapacero” o lo que es lo mismo, ladrón.

Según Gamella (2011), se pueden distinguir cinco principales períodos en la historia de los gitanos españoles, que amplía el modelo de Sánchez Ortega de 1994 y a su vez de San Román de 1977. En este trabajo se añade uno más y se modifica uno incluido en el modelo de Gamella que se describirán a continuación.

### **1º. Acogida o supuesto período *Idílico* (1425?-1499).**

Según se ha descrito anteriormente, tras su fatigosa diáspora desde el noroeste de la India, los gitanos (*egiptanos*) no tuvieron demasiados inconvenientes para entrar y viajar por España, bajo la protección que les daba decir que eran gente noble o que iban como peregrinos bajo encomiendas religiosas. Desde que se tienen registros (posiblemente ya estuvieran antes de 1425), pasaron unos 74 años donde, aunque hubieron quejas esporádicas por parte de algunos nativos, no se articularon medidas legales que limitaran sus libertades y *privilegios* hasta 1499 (San Román, 1976). Durante este período, eran muy apreciadas las dotes artísticas de estas gentes en lo referente al canto y el baile. Parece que el reino de España se contagió de las actuaciones que se estaban realizando en otros reinos europeos contra los gitanos, decretos, leyes, pragmáticas y misivas, destinados especialmente contra estos grupos, urgiendo su asentamiento y "*buscar señor al que servir*" (Gamella, 2011: p.18).

### **2º. Período de persecución/expulsión (1499- 1633).**

A partir de la pragmática firmada en Madrid por los Reyes Católicos en el año 1499, se *pretendía* sedenterizar a los gitanos obligándoles a tomar domicilio y dedicación de "oficios conocidos", solamente relacionados con la agricultura (área completamente desconocida para ellos) y trabajar para un amo, es decir, las medidas iban encaminadas a coaccionarles para que dejaran de ser gitanos (Cabanés, 1996). Para entonces, la mayoría de la gente ya odiaba y temía a los gitanos por lo que pocos requerían los servicios de estas gentes en sus hogares o tierras. Dentro de esa encerrona, los gitanos sobrevivieron realizando tareas prohibidas como la esquila, el trato de caballos o la mendicidad, entre otras actividades (Leblon, 1987). La finalidad era que, voluntariamente, abandonaran España aquellos "*gitanos vagantes*" (prácticamente todos eran nómadas) que no obedecieran, *so* penas de azotes, cárcel, expulsión forzosa, amputación de miembros o la misma muerte (Sánchez H., 2009; Gómez Alfaro, 2000).

Después de esta primera medida, se sucedieron otras con mayor índice represivo y coercitivo que la maquinaria judicial agilizó, universalizando, en el caso de los gitanos, la pena en galeras, la peor y más cruel concebida hasta entonces, aunque la prisión en Almadén por lo tóxico del azogue o mercurio tampoco era desdeñable (Sánchez Ortega, 1994).

*El más poderoso se hace tal, con la miseria de los más débiles.* Esta frase, podría resumir cómo los gitanos fueron achacados como culpables de todo lo negativo y malo, obligados a prescindir de costumbres, oficios y bienes, para poder cumplir la leyes se les presionaba a grado extremo. Mientras, las propias leyes, pragmáticas y misivas entraban en flagrantes contradicciones, llevando a los gitanos a callejones sin salida. Los vernáculos usaban, abusaban y expoliaban constantemente a los míseros gitanos (Gómez Alfaro, 2000: pp.82-84).

La expulsión de los moriscos dispuesta por Felipe III (1609-1617), supuso replantear el repoblar las muchísimas zonas agrícolas que, abandonadas por los moriscos, habían quedado despobladas. Para ello, los gitanos fueron los *privilegiados* porque el país no podía permitirse "ninguna evacuación por pequeña que sea" (Cabanés, 1996: p.89). No fueron ni de cerca ningunos privilegiados. Simplemente, la opción de la expulsión fue dejada de lado y se volvió al programa de asimilación forzosa e incluso de aniquilación de la intratables, lo que se intentaría en 1749. De manera que, las penas de algunos gitanos *galeotes* (presos en galeras), fueron permutadas por la obligada ocupación de esas haciendas moriscas abandonadas, lo que facilitaba la desmembración de familias gitanas enviando a algunos miembros a otras ciudades más o menos lejanas (Gómez Alfaro, 2000: pp.83-85). El precio fue altísimo y doloroso hegemonizando los esfuerzos en la extinción de la *otredad cultural* de los gitanos. Las disposiciones reglamentarias les seguían considerando delincuentes *per se*. Se les dispersó, obligándoles a convivir en grandes villas, fijándoles su residencia en condiciones extremadamente restrictivas, bajo prohibición de desplazarse libremente, asociarse, casarse entre ellos, ocuparse en actividades que no fueran la agricultura tales como la ganadería, de la que tenían amplios conocimientos. Incluso se les prohibió el uso de su lengua, ropas, costumbres y tradiciones bajo durísimas penas por incumplimiento, llegándoseles a considerar como "una forma degenerada de vagabundos ociosos y facinerosos" (Gamella, 2011: pp. 20,21; Sánchez M. H., 2006; Gómez Alfaro, 2000; San Román, 1976).

### 3º. Periodo de *Integración legal/asimilación forzosa* (1633-1783).

Para Teresa San Román, este período estaría incluido en el apartado anterior. En el caso de Sánchez Ortega y Gamella, lo encuadran dentro de una nueva vuelta de tuerca a la precaria situación que ya vivían los gitanos, desde el fin del reinado de los Austrias y el comienzo del reinado de los Borbones (1633-1783). Felipe IV (1621-1665) cuyo reinado fue el más largo de los Austrias, derogó el decreto de expulsión de su antecesor en el cargo, dictando nuevas disposiciones opresoras en 1639, retomando las condenas y derogando los indultos y excepciones a gitanos (Sánchez H., 2006). Durante este período se comenzaron a ver los primeros asentamientos permanentes de gitanos, realizando actividades de comercio y otras que eran consideradas como "degradantes" para el resto de población (Gamella, 2011). Aunque legalmente los gitanos dejaron de ser expulsados por la necesidad de repoblación, el desprecio de la población aumenta por considerarlos salteadores y por ello se redacta una nueva pragmática en 1663 que en parte reza: *"permitimos, que qualquiera persona de cualquier estado, y condición que sea, pueda libremente ofenderlos, matarlos, y prenderlos, sin incurrir en pena algunas trayéndolos vivos o muertos. Y que pudiendo ser avidos, sean arrastrados, ahorcados y hechos cuartos, y puestos por los caminos y lugares donde huvieren delinquido, y sus bienes sean confiscados para nuestra cámara"* (Sánchez M. H., 2009: p.83). La cita no tiene palabras que describan mejor las injusticias a las que estaban sometidos los pobres, miserables e insignificantes gitanos.

Es aberrante articular pragmáticas y leyes para la supuesta integración de los gitanos a la norma general, arremetiendo sobre todo, contra los que ya estaban asentados y más o menos integrados (*sometidos*), porque a los nómadas por su deambular constante era muy difícil aplicar las nuevas normas. De esta manera, desarraigaban una y otra vez a los gitanos de sus domicilios y se terminaba conformando un clima de desconfianza recíproca entre ambas facciones. De manera que, una vez tras otra castigaban a los más inocentes y, éstos, se mostraban más ariscos y desconfiados. Bajo el reinado de distintos reyes, se iban sucediendo medidas como la prohibición de acudir a ferias. Se hicieron censos de gitanos y sus bienes, obligándoles una vez establecidos a desarraigarse para vivir en uno de los 41 pueblos específicamente sugeridos con la intención que renunciaran a su forma de vivir

nómada, su vestimenta y lengua (Peñafiel, 2009; Gómez Alfaro, 2000; Leblon, 1987).

Bajo el reinado de Fernando VI y con el beneplácito del obispo de Oviedo, el Marqués de la Ensenada urdió "*acabar con tan malvada raza*" o como el obispo llamó "*recolección general de los gitanos*", lo que hoy se llamaría el "*primer genocidio de los gitanos*" (Peñafiel, 2009; Gómez Alfaro, 2000). Tras los censos y el reasentamiento obligado, en 1746 estaban localizadas 881 familias gitanas en 54 poblaciones. El miércoles 30 de Julio de 1749, con el apoyo del ejército, se detuvieron sin perdonar a nadie más de 12.000 gitanos. Precisamente aquellos que habían acatado las obligaciones impuestas fueron objeto de esta redada, en la que hombres, mujeres, ancianos y niños, fueron enviados a presidios, arsenales y minas de Almadén. Lo más despreciable es que esta operación fue costeadada con los bienes embargados de los propios gitanos (Aparicio, 2006; Gómez Alfaro, 2000, 1993; Cabanes, 1996).

Esta desdeñable acción, es uno de los hitos más deplorables de parte de las autoridades españolas hacia los gitanos. Lejos de conseguir el objetivo de exterminarlos, lo que se consiguió fue aumentar y acentuar la desconfianza y el rechazo mutuo. Afortunadamente, a los pocos meses de su arresto la mayoría fueron liberados de nuevo. Pero hasta 1753 no se concedió la libertad a todos los gitanos apresados. Muchos de ellos retomaron el nomadismo, evitando asentarse en ningún lugar por miedo a ser detenidos de nuevo pues, "se confirmaba que los payos no son de fiar" (Gamella, 2011: p. 23; Aparicio, 2006; Cabanes, 1996).

#### **4º. Período de sometimiento eufeminizado, ciudadanía española (1783-1812).**

Bajo el reinado de Carlos III (1759-1788), se concedió por primera vez un cierto grado de dudosa benignidad hacia los gitanos desde el punto de vista jurídico. En 1783, se puso en marcha la última Pragmática Sanción encabezada como reza: "Reglas para contener y castigar la vagancia y otros excesos de los llamados gitanos", vigente hasta 1878. Auspiciando el deseo de convertir a los gitanos en gente útil y hábil para la Corona, se les permitió trabajar en cualesquier ocupaciones u oficios *dignos* y elegir el lugar de residencia a excepción de los Sitios Reales. Se intentó suprimir el término gitano refiriéndose a ellos como: "*...los que se llaman y dicen gitanos, no lo son ni por*

*origen ni por naturaleza, ni provienen de raíz infecta alguna...*" (Aparicio, 2006: p.152). Las disposiciones legales condicionaban a los gitanos de la siguiente forma: *"Por lo tanto, mando que ellos y cualquiera de ellos no usen de la lengua traje y método de vida vagante, de que hayan usado hasta el presente bajo las penas abajo contenidas"* (Peñafiel, 2009: p.54). Como se puede observar fue una libertad condicionada y adulterada, pues el fin último era desgastar los fundamentos culturales de los gitanos.

El apelativo "gitanos", se intentó tachar de la jerga y escritos jurídicos, refiriéndolos como "los antes llamados gitanos" o "castellanos nuevos". Es una clara evidencia de la eufemística evolución continuista de la discriminación social. Más grave aún, posteriormente se defendía el trabajo pragmático hecho hasta el momento, con la objeción de que fueron erróneas interpretaciones de la ley, pues ésta se refería a los malhechores y delincuentes y no a los gitanos exclusivamente (*Ibidem*, p.55). Lejos de admitir las atrocidades y compensar de alguna manera a las víctimas, estas pretendidas aclaraciones enturbiaron aún más los conceptos, pues se volvía a entrever la paridad entre gitanos y malhechores o delincuentes.

Fue durante el reinado de Fernando VII (1808-1833), casi 400 años más tarde de su llegada, que los gitanos nacidos en España fueron considerados ciudadanos españoles, amparándose en la constitución de 1812.

#### **5º. Período de represión directa/derechos y libertades constitucionales (1814-1978).**

En 1814, solo dos años después de haber concedido algunos *privilegios* constitucionales a los gitanos, nuevamente les son arrebatados para restaurar restricciones representativas del antiguo régimen fernandino. Esto suponía la anulación de los derechos adquiridos, reimplantando la desconfianza, vigilancia y desprecio hacia los gitanos, situación que se perpetuaría por décadas (Aparicio, 2006: 154). Para 1910, la Enciclopedia Jurídica española recogía lo siguiente: *"En la actualidad, los gitanos están sujetos a la ley común; obligados como los demás españoles a avecindarse y subvenir a las cargas públicas gozando también, sin restricción alguna, de todos los derechos inherentes a la ciudadanía"* (Peñafiel, 2009: p.56) Sin embargo durante la Segunda República (1939), se elaboró la famosa "Ley de Vagos y maleantes", ejerciendo mucha más presión y aumentando la vigilancia contra los gitanos,

que por ende, eran *pre*-sospechosos de cometer delitos, solo por ser gitanos. Otra demostración de que la persecución no había llegado ni mucho menos a su fin, fueron los artículos 4, y 5 del Reglamento de la Guardia Civil del año 1943. Estos artículos estuvieron vigentes hasta el año 1978, fecha en la que se aprobó la actual constitución española. Dicha reglamentación de la Guardia Civil, fue anulada por el congreso a petición de Don Juan de Dios Ramírez Heredia, diputado gitano, obteniendo el consenso unánime de toda la Cámara (Peñañiel, 2009).

**Artículo 4º.**

*"Se vigilará escrupulosamente a los gitanos, cuidando mucho de reconocer todos los documentos que tengan, confrontar sus señas particulares, observar sus trajes, averiguar su modo de vivir y cuando conduzca a formar una idea exacta de sus movimientos y ocupaciones, indagando el punto a que se dirigen en sus viajes y el objeto de ellos"* (Peñañiel, 2009: 56).

**Artículo 5º.**

*"Como esta clase de gente no tiene por lo general residencia fija, se traslada con frecuencia de un punto a otro en que sean desconocidos, conviene tomar de ellos todas las noticias necesarias para impedir que cometan robos de caballerías o de otra especie"* (Cabanés, 1996: p.91).

**6º. Período de modernización y transformación (1978 hasta el momento actual).**

A partir de los años 70, los gitanos, tuvieron más oportunidades de acceso al mercado laboral, soportando menores niveles de opresión y persecución directas que en etapas anteriores. Debido al buen momento de desarrollo socioeconómico general, tuvieron acceso a sectores laborales que no demandaban alta cualificación como la agricultura, la construcción y los servicios, mientras que los oficios consuetudinarios relacionados con los metales, la ganadería y cesterías iban en marcado retroceso, dando así un primer paso hacia la transformación del modo de vida tradicional (Gómez C., et al., 2004). Poco duraría esta situación, cuando se produjo una de las peores crisis económicas en España que comenzó con la crisis del petróleo en 1973. Los gitanos habían llegado los últimos pero fueron los primeros que sufrieron en mayor grado los efectos del desempleo. Puesto que su nivel económico era muy bajo, se situaron en barrios con infraestructuras deficitarias y sin apenas



servicios públicos, facilitando el desarrollo de núcleos/guetos donde se cebaron los procesos de exclusión. Uno de los primeros gestos de los poderes públicos hacia el pueblo gitano en España, fue la puesta en marcha en el año 1985 del Plan de Desarrollo Gitano con cargo a los presupuestos Generales del Estado. A pesar de los programas puestos en marcha por parte de las instituciones y asociaciones, los avances han sido muy limitados e inconsistentes (Gómez C., et *al.*, 2004).

Por otro lado, para los gitanos las oportunidades de acceso universal al sistema educativo, al sistema sanitario, sistema de rentas públicas y vivienda, han ido influyendo en sus patrones de comportamiento (Gamella & Martín, 2008). Estos avances, han impulsado procesos transformadores de los modelos de organización social, impulsando los valores individuales y generando nuevos modelos de familias nucleares cada vez menos numerosas. El acceso de la mujer gitana al sistema educativo y al mundo laboral, impensable en otras épocas, ha supuesto una verdadera revolución en fechas relativamente recientes.

Resumiendo un poco esta pequeñísima analepsis, la historia de los gitanos está saturada de procesos de estigmatización, discriminación y racismo, teniendo como principales impulsores el desconocimiento y la sospecha, ensamblando un profundo sentimiento generalizado de desprecio y rechazo secular. Negada su identidad por siglos, prohibidos su lengua, traje y oficios predilectos, forzados a vivir en guetos, recolectados como gente que no merecían vivir, los gitanos y parte de su cultura, han sobrevivido contra todo pronóstico (Gamella et *al.*, 2015; García, C., 2006; Gamella, 2004). Paradójicamente, la influencia de *lo gitano* ha extendido su influjo en el lenguaje español, el folclore y estilos musicales representativos de todo un país que quiso aniquilarlos. No hay que olvidar que los procesos discriminatorios, excluyentes y genocidas han influido en la concepción y percepción que tienen los gitanos del resto del mundo y viceversa. Dichos procesos siguen persistiendo en el imaginario social, condicionando la situación de los gitanos en áreas básicas como vivienda, empleo, educación, salud y discriminación (ALTER, 2008). Las estrategias resilientes de los gitanos, han desembocado en una situación social compleja, donde el contacto y mestizaje con sus vecinos no gitanos está revelando cierto grado de aculturación en favor de comportamientos propios de los no gitanos, pero

conservando también, por lo menos de momento, algunos rasgos culturales identitarios fundamentales como puede ser el profundo respeto y especial cuidado de sus mayores (Laparra, M. et *al.* 2007; Ramírez, 2007).

#### 8.4.2. SITUACIÓN ACTUAL.

En este apartado, se van a ofrecer algunas nociones básicas que pudieran ayudar a componer una representación sencilla de la situación actual de los gitanos españoles. Habida cuenta de tratarse de procesos dinámicos de naturaleza tremendamente cambiante, de etiología multidimensional y extraordinariamente diversa, se extraerá un fotograma de la tira de un enorme celuloide del tema en cuestión. Estos sub-apartados que vamos a considerar, nos permitirán tener cierta perspectiva para contextualizar los datos encontrados en nuestro trabajo que se ha estructurado con dimensiones similares.

En la sociedad mayoritaria el nivel educativo o socioeconómico es un factor muy heterogéneo y diversificado. En cambio, en la minoría gitana encontramos una proporción muy elevada y relativamente homogénea de personas con niveles educativos o socioeconómicos bajos o muy bajos, en comparación con en el grupo dominante (Parra-Toro et *al.* 2017). Este factor básico, crea un contexto de vulnerabilidad que expone a los gitanos/as a una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, alimentación y nutrición deficiente, más tasas de sobrepeso/obesidad, mayor consumo de medicamentos y menor esperanza de vida, en comparación con el resto de españoles. Los estudios también coinciden en que la mujer gitana soporta mayores niveles de afectación en casi todas las variables estudiadas en comparación con los hombres gitanos, y por extensión, que la población general. (MSC-FSG, 2006; Gamella, 2011; La Parra, D., 2006; La Parra, Gil-González & Jiménez, 2013; Maya et *al.*, 2012; FSG, 2011; Laparra, M, 2011; San Román, 2010; García, C., 2006; Ferrer, 2003).

Según DGSP-MSF-FSGG: "El estrecho vínculo entre desigualdades sociales (económicas, educativas, de vivienda) y desigualdades en salud (física y psicológica), es claramente señalado desde los principales organismos de salud supraestatales" (MSC-FSG, 2006). La actual crisis, influye en todas las

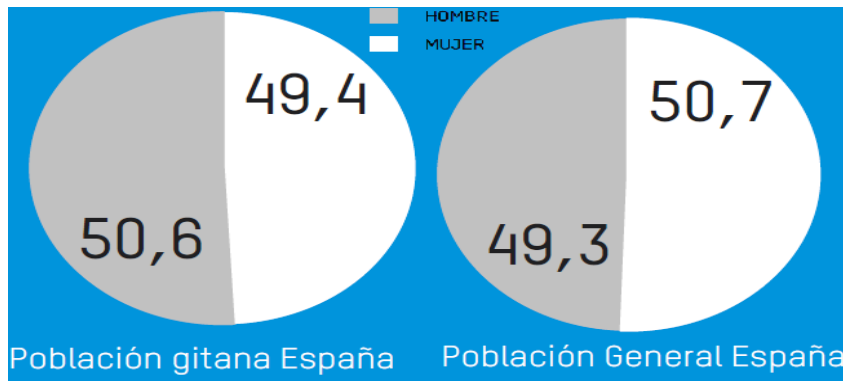
poblaciones en mayor o menor medida, pero los efectos son mucho más acusados en minorías etnoculturales como es el caso de los gitanos (López, A., 2017; Movimiento contra la intolerancia, 2016). Si a estas circunstancias se suma la condición de ser personas mayor/ancianas, los gitanos soportan una doble discriminación (ser gitano y anciano), y en el caso de las gitanas triple (ser gitana, anciana y mujer).

A continuación, se ofrecerán los resultados más actuales sobre demografía, nivel formativo, situación laboral, vivienda, salud, y discriminación incluidos en informes, como el del Foro Europeo de Romá y Viajeros 2016 (ERTF), estudios de referencia como el de Miguel Laparra 2011, Juan F., Gamella 2011 o Fundación Secretariado Gitano 2006 y 2011 (FSG) y otros.

### **SITUACIÓN DEMOGRÁFICA.**

Los gitanos son la minoría étnica más importante de España con una población superior a los 750.000 individuos aunque, como se ha considerado anteriormente, las estimaciones varían mucho según el autor abarcando un rango de 400.000 a 1.100.000 (ERTF, 2016; Arza y Carrón, 2015; Gilsanz, et *al.*, 2014; Laparra, M., 2011). En términos generales, los gitanos han experimentado significativos niveles de mejora relacionados con el desarrollo socioeconómico, la construcción del estado del bienestar y la democratización de la sociedad española, procesos que se aceleran en España desde 1959 y se consolidan en la restauración democrática. Como grupo particularmente vulnerable, los gitanos han sufrido de forma especialmente seria las crisis económicas y la acentuación concatenada de la desigualdad, no obstante, es destacado que los gitanos españoles han podido acceder a los sistemas de bienestar social, sobre todo la asistencia sanitaria, la enseñanza pública y algunas prestaciones económicas como pensiones y subsidios (MSSSI, 2012). No obstante, las consecuencias de procesos de exclusión y marginación, se proyectan en distintas dimensiones donde, como cabía esperar, los gitanos están en inequívoca desventaja con la población mayoritaria en aspectos demográficos, laborales, socioeconómicos, educativos, sanitarios y culturales (Gamella, 2011). A continuación, se presentan algunos gráficos y tablas ofreciendo algunas lecturas sobre los mismos.

Gráfico 1. Estructura porcentual, por sexo, de la población gitana española y el conjunto de la población de España.



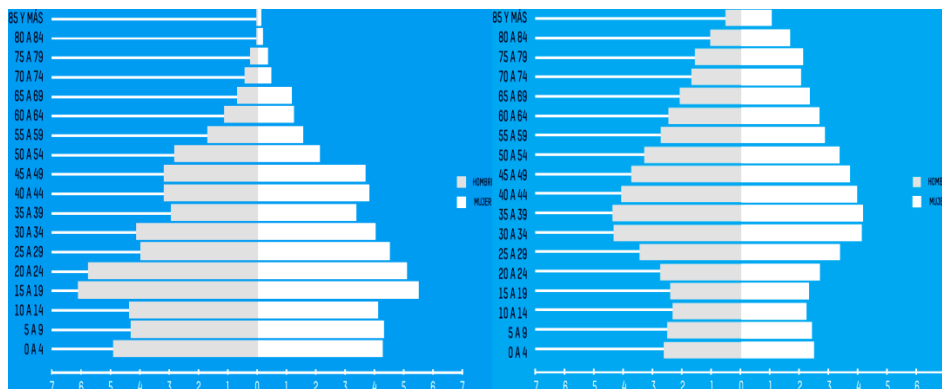
Fuente: FSG "Población gitana, empleo e inclusión social"; INE, Padrón de Habitantes (2011).

Tabla 1. Estructura porcentual, por grupos de edad, de la población gitana y no gitana de España.

GRUPOS DE EDAD	POBLACIÓN GENERAL ESPAÑA (PADRÓN 2011)			POBLACIÓN GITANA 2011		
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
De 16 a 19 años	4,9	4,4	4,6	14,0	13,0	13,5
De 20 a 24 años	6,8	6,3	6,6	16,3	14,1	15,2
De 25 a 29 años	8,5	7,9	8,2	11,2	12,5	11,9
De 30 a 44 años	31,7	28,8	30,2	29,0	30,8	29,9
De 45 a 54 años	17,4	16,7	17,0	17,0	16,0	16,5
De 55 a 64 años	12,9	13,0	13,0	8,1	7,6	7,9
De 65 a 74 años	9,4	10,3	9,9	3,3	4,4	3,9
75 y más años	8,3	12,6	10,5	1,1	1,7	1,4
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fuente: FSG "Población gitana, empleo e inclusión social"; INE, Padrón de Habitantes (2011).

Gráfico 2. Pirámides de población gitana y no gitana en España (en%).



Fuente: FSG "Población gitana, empleo e inclusión social"; INE, Padrón de Habitantes (2011).

Como se puede observar en el gráfico 1 y 2 y tabla 1, la proporción de hombres entre los gitanos es superior a la de las mujeres, mientras que en la población no gitana ocurre a la inversa. Por otro lado, como era previsible, la pirámide poblacional de los gitanos revela una base poblacional muy amplia de personas jóvenes, mientras que el porcentaje de mayores de 65 años es muy escaso, es decir, se trata de una población joven en términos absolutos. La edad promedio en gitanos es de 28,1 años, en comparación con los 41,3 años en población general, 13,2 años menos en gitanos que en no gitanos (FSG, 2011; MSC-FSG, 2006). El porcentaje más actual de gitanos mayores de 65 años era del 5,3% en 2011, cuando en el resto de población española era del 17,5%. En estudios realizados solo 5 años antes de los datos anteriores, el porcentaje de gitanos mayores de 65 años era casi un punto porcentual inferior (Gamella, 2011). Este hecho, apoya la idea que la población gitana también envejece, respondiendo a factores como la reducción de la mortalidad infantil, reducción de la fecundidad, las mejoras económicas y en salud, aumentando también la esperanza de vida. Pero el envejecimiento demográfico en gitanos se produce a un ritmo más lento que en el resto de españoles, contando todavía con una base de jóvenes que impulsará un importante crecimiento futuro (Laparra M., et al., 2011, 2007).

#### **NIVEL FORMATIVO.**

La tasa de analfabetismo en gitanos, es cuatro veces superior al del resto de población española. Aunque en la nuevas generaciones la escolarización está normalizada casi en su totalidad, más del 80% de los alumnos gitanos no termina los estudios primarios (Parra-Toro et al., 2017; Gamella, 2011; FSG, 2011; MSSSI, 2012). En cuanto al abandono escolar temprano, las mujeres gitanas son las más afectadas, aunque las que consiguen permanecer en el sistema educativo tienen mayor probabilidad de éxito que los hombres gitanos (Laparra M., et al., 2011, 2007). Algunos autores, mencionan que muchos alumnos gitanos discontinúan los estudios para trabajar o acompañar a sus padres en las *temporás agrícolas*, lo que provoca desconexión escolar y el consecuente retraso curricular que facilita el abandono escolar por falta de motivación. El currículo formativo o los métodos y actitudes de algunos docentes tampoco parecen atraer en gran medida a los alumnos gitanos. Por otro lado, el *sistema educacional ha ignorado, excluido y desacreditado* la

importante contribución cultural de los gitanos, al no incluir en el currículo docente nada sobre esta contribución cultural, provocando consecuentemente que los gitanos perciban los centros educativos como *algo ajeno*. Probablemente, si se incluyeran en el currículo docente la historia y algunas contribuciones de la cultura gitana al elenco español o se pusieran en marcha nuevas formas de enseñar que tuvieran en cuenta específicamente las necesidades de los/as alumnos/as gitanos/as, podría ser positivo para que los alumnos gitanos no abandonaran los estudios prematuramente como ocurre en la mayoría de los casos (Ramírez C., 2007; Laparra M., 2007).

### SITUACIÓN LABORAL.

Lejos del estereotipo "gitano=vago", la comunidad gitana ha trabajado desde edades más tempranas y hasta edades más avanzadas que el resto de la población. Los gitanos ostentan mayor porcentaje de actividad que el resto de población española, aunque paradójicamente tienen mayores tasas de desempleo. (ERTF, 2016; MSSSI, 2012; FSG, 2011). Una posible explicación a esta situación es que, tradicionalmente, el tipo de actividades realizadas por los gitanos/as han sido considerados/as como subempleos precarios de alta temporalidad, realizando tareas que han requerido mucho esfuerzo, sin regulación institucional. Consecuentemente han quedado al margen de los derechos y protecciones sociales y no han existido en el cómputo estadístico por las instituciones (Laparra M., et *al.*, 2011).

La profunda crisis actual, ha llevado al desempleo a casi la totalidad de gitanos que antes figuraban en las listas del INEM como empleados, esto ha supuesto que haya un 80% de gitanos en riesgo de pobreza (Comisión Europea, 2017). Las ocupaciones laborales más frecuentes en los gitanos hoy día son: la venta ambulante, construcción, las *temporás* en actividades agrícolas, las *temporás* en el sector servicios y construcción o realizando infinidad de trabajos que les permita subsistir. También se pueden encontrar un porcentaje muy pequeño de gitanos que han tenido éxito en el área artística, negocios relacionados con almacenes de ropa, zapatos o antigüedades. Otro porcentaje ínfimo lo conforman gitanos/as con formación universitaria y/o ciclos medios/superiores, que trabajan en empleos bien remunerados como

abogados, maestros, fontaneros, electricistas o carpinteros, entre muchas otras (Gamella, 2011).

La actividad laboral de la mujer gitana, regulada o no, es hoy más esencial que nunca, pues suaviza el tremendo déficit económico que está experimentando la comunidad gitana, convirtiéndose en numerosas ocasiones, en el eje económico sustentador de la unidad familiar. Por ejemplo, actividades relacionadas con la limpieza tanto en hogares particulares como en hoteles, ha tenido cierta continuación en comparación con empleos relacionados con la construcción o la agricultura española donde los hombres han sufrido un tremendo varapalo (Laparra M., et *al.*, 2011).

### **VIVIENDA.**

Aunque la situación económica de los gitanos en general pivota entre la "precariedad permanente y la extrema necesidad", la mayoría de gitanos en España son sedentarios con domicilios estables. En las últimas décadas desde los años del desarrollo y el éxodo rural, los gitanos también se desplazaron desde zonas rurales a las ciudades y, en general, del sur hacia el norte más desarrollado (incluido Madrid), debido a las demandas laborales, especialmente entre 1959 y 1979 aunque después también continuó (Salmerón, 2009). Partiendo de niveles formativos nulos o casi nulos, las actividades laborales han sido precarias y mal remuneradas. Como consecuencia directa de lo anterior, el tipo de barrios y viviendas a las que han podido tener acceso, frecuentemente, han tenido multitud de deficiencias, localizadas en zonas con un alto nivel de segregación/marginación (Gamella, 2011). Hoy en día, demasiadas familias gitanas (entre el 2-4%), viven en entornos chabolistas y del 8-12% viven en barrios segregados/marginados (ERTF, 2016; MSSSI, 2012; Laparra M., 2007). Aunque prácticamente la totalidad de las viviendas tienen electricidad, agua corriente, baño y retrete dentro de las viviendas, todavía más de un 8% carece de al menos uno de estos servicios básicos (Laparra M., et *al.*, 2011). Las mayores ausencias se encuentran en la precariedad de los servicios públicos y equipamiento urbano de barrios y calles (FSG, 2011; Gamella, 2011; Laparra M., et *al.*, 2011). En el imaginario colectivo, pervive la imagen de la residencia gitana emplazada en suburbios marginales, sucios y amenazantes. Consecuencia de la heterogeneidad y el cambio, hay un porcentaje muy

importante de gitanos que viven en barrios *normalizados*, donde tampoco se libran de dichas actitudes *gitanofóbicas*.

## SALUD.

La dimensión “salud”, es de crucial importancia para este trabajo porque, como se consideraba en apartados anteriores, las experiencias a lo largo de todo el ciclo vital determinan poderosamente el estado de salud presente y por ende las características fundamentales de la vejez (OMS, 2015; Bernis, 2004). Cuando se comparan grupos de edad adultos, los correspondientes a población gitana declaran un peor estado de salud que los grupos correspondientes de la población mayoritaria, incluso cuando se controlan los niveles sociolaborales (La Parra D., et *al.*, 2006). Decir que el estado de salud general de los gitanos en España es muchísimo peor que el de la población española, no es nada nuevo, entre otras razones, por la terrible historia de discriminación y exclusión secular que ha expuesto y expone a los individuos a una mayor vulnerabilidad patogénica y menor esperanza de vida (Damonti & Arza, 2014; Laparra M. et *al.*, 2007; Cabedo et *al.*, 2000).

Los gitanos y gitanas, presentan también una elevada morbimortalidad, patologías crónicas y ambientales y altas tasas de discapacidades físicas y/o psíquicas en comparación con la población general (Gamella, 2011, 2004; Salmerón, 2009; Ferrer, 2003). Muchos autores relacionan estas altas tasas de mortalidad en gitanos, entre otros factores, con procesos históricos de exclusión, marginación, desigualdad social crónica y estilos de vida poco saludables (Laparra M., et *al.* 2011; Otegui, 2005; Alfageme & Martínez, 2004). Por otro lado, la mayoría de los gitanos hasta nuestro día están expuestos a actividades laborales que requieren gran esfuerzo físico, los efectos de agentes meteorológicos o las obligaciones impuestas por patronos, han desembocado en deterioro físico, frecuentes procesos patogénicos y envejecimiento precoz (Laparra M., et *al.*, 2007).

Las Encuestas de Salud a Comunidad Gitana que se realizó por primera vez en 2006, (actualizada en 2016) y la encuesta realizada por FSG en 2008, ambas analizadas en estudios como el de Miguel Laparra en 2011 son, entre otros, los estudios de referencia sobre la salud de los gitanos españoles de las que se destacarán algunos aspectos relevantes.



La esperanza de vida de los gitanos es entre 8-10 años menos, mientras que la mortalidad infantil es 1,4 veces más en gitanos que en población general. En gitanos, el proceso de envejecimiento es muy deficitario, existiendo un mayor nivel de deterioro prematuro que en la sociedad general. La percepción del estado de salud es más negativa en gitanos, y se proyecta en una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, especialmente las mujeres. (Laparra M., et al., 2011). El uso abusivo de medicamentos, o acudir al médico cuando ya no *hay más remedio*, conforman frecuentemente el *modelo de curación* de la enfermedad en población gitana, haciendo menor uso de programas preventivos (Gamella, 2011).

Las mujeres gitanas tienen un acentuado peor estado de salud, entre otras razones, por la elevada tasa de fecundidad con embarazos y partos a edades muy tempranas y hasta edades muy avanzadas. En mujeres gitanas se produce un envejecimiento prematuro en mayor grado que en hombres gitanos. Las gitanas, padecen precozmente enfermedades propias de otras edades más avanzadas como la diabetes, problemas articulares, óseos o patologías cardiovasculares. Otros factores negativos son elevados niveles de sedentarismo y obesidad, enfermedades del estado de ánimo, ansiedad y depresión. (Rojas, 2011).

Para los gitanos, como para la mayoría de la población general, la salud es una de las dimensiones más importantes en la vida. Desde el punto de vista cultural, para la comunidad gitana, la *familia*, juega un papel fundamental en los procesos de salud/enfermedad. Los lazos familiares, generan una red de apoyo social que suministra recursos materiales, cuidados físicos y apoyo emocional. Esta red de apoyo familiar, pudiera desempeñar una función catártica ante una relativa visión fatalista que considera la salud solamente como la ausencia de enfermedad, y la enfermedad que se manifiesta a través del dolor, como una situación que invalida vinculada con la muerte (Rojas, 2011; Laparra M., et al. 2007). Frecuentemente, cuando la situación se considera preocupante, se produce una reacción encaminada a la resolución rápida aplicando el tratamiento que sea necesario. En cuanto el dolor desaparece y la situación se resuelve el tratamiento es abandonado. Esta manera "impulsiva de entender y reaccionar ante la enfermedad", tiene como consecuencia una escasa participación en procesos preventivos, actuando cuando los síntomas son tan evidentes que, a veces, es demasiado tarde para garantizar el restablecimiento de la salud (Laparra M., et al. 2011, 2007; Ferrer, 2003).

A pesar de todo lo anterior, en la actualidad hay un incremento significativo de familias gitanas con niveles de salud general mucho mejores en comparación con solamente unas décadas atrás, pero es necesario plantear modelos sobre todo preventivos e interventivos que palien la enorme brecha epidemiológica en cuestiones de salud entre los gitanos y la población dominante.

### DISCRIMINACIÓN.

Todos los estudios consultados confirman que los gitanos son la minoría étnica más rechazada y excluida en España, por delante de inmigrantes o judíos, entre otras minorías. Por ejemplo, el barómetro 2625 (CIS, 2005) recogía que al 40% de las personas encuestadas les molestaría “bastante” o “mucho” la vecindad de personas gitanas (porcentaje similar a expresidarios). En el mismo estudio el 25% de los encuestados les preocupaba “bastante” o “mucho” la posibilidad de que sus hijos e hijas compartieran clase con niños y niñas gitanos. Dos años más tarde, el mismo organismo señaló que un 51,7% de personas encuestadas declaraban tener “poca” o ninguna simpatía hacia las personas gitanas, porcentaje similar al obtenido en 2013 (Arza & Carron, 2015: pp.283, 284; Gilsanz, et al., 2014; FRA, 2014; La Parra, Gil-González & Jiménez 2013; MSSSI, 2012). Básicamente, los procesos de discriminación están retroalimentados por factores como el prejuicio y los estereotipos, donde operan sub-procesos psico-sociales como las actitudes negativas, juicios de valor anclados en el desconocimiento, estigmatización, negación y culpabilización de las víctimas, las *profecías autocumplidas* o la búsqueda de *chivos expiatorios* (Laparra, M., et al., 2007; Gamella, 2002). La persistente discriminación y segregación étnico-racial hacia los gitanos, tiene un significativo efecto de bloqueo y resistencia en las relaciones inter-étnicas e inter-grupales, afectando negativamente especialmente los procesos de participación social de los gitanos (Arza & Carrón, 2015; Gamella, 2011, 2004).

A pesar de los avances legislativos o las mejoras socioeconómicas la discriminación/exclusión hacia los gitanos y gitanas no ha desaparecido. Estos procesos van adquiriendo nuevas formas, obteniendo de la actual crisis un impulso exacerbador, confirmado en ámbitos como el empleo, la vivienda o el acceso a bienes-servicios, entre otros (MSSSI, 2012). En apartados anteriores, se

mostraban las conclusiones de algunos estudios realizados en otras partes del mundo sobre los terribles efectos que la discriminación y exclusión desencadenan en casi todas las minorías (Gelfan, 2003; Fuller-Thomson, et *al.*, 2009). Estos mismos efectos y muchos otros similares se pueden observar en la minoría étnica de los gitanos españoles.

Como resumen, la población de gitanos en España pudiera superar los 750.000 individuos con un porcentaje ligeramente superior de mujeres que de hombres. Se puede considerar una población joven con un promedio de edad de 28,1 años. Aunque la fecundidad ha bajado, está muy por encima de la alcanzada en población general. La esperanza de vida también ha aumentado, pero muy por debajo del resto de población española.

- Nivel de estudios: aunque se ha logrado la plena escolarización, el porcentaje de gitanos/as que logran terminar la primaria es muy reducido, habiendo en general niveles muy elevados de analfabetismo. También hay un porcentaje ínfimo de gitanos/as con formación académica superior. En el caso de las gitanas, los problemas de formación académica son notablemente peores.
- Dimensión laboral: entre la "precariedad permanente y la extrema necesidad", la tasa de actividad de los gitanos es superior al del resto de población española. Las ocupaciones laborales de los gitanos, generalmente, no requieren alta cualificación pero sí un elevado nivel de esfuerzo con remuneración muy escasa y temporalidad constante. Un porcentaje elevado de dichas actividades laborales, no están reguladas institucionalmente quedando al margen de derechos y protecciones sociales vigentes. Predominan las actividades agrícolas, en el sector servicios, construcción y venta ambulante. Hay también un porcentaje mínimo de gitanos/as con actividades laborales y negocios prósperos. Las gitanas han sido y son las más representadas en las cifras del INEM pero, a su vez, son las que más actividades realizan, constituyendo en demasiadas ocasiones el único aporte a la maltrecha economía familiar.
- Vivienda: la mayoría de gitanos/as viven en hogares y barrios normalizados como el resto de españoles, pero todavía hay un importante porcentaje que viven en barrios marginales donde los servicios públicos son la principal ausencia.

- **Salud:** los gitanos perciben peor su salud, soportan niveles mucho más elevados en todas las enfermedades estudiadas que los no gitanos. Llegan a la vejez de manera prematura con un deterioro más pronunciado que el resto de población española. La mujer gitana soporta niveles exponencialmente más elevados en todas las variables relacionadas con la enfermedad y el deterioro consecuente.
- **Discriminación:** a pesar de los avances legislativos y socioeconómicos, los gitanos son la minoría más discriminada/excluida actualmente en España. Las consecuencias negativas se proyectan en las diferentes dimensiones de salud, formación, empleo y vivienda. Los niveles de discriminación que soportan las gitanas son todavía mayores que en hombres gitanos.

#### 8.4.3. RASGOS CULTURALES.

En este trabajo, se adoptará la siguiente concepción compartida por multitud de autores sobre el término cultura incluida en el trabajo de Espinosa et al., 2007: “conjunto de valores, creencias y normas compartidas por un grupo” (Espinosa et al., 2007: p. 298; Lehman, Chiu & Schaller, 2004). A pesar de los evidentes procesos de convergencia sociocultural que se han producido en los últimos siglos y en los que la minoría gitana ha adoptado, a menudo a la fuerza, la lengua, religión y muchas de las costumbres (y los nombres) impuestos por la mayoría, todavía sigue existiendo procesos marcados de diferenciación cultural en la que muchas comunidades y redes familiares gitanas han mantenido vivos valores, normas y prácticas que difieren, en parte o en todo, con las de sus inmediatos vecinos. Pero incluso donde la diferencia cultural se ha reducido más, sorprende la vitalidad de una identidad que se quiere separada y distinta. Hoy más que nunca, la cultura gitana está siendo amenazada debido a la influencia de procesos de mestizaje y una relativa interrupción en la transmisión de valores y costumbres tradicionales por parte de los gitanos/as ancianos/as, provocando una importante pérdida de identidad en las nuevas generaciones. Mientras vivan *los gitanos viejos*, ese repositorio cultural basado en valores, formas de vida, tradiciones y rasgos culturales fundamentales están relativamente asegurados, aunque tenemos que aceptar estos procesos no son estáticos y estancos sino que puede haber

cierto grado de evolución de generación en generación (Moreno, 2006). Estos aspectos, van a tener mucha importancia en el presente trabajo como factores que subyacen al comportamiento de los gitanos, facilitando unas formas específicas de afrontar las diferentes situaciones vitales, específicamente en la vejez. Por esta razón, a continuación, se mencionarán brevemente una serie de creencias, valores y normas de fuerte arraigo que son juzgadas por los propios participantes como elementos fundamentales de la “cultura” gitana. Entre otros, encontramos reiteradamente los siguientes:

- Fuertes sentimientos de identidad cultural y pertenencia al grupo, favorecen un vigoroso componente de "orgullo y autoestima comunitario" con base en una retenida historia, tradiciones y valores transmitidos oralmente y en un presumido origen común que, en la mayoría de los casos, no requiere de su confirmación histórica puesto están sometidos a la constante afirmación de los propios participantes (Laparra M., et *al.* 2007; Moreno, 2006).
- Modelo de familia extenso, patriarcal, androcéntrico y solidario donde la traición es improbable. En ese ámbito familiar convergen la mayoría de relaciones sociales y personales. Por ejemplo, en procesos de enfermedad o muerte, los afectados son arropados por una red familiar densa, compuesta por multitud de personas allegadas, que son consideradas parte integrante de la familia. De manera similar, este *arropamiento* familiar también ocurre en otros eventos sociales más positivos como bodas y bautizos. El núcleo formado por padres hijos y descendientes de éstos, es considerado como un refugio de confianza, donde la traición no tiene lugar. En momentos de necesidad, todos ganan o todos pierden pero los recursos son compartidos equitativamente, es decir, existe un alto grado de solidaridad familiar interna (San Román, 2010, 1976; García, 2006; Otegui, 2005).
- Entre los gitanos, el valor significativo del sentimiento grupal vinculado especialmente a la familia, prevalece frente a la individualidad de uno de los miembros, a diferencia de sociedad no gitana, donde es el individualismo y la autogestión son los principales modelos sociales (San Román, 2010, 1976; Moreno, 2006).
- La palabra dada entre gitanos tiene tanto o más peso que un papel firmado. Esto hace que las transacciones y los acuerdos se respeten sin contemplaciones al margen de la elaboración de contratos u otros escritos de uso común (San Román, 2010, 1976)

- Los gitanos mayores, son objeto de respeto y cuidados como colectivo con funciones educadoras e integradoras. Son el principal repositorio cultural, valores y tradición. No es de extrañar, que los más jóvenes les pidan consejo sobre el mejor modo de actuar ante cualquier supuesto de la vida diaria. A los gitanos mayores no se les envía a ningún centro geriátrico. Son cuidados en casa por sus hijos y familiares (Salmerón, 2009; San Román, 2010, 1976).
- Cuando un miembro de la comunidad fallece, se guarda un riguroso luto por parte de hombres y mujeres, paralizando toda la actividad lúdica durante algún tiempo y portando atuendo de color negro. El respeto que se les guarda a los difuntos va más allá de la ausencia del individuo. Cuando alguien maldice el nombre de un difunto las consecuencias pudieran ser contiendas o hasta agresiones físicas para restituir la honorabilidad del fallecido y de la familia (Moreno, 2006: San Román, 1976)
- En la mayoría de las familias y comunidades gitanas se considera que las mujeres, en sus roles de madres, son el eje vertebrador de la enculturación y educación de los hijos y el cuidado del hogar. Lo siguiente como creencias y visiones que funcionan a nivel ideológico, a menudo, se ven transformadas o vulneradas en la práctica. De manera singular, desde edades tempranas, las madres y hermanas mayores son las encargadas de instruir a las hijas en los futuros deberes matrimoniales, protegiéndolas ante las supuestas amenazas y peligros. Después de la menarquía, las gitanas pasan a una fase de sobreprotección familiar e individual, de manera que la preservación de la virginidad será uno de los deberes fundamentales. Las mujeres mayores o "Tías", tienen un papel preponderante como figura de autoridad familiar y en procesos de decisiones familiares. La evolución de la mujer gitana es sobresaliente, impulsando con fuerza un proceso de integración social y cambio en la comunidad gitana sin precedentes, remodelando sus modos de vida, valores, roles y actitudes (Gamella, 2011; San Román, 2010).
- La organización social de gran parte de los gitanos españoles se establece a través de linajes familiares patrilocales. No necesariamente viven todos bajo el mismo techo pero, generalmente, sí en zonas próximas. En muchos sitios de España, las disputas entre gitanos son tratadas y conciliadas por los "gitanos de respeto", "Tíos" o "Patriarcas". Esto no ocurre en todas las comunidades gitanas. Por ejemplo, en la zona de Guadix, aunque se organizan en linajes y familias, los "Tíos", no existen como grupo organizado que tenga parte mediadora en los conflictos (Moreno, 2006).

- El romaní, es la lengua gitana universal. De origen neorario derivada del sánscrito se habla de manera cotidiana por grupos de romaníes de Europa y América. En España, se utiliza (actualmente solo lo practican esporádicamente gitanos mayores) una variante de este lenguaje que es el "caló" o "hispano-romaní". El caló, es un idioma mixto formado por léxico romaní y castellano, que adopta generalmente, la fonología y la morfosintaxis del castellano, ofreciendo cierta exclusividad comprensiva a conversaciones entre gitanos que lo entienden (Gamella, 2011; San Román, 1976).
- En general, los gitanos han percibido la salud como algo secundario, priorizando la adquisición de otras necesidades como la vivienda o el trabajo. Esto conlleva repercusiones negativas sobre la afección de enfermedades a edades prematuras. Cuando un gitano se empieza a preocupar por la salud, los síntomas ya son graves y en muchos casos irreversibles. Una vez remiten los síntomas vuelven a su vida normal, abandonando el tratamiento aunque los facultativos insistan en mantenerlo. Este comportamiento hace que la enfermedad se pueda instaurar definitivamente extendiendo sus efectos con más virulencia, acortando significativamente la esperanza de vida de la persona. Cuando quién enferma es la mujer gitana las consecuencias son muchísimo más dramáticas, puesto que, generalmente es la responsable del desarrollo de todas las tareas domésticas y el cuidado de los hijos. Cuando una gitana por fin utiliza los servicios médicos, la enfermedad está muy avanzada y con mucha probabilidad deba ser hospitalizada. (San Román, 2010, 1976).
- El apoyo familiar ante la enfermedad, es un factor cultural fundamental que influye de manera positiva en el restablecimiento del enfermo. Desde un punto de vista psicofisiológico, distintos estudios concluyen que el restablecimiento de la salud se produce mucho más rápido cuando el individuo está acompañado y siente el afecto de personas significativas, que en ausencia de ellas (Almagiá, E., 2014; Matud et al., 2002).
- La solidaridad entre parientes, entendida como el deber entre gitanos de ser hospitalarios acudiendo cuando surgen dificultades económicas y sobre todo cuando hay cuestiones relacionadas con la enfermedad o muerte, refuerzan el sentimiento de pertenencia consolidando una barrera protectora sobre los miembros del grupo y proveyendo recursos materiales,

cuidados físicos y emocionales ante las situaciones de riesgo (San Román, 2010, 1976).

- La mayoría de gitanos tienen una predisposición especial para las dotes artísticas muy significativa, lo que los expertos llaman “*el duende*”. Aprenden música de oído, el baile por imitación o la pintura por observación, entre otras artes. Podría decirse que está implicado cierto grado de genética, alentada por un ambiente rico en estímulos que eliciten el desarrollo de capacidades artísticas. Evidentemente no todos los gitanos son artistas, ni todos los gitanos que son artistas realizan sus actividades por talentos heredados, sino que en la mayoría de los casos hay envuelto muchísimo esfuerzo y dedicación (Salmerón, 2009).
- El matrimonio entre gitanos se produce, generalmente, a temprana edad donde las mujeres tienen como media 14-16 años y hombres 18-20 años. El rito del pañuelo (prueba de virginidad de la novia), es una costumbre muy distintiva del pueblo gitano (Gamella, 2011, Salmerón, 2009). No en todos los sitios el procedimiento se lleva a cabo de igual manera, pero el significado de pureza y honra que lleva asociado es para las familias involucradas un hecho compartido con una relevancia transcendental. El zenit de la boda gitana se produce cuando la *Juntaora*, en una estancia ajena al público, introduce un pañuelo blanco haciendo tres o cuatro pequeños pliegues e introduciéndolo en la vagina de la joven, hasta que se mancha de un color marrón más o menos intenso. Después sacan a los novios en hombros en un éxtasis de alegría, euforia y conformidad. Esta somera descripción del rito, ha obviado muchos detalles que necesitarían un libro completo para describir la carga emocional y otros aspectos que hay envueltos.
- La gastronomía tradicional del pueblo *romá*, se caracteriza por alimentos muy nutritivos, sin mucha elaboración, fáciles de preparar (Doors, 2009). Cuando se hable de Guadix, se mencionarán algunos platos típicos entre los gitanos de la zona. No se trata de hablar de la gastronomía típica de los gitanos en un trabajo sobre envejecimiento pero, como se ha visto anteriormente, la alimentación tiene influencia directa sobre la salud y por tanto es un tema relevante para nosotros.



Evidentemente, habrá gitanos que se sienten más o menos identificados con lo señalado anteriormente como rasgos culturales asociados a los gitanos en general. Las costumbres y tradiciones gitanas están sometidas a procesos de cambio y adaptación vinculados al momento sociohistórico. En una sociedad cambiante, los gitanos son un pueblo vivo, dinámico sometido al efecto de procesos regenerativos, pero simultáneamente perduran principios vertebradores y costumbres que no han cambiado de manera sustancial con el paso del tiempo. Lo que se ha intentado plasmar como rasgos de la minoría etnocultural de los gitanos, es el sentir de la mayoría, admitiendo que no se está en disposición de la verdad absoluta y habrá gitanos que no se sientan plenamente identificados.

La diferencia cultural de los gitanos españoles deriva, principalmente, de los sistemas de matrimonio, género y parentesco. La organización social de los gitanos tiene como eje fundamental la familia (miembros co-residentes en la misma casa o relativamente cerca), donde acontecen la mayoría de las interacciones. Esta institución es un factor de protección, ofreciendo cierto grado de seguridad frente a las fluctuaciones económicas, de salud, sociales y psicológicas de sus miembros (Gamella, 2011; San Román, 2010; Moreno & Sánchez-Oro, 2006).

La mayoría de autores que analizan la cultura y organización social de los gitanos, tanto españoles como extranjeros, coinciden en que uno de los rasgos centrales en la comunidad gitana es el énfasis recurrente en la cultura hablada, del valor de los ancianos y ancianas y el respeto que les debe la comunidad como depositarios del conocimiento y las tradiciones etnoculturales (San Román, T., 1976, 1997, 2010; Doors, J., 2009; Laparra, M. et al. 2007; Parry et al., 2007). Algunos estudios sugieren un efecto provechoso sobre el envejecimiento, derivado de las relaciones familiares cercanas positivas. Según Otero, “las redes y mecanismos psicosociales construidos a lo largo de la vida juegan un importante papel en el logro de un envejecimiento saludable” entre ellas, las relaciones familiares (Otero, 2006: p.2). Por otro lado, Puga sugiere un efecto positivo sobre la percepción de la salud y un menor índice de depresión en las personas mayores, cuanto mayor es la frecuencia de los contactos con otros miembros de la familia (Puga et al., 2007).

La mujer gitana, es una figura particularmente importante en la comunidad *romaní*, viviendo subordinada al hombre gitano, cumpliendo con los roles que culturalmente se le han asignado como madre, hermana o esposa. La mujer gitana, ha sido educadora y transmisora de normas y valores culturales, ha sido cuidadora de niños y mayores, ama de casa, jornalera y muchas actividades más, sin tener en cuenta su propio bienestar sino, exclusivamente, el de su familia. Generalmente, las gitanas comenzaban a tener hijos antes de la veintena y, hasta bien pasados los cuarenta, no era difícil que tuviera algún otro embarazo. El papel preponderante de la mujer gitana cobraba más relevancia en la comunidad según pasaban los años vividos y, sobre todo, por mantenerse en consonancia con los deberes y obligaciones que la cultura les demandaba. Estas fueron, algunas de las condiciones, en las que vivieron la mayoría de gitanas que ahora tienen más de cincuenta años.

Por supuesto, la situación social de la mujer gitana ha cambiado sustancialmente. En la actualidad, la subordinación al hombre se ha “suavizado” y hay más control sobre la fecundidad. Las tareas del cuidado de los hijos y el hogar no son exclusivas de la mujer, y aunque siguen adoptando pautas culturales con respecto a sus roles, las actividades están mucho más adaptadas al momento histórico actual, donde la mujer tiene derechos y libertades que la sociedad protege frente a los posibles abusos. Hoy podemos encontrar gitanas universitarias, empresarias o gestoras de asociaciones, actividades que eran impensables para los gitanos hasta hace relativamente pocas décadas, puesto que el rol de la mujer se circunscribía a casarse, tener hijos, ocuparse del hogar, la familia y “*buscar la vida*” fuera y dentro del hogar (San Román, T., 1976, 1997, 2010; Doors, J., 2009; Laparra, M., et *al.*, 2007).

Probablemente, consecuencia de las condiciones en las que vivían las gitanas hace unas décadas, la mayoría de los estudios señalan, que la mujer gitana anciana tiene un número mayor de enfermedades, sobre todo relacionadas con dolor crónico, diabetes, obesidad y depresión en comparación con el hombre gitano y por extensión con la población mayoritaria (MSSSI, 2006; Gamella, 2011; La Parra D., et *al.* 2006; Maya et *al.* 2012; FSG, 2011; MSC-FSG, 2006; García, C., 2006; Laparra, M., et *al.*, 2011; San Román, 2010; Ferrer, 2003; Parry et *al.*, 2007).

En 2011 se hizo una pequeña investigación exploratoria de la que surgieron muchos indicios, provisionales y pendientes de confirmación en muestras más representativas, pero también muy impactantes, relacionados

con el envejecimiento en población gitana. Entre las pistas más interesantes, Heredia pudo encontrar que: solo el 4,5% de los encuestados tenía más de 76 años; el 83% estaban casados; el 89% decían percibir su salud regular, mala o muy mala; el 98,3% tenían una o más enfermedades; el 41,8% dijeron tener depresión; el 77% no tenían interés en el futuro y el 65% expresaron tener una actitud negativa o muy negativa hacia el envejecimiento (Heredia, 2011). Esta información se debe tener en cuenta de manera muy provisional, puesto que fue el primer paso exploratorio en el estudio de un proceso extremadamente complejo y extenso como es el envejecimiento en general y particularmente en personas gitanas.

#### **8.4.4. LOS GITANOS DE GUADIX.**

A continuación, se ofrecerán algunos datos necesarios sobre los gitanos en la Comarca de Guadix donde se ha llevado a cabo la presente investigación.

En Andalucía viven unos 350.000 gitanos (más del 4% de la población andaluza), de los que en Granada se encuentran casi un 19%, unos 65.000 individuos (FSG, 2009). La presencia gitana en Guadix y su comarca es constante e importante desde hace siglos. Viven unos 1.700 gitanos si se aplican cálculos estadísticos básicos muy conservadores (4% de unas 42.000 personas) (Pérez, 2001). Aunque por nuestra experiencia y conocimiento de la zona donde se ha realizado el estudio la cifra estaría más cercana a los seis mil individuos.

En la Comarca Accitana hay 32 municipios de los que Guadix es cabeza de corregimiento y sede episcopal. Como ciudad, es el centro neurálgico donde se produce una importante actividad económica y administrativa. Es notable su abundante patrimonio histórico y, como muestra, se puede mencionar el antiguo Teatro Romano, la Alcazaba, su majestuosa Catedral de estilo barroco, iglesias como la de San Miguel o los barrios de cuevas.

Los gitanos de Guadix y su comarca son una población heterogénea y en constante transformación, con gran variedad de situaciones familiares, socioeconómicas y laborales, así como una importante diversidad de trayectorias personales y familiares pero, en general, comparten muchos rasgos socioculturales con el resto de gitanos españoles.

Los gitanos accitanos (gentilicio de los habitantes de Guadix), son una población joven con una proporción muy escasa de personas mayores. Considerada en conjunto, la población gitana de la zona tiene un nivel socioeconómico económico muy deficitario, peor estado de salud y una menor esperanza de vida que el resto de población. Un significativo porcentaje de gitanos viven en barrios donde hay un alto porcentaje de viviendas con evidentes signos de deterioro y servicios públicos deficitarios, patrón residencial que se observa también en algunos pueblos como en Benalúa el barrio de "El Tarambolo" o "La cañada de los gitanos" en Guadix.

Hasta hace pocos años se podían encontrar gitanos *fragüeros* o herreros, canasteros, tratantes de ganado o jornaleros en cortijos (Gamella & Martín, 2008). Estos oficios, no han tenido continuidad en las nuevas generaciones de gitanos y gitanas, basando su principal y precaria fuente económica en el subsidio agrario (*PER*), la hostelería, construcción y el desempeño laboral en explotaciones agrícolas, pasando largas temporadas en zonas como el Levante, Cataluña, Islas Baleares, Ciudad Real, Jaén o Francia.

La organización social fundamental de los gitanos en Guadix, es la familia, al igual que el resto de gitanos, siguiendo un cierto patrón de patrilocalidad donde todavía se observa un cierto control comunitario basado en un grado significativo de machismo, afortunadamente, en decadencia. Sigue habiendo un claro sentimiento grupal y étnico, contextualizado en la familia nuclear (matrimonios con sus hijos y parejas) y sus lazos sociales, basados en relaciones fuertes que ejercen de cierta protección ante los procesos de muerte o enfermedad y amenazas externas como la discriminación o el racismo.

El discurso de respeto a los mayores y el deber de cuidarlos, primariamente por sus hijos y nietos manteniéndolos en casa, es universal entre los gitanos. Pudiera haber algún caso donde estos mayores estuvieran descuidados por parte de sus hijos/as, pero nosotros no hemos encontrado ni un solo caso en la zona de estudio. El sentimiento que sitúa como un deber el cuidado de "los mayores" por su familia, es un elemento de distinción cultural: los *payos* llevan a sus ancianos a residencias y los dejan allí abandonados durante grandes períodos de tiempo. Esta actitud, es aborrecible para los gitanos y gitanas. Los cuidados y respeto de los gitanos hacia sus mayores, sirve de reivindicación moral de una minoría que en otros muchos aspectos siente cierta inferioridad frente a sus vecinos dominantes. Los gitanos *viejos*, generalmente, son cuidados en sus propios hogares por hijos/as o

familiares muy allegados. En épocas de crisis como la que se ha generado en los últimos años, son la única fuente económica donde se vuelven a refugiar muchos miembros que se habían independizado y sus familias.

Las mujeres gitanas de esta zona (gitanas accitanas), muestran una creciente variedad de respuestas y adaptaciones, al igual que el resto de gitanas. Ha sido y es la encargada de cumplir con multitud de roles y tareas dentro y fuera del hogar, impulsando el desarrollo familiar y comunitario. Tratándose una realidad enormemente compleja y cambiante, las gitanas, han desempeñado roles como madres de numerosos hijos, esposas sometidas, hermanas honrosas, trabajadoras incansables y ancianas sabias. Las mujeres gitanas constituyen el sector de cambio más significativo entre los gitanos, conquistando parcelas sociales dentro y fuera de la minoría étnica, conformando el principal motor del cambio transformador de la población y cultura gitana.

El matrimonio de gitanos en Guadix y comarca continúa dando mucha importancia al rito del pañuelo aunque el matrimonio mixto cada vez es más frecuente en ésta y otras zonas de las que tenemos conocimiento. En algunos pueblos de la comarca de Guadix el porcentaje de matrimonios mixtos pudiera llegar hasta un 30%. En la actualidad el carácter pro-natalista del matrimonio entre gitanos ha dejado lugar a una baja tasa de natalidad, aunque sigue muy por encima del resto de población y esto también ocurre con los gitanos accitanos.

En cuanto a la gastronomía típica de los gitanos accitanos, diremos que está basada en la sencillez de elaboración, bajo coste y el alto poder nutricional con relativa independencia de la situación económica (actualmente casi ningún gitano español pasa hambre como sí ocurría antaño en la mayoría de los casos).

Por ejemplo, un plato muy popular son las “*gachas picantes*”. Está compuesto por harina cocida y un caldo rojo derivado de un sofrito de tomate, pimiento verde, cebolla, ajo y pimiento rojo seco frito y molido con mucho picante. El consumo de este plato se acompaña con tiras de tocino fresco frito. Normalmente se come en los fríos y lluviosos días de invierno propios del clima continental. Otro plato típico son las famosas migas de pan o harina, acompañada de chicharrones, por no decir de la careta de cerdo asada. También destaca el potaje de legumbres (garbanzo, habichuela, lenteja) con hinojos y/o cardillos (tagarninas).

Como se puede percibir, son alimentos con un alto porcentaje en grasas saturadas (las más dañinas para el buen funcionamiento cardíaco) e hidratos de carbono. Platos poco recomendados para personas mayores que, frecuentemente, desarrollan patologías cardíacas o diabetes. Muchos gitanos mayores no se resisten a consumir este tipo de alimentos y además son pocos los que realizan algún tipo de ejercicio físico. Esto hace posible que la obesidad, las afecciones cardíacas o la diabetes tengan altos índices de incidencia en la población gitana y, sobre todo, en los mayores.

Sintetizando las ideas más importantes consideradas hasta aquí en esta extensa introducción, destacaremos varias cuestiones.

- Mientras que en España el número de personas mayores y la esperanza de vida no dejan de aumentar, la población gitana aunque también envejece, lo hace porcentualmente muy por debajo del resto de la sociedad. La representación de ancianos entre los gitanos es muy escasa, mientras los índices de fecundidad son mucho más elevados en comparación con la población mayoritaria, conformando en términos absolutos, una población joven.
- Los estudios internacionales sobre envejecimiento en minorías etnoculturales, advierten la existencia de un menor nivel socioeconómico, mayor morbilidad, menor esperanza de vida y más niveles dependencia en dichas minorías, en comparación con la población mayoritaria donde residen.
- Los estudios dirigidos a población gitana española, no dirigidos específicamente en el estudio del envejecimiento, coinciden en la existencia de un bajo nivel socioeconómico, peor estado de salud y una esperanza de vida menor en gitanos, en comparación con la población mayoritaria.
- El pequeño trabajo exploratorio sobre envejecimiento en gitanos de Heredia de 2011, sugiere la existencia de ciertos déficits que pudieran estar produciendo graves problemas de distinta naturaleza en los gitanos y gitanas mayores, en comparación con la población mayoritaria.
- Paradójicamente, en la cultura hablada los ancianos gitanos, supuestamente, están muy valorados y tienen redes familiares donde los contactos con los miembros son frecuentes y positivos, que indicaría que podría haber, al menos, mejor salud mental. Pero, lo que frecuentemente se encuentra es que, además de sufrir niveles de morbilidad más elevados también tienen

peor estado de ánimo y su percepción sobre el propio envejecimiento es muy pesimista, en comparación con los ancianos no gitanos.

- Los estudios consultados, indican que los niveles extremadamente negativos hallados en distintas variables que afectan a los hombres gitanos, en la mujer gitana se intensifican, confiriéndole a las gitanas ancianas un carácter de triple vulnerabilidad: ser mujer, ser anciana y ser gitana.
- En Guadix y su comarca, viven unos 1700 gitanos y gitanas cuya organización familiar está basada, principalmente, en un modelo de patrilocalidad. Sus lazos sociales se caracterizan por relaciones fuertes contextualizadas, principalmente, en la familia nuclear creando cierta protección ante agentes estresantes como la enfermedad, la muerte o la discriminación.
- Los gitanos de Guadix siguen dando mucha importancia al cuidado, respeto y atención de sus mayores. Este planteamiento se acepta de buena gana sin cuestionamientos como algo característico e identitario de la etnia.
- La gitana accitana, al igual que el resto de gitanas, constituye el soporte principal de la familia gitana como madres, educadoras, trabajadoras y un sinnúmero de otras actividades. Las *calís* accitanas están abandonando su papel conservador para adoptar una perspectiva transformadora constituyendo el mayor motor de cambio de la etnia.
- En Guadix y su comarca se están consensuando muchos matrimonios mixtos (en algunos lugares hasta el 30%). En parejas constituidas entre gitanos aún sobresalen señas de identidad étnica como es el pañuelo.
- La gastronomía típica de los gitanos accitanos está impregnada de sencillez pero de muchísima consistencia nutricional. Abundan comidas hipercalóricas y con alto contenido en grasas saturadas en detrimento de comidas más saludables.

## 9. RAZA, ETNICIDAD Y RACISMO.

Otra dimensión fundamental para este trabajo son los procesos de etnicidad y racismo. Estamos seguros, de la poderosa influencia que estos procesos han ejercido y ejercen en todas las etapas de la vida de los gitanos, proyectándose acumulativamente durante la vejez. Comprender de qué maneras pueden afectar estos procesos a cualquier individuo o grupo, facilita la comprensión de los resultados que hemos encontrado.

En primer lugar, se hará una aproximación básica a los conceptos “raza” y “etnicidad”, donde los “estereotipos” y “prejuicios” son factores fundamentales. Posteriormente se mencionarán algunos efectos de estos procesos a nivel psicológico, biológico y socioeconómico en personas mayores y en gitanos.

### 9.1. Aproximación al concepto raza.

Las diferencias sociales, lingüísticas, fisionómicas y culturales como símbolo de la “otredad”, han estado presentes en el género humano desde tiempos inmemoriales, pero todo parece indicar que hasta finales de la Edad media no había un concepto equivalente a “raza”. Como menciona R. L. Segato (2007), “La palabra <<raza>> ingresó en las lenguas europeas a principios del siglo XVI. Su significado principal consistía en lo que Baton llamó *linaje*, es decir, una estirpe de descendientes vinculados a un ancestro común; tal grupo de personas compartía una cierta ascendencia, que les debería otorgar cualidades más o menos comunes” (Segato, 2007; pp.12, 13). La introducción de la ciencia en el tema se intensificó, principalmente, cuando Europa incrementó el contacto con otras culturas. Desde un marco puramente determinista y etnocéntrico, el objetivo principal de la *ciencia* fue sistematizar y ordenar en categorías lo conocido y *propio* para poder diferenciarlo de aquello *ajeno o extraño*, impregnando el proceso, consciente o inconscientemente, de connotaciones negativas para lo desconocido y positivas para lo conocido (Morales, 2008).

En este contexto F. Bernier (1620-1688), acuñó por primera vez el término “raza”, concebido como criterio para clasificar a los seres humanos en cuatro o cinco “especies o razas” según sus características fenotípicas, localizadas principalmente en cuerpo y rostro. Algunas décadas después, el botánico sueco



C. Linneo (1735), propuso un sistema de taxonomía con el que ordenó los reinos (animal, vegetal y mineral) según clase, orden, género, especie y variedad, estableciendo posteriormente vínculos con aspectos de índole espiritual y cultural. Lo más interesante de Linneo fue conseguir orquestar *científicamente* el significado de colores de piel a cualidades o defectos de las categorías raciales que propuso. Por ejemplo, el color negro lo relacionaba con la inmoralidad, lo diabólico y lo malo. En cambio, el blanco lo asociaba a lo bueno, bello y divino (Segato, 2007; Hering, 2007).

En un contexto de ebullición del capitalismo, colonialismo, secularismo e individualismo posesivo, se primaba la posesión de bienes y riqueza económica, que a menudo definían la jerarquía social de los individuos. Para el siglo XIX, muchas teorías partían de la idea errónea que “las razas eran tipos permanentes y separables de seres humanos, con cualidades innatas que se transmitían de generación en generación” (Segato, 2007: p.16), argumentando la inferioridad de los *negros* y otras personas de las colonias, por factores como su retraso evolutivo, capacidad intelectual limitada o hasta por el exceso de su impulso sexual (Navas, 1997). Se fueron incorporando al discurso racista otros factores y modelos como el poligenismo y la antropometría, profundizando en lo específico y único de cada grupo y la inequidad intelectual de las supuestas *razas inferiores*. En el campo de la antropometría, Morton, Broca y Gould, intentaron justificar las diferencias entre “razas” por las características físicas del cerebro, sobre todo, por su tamaño. Llegaron a postular afirmaciones tan absurdas como que el tamaño del cuerpo determinaba el del cerebro y, consecuentemente, el nivel de inteligencia (Hering, 2007; Posnansky, 1943).

En la década de los años 20, surgieron una serie de grupos defensores de los derechos civiles de las personas de color, impulsando investigaciones que pusieron en duda la superioridad de la raza blanca, potenciando las aportaciones realizadas desde la psicología (Navas, 1997). A partir de los años 30, la biología evolutiva hizo un aporte determinante y autores como los biólogos T. Dobzhansky y L. Dunn, apoyándose en planteamientos genetistas, afirmaban que las diferencias humanas, siendo *reales*, metodológicamente no existía forma específica para organizar esas diferencias, excluyendo evidencia alguna de una jerarquía evolutiva subyacente. Posteriores descubrimientos en el campo de la genética, confirmaron la enorme complejidad humana, lo que derrumbaba los planteamientos de eugenistas y defensores de la taxonomía racial. Aún así, siguieron habiendo científicos de diversas disciplinas que, como

Fiher (1951) afirmó: “el conocimiento científico disponible proporciona una base firme para creer que los grupos de la humanidad difieren en su capacidad innata para el desarrollo intelectual y emocional” (Yudell 2014, p.40). Sin embargo, en 1951 la UNESCO señaló la invalidez desde el punto de vista científico del concepto “raza” como constructo social (Pascale, 2010).

En las décadas de los 60 y 70 genetistas como Lewontin (1972), basándose en estudios desarrollados con técnicas genéticas moleculares de electroforesis en gel concluyeron que: “la raza no tenía prácticamente significación genética alguna” (Yudell, 2014: p.41). Posteriormente, Cavalli-Sforza a finales del siglo XX basándose en técnicas de estudio de ADN, confirmó la no existencia de discontinuidad genética diferencial entre grupos, defendiendo la invalidez de las divisiones de grupos raciales de población humana. En el año 2000, los secuenciadores del genoma F. Colling y C. Venter pretendiendo zanjar el tema, confirmaron que el concepto “raza” no era representativo de la diversidad genética humana, pues todos los seres humanos comparten el 99.9% de la configuración secuencial del genoma, constituyendo un constructo no válido desde el punto de vista biológico o científico (*Ibidem*, p.44). Lejos de acabar ahí el farragoso tema sobre la “raza”, ese 0.1% diferencial reavivó el interés basado en mejoras técnicas para el análisis genómico que permitirían desentrañar ese ínfimo porcentaje de variabilidad, fundamentando la validez taxonómica del concepto de “raza”. Como concluye M. Yudell: “A pesar de los avances en el pensamiento científico sobre la raza, el racismo y la creencia en las razas persisten” (*Ibidem*). De acuerdo con el enfoque de Etienne Balibar (Balibar & Wallerstein, 1995), “la raza es una construcción cultural según la cual las diferencias genéticas y físicas son percibidas por los actores sociales como determinantes de ciertas actitudes características y comportamientos culturales y morales” (Quiroga, 1999: p.13).

De todo lo anterior, rescatamos aspectos como que “raza” es una construcción social dinámica estrechamente condicionada al contexto sociohistórico y geográfico, subyugado por diversos intereses sociales, morales y económicos, careciendo de validez alguna como constructo científico que descriptiva la variación fenotípica asociada al ámbito humano, cultural, lingüísticos y menos adecuado aún para argumentar que algunas razas sean superiores a otras (Rodríguez, 2008; Segato, 2007; Hering, 2007; Wade, 2000; González, 1997; Levi-Strauss, 1993).

Por nuestra parte, creemos que la “raza” es una construcción social poderosa que, frecuentemente, es utilizada por agentes sociales dominantes para incluir/excluir a ciertos grupos de personas, independientemente de que realmente describa una realidad objetiva ajena al contexto social. Los factores biológicos, sobre los que se fundamenta el concepto “raza” son índices neutros en sí mismos, lo dota la valencia a su significado son las atribuciones de los agentes sociales. El principal motivo para que el concepto la “raza” perviva hasta nuestros días, es que sigue teniendo utilidad perversa para ciertos agentes sociales, facilitando su labor de diferenciación y segregación, racializando, y por tanto, simplificando la diversidad humana en categorías sociales jerárquicas. El concepto “raza”, ha tomado elementos de la época sociohistórica, región, concepciones de verdad y moral o intereses sociales diversos para trasegarlos hacia la articulación de nuevas realidades socialmente aceptadas y defender su validación. En la actualidad, esta adaptación sigue conduciendo a las similares connotaciones y efectos perniciosos que antaño pero de forma menos directa y manifiesta.

## **9.2. ETNICIDAD.**

Para algunos autores, raza y etnicidad contienen implicaciones comunes sobre orígenes y transmisión de ciertos factores a través de las generaciones. Las identidades raciales en similitud con las étnicas son parciales, inestables, contextuales, situacionales y multívocas. Las identidades raciales articulan elementos fenotípicos como claves guadoras en procesos de categorización social. Estos elementos fenotípicos, transmitidos por vínculos de “sangre”, incentivan el valor del origen ancestral. De manera similar, la etnicidad se enfoca al proceso donde la persona se imbuye de una cultura transmitida por generaciones y la incorpora como parte de su propia esencia vital, construyendo su propio sentimiento de pertenencia e identificación social. Este sentimiento, altamente subjetivo y frecuentemente etnocéntrico, se activa por procesos de comparación inter- e intragrupal en áreas como la cultura, lenguaje, creencias religiosas, rasgos raciales, origen común o actividades compartidas. Por lo tanto, entendemos que la etnicidad incluye valores y prácticas culturales que, una vez asimilados, diferencian a los grupos o colectividades. Así, los miembros

pertenecientes a un grupo étnico se ven a sí mismos y son vistos por el grupo de referencia como diferentes (Segato, 2007).

### 9.3. ESTEREOTIPOS.

Según el diccionario de la Real Academia Española, el origen del término “estereotipo” deriva del *griego στερεός stereós 'sólido' y ὄππος τύπος 'molde'* y lo define como: “imagen o idea aceptada comúnmente por un grupo o sociedad con carácter inmutable”. El segundo significado que aporta el mismo diccionario, aludiendo al ámbito de la imprenta se refiere a “plancha utilizada en estereotipia” (RAE, 2017). En la primera de las definiciones, “imagen o idea”, evoca a factores contextualizados en el ámbito psicológico, “aceptada comúnmente por un grupo o sociedad con carácter inmutable”, señala a procesos de tipo social donde ideas individuales son validadas, compartidas y aceptadas en los grupos, perpetuándose como construcciones sociales sin ningún tipo de cuestionamiento en forma de creencias. El segundo significado del diccionario de la RAE, se extrae del ámbito de la imprenta donde las planchas de metal con los caracteres tipográficos fijos, permitían reproducir las mismas páginas cuantas veces fuera necesario (Cecilia, 2006). Estas notas básicas basadas en la definición poco específica ofrecida por el RAE, hacen ver que se trata de un término con una definición mucho más compleja.

La investigación se focaliza, principalmente, en los procesos de construcción y activación de los estereotipos a partir de procesos de cognición social y percepción (Navas, 1997). Uno de los primeros investigadores que se ocuparon del estudio de los estereotipos fue W. Lippmann (1889-1974), aportando la siguiente definición: “imágenes mentales que poseemos sobre las personas para entender la realidad social” (Valdeiglesias, 2004, p.135). Katz & Braly (1933), investigaron el contenido de algunos estereotipos vinculados al nacionalismo, la religión o grupos étnicos. Posteriormente Allport (1954), centró sus estudios en el proceso de estereotipia y la íntima relación entre los estereotipos y los prejuicios, explorando los factores cognitivos y motivacionales que facilitan el proceso. Años más tarde, Campbell (1967) señalaba la importancia del contexto comparativo y la composición de aspectos internos y externos en la gestación de los estereotipos (*Ibidem*: p.136).

Desde el enfoque de la Teoría de la categorización social y la influencia social de H. Tajfel (1986), el “estereotipo” es la representación social compuesta por imágenes mentales individuales especialmente simplificadas de alguna categoría de personas, institución o acontecimiento, compartidas por muchos individuos en sus características esenciales (Espinosa et *al.*, 2007). Este autor, puso el énfasis en el estudio de procesos cognitivos, socio-estructurales, culturales y motivacionales en la generación de estereotipos. Estudió aspectos fundamentales como la *categorización* (ordenar, agrupar y simplificar), la *asimilación* (adquisición inicial de las actitudes intergrupales) y la *búsqueda de coherencia* (marco explicativo de los cambios) que subyacen a la formación de estereotipos (Valdeiglesias, 2004). En la actualidad, desde la perspectiva cognitiva de la psicología social, se defiende que los procesos que intervienen en la formación y aplicación de los estereotipos, también son los responsables de su mantenimiento y cambio.

Los estereotipos, también pueden ser considerados como un sistema de creencias que permiten inferir la aparición de sentimientos, pensamientos y comportamientos en personas individuales de otro grupo específico. “Un estereotipo activado, actuaría como una regla cognitiva de decisión y de resolución de problemas, que permitiría inferir características, causas, razones, y decidir acciones ante sujetos dados” (Ayestarán & Páez, 1987: p.223). Este modelo sobre los estereotipos induce a pensar que, cuando un individuo es asociado a una categoría social se le atribuyen características específicas, suponiendo poder predecir sus sentimientos, pensamientos y conductas. Consecuentemente, se anticipa un comportamiento *coherentemente* con lo esperado del grupo de pertenencia. Este proceso también provoca un efecto en los demás, cristalizando sus interacciones y sometiéndolas a las expectativas que tengan en relación a la categoría. Procesualmente, se desplazan las especificidades individuales en pos de las características compartidas del grupo, impregnando a cada individuo por igual. Es decir, los detalles individuales son subyugados por las características generales del grupo. Los principales modelos y teorías en el estudio de los estereotipos son (Suriá, 2010):

**Teorías relacionadas con factores socioculturales:** la función principal de los estereotipos desde estas teorías es ayudar al ajuste individual según unas normas sociales.

**Teoría del Conflicto:** el autor más relevante M. Sheriff (1967), postula que en un contexto donde los recursos son limitados se desarrolla una imagen deteriorada del exogrupo, creando los estereotipos. Campbell (1960) defiende la incompatibilidad de intereses como base para los estereotipos.

**Teoría de Identidad Social:** H. Tajfel (1972), asegura que los procesos de favoritismo endogrupal sesgan la visión del exogrupo creando los estereotipos.

**Teoría de la Categorización del Yo:** El psicólogo social J. Turner (1978) ampliando la teoría anterior, fundamenta el estereotipo como un fenómeno racional y válido.

**Teorías de factores individuales:** defienden el origen de los estereotipos y lo relacionan con rasgos de personalidad individuales. Una de ellas es la del *chivo expiatorio*. Postula el surgimiento de estereotipos sujetos a ciertos procesos de frustración grupales que se descargan sobre otros grupos generalmente minoritarios. Otras teorías, basan sus preceptos en características de personalidad de individuos autoritarios e intolerantes que infiltran sus formas de pensar en otros.

**Teorías cognitivas:** desde esta orientación, los estereotipos se definen como un sistema de creencias (estructuradas y relacionadas) compartidas, relacionadas con los atributos personales (rasgos de personalidad, conductas, características físicas, roles), que manifiestan los miembros de un grupo. Básicamente, son asociaciones de unos atributos determinados a grupos específicos (González & Huici, 1999).

A continuación, se expondrán ideas básicas sobre algunos modelos de cambio del “estereotipo”, pues desde esta perspectiva se ha profundizado en el estudio de estos procesos de cambio.

**Modelo de la Conversión:** los estereotipos pueden cambiar si en los grupos aparecen casos que posean información desconfirmatoria del estereotipo.

**Modelo de la Contabilidad:** el cambio de los estereotipos irá tomando forma en base al número de casos que vayan ofreciendo información contradictoria.

**Modelo del Prototipo:** cuando miembros ejemplares del estereotipo proyectan información desconfirmatoria del estereotipo en sí mismo, se producen los cambios.

La funcionalidad de los estereotipos, ha sido ampliamente estudiada y uno de los autores más relevantes fue H. Tajfel, quien desde el proceso de categorización, defendió que los estereotipos facilitan la función de sistematizar y simplificar la complejidad y variedad, acentuando las semejanzas endogrupales y maximizando las diferencias en comparación con el exogrupo (Suriá, 2010). Desde el punto de vista individual, cuando un estereotipo es compartido con otros individuos se produce un proceso de confirmación y recompensa, siendo automáticamente reforzados y, por lo tanto, asegurando y fijando el contenido de los estereotipos con más fuerza cada vez que se confirman. Esto hace que sea muy difícil desconfirmar el estereotipo, ejerciendo un papel de resistencia al cambio, más aún, cuando hay asociados valores y emociones (Espinosa, et *al.*, 2007). Desde el punto de vista social, Tajfel defiende cuatro funciones de los estereotipos: favorecen la protección de los intereses colectivos del grupo; ayudan a explicar la realidad social y su causalidad; justifican los comportamientos hacia los miembros del exogrupo; mantienen una identidad positiva del endogrupo (Valdeiglesias, 2004).

Como se ha considerado, los estereotipos son parte importante en el imaginario de creencias sociales, constituyendo una pieza clave en la construcción de la identidad social, caracterizados como dimensión cognitiva de una representación grupal, que tienden a persistir en el tiempo con cierta inmutabilidad. Los estereotipos, como conjunto de creencias y atribuciones mantenidas en relación a un grupo social, son esquemas fijos y preconstruidos sin ser necesaria su elaboración individual, solo necesitan, entre otros, de procesos asimilativos condicionando la percepción del individuo sobre ciertos

grupos y del mundo en general. La construcción de los estereotipos, es fruto de procesos de *categorización, comparación e identificación social* (Suriá, 2010; Espinosa et al., 2007; Cecilia, 2006). Los estereotipos sobre ciertas categorías sociales, influyen determinadamente en la percepción e interpretación de la realidad de los individuos y, consecuentemente, en el comportamiento. La activación de estas representaciones mentales va a depender de su *accesibilidad, aplicabilidad y saliencia* (Rodríguez, C., 2008; Higgins, 1996). De estos tres, el proceso más importante es la *accesibilidad* que se refiere a: la probabilidad de activación de los recursos cognitivos disponibles asociados al estereotipo, que depende de la frecuencia de uso y de procesos automáticos o controlados (De Lemus, et al., 2008).

A continuación, analizaremos el “prejuicio” que es otro mecanismo mediador hacia conductas manifiestas incluidas en los procesos de discriminación etnocultural y exclusión social.

#### 9.4. PREJUICIOS.

Según el diccionario de la Real Academia Española (RAE), “prejuicio” deriva etimológicamente del latín *prae-judicium* “juicio previo, decisión prematura” y lo define como: en primer lugar “acción o efecto de prejuzgar”; en segundo lugar, “opinión previa y tenaz, por lo general desfavorable, acerca de algo que se conoce mal” (RAE, 2017). Como se puede ver en la primera acepción, se hace un juicio apresurado antes del tiempo apropiado, lo que conlleva falta de información, o lo que es igual, desconociendo a plenitud lo necesario para juzgar acertada y objetivamente. La segunda definición, incluye procesos psicológicos que infunden en el individuo posicionamientos fuertemente atrincherados, generalmente negativos, sobre algo que se conoce mal. Aunque es una definición básica, todos los prejuicios comparten las características señaladas: disposición negativa hacia el *otro*, fundamentada en el desconocimiento y la interpretación alejada de la verdad (Mazzara, 1999).

El término “prejuicio”, es un fenómeno tremendamente complejo, adaptativo y recurrente, que incluye aspectos psicológicos con base en procesos atribucionales como el de categorización grupal al igual que los estereotipos. Básicamente, mediante procedimientos inductivos y deductivos,



el individuo asignado a un grupo determinado por ciertas características, también se le atribuyen los mismos rasgos y propiedades que al grupo en cuestión. El resultando, es la homogeneización exogrupal que conlleva una despersonalización del individuo a costa del exogrupo, proceso similar al que activan los estereotipos (Pascale, 2010; Morales & Yubero, 1996).

La investigación de los prejuicios se centra, principalmente, en el estudio de los procesos evaluativos y afectivos de la percepción grupal, íntimamente relacionados con las actitudes individuales. El tipo de evaluación más frecuente que concurre en el prejuicio es “desfavorable”, por lo que se deduce que las atribuciones sobre el grupo *objeto* son negativas (Navas, 1997). Hay cierto consenso en considerar que el prejuicio es una *actitud negativa hacia determinados grupos* (Valdeiglesias, 2004: p.140).

Uno de los primeros y más relevantes autores en el estudio de los prejuicios desde una perspectiva cognitiva fue el psicólogo Gordon Allport (1897-1967), postulando que los prejuicios no están determinados por rasgos de personalidad sino que, como fenómeno intergrupal, son producto de procesos de aprendizaje (Del Olmo, 2005). Allport (1954), define prejuicio como: “actitud hostil y desconfiada hacia una persona que pertenece a un grupo simplemente por el hecho de pertenecer a él, suponiéndose por lo tanto que posee las cualidades objetivas atribuidas a dicho grupo” (González & Fernández, 2004: p.799).

Por lo tanto, los prejuicios constituyen actitudes afectivas, generalmente de carácter negativo, resistentes al cambio y fuertemente atrincheradas hacia un individuo o grupo al que se le atribuyen cualidades, actitudes y conductas predeterminadas socialmente compartidas. En este *juicio apresurado* (o antes de tiempo), hay una importante carencia de información y experiencias previas que permitan ofrecer una valoración objetiva y acertada sobre el objeto o sujeto del que se emite el juicio (Casal, 2006). El prejuicio, puede afectar a cualquier persona en mayor o menor medida por el simple hecho de pertenecer a un cierto grupo o categoría social (Navas, 1997).

Resumiendo, los prejuicios según Lippmann (1964), tienen cuatro características principales: homogeneidad, inexactitud, no adquiridos por experiencia directa y resistentes a los cambios. Los procesos psicológicos no son suficientes para explicar el desarrollo de actitudes prejuiciosas, también son fundamentales el contexto sociohistórico, económico y político (Pascale,

2010). Los prejuicios, se intensifican cuando se percibe una amenaza sobre la identidad social propia, provocando la intensificación de la percepción positiva del endogrupo y negativa del exogrupo. Las principales funciones del estereotipo son: la jerarquización y segmentación social impulsadas desde mecanismos de defensa, estructuras de personalidad patológica, normas sociales, intereses grupales incompatibles o categorización cognitiva, entre otros (Cárdenas et al., 2007; Navas, 1997). Una de las consecuencias psicológicas y conductuales de los prejuicios es, el mantenimiento de la distancia social respecto a las personas del exogrupo (Morales & Yubero, 1996).

El prejuicio, junto con el estereotipo, es el segundo de los conceptos que influyen de manera subyacente en conductas más o menos exteriorizadas, incluidas en los procesos de discriminación y racismo a los que seguidamente se dará atención.

## 9.5. DISCRIMINACIÓN Y RACISMO.

Discriminar es un acto cotidiano necesario, a menudo casi automático, que no siempre conlleva asociadas connotaciones negativas. En nuestro quehacer diario activamos procesos de decisión que nos permiten elaborar planes de actuación, discriminando/eligiendo entre aquellas opciones que más nos interesan y aquellas que menos. La discriminación es rechazable cuando se utilizan como determinantes del proceso rasgos de género, etnicidad o religión, entre otros.

El racismo, parte de la suposición de la existencia de las razas como categorías desiguales fijas y atemporales. Este proceso está asociado a comportamientos de confrontación/sometimiento, exclusión/inclusión. Además de estar mediado por un componente político, el racismo está estructurado por factores económicos y culturalistas entre otros. Como consecuencia, habilita a unos grupos sociales para dominar, someter y regular y a otros grupos para ser dominados, obedecer y ser guiados (Campos, 2012).

Hay cierto consenso, en afirmar que el componente conativo o conductual del prejuicio racial/étnico es la segregación y/o exclusión dirigida hacia un individuo o grupo. La investigación de los procesos de discriminación y racismo, se centra en la naturaleza de las relaciones intergrupales y sus

consecuencias conductuales, elicitadas por ciertos procesos sociales e individuales (Navas, 1997). En el estudio de la discriminación y el racismo, desde el paradigma de la psicología social, hay dos hitos históricos. El primero, se contextualiza en la publicación de “The nature of prejudice”, donde G. W. Allport (1954) articula los modelos y Teorías del Prejuicio que ofrecerían una explicación del racismo clásico. El segundo de esos momentos históricos, surge a partir de los años 80 y el desarrollo del llamado “nuevo racismo”, de la mano de una sociedad que demandaba igualdad y rechazaba frontalmente ideas y creencias racistas. En este contexto, la discriminación y el racismo, camaleónicamente, se fueron escondiendo bajo pantallas de sutilidad anedónica y razonamientos socialmente aceptados (Pascale, 2010).

De manera muy básica y genérica, la discriminación étnica/racial es el resultado conductual de la interacción de estereotipos (conjunto de creencias simplificadas acerca de los atributos asignados a un grupo) y prejuicios (evaluación/actitud negativa del exogrupo) (Suriná, 2010). No siempre la discriminación tiene como base los prejuicios y estereotipos. Pueden haber personas tengan comportamientos discriminatorios/excluyentes hacia un grupo determinado por motivos externos (leyes, normas) o internos.

Una de las definiciones más sencillas y actuales de discriminación étnica/racial, es la aportada por Behrman, Caviria & Székely (2003), citada por Smith-Castro (2010): “negar o denegar el acceso a oportunidades (de empleo, salud, educación, vivienda, etc.) a un grupo social y sus miembros”. Esta definición, estaría cercana al concepto de racialización donde una de sus acepciones identifica la desproporción entre grupos raciales en el acceso a bienes, recursos, servicios o el tratamiento equitativo, aceptando la existencia de razas y un orden jerárquico socialmente producido. El concepto de racialización, permite identificar exclusiones históricas que han derivado y derivan en visibles modelos de injusticia social que interfieren en la inclusión equitativa de ciertos grupos etnoculturales. Otra acepción del concepto de racialización describe un proceso social mediante el que los grupos sociales, culturas y etnicidades son categorizados de manera fija, respaldadas por un supuesto componente ontológico. No existen grupos raciales *per se*, sino grupos que la sociedad racializa resultantes de procesos de categorización institucionales, de movimientos sociales y políticos, entre otros (Campos, 2012).

Los procesos subyacentes a la discriminación etnocultural, están íntimamente relacionados con sistemas de categorización, comparación e identificación social como en los procesos anteriores. Ese tipo de discriminación, se podría entender también como el comportamiento negativo dirigido hacia los miembros de un exogrupo, sobre los que previamente se han asimilado ciertas creencias o cogniciones, permitiendo el desarrollo de emociones o afectos que activan sentimientos positivos/negativos hacia el objeto, facilitando una evaluación negativa/positiva que valida una serie de prejuicios. El resultado de la interacción de todos estos procesos es la discriminación racial/étnica que, frecuentemente, se manifiesta en conductas generalmente negativas, más o menos evidentes, al tratar con personas por el mero hecho de pertenecer a otro grupo (religioso, político, etc...) (Pascale, 2010). Lo anterior, está en sintonía con los postulados de Allport (1954), quien consideraba la discriminación como “cualquier conducta que niega a los individuos o grupos de personas una igualdad de tratamiento” (Navas, 1997: p.216).

Hemos repasado varios factores muy interesantes: el punto de partida de la discriminación étnica/racial son elementos diferenciales entre grupos, que desde una perspectiva etnocéntrica alimenta atribuciones negativas y prejuicios sobre el exogrupo, que dirigen al individuo o grupo a conductas para mantener y superponer los intereses del endogrupo.

El psicólogo A. Bandura (1982), en su *teoría del aprendizaje social*, defendía que algunos de los contextos donde se producen con más asiduidad situaciones de discriminación, están relacionados con diferencias sociales como asimetrías de estatus o nivel socioeconómico, entre otras, sobre las que un grupo *dominante* legitima y justifica su superioridad sobre otro grupo *dominado* (Valdeiglesias, 2004). Para autores como M. Sheriff (1966) en su *teoría del conflicto realista*, postuló que el conflicto entre grupos, arranca del prejuicio vinculado explícitamente con la discriminación, como procesos resultantes de la competición realista entre grupos sociales por recursos escasos y apreciados (Navas, 1997).

Generalmente, la sociedad sanciona y rechaza la expresión explícita de opiniones, sentimientos o comportamientos discriminatorios dirigidos a elementos como raza, etnia, religión o género, lo que no impide que aún siga

habiendo muchos fanáticos racistas. Los procesos de activación de estereotipos y prejuicios continúan siendo idénticos a los del pasado, cambiando solo la manifestación conductual, adoptando nuevas formas de discriminación no confrontativa o encubierta, siendo más difícil de medir e identificar (Pascale, 2010).

El caso de la discriminación etnocultural y racismo sutil, adopta nuevos “rostros” según el momento histórico en el que vivimos, donde la democracia e igualdad (dimensiones sociales básicas), han impulsado la puesta en marcha de medidas para reducir la desigualdad y la discriminación. Esto hace, que creencias y actitudes políticamente correctas pero profundamente discriminatorias y racistas, yazcan encubiertas bajo nuevas formas de expresión y eufemismos lingüísticos (Gómez & Huici, 1999).

Denominaciones *suaves* como racismo simbólico y/o moderno, racismo aversivo, prejuicio sutil, prejuicio latente u ontologización, entre otros, comparten componentes de ambivalencia. Es decir, los individuos toman como base modelos adaptados no confrontativos, para articular atribuciones de inferioridad al individuo perteneciente a un exogrupo. El resultado final, se presenta en forma de respuestas evaluativas o emocionales negativas hacia miembros de otros grupos, aunque manifiesten no tener prejuicios contra ellos o los justifiquen. La base justificatoria descansa sobre razonamientos socialmente aceptables que, presumiblemente, no guardan relación con el racismo (Pascale, 2010). Algunas de las reacciones que se pueden observar no son conductas de agresión sino de evitación y aislamiento como (Huici, 1996):

- Mantener la distancia social al percibir una amenaza relacionada con ciertas minorías, que se traduciría en sensación de intranquilidad, inseguridad, desconfianza y en ocasiones temor.
- Planteamientos como, que los miembros de minorías están llevando sus ideas demasiado lejos y obtienen recursos ventajosos inmerecidos.
- Conductas ambivalentes como profesar la defensa de las minorías pero reprobar alguno de los rasgos atribuidos de personalidad.

Lo anterior, hace suponer que la gente no ha interiorizado suficientemente las normas no prejuiciosas que obedecen solo por temor social, perpetuando en privado aquello que no demuestran en público. Este tipo de racismo, puede plantearse a distintos niveles: el racismo individual (amparado en factores biológicos), racismo institucional (limitación de

oportunidades por políticas institucionales injustas) y racismo cultural (superioridad de tradiciones culturales endogrupales) (Navas, 1997).

En resumen, creer que la discriminación étnica y el racismo son procesos superados característicos de otras épocas *menos civilizadas*, es un error (Smith et al. 2010). Los datos demuestran que la discriminación etnocultural y el racismo se han adaptado y transformado, para subsistir en una sociedad que profesa un alto y superficial nivel antirracista. Generalmente en privado, se perpetúan los mismos procesos atribucionales que activan emociones y conductas profundamente racistas respecto a miembros del exogrupo, procesos influidos por una actitud de rechazo injustificada y acrítica. Es aquí donde se ha producido el mayor avance adaptativo en los últimos años de los procesos racistas, donde comportamientos y expresiones racistas se amparan en lo socialmente aceptable y políticamente correcto. En la mayoría de casos, es pretendida la defensa de procesos racistas, en su forma subyacente y encubierta, como legítimos, al amparo de preceptos de libertad, igualdad, complicando enormemente su análisis e identificación real.

En el caso de la minoría étnica de los gitanos podemos, decir que están sometidos a procesos de racialización propia y ajena. Básicamente las razas son grupos que se contextualizan políticamente en torno a rasgos fenotípicos aunque genotípicamente no tengan coherencia. En el caso de los gitanos no se les identifican por la manera de vestir o con quien van. En el caso de los gitanos, se sigue construyendo una parte de su diferencia por ellos y de los demás con aspectos raciales, también por otros muchos no raciales. Concluimos que aunque la visión de raza es muy común tanto dentro como fuera de la minoría, creemos mucho más oportuno considerar a los gitanos como una minoría étnica diferenciada por sus vecinos sobre todo por procesos culturales, políticos y de autodefinición.

#### **9.6. Algunas consecuencias de los procesos de discriminación y racismo.**

La exposición sostenida a situaciones discriminatorias/excluyentes directas o indirectas, tiene consecuencias básicamente negativas en distintas dimensiones en la vida de las víctimas (Smith et al. 2010). Como ya se mencionó anteriormente, G. W. Allport (1954), fue pionero en el estudio de los

prejuicios y señaló algunas de las posibles consecuencias que las víctimas de discriminación podían desarrollar como: un estado de activación o alerta constante, negar la pertenencia al endogrupo, adoptar una actitud pasiva o caricaturizar las características negativas del endogrupo haciendo el papel de “bufón”, insatisfacción personal, rechazo de uno mismo o desajuste psicológico. A continuación, se considerarán sintéticamente algunas otras consecuencias psicológicas y sociales de la discriminación y el racismo (Smith et al., 2010; Pérez, 1996).

- Autopercepción estereotípica negativa.  
Una parte importante de personas acaban asumiendo, personificando y proyectando la visión estereotípica que se tenga sobre ellas (autoestereotipia, profecía autocumplida y activación automática). Como consecuencia, es muy probable que desarrollen menor autoestima y una imagen negativa de sí mismos (autodepreciación). Estas conclusiones, están apoyadas las teorías de identidad social (Tajfel, 1986) o la teoría de la autoestima basada en la eficacia (Gecas & Schwalbe, 1983).
- Abandono/distanciamiento del grupo de referencia.  
Tajfel la denominó “movilidad social” y bien sea de manera literal o simbólica, la persona que sucumbe a pensar que la pertenencia a su grupo le ocasiona más problemas que ventajas, rompe con todo lo que le relaciona con el grupo de pertenencia e intenta negar su identidad, admitiendo su desventaja grupal y aceptando la imposibilidad del cambio global de su grupo. Este proceso, conlleva en el individuo mucha frustración y desemboca frecuentemente en conflictos y agresión.
- Estrategias cognitivas.  
Atribución al prejuicio: cuando los individuos de grupos discriminados tienen malos resultados o, no tan bien como desearían, atribuyen su “fracaso” a la discriminación y prejuicios de los que son víctimas ellos y su grupo de pertenencia.
- Grupo de comparación propio.  
Algunos individuos de grupos discriminados, hacen el proceso de comparación social con el grupo propio en vez del grupo dominante con el que tendrían desventajas.
- Dimensiones de comparación ventajosas.

Los individuos de un grupo discriminado, cuando se comparan con el grupo dominante pueden escoger aquellas dimensiones sobre las que tengan ventajas y no aquellas que les ridiculizan.

A este breve repaso de las consecuencias psicológicas y sociales de los procesos de discriminación etnocultural y racismo, se pueden sumar las consecuencias en ámbitos de la salud, laboral, económico y residencial entre otras.

Como apuntamos en la introducción, hay numerosos estudios donde se observan consecuencias de la discriminación en los mayores pertenecientes a minorías étnicas. Existen diferencias en la minorías etnoculturales, en sentido negativo, y como consecuencia encontramos un menor nivel sociocultural y económico, deficiencias importantes en viviendas y barrios de residencia, peor estado de salud con mayor número de enfermedades tanto físicas como psicológicas, vejez prematura, en comparación con la gente de la población mayoritaria donde residen (Cummings & Galambos, 2016; Driedger & Chappell, 1987; Huisman et al., 2013; Brown et al., 2012; Amani et al., 2011; Kohler & Preston, 2011; Williams & Sternthal, 2010; Fuller-Thomson, et al., 2009; Bischoff & Wanner, 2008; Katbamna & Matthews, 2007; Gelfan, 2003; Beyene, Becker, & Mayen, 2002; Baron-Epel & Kaplan, 2001; Liao et al., 1999; Guralnik, 1993; Sokolovsky, 1985; Dowd & Bengtson, 1978).

En el caso de los gitanos españoles, las consecuencias de los procesos seculares de discriminación, también se apuntaron en apartados anteriores. La persistente discriminación y segregación étnico-racial, tiene un significativo efecto de bloqueo en las relaciones inter-étnicas e inter-grupales, afectando negativamente los procesos de participación social de los gitanos, entre otras muchas áreas. (Arza y Carrón, 2015; Gamella, 2011, 2004).

Según los estudios, otras consecuencias terribles dimanadas de la discriminación y el racismo son: una menor esperanza de vida, bajo nivel educativo y económico, mayor tasa de paro y precariedad laboral, espacios residenciales con muchas deficiencias importantes, peor estado de salud caracterizado por un alto número de enfermedades psicológicas y físicas propias de edades más avanzadas, alimentación y nutrición deficiente, altas tasas de obesidad y sobrepeso, mayor consumo de tabaco y alcohol, en comparación con la población mayoritaria. Los estudios, también coinciden en que la mujer gitana soporta mayores niveles de afectación en casi todas las



variables, en comparación con los hombres gitanos, y por extensión, en comparación con la población general. (La Parra D., et *al.*, 2016, 2006; La Parra D., & Jiménez, 2013; MSC-FSG, 2006; Gamella, 2011; Maya et *al.* 2012; FSG, 2011; García, C., 2006; Laparra, M. et *al.* 2011; San Román, 2010; Ferrer, 2003).

## 10. GÉNERO Y VEJEZ.

Según los estudios que hemos consultado, hombres y mujeres generalmente no envejecen de igual manera. Hay distinciones en multitud de factores que intervienen tanto a lo largo del ciclo vital como finalmente en su última etapa, la vejez. La perspectiva de género se va a tener en cuenta para enriquecer la interpretación de nuestros datos y poner de relieve la tremenda dificultad que afrontan especialmente las mujeres gitanas.

El porcentaje de mujeres españolas mayores de 65 años, es un 33% superior al de hombres y el número de mujeres con 80 años y más, es 2 veces superior al de hombres de la misma edad (Abellán & Pujol, 2016: p.5). Aunque nacen más hombres que mujeres, a partir de los 50 años de edad se equilibran los porcentajes. Las mujeres tienen una esperanza de vida superior a la de los hombres, aunque frecuentemente esos años de *más* no están asociados a calidad de vida (Pérez, L., 2007: p.92). Fruto de la “transición demográfica”, estos y otros datos apoyan la idea de lo que algunos llaman “feminización de la vejez”, que está impulsando un cambio no solo en las proporciones de cada sexo en la población sino en la naturaleza de los roles convencionales (Pérez, J., 2003, 2010). En el estudio del envejecimiento, es importantísimo no homogeneizar a hombres y mujeres como iguales ante un proceso inevitable y dinámico, que proyecta diferencias generales en cada uno de los sexos y específicas en cada individuo. El proceso de envejecer es el mismo pero los agentes son muy distintos en lo referido a las demandas sociales, modelos e imaginarios socioculturales respecto a los roles de unos y otras. Es más sensato asumir la existencia de especificidades en ese proceso de envejecer, basadas en la diversidad biológica, psicológica y social de hombres y mujeres (Freixas, 1997; Arber & Ginn, 1996).

Es fundamental recordar el énfasis que promulga el marco teórico del Ciclo Vital, sobre la repercusión en el envejecimiento de las distintas experiencias a lo largo del ciclo vital. Si se analiza la trayectoria vital de

hombres y mujeres, existen desigualdades muy acentuadas íntimamente relacionadas con la edad cronológica en el caso de los hombres, modelo que no es aplicable en el caso de las mujeres (Freixas, 1997).

Tradicionalmente, en la mayoría de poblaciones el hombre ha desempeñado roles relacionados con el desempeño laboral y figura de autoridad familiar, aunque en las últimas décadas hay una cierta igualación en esos y otros roles. Al llegar la jubilación, tras una vida laboral más o menos continua, los hombres en mayor proporción que las mujeres, pasan a percibir prestaciones económicas y a “disfrutar” de la vejez. Los roles de las mujeres han sido múltiples y diferentes en tiempo y forma. Amas de casa, hermanas, madres, esposas, abuelas o trabajadoras fuera y dentro del hogar (frecuentemente sin remuneración o invisibles al sistema regulado) sin pautaje cronológico definido, provocan que los ritmos y experiencias vitales de las mujeres en general, no estén sujetos a jubilación u otro hito cronológico que permita la desconexión, como en el caso de los hombres. Si fuera el caso, los postulados de la teoría de la desconexión y la teoría de los roles, les beneficiaría al hacerles sentirse útiles y mantener su visión de sí mismas y de la importancia continuada de sus roles. Un porcentaje muy elevado de mujeres tienen menor poder adquisitivo que los hombres en la vejez o, incluso en muchos casos, ningún tipo de prestación por jubilación (Salgado-de Snyder et al., 2007). Si a lo anterior, se suman experiencias estresantes como múltiples embarazos, eventuales abortos, problemas de salud física y psicológica no tratados, hace que las mujeres en general tengan una perspectiva más negativa respecto a la vejez que los hombres, donde factores como la pobreza y la marginación son especialmente incidentes (Barrantes, 2006). Los roles de género se van adquiriendo durante toda la vida, por pautas educativas familiares, escolares y socioculturales, que moldean a la persona hacia ciertas actitudes y conductas *propias* de hombres o mujeres (Salgado-de Snyder, & Wong, 2007).

Cambios sociales tan importantes como el descenso de la fecundidad, la incorporación de la mujer al mundo laboral, la planificación y conciliación familiar, el acceso al mundo educativo y formativo están repercutiendo decisivamente en el desarrollo del estado de bienestar equitativo para ambos sexos en las generaciones actuales. Pero las cohortes de mujeres nacidas entre 1930 y 1950, reflejan hoy el impacto de una historia personal dura y sacrificada que se manifiesta en: mayor supervivencia que los hombres,

mayores tasas de viudedad, tasas muy altas de soledad, peor estado de salud, escaso nivel instruccional y bajo nivel económico por ausencia de prestaciones por jubilación (Pérez J., 2003).

Aunque los estudios revelan que las mujeres tienen mayores tasas de supervivencia, los años que viven más, generalmente, están asociados con diferentes grados de discapacidad y dependencia. Respecto al tipo de convivencia, los varones que pierden a sus esposas en la muerte piden más frecuentemente ayuda a sus hijos/as y generalmente no están solos. La mujer que pierde a su marido y queda viuda, sí sobrelleva la situación de mejor manera, pues las tareas domésticas en el hogar han sido parte de su vida y aunque esté sola las sigue manteniendo hasta que, por discapacidad, no puede continuar realizándolas (*Ibidem*).

Para el hombre, la vejez es una etapa relativamente desconocida a la que tendrá que adaptarse en función de la experiencia que tenga en las actividades domésticas. Para las mujeres, la etapa de la vejez es la continuación de una vida dedicada al hogar y la familia. Aunque la forma de convivencia preferida es la del “nido vacío”, es decir en pareja sin hijos, las mujeres tienen menos dificultad para vivir solas aunque les produce especial insatisfacción la soledad. En el ámbito de la economía, si ambos miembros de la pareja tienen ingresos por jubilación, el reparto de tareas será más efectivo, diluyendo por tanto, esa parte del rol masculino como resorte financiero al que *servir*. Algunos autores están de acuerdo en afirmar que la vejez iguala ciertos rasgos tradicionales distintivos de los roles de hombres y mujeres (Pérez L., 2006).

En este sentido, la mujer gitana, ha sido y es quien ha desempeñado más roles que favorecen y son positivos en el desarrollo y avances de la comunidad y familia. Además de compartir las características mencionadas para el resto de mujeres, la presión sociocultural que ha tenido que soportar para el desempeño de *sus* roles ha sido especialmente intensa y tenaz. Como hijas, desde muy pequeñas han sido instruidas en el desempeño de las tareas del hogar, el sometimiento a la autoridad masculina y el especial cuidado en las relaciones con el sexo opuesto. Han sido adiestradas para dar excelsa atención al significado que la cultura profiere a la virginidad y cómo implementar su aportación de manera honrosa. Como esposas, han estado sometidas al patriarcado del esposo, desarrollando sus tareas domésticas, crianza y enculturación de numerosos hijos, cuidados del esposo y personas mayores, al mismo tiempo que también realizaban trabajos fuera del hogar, oficios de

artesanía o la práctica de la mendicidad. Como ancianas, también participan en la crianza de los nietos o hasta dando cobijo de nuevo a los hijos casados y sus familias debido a la actual crisis (Gamella, 2011, 1999; Gamella & Martín, 2008; San Román, 2010, 1976; Laparra M., et al. 2011, 2007).

En la minoría etnocultural de los gitanos, los déficits en materia económica, de salud y discapacidad, formación o precariedad laboral, discriminación y racismo han sido y son una triste constante. Si a todo lo anterior se añade el factor género, la situación actual de gitanas ancianas está infinitamente más deteriorada que la soportada por las ancianas no gitanas.

A lo largo de la vida de las gitanas que ahora tienen más de 65 años, han soportado múltiples embarazos sin la asistencia médica existente en la actualidad. Al mismo tiempo, han trabajado dentro y fuera del hogar puesto que los hombres gitanos tampoco han tenido estabilidad laboral. Muchas gitanas igual que gitanos, han estado expuestas a las dificultades, escaseces de alimentos y la incidencia de enfermedades y la incertidumbre de poder superar ninguna de estas y otras dificultades (Gamella, & Martín, 2008; Laparra M., et al. 2007; San Román, 1976). Aunque el envejecimiento en gitanos y gitanas no se ha estudiado hasta la fecha, se puede deducir que todas estas circunstancias y muchas otras que hemos expuesto, han impreso su efecto a lo largo de toda la vida y desembocado en un muy deficitario envejecimiento de las mujeres gitanas.

En resumen, el envejecimiento es un proceso diametralmente distinto en hombres y mujeres, íntimamente relacionado con el tipo de rol desempeñado por unos y otras. Las experiencias de las mujeres durante su ciclo vital han estado relacionadas con la realización de labores domésticas, cuidado y crianza de los hijos y trabajos fuera del hogar no reconocidos de cara a la jubilación. Las mujeres que en la actualidad se cuentan entre la población mayor de 65 años, suponen un tercio más que la proporción de hombres y su esperanza de vida es cinco años y medio mayor. En la actualidad las mujeres mayores de 65 años tienen mayores tasas de viudedad, escaso nivel instruccional, peor estado de salud, menor nivel económico y sufren más soledad que los hombres. En la mujer gitana debido a sus experiencias vitales más negativas que las no gitanas, todo lo anterior se potencia en sentido negativo a un grado máximo, repercutiendo especialmente durante su vejez.

## 11. MODELO TEÓRICO.

A continuación, repasaremos los factores que tendremos en cuenta para articular el modelo explicativo de envejecimiento que proponemos.

El modelo multicausal de envejecimiento que vamos a defender en este trabajo, está basado principalmente en el marco de la OMS de envejecimiento activo que, a su vez, está fundamentado en la perspectiva *Life Span Approach* o perspectiva del Ciclo vital. Incluye elementos estructurales de teorías muy interesantes para nosotros como la teoría de la actividad y teoría de la continuidad. También plantearemos cómo modulan factores determinantes como el género, la cultura y los procesos de discriminación. Este modelo, pretende dar explicación a un proceso complejo y heterogéneo como es la vejez, estudiado en dos poblaciones con particularidades diferentes.

El eje principal de este trabajo es el Marco de envejecimiento activo de la OMS definido como: el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación, seguridad, educación y formación para toda la vida, con el fin de mantener y/o mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. Esta definición, defiende la continuidad del proceso de optimización y adaptación selectiva del individuo a lo largo de toda la vida, contextualizando el desarrollo como pérdidas y ganancias biopsicosociales, donde las interacciones con el contexto sociocultural e histórico juegan un papel fundamental. Esta perspectiva señala la adaptación y la plasticidad como las claves del desarrollo durante la vejez (Aguerre & Bouffard, 2008).

Un aspecto central de la teoría de la actividad es el autoconcepto positivo vinculado a los roles. El objetivo central, es que la actividad tenga sentido para el sujeto y lo involucre en nuevas tareas adaptadas a la nueva situación. Hay tres postulados de esta teoría que son muy útiles para nuestro modelo, a saber: cuanto mayor sea la pérdida de roles, menor será la participación en la actividad; si los niveles de actividad continúan siendo altos, habrá mayor disponibilidad de roles que respalden la identidad del anciano; cuanto más positivo sea el concepto de sí mismo, mayor será el grado de satisfacción con la vida. (Oddone, 2013; Montoro, 2007; Izal & Fernández-Ballesteros, 1990).

Desde la perspectiva de género y como ya se ha mencionado, el proceso de envejecer es diametralmente distinto en hombres y mujeres, íntimamente relacionado con el tipo de rol desempeñado por unos y otras. Las mujeres tienen mayores tasas de viudedad, tasas muy altas de soledad, peor estado de salud, escaso nivel instruccional, bajo nivel económico y frecuentemente ausencia de prestaciones por jubilación (Salgado-de Snyder et al., 2007). Aunque los estudios defienden que las mujeres tienen mayores tasas de supervivencia, los años que viven más, generalmente, están asociados con diferentes grados de discapacidad y dependencia (Barrantes, 2006; Pérez J., 2003).

Otro factor que tendremos en cuenta es la cultura definida como: “conjunto de valores, creencias y normas compartidas por un grupo” (Espinosa et al., 2007: p. 298) En el caso de la minoría etnocultural de los gitanos, todavía sigue existiendo procesos marcados de diferenciación cultural, donde muchas comunidades y redes familiares gitanas han mantenido vivos valores, normas y prácticas que difieren, en parte o en todo con las de sus inmediatos vecinos condicionando su vida.

Finalmente se tendrán en cuenta los tremendos efectos que tienen los procesos de discriminación, exclusión y racismo sobre la vida de los gitanos y cómo se manifiestan durante la vejez. Estos procesos se van a entender como actitudes y comportamientos negativos dirigido hacia los miembros de un exogrupo, sobre los que previamente se han asimilado ciertas creencias o cogniciones, que han permitido el desarrollo de emociones que activan sentimientos negativos hacia el objeto, facilitando una evaluación negativa validando una serie de estereotipos y prejuicios (Suriná, 2010). Lo anterior facilita conductas dirigidas a “negar o denegar el acceso a oportunidades (de empleo, salud, educación, vivienda, etc.) a un grupo social y sus miembros”, es decir trato injusto e injustificable (Smith-Castro, 2010). El impacto a lo largo de la vida de individuos pertenecientes especialmente a minorías etnoculturales, es negativo en su salud, el ámbito socioeconómico y especialmente a la calidad de su vejez.

Nuestro modelo explicativo del envejecimiento en las poblaciones estudiadas, entiende que en el ciclo vital de los individuos pueden acontecer continuamente procesos de mejora y adaptación selectiva debido, entre otros factores, a pérdidas/ganancias biopsicosociales en respuesta a cambios sociohistóricos, demográficos y socioeconómicos, entre otros. Para que la vejez sea satisfactoria tiene que haber actividad adaptada y asociada a roles que sean significativos para los individuos, reportando satisfacción y bienestar vital manteniendo así el autoconcepto en niveles adecuados. Para ello es necesario prevenir la pérdida de roles y, aun cuando se produzca alguna pérdida, iniciar la búsqueda de actividades sustitutivas que reporten bienestar, manteniendo el autoconcepto y el nivel de actividad reforzando así la identidad del anciano. El modelo de envejecimiento que defendemos se interesa por las diferencias de género en base, principalmente, a la diferencia de roles desempeñados por unas y otros a lo largo del ciclo vital, desembocan en una vejez diferenciada, requiriendo tratamiento e intervención específica. Debido a que una de las poblaciones estudiadas es considerada minoría etnocultural (los gitanos), nuestro planteamiento recoge cómo pudieran condicionar la vida en conjunto y la vejez en concreto, sobre todo, el conjunto de valores, costumbres y creencias que los individuos gitanos tienen. Por otro lado, se incluye también como factor determinante los procesos de discriminación que con toda seguridad han ejercido y ejercen una influencia transversal en todas las variables exploradas en la vejez de los gitanos.

# CAPÍTULO II MÉTODOS, TÉCNICAS Y FUENTES





## 1. JUSTIFICACIÓN.

Las principales premisas que impulsan el presente trabajo exploratorio son: en primer lugar, la constatación de sustanciales diferencias demográficas entre población anciana perteneciente a la minoría etnocultural gitana y la población anciana no gitana; los datos internacionales sostienen que en ancianos pertenecientes a minorías étnicas, hay un nivel socioeconómico más bajo, mayor morbilidad y menor esperanza de vida en comparación con ancianos pertenecientes a población mayoritaria; en tercer lugar, los estudios en comunidad gitana española, y el pequeño trabajo exploratorio sobre envejecimiento en gitanos de Heredia en 2011, amparan la posible existencia de factores de vulnerabilidad en los gitanos mayores, en comparación con la población mayoritaria, como: bajo nivel socioeconómico, mayor morbilidad, mayor porcentaje de dependencia, peor alimentación, estilo de vida deficitario, estado de ánimo más negativo y una actitud más pesimista ante su propio envejecimiento entre otros factores; por último ser mujer, gitana y anciana hace que, en casi todas las variables, los datos sean aun más negativos en gitanas, en comparación con hombres gitanos, y por añadido, en comparación con la población anciana mayoritaria.

Existen paradojas y contradicciones que hacen a este estudio exploratorio especialmente relevante. Por un lado, como un posible factor de protección, la cultura hablada defiende una mayor valoración y apoyo familiar a los gitanos ancianos, que podría indicar la existencia, al menos, de una mejor salud psicológica, pero los indicios amparan la idea de una peor salud, menor esperanza de vida e incluso muchos problemas de depresión y salud mental. Estos son algunos de los grandes dilemas que el presente trabajo exploratorio pretende tantear. Se intentará ofrecer posibles explicaciones a algunas interrogantes como: ¿Hay diferencias en el proceso de envejecimiento de los gitanos en comparación con los no gitanos? ¿Si existieran esas diferencias, que factores podrían estar asociados? ¿El proceso de envejecimiento en la mujer gitana podría ser más negativo que en el resto de los grupos que se estudien? ¿Si fuera así, que componentes adicionales podrían estar relacionados? ¿Los gitanos y gitanas cuando envejecen en la mayoría de factores implicados, convergen o divergen con los no gitanos?

Puesto que el envejecimiento es un proceso extremadamente complejo y depende de muchas variables de estudio tanto cuantitativas como cualitativas,

en este trabajo exploratorio se van a orquestar una combinación de métodos etnográficos y descriptivos. Por ser una investigación pionera, exploratoria e intensiva es necesario el diseño de un modelo heurístico sobre el que se fundamente toda la investigación. Los datos o indicios que se pudieran hallar, servirían en investigaciones futuras más amplias y completas, para poder incluir pautas de actuación específicas con ancianos gitanos en programas genéricos dirigidos a población anciana, ofreciendo cierto apoyo empírico para construir un programa pionero de prevención e intervención, dirigido específicamente a ancianas y ancianos gitanos.

Con el objetivo de ofrecer argumentaciones y apoyo a las cuestiones sobre el proceso de senectud en gitanos, este estudio exploratorio gravitará sobre el marco de referencia de la OMS del “Envejecimiento Activo” de 2002 y su actualización de 2015 que tiene cuatro columnas principales que son la salud, seguridad, participación y el aprendizaje continuo que junto a las dos dimensiones transversales (género y cultura). A continuación se mencionarán algunos aspectos que serán estudiados.

- **SALUD:** tipo y número de enfermedades, cantidad de medicamentos, número, lugar y motivo de las consultas al médico, distancia al hospital más cercano, grado de satisfacción con el sistema sanitario, percepción del estado de salud, consumo de tabaco y alcohol, horas de sueño diurno, actividad principal durante el día en el hogar, cantidad y frecuencia de actividad física programada, composición del desayuno, frecuencia y tipo de los principales grupo de alimentos a la semana, hábitos de consumo de alimentos y depresión,
- **SEGURIDAD:** nivel de estudios, ocupación principal, ingresos mensuales, deficiencias básicas en el hogar, deficiencias en infraestructuras del barrio, grado de dependencia, servicios sociales utilizados, grado de satisfacción con la vida, actitud ante el envejecimiento, tipo de convivencia en el hogar, cantidad y calidad de las redes sociales familiares, relaciones sociales con amigos y vecinos, tipo y frecuencia de intercambios sociales y discriminación.
- **PARTICIPACIÓN:** actividades lúdicas de ocio, tiempo libre y religión.
- **APRENDIZAJE CONTINUO:** como el trabajo se realizó sin estar vigente esta dimensión no se tuvo en cuenta en el cuestionario.

- **SEXO/GÉNERO:** la perspectiva de género se tendrá en cuenta a lo largo de toda la investigación revelando su sobresaliente papel especialmente al analizar y resultados.
- **CULTURA:** se explorarán los valores y tradiciones culturales de gitanos y no gitanos especialmente en la parte cualitativa.

## 2. OBJETIVOS.

### GENERAL

El objetivo principal de este trabajo es explorar las principales diferencias entre ancianos pertenecientes a la minoría étnica de los gitanos y ancianos no gitanos de similar edad, sexo y nivel socioeconómico, en factores relacionados con salud, seguridad y participación.

### SECUNDARIOS

- Sondar los factores diferenciales relacionados con la salud física y mental (enfermedades, medicamentos, consultas al médico, grado de satisfacción con el sistema sanitario, percepción del estado de salud, depresión), de los participantes gitanos en comparación con los no gitanos.
- Investigar las diferencias en factores conductuales como el estilo de vida (sueño diurno, actividad principal en el hogar, actividad física programada, hábitos alimenticios, tipo y frecuencia del consumo de alimentos, consumo de tabaco y alcohol), de los participantes gitanos en comparación con los no gitanos.
- Explorar los determinantes diferenciales relacionados con la seguridad (estudios, ocupación, ingresos, vivienda, barrio residencial, dependencia, uso de servicios sociales, satisfacción con la vida, actitud ante el envejecimiento, convivencia en el hogar, cantidad y calidad de las redes sociales, intercambios sociales y

discriminación) de los participantes gitanos en comparación con los no gitanos.

- Pesquisar los rasgos más significativos sobre la participación de los ancianos gitanos en actividades lúdicas de ocio, tiempo libre y religión, en comparación con los ancianos no gitanos.
- Sondear las principales diferencias en valores, creencias y tradiciones culturales relacionadas con la vejez, de los participantes gitanos en comparación con los no gitanos.
- Contrastar la existencia y efectos de la triple vulnerabilidad en el proceso de envejecimiento de las gitanas ancianas (ser mujer, ser anciana y ser gitana), en comparación con las mujeres ancianas no gitanas.

### **3. HIPÓTESIS.**

#### **HIPÓTESIS PRINCIPAL.**

La principal hipótesis que se postula en este trabajo es: el proceso de envejecimiento en personas pertenecientes a la minoría étnica de los gitanos es cuantitativa y cualitativamente diferente, en comparación con la población anciana perteneciente a la población mayoritaria.

#### **Hipótesis secundarias.**

- Teniendo en cuenta la dimensión “salud”, se espera encontrar en gitanos ancianos: un mayor nivel de morbilidad y discapacidad/dependencia, deficiente alimentación/nutrición, un mayor consumo de medicamentos, una menor proporción de estilos de vida saludables, una mayor incidencia de casos de depresión y una actitud más pesimista frente al envejecimiento, en comparación con personas mayores no gitanas.

- Desde la dimensión “seguridad”, se espera encontrar en gitanos mayores: menor nivel de estudios, ocupación más precaria, ingresos inferiores, vivienda con más desperfectos, barrio residencial donde viven los gitanos con más deficiencias, mayores niveles de dependencia, mayor uso de servicios sociales, menor satisfacción con la vida, peor actitud ante el envejecimiento, mayor cantidad de redes sociales, mayor nivel de discriminación, que en no gitanos mayores.
- En lo que tiene que ver con la dimensión “participación”, se espera encontrar en gitanos ancianos: una menor participación en actividades lúdicas de ocio, tiempo libre y religión, en comparación con personas mayores no gitanas.
- Desde la dimensión sexo/género se espera que las ancianas gitanas, tengan niveles más negativos en casi todas las variables de estudio, en comparación con los hombres gitanos, y por ende, con el resto de los ancianos no gitanos.
- La cultura, como proceso dinámico, es la segunda dimensión transversal, donde se espera encontrar diferencias en la percepción del proceso de senectud, los valores, creencias, costumbres y conductas diferenciales de gitanos mayores en comparación con los no gitanos de edad y características similares.

#### 4. METODOLOGÍA.

La metodología que vertebrará este estudio exploratorio es descriptiva-comparativa estructurando la batería de técnicas y métodos que permitirán un análisis cualitativo y cuantitativo de la cuestión. Se empleará una combinación de métodos etnográficos y descriptivos, donde se han seleccionado técnicas de recogida y análisis de datos, debidamente validadas en cada uno de los marcos metodológicos de referencia.

##### DISEÑO

El diseño de la investigación es un estudio exploratorio caso-control con muestreo intencional por cuotas.

##### MUESTRA

Para la realización del presente trabajo se han utilizado dos muestras, una perteneciente al grupo minoritario “gitanos” y otra perteneciente al grupo mayoritario “no gitanos”. Para asegurar la equivalencia de ambas muestras con respecto al fenómeno estudiado, el envejecimiento, la selección se hizo mediante el método de muestreo opinático o intencional por cuotas de grupos de edad, grupo étnico y sexo-género, de forma que ambas poblaciones estuviesen igualadas en esas variables.

Se entrevistó a un total de 181 personas, un grupo de 95 gitanos y un grupo control, compuesto por 86 no gitanos mayores de 55 años residentes en Guadix y su comarca. Tras la estratificación los grupos resultantes quedaron de la siguiente manera:

- Grupo 1 desde 55 hasta 65 años:
  - 82 participantes: 42 gitanos (21 casos de hombres y 21 casos de mujeres) y 40 no gitanos (20 casos de hombres y 20 casos de mujeres).
- Grupo 2 desde 66 hasta 75 años:
  - 49 participantes: 27 gitanos (11 casos de hombres y 16 casos de mujeres) y 22 no gitanos (11 casos de hombres y 11 casos de mujeres).
  -

- Grupo 3 desde 76 en adelante:
  - 50 participantes: 26 gitanos (13 casos de hombres y 13 casos de mujeres) y 24 no gitanos (13 casos de hombres y 11 casos de mujeres).

Teresa San Román (2010) señala que, entre los gitanos a partir de los 40 años se empiezan a considerar hombres y mujeres de “Respeto” o “Tíos/as”, es decir, personas mayores aunque esa concepción etnocultural pudiera estar cambiando y la edad para ser llamado “Tío/a”, actualmente sea superior (San Román, 2010). En la minoría étnica gitana las generaciones se han venido sucediendo con más rapidez que en población general, dada la temprana edad de entrada al matrimonio y la maternidad que ha predominado en general. Esta condición lleva a que la mayoría de los hombres y mujeres gitanos sean abuelos en la cincuentena. Ese rol se asocia culturalmente con el principio de la edad propecta y de los roles asociados al “respeto” tanto entre hombres como en mujeres. En España, utilizando un sentido amplio de envejecimiento, la edad a partir de la cual se considera una persona mayor es 65 años y, para no restar validez a la investigación, los dos grupos estarán compuestos por personas de 55 años o más, en línea con el criterio de edad según la OMS en *“WHO Study on global AGEing and adult health (SAGE)”*.

### **1.1. Instrumentos.**

- **Cuestionario principal.**

Se ha confeccionado el cuestionario principal con 54 ítems, de los que 46 están validados en otras encuestas de salud realizadas con población general a nivel español y europeo. Los otros 8 ítems restantes, son preguntas de respuesta abierta que consideramos importantes para sumar información relativa a trayectorias de vida laboral, tipo de creencias religiosas de los participantes y sondear causa y edad de fallecimiento de los padres para comparar de manera muy superficial las principales causas de fallecimiento y las principales enfermedades de los entrevistados para ver si hay cierta relación. (SAGE, 2014; ENSE, 2012; ENSG, 2006; SHARE, 2005). Los ítems del



cuestionario, está organizados según las siguientes dimensiones principales: situación socioeconómica, situación de la vivienda y tipo de barrio, enfermedades, consultas al médico, percepción del estado de salud, consumo de tabaco y alcohol, hábitos de vida, alimentación, dependencia y servicios sociales, grado de satisfacción con su vida, actitud ante el propio envejecimiento, dependencia funcional, redes familiares, depresión, discriminación percibida.

- **Cuestionario Yesavage abreviado (GDS), para el despistaje de la depresión en mayores de 65.**

Creemos que el perfil depresogénico de las personas de la minoría étnica de los gitanos/as está teniendo especial repercusión en su vejez, por lo que le daremos atención midiéndolo con este cuestionario. La depresión, es una patología multifactorial que afecta a más del 20% de la población mayor y se asocia con el riesgo social, soledad, vulnerabilidad física y psicológica entre otras, y la comorbilidad (MSSSI, 2014; Román et al. 2007). Es una de las patologías más incapacitantes y frecuentes que afecta 2 veces más a mujeres que a hombres, produciendo un tremendo impacto en la calidad de vida de los afectados, aumentando significativamente la mortalidad (Peña-Solano, 2009; Castro et al., 2006). En el caso de los mayores, el cuadro depresivo cuenta con ciertas características diferenciales que facilitan su aparición como factores psicosociales (dificultades económicas, aislamiento social, pérdida de seres queridos, pérdida de vigor y energía, entre otros) aspectos que en jóvenes tienen menos incidencia. En las personas mayores, los cambios biológicos, los posibles déficits cognitivos o la polifarmacología por polipatologías, son responsables del aumento en la vulnerabilidad ante problemas como la depresión (Gayoso, 2004; Martínez de la Iglesia et al. 2002).

Uno de los instrumentos más ampliamente utilizados y recomendados por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria para el cribaje de la depresión específicamente en personas mayores, es el cuestionario abreviado *Geriatric Depression Scale de Yesavage* (GDS). Está compuesto por 15 ítems (10 positivos y 5 negativos) y para su ejecución solo requiere de 5-7 minutos. Los valores de fiabilidad están por encima de 0.79 con elevada consistencia interna. En las pruebas de validez se ha encontrado que los ítems 3, 4, 5 y 8 son los que tienen una mayor capacidad de discriminar entre

posibles depresivos y sanos (Martínez de la Iglesia et al. 2002, 2005). En nuestro caso, los valores de fiabilidad se sitúan en  $\alpha=0,86$ . Dicho alfa disminuye si se elimina cualquiera de los ítems, lo que prueba la adecuación de todos ellos.

- **Cuestionario Índice de Katz o índice de independencia en las actividades básicas de la vida diaria, que evalúa dependencia/independencia funcional.**

Fue construido en 1958 por un equipo multidisciplinar encabezado por S. Katz para delimitar las fracturas de cadera. Aunque fue diseñado como un índice de rehabilitación, posteriormente también se ha utilizado en la valoración de enfermedades crónicas, como el infarto cerebral o la artritis reumatoide. Actualmente, también se aplica para conocer la situación basal de una persona, determinar el impacto de una enfermedad, monitorizar los posibles cambios, apoyo a la aplicación de tratamientos y evaluar su evolución. El deterioro funcional, es un predictor sumamente fiable de mortalidad y de evolución clínica en personas mayores. El Índice de Katz, es la escala más utilizada a nivel geriátrico y paliativo (Trigás-Ferrín et al., 2011).

Esta prueba, evalúa el grado de dependencia/independencia de la persona a través seis funciones básicas: baño, vestido, uso del retrete, movilidad, continencia y alimentación. Según la puntuación resultante, hay 8 niveles de dependencia desde, "A" (independiente para todas las funciones) hasta nivel "G" (dependiente para todas las funciones). También hay un nivel "0" (dependiente en al menos dos funciones pero no clasificable como C, D, E o F). La prueba se lleva a cabo mediante preguntas directas del entrevistador a la persona o a sus cuidadores. La fiabilidad de la prueba ha sido corroborada en muchísimos estudios, arrojando coeficientes de correlación ( $>0,70$ ) y test-retest ( $>0,90$ ). Está validado en varios idiomas, países, entornos culturales y niveles socioeconómicos (*Ibidem*).

- **Discriminación percibida. Cuestionario "The Everyday Discrimination Scale" (EDS).**

"The Everyday Discrimination Scale" (EDS) (Gonzales et al., 2016; Campo, et al., 2015), se trata un cuestionario con 7 ítems de respuesta dicotómica, con una duración aproximada para finalizar la prueba de 1-3 minutos. Para poder sondear la discriminación autopercebida en el presente trabajo, se ha visto bien incluir en la encuesta principal de este estudio, este cuestionario breve utilizado en otras investigaciones referentes de amplia aceptación, con una alta fiabilidad, validez y consistencia interna.

- **Entrevista semiestructurada.**

Por último, teniendo como base el cuestionario principal, se ha confeccionado una entrevista semiestructurada para realizar entrevistas en profundidad. Contiene preguntas que invitan al participante a relatar su historia de vida, relacionadas con seis dimensiones fundamentales, a saber: salud, economía, estudios, empleo, redes familiares y discriminación.

## **1.2. Procedimiento.**

Previo consentimiento informado, hemos aplicado estos instrumentos a una muestra intencional que hemos podido entrevistar utilizando redes locales de parentesco de la población anciana gitana (Guadix) y pueblos de su comarca, donde la presencia gitana es constante e importante desde hace siglos, tratando de maximizar la heterogeneidad de la muestra, y que incluya todos los grupos de sexo, edad, nivel educativo e historia ocupacional presentes en la población mayoritaria y minoritaria. Se pasará a todos el mismo cuestionario en un tiempo estimado de 40-60 minutos.

Para realizar las entrevistas en profundidad, se ha confeccionado un guión semiestructurado de preguntas basado en el cuestionario principal. Se seleccionaron los tipos-ideales (7 casos en cada grupo) que deriven de los que realicen previamente el cuestionario. La entrevista se gravó previo consentimiento informado del entrevistado/a. La entrevista en profundidad, procesual, biográfica y densa permite indagar en acontecimientos y vivencias

del sujeto seleccionado a lo largo de toda su vida. Se hacen preguntas dirigidas a explorar las emociones, sentimientos, creencias, concepciones y valores que mediaron en esos sucesos, para elucubrar la posible relación con el estado actual de los sujetos.

### **1.3. Análisis.**

El tipo de análisis es descriptivo/comparativo donde los datos de los cuestionarios de ambos grupos se han comparado, y se han confeccionado modelos de regresión logística, donde se han valorado variables indicadoras del estado de la vejez como variables dependientes (VD), en función de variables independientes (VI) como: la edad, la percepción del estado de salud, nivel educativo, la alimentación, el estilo de vida, la actitud ante el propio envejecimiento o el sexo/género. En estos modelos, se asume una relación logística entre la VD y una combinación lineal de las VI.

Para las entrevistas en profundidad, se ha hecho análisis de contenido, facilitando la descripción e interpretación sistemática de los componentes semánticos y formales del mensaje de los entrevistados, para la formulación de inferencias válidas acerca de los datos reunidos y el objeto de estudio.

### **1.4. Fuentes.**

Las fuentes de información consultadas para este trabajo han sido instituciones como: ONU, OMS, UE, EUROSTAT, FOESSA, ONFPA, INE, MSSSI, MSC, CESIC, IMSERSO, FSG, entre otras. También se han consultado libros, revistas, artículos y monográficas de autores relevantes en la investigación de minorías y envejecimiento tanto a nivel nacional como internacional.

### **1.5. Relevancia.**

Hasta la fecha, se han llevado a cabo diversos estudios sobre envejecimiento en España, pero ninguno de manera específica sobre la población anciana perteneciente a la minoría étnica de los gitanos (Abellán, Ayala & Pujol, 2017; MSSI-IMSERSO, 2015; Pinazo y Sánchez, 2005). Los indicios apuntan hacia la existencia de graves deficiencias en el envejecimiento en gitanos, en comparación con ancianos pertenecientes a población general. La presente investigación exploratoria, podría abrir de manera pionera una línea de trabajo muy necesaria, aportando los primeros datos sobre los principales factores de vulnerabilidad y de protección, que intervienen en el proceso de envejecimiento de los gitanos y de los no gitanos. También se plantea la construcción del primer modelo heurístico, empíricamente sostenido, para investigaciones posteriores más profundas y extensas, sobre el envejecimiento en gitanos en España. Por otra parte, la posible constatación de algunas claves etnoculturales que subyacen a las diferencias en el envejecimiento, y la perspectiva de género en todo el proceso, permitirían ofrecer una visión incomparable del envejecimiento en gitanos y gitanas. Todo lo anterior, podría ser la fundamentación imprescindible para poner en marcha nuevas y más potentes investigaciones, intervenciones y programas específicos que mejoren la supervivencia y calidad del envejecimiento, tanto de gitanos, como de la población general. Por lo tanto, el presente estudio exploratorio, podría tener mucha relevancia para instituciones gubernamentales de protección social y sanitaria, para asociaciones, para investigadores y para cada uno de los individuos afectados.

# CAPÍTULO III

# RESULTADOS



Para la realización del presente trabajo se han utilizado dos muestras. Una perteneciente a la minoría étnica “gitanos” y otra perteneciente al grupo mayoritario “no gitanos”. Para asegurar la equivalencia de ambas muestras con respecto al fenómeno estudiado, el envejecimiento, la selección se hizo mediante el método de muestreo opinático o intencional por cuotas de grupo de edad, grupo étnico y sexo, de forma que ambas poblaciones estuviesen igualadas en esas variables.

La muestra total fue de 181 personas, mayores de 55 años y residentes en la Comarca de Guadix. Tras la estratificación los grupos resultantes quedaron de la siguiente manera:

**Tabla1. Distribución de la muestra según sexo-género, grupo étnico y grupos de edad.**

Grupos de edad	Hombres		Mujeres		NTotal
55 a 65 años N=82	Gitanos	21	Gitanoas	21	42
	No-gitanos	20	No-gitanoas	20	40
66 a 75 años N=49	Gitanos	11	Gitanoas	16	27
	No-gitanos	11	No-gitanoas	11	22
76 años y más N=50	Gitanos	13	Gitanoas	13	26
	No-gitanos	13	No-gitanoas	11	24
<b>Total</b>		<b>89</b>		<b>92</b>	<b>181</b>

A continuación, iremos ofreciendo los datos encontrados ordenados según la estructura del modelo de envejecimiento activo de la ONU que, como ya se consideró en la introducción plantea tres principales columnas de apoyo a saber: seguridad, salud y participación.



## **I. SEGURIDAD.**

En este primer gran apartado vamos a exponer los resultados de las dimensiones asociadas a la seguridad de los participantes incluidas en el cuestionario, a saber: estado civil, estudios, ocupación, vivienda, discriminación, dependencia, redes de apoyo y actitud ante el envejecimiento.

### **1. ESTADO CIVIL.**

Según la Enciclopedia Jurídica en su edición online de 2014, bajo el tema “Estado civil”, se define como: “Situación en la que se encuentra una persona según sus circunstancias y la legislación y a la que el ordenamiento concede ciertos efectos jurídicos. Existen distintos criterios para clasificar los estados civiles: por el matrimonio, el estado de soltero, casado, viudo o divorciado; por la filiación, el de hijo o padre; por la nacionalidad, español, extranjero o apátrida; por la edad, mayor o menor de edad; por la capacidad, capaz o incapacitado, y también, según la vecindad civil, la del territorio correspondiente” (Enciclopedia Jurídica Online, consultada el 31 de Marzo 2017).

En el cuestionario, se considera el estado civil desde el criterio de matrimonio y solo se contemplan las siguientes opciones de respuesta: casado (incluidos matrimonios conformados por el rito gitano estén o no registrados en el ordenamiento jurídico español), soltero, separado/divorciado y viudo.

A continuación, se muestra una tabla general que recoge los datos del total de participantes según su estado civil, grupo étnico, sexo-género y grupo de edad.

**TABLA 1.1.1. Número total de casos de gitanos y no gitanos según su ESTADO CIVIL, distribuidos por grupos de edad y sexo-género.**

		GITANOS				NO GITANOS			
		Casado	Soltero	Separado	Viudo	Casado	Soltero	Separado	Viudo
55 a 65 años	HOMBRES	18	1	2	0	16	0	4	0
	MUJERES	16	4	0	1	14	0	4	2
66 a 75 años	HOMBRES	8	0	0	3	11	0	0	0
	MUJERES	10	0	0	6	8	0	0	3
75 años y más	HOMBRES	9	0	0	4	8	1	1	3
	MUJERES	6	0	0	7	7	1	0	3

**Tabla 1.1.2. Porcentajes de personas gitanas y no gitanas según el ESTADO CIVIL. Calculados sobre el total de personas del mismo grupo étnico.**

	<b>Casado</b>	<b>Soltero</b>	<b>Separado</b>	<b>Viudo</b>	<b>Total</b>
<b>Gitanos</b>	70,5	5,3	2,3	22,1	<b>95</b>
<b>No gitanos</b>	74,4	2,3	10,5	12,8	<b>86</b>

Como se puede ver en la tabla 1.1.2., el estado civil más frecuente en las muestras estudiadas es "Casado". Bajo la categoría "Casado", el porcentaje de gitanos (70,5%) es casi 4 puntos porcentuales inferior al de no gitanos (74,4%) más de un 5% menos en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Soltero" el porcentaje de gitanos (5,3%) es 3 puntos porcentuales superior al de no gitanos (2,3%), esto es, más de 2 veces más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Separado/divorciado" el porcentaje de gitanos (2,3%), es más de 8 puntos porcentuales inferior al de no gitanos (10,5%), esto es, 4 veces y media menos en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Viudo", el porcentaje de gitanos (22,1%) es más de 11 puntos porcentuales superior al de no gitanos (12,8%), esto es, casi el 75% más en gitanos que en no gitanos.

A continuación, se muestra una tabla que refleja las respuestas totales correspondientes al estado civil que manifiestan los encuestados organizadas según el grupo étnico y sexo-género.

**Tabla 1.1.3. Porcentajes de participantes según su ESTADO CIVIL por grupo étnico. Calculados sobre el total de personas del mismo grupo étnico y sexo-género.**

	<b>Casado</b>	<b>Soltero</b>	<b>Separado</b>	<b>Viudo</b>	<b>NTotal</b>
<b>Gitanos</b>	77,8	2,2	4,4	15,5	45
<b>No gitanos</b>	79,5	2,3	11,4	6,8	44
<b>Gitanas</b>	64	8	0	28	50
<b>No gitanas</b>	69	2,4	9,5	19	42

Como puede se puede observar en la tabla 1.1.3., en el grupo de los hombres bajo la categoría "Casado", el porcentaje de gitanos y de no gitanos es similar (77,8% vs 79,5%). Bajo la categoría "Soltero" el porcentaje de gitanos y de no gitanos es similar (2,2% vs 2,3%). Bajo la categoría "Separado/divorciado" el porcentaje en gitanos (4,4%) es 7 puntos porcentuales inferior que el de no gitanos (11,4%), esto es, más de 2 veces y media menos en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Viudo" el porcentaje de gitanos (15,5%), es más de 8

puntos porcentuales superior al de no gitanos (6,8%), esto es, más 2 veces más en gitanos que en no gitanos.

En el grupo de mujeres, bajo la categoría "Casado", el porcentaje de gitanas (64%), es 5 puntos porcentuales inferior al de no gitanas (69%), esto es, casi un 10% menos en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "Soltero" el porcentaje en gitanas (8%) es más de 5 puntos y medio porcentuales superior al de no gitanas (2,4%), esto es, más de 2 veces más en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "Separado/divorciado", no hay representación de gitanas en comparación con un 9,5% de no gitanas. Bajo la categoría "Viudo", el porcentaje de gitanas (28%), es 9 puntos porcentuales superior al de mujeres no gitanas (19%), esto es, casi un 60% más en gitanas que en no gitanas.

## 2. NIVEL DE ESTUDIOS.

La relación que existe entre el nivel de estudios alcanzados y el tipo de ocupación laboral posterior, se ha estudiado en diferentes países del mundo con resultados similares, revelando que cuanto más elevado es el nivel formativo mayor probabilidad habrá de desempeñar un mejor puesto de trabajo y, por ende, obtener una mejor remuneración salarial (Hopenhayn & Bello, 2001; Bancaja-IVIE, 2008; Planas, 2011; Fernández, L., 2013).

Casi todas las minorías étnicas, sobre todo las que han sufrido procesos seculares de marginación o exclusión, suelen tener niveles educativos más bajos, particularmente, aquella que OGBU llama "minorías involuntarias" que proceden de procesos forzosos de incorporación a un sistema político que las ha relegado, perseguido e incluso esclavizado. Los gitanos podrían entrar en ese concepto de minoría involuntaria. Algunas minorías étnicas tienen un bajo nivel educativo, en comparación con la población mayoritaria donde residen. Por ejemplo, los hispanos en EE.UU. tienen el menor nivel de formación entre las minorías étnicas estudiadas y por extensión que la población mayoritaria donde residen (López-Briones, 1990; González, 2002). Otro caso similar se da en España, donde los gitanos ostentan niveles educativos muy inferiores en comparación con la población mayoritaria y otras minorías étnicas (IOÉ-FSG, 2003; FSG, 2011). Según los estudios consultados, un bajo nivel formativo eleva la probabilidad de tener una ocupación laboral deficientemente

remunerada, menor calidad de vida y riesgo de pobreza. Es destacable que en muchos de los estudios referenciados interviene un componente de exclusión o racismo, que facilita las deficiencias a nivel de formación académica y el posterior desempeño laboral (Flores et *al.*, 2016).

Al igual que todos los ítems contenidos bajo este apartado, el ítem que se ha utilizado para estudiar la variable en cuestión, ha sido incluido en los cuestionarios de numerosas investigaciones en España y Europa (MSSSI, 2014; FRA, 2014; FSG, 2014; EU-MIDIS, 2009)

El ítem, se presenta en el cuestionario de la siguiente forma: ¿Cuál es su nivel de estudios? Se ofrecen seis alternativas de respuesta, "Analfabeto", "Solo leer y escribir", "Estudios primarios", "La E.S.O.", "Bachiller o equivalente" y "Estudios universitarios".

A continuación, se muestra una tabla general que recoge el total de respuestas de gitanos y no gitanos, según su elección respecto al nivel de estudios, distribuidas por grupos de edad y sexo. De ella se extraerán los conjuntos de datos que tengan una especial relevancia para su análisis pormenorizado.

**TABLA 2.1.1. Número total de casos de participantes gitanos y no gitanos según su NIVEL EDUCATIVO, distribuidos por grupos de edad y sexo-género.**

		Analfabeto	Solo leer y escribir	Estudios primarios	E.S.O	Bachiller o equivalente	Estudios universitarios	Total
55 a 65 años	Gitano	5	12	3	1	0	0	21
	No gitano	0	2	10	0	2	6	20
66 a 75 años	Gitano	4	6	1	0	0	0	11
	No gitano	0	1	9	0	1	0	11
76 años y más	Gitano	8	5	0	0	0	0	13
	No gitano	3	5	3	1	1	0	13
55 a 65 años	Gitana	4	13	3	0	0	1	21
	No gitana	0	6	8	1	2	3	20
66 a 75 años	Gitana	13	3	0	0	0	0	16
	No gitana	1	2	7	0	1	0	11
76 años y más	Gitana	12	1	0	0	0	0	13
	No gitana	2	6	1	0	2	0	11
<b>Total</b>		52	62	45	3	9	10	181

**Tabla 2.1.2. Porcentajes de personas gitanas y no gitanas según el NIVEL EDUCATIVO. Calculados sobre el total de personas del mismo grupo étnico.**

	Analfabeto	Solo leer y escribir	Estudios primarios	E.S.O	Bachiller o equivalente	Estudios Universitarios	NTotal
Gitanos	48,4	42,1	7,4	1	0	1	95
No gitanos	7	25,6	44,2	2,3	10,5	10,5	86

Como se puede observar en la tabla 2.1.2., bajo la categoría "Analfabetos" el porcentaje de gitanos (48%), es casi 41 puntos porcentuales superior que el de no gitanos (7%), esto es, casi 7 veces más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Solo leer y escribir" el porcentaje de gitanos (42,1%) es 16 puntos y medio porcentuales superior al de no gitanos (25,6%), esto es, casi un 65% más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Estudios primarios" el porcentaje de casos de gitanos (7,4%) es casi 37 puntos porcentuales inferior que en no gitanos (44,2%), esto es, casi 6 veces menos en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "E.S.O" el porcentaje de gitanos (1%) es más de un punto porcentual inferior que en no gitanos (2,3%), esto es, más de 2 veces menos en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Bachiller o equivalente" no hay representación de gitanos en comparación con el 10,5% en no gitanos. Bajo la categoría "Estudios universitarios" el porcentaje de gitanos (1%) es 9 puntos y medio inferior al de no gitanos (10,5%), esto es, más de 10 veces menos en gitanos que en no gitanos.

**Tabla 2.1.3. Porcentajes de hombres y mujeres según su NIVEL EDUCATIVO por grupo étnico. Calculados sobre el total de personas del mismo grupo étnico y sexo-género.**

	Analfabeto	Solo leer y escribir	Estudios primarios	E.S.O	Bachiller o equivalente	Estudios Universitarios	NTotal
Gitanos	37,8	51,1	8,9	2,2	0	0	45
No gitanos	6,8	18,2	50	2,3	9,1	13,6	44
Gitanas	58	34	6	0	0	2	50
No gitanas	7,1	33,3	38,1	2,4	11,9	7,1	42

Como se puede observar en la tabla 2.1.3., en el grupo de hombres, si sumamos los porcentajes de las categorías "Analfabeto" y "Solo leer y escribir" el porcentaje de gitanos (88,9%), es casi 64 puntos porcentuales superior que el

de no gitanos (25%), esto es, 3 veces y media más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "ESO" los porcentajes de gitanos y no gitanos son similares (2,2% vs 2,3%). Como era de esperar, si sumamos los porcentajes de las categorías "Bachiller o equivalente" y "Estudios Universitarios", no hay representación de gitanos, en comparación con un 25% de no gitanos.

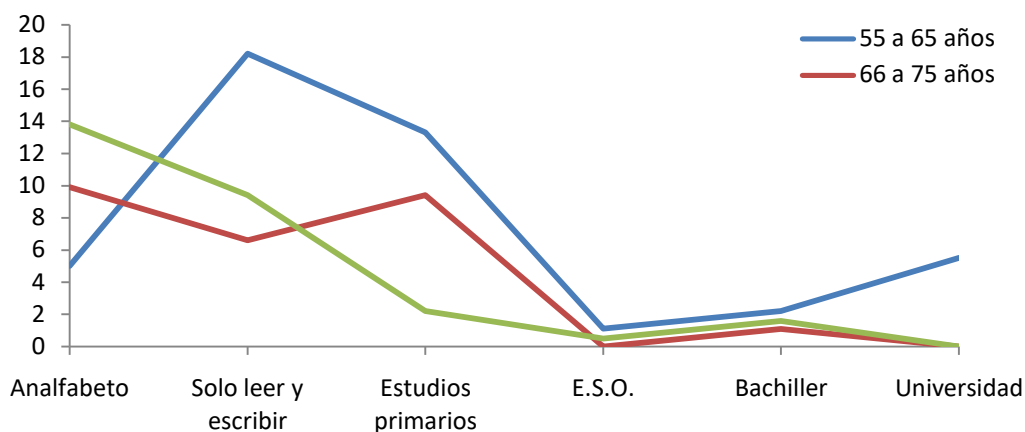
En el grupo de mujeres, si sumamos los porcentajes de las categorías "Analfabeto" y "Solo leer y escribir", el porcentaje de mujeres gitanas (92%), es más de 51 puntos y medio porcentuales superior que en de no gitanas (40,4%), esto es, más de 2 veces más en gitanas que en no gitanas. Si sumamos los porcentajes de las categorías "Bachiller o equivalente" y "Estudios Universitarios" el porcentaje de gitanas (2%), es 17 puntos porcentuales inferior al de mujeres no gitanas (19%), esto es, es más de 8 veces menos en gitanas que en no gitanas. Este dato pudiera sugerir que las mujeres gitanas con formación universitaria pudieran superar en número al de hombres gitanos con la misma formación. Evidentemente puesto que los casos analizados son muy poco numerosos, el dato obtenido no se corresponde con la realidad, puesto que el porcentaje de casos de gitanos y gitanas con formación universitaria es mucho menor que el 2% obtenido en este estudio.

**Tabla 2.1.4. Porcentajes del total de personas entrevistadas según el NIVEL EDUCATIVO por grupos de edad. Calculados sobre el total de personas entrevistadas.**

N=181	55 a 65 años	66 a 75 años	76 años y más
Analfabeto	5	9,9	13,8
Solo leer y escribir	18,2	6,6	9,4
Estudios primarios	13,3	9,4	2,2
E.S.O.	1,1	0	0,5
Bachiller o equivalente	2,2	1,1	1,6
Estudios universitarios	5,5	0	0



**Gráfico 1. Evolución de los porcentajes según el NIVEL EDUCATIVO de los entrevistados y el grupo de edad. Calculados según el número total de participantes.**



Como se puede observar en la tabla 2.1.4. y el gráfico 1, los porcentajes más numerosos en cada grupo de edad son: de 55 a 65 años, leer y escribir, estudios primarios y estudios universitarios; 66 a 75 años, analfabetos y estudios primarios; 76 y más años, analfabeto y leer y escribir.

### 3. OCUPACIÓN.

Según la RAE, el término “ocupación” es la “acción y efecto de ocuparse” pudiendo referirse a la realización de cualquier actividad, como pudiera ser el empleo o el entretenimiento entre otras. El empleo, no siempre es un indicativo fehaciente del grado de ocupación en una población puesto que, a menudo, los niveles de ocupación son superiores a las cifras de empleo. Aún así, es una de las principales formas de ocupación que da a la persona un relativo nivel socioeconómico. Según el Instituto de Estudios Económicos (IEE), la tasa de empleo de personas mayores de 55 años en España llega a un 47% en 2016 (IEE, 2016).

En diversos estudios, tanto nacionales como internacionales, se constata que en las minorías étnicas la retribución laboral está muy por debajo de la media, en comparación con las poblaciones donde residen, aunque sus niveles de ocupación pueden ser superiores, en muchos casos. Esto es debido, en

parte, a que realizan trabajos de baja cualificación y baja remuneración y muchos de ellos no están dados de alta como empleados, no siendo reconocidos por los sistemas de protección laboral. (Hopenhayn & Bello, 2001; Gamella, 2011; Laparra M., et al. 2011).

Cuando se consideró en el apartado “nivel formativo”, se observó que la formación académica se relaciona directamente con el tipo de ocupación, sobre todo, laboral y la remuneración consecuente (Planas, 2011). Como era de esperar, a mayor nivel de formación mejor tipo de ocupación laboral y, como veremos en el apartado de “ingresos”, mayor cantidad retribuida, tanto si están activamente trabajando como si está percibiendo algún tipo de prestación por jubilación.

El ítem, se presenta en el cuestionario de la siguiente manera: ¿Cuál es su ocupación principal? Se ofrecen cinco alternativas de respuesta “Pensionista/jubilado”, “Parado cobrando alguna prestación”, “Parado sin prestación”, “Trabajo por cuenta ajena” y “Trabajo por cuenta propia”.

A continuación, se muestra una tabla general que recoge el total de respuestas de gitanos y no gitanos participantes, según su elección respecto al tipo de ocupación, distribuidas por grupos de edad y sexo-género. De esa tabla, se extraerán los conjuntos de datos que tengan una especial relevancia para su análisis pormenorizado.

**TABLA 2.2.1. Número total de casos de participantes gitanos y no gitanos según su OCUPACIÓN, distribuidos por grupos de edad y sexo-género.**

<b>HOMBRES</b>						
	55 a 65 años		66 a 75 años		76 años y más	
	Gitano	No gitano	Gitano	No gitano	Gitano	No gitano
Pensionista	7	4	10	10	13	13
Parado con prestación	2	1	0	0	0	0
Parado sin prestación	6	0	0	0	0	0
Trabajo cuenta ajena	3	5	0	0	0	0
Trabajo cuenta propia	3	10	1	1	0	0
<b>MUJERES</b>						
	55 a 65 años		66 a 75 años		76 años y más	
	Gitana	No gitana	Gitana	No gitana	Gitana	No gitana
Pensionista	9	0	15	9	12	11
Parado con prestación	2	2	1	0	0	0
Parado sin prestación	3	5	0	1	1	0
Trabajo cuenta ajena	5	6	0	0	0	0
Trabajo cuenta propia	2	7	0	1	0	0

**Tabla 2.2.2. Porcentajes de personas gitanas y no gitanas según su OCUPACIÓN. Calculados sobre el total de personas del mismo grupo étnico.**

	Pensionista/ Jubilado	Parado con prestación	Parado sin prestación	Trabajo por cuenta ajena	Trabajo por cuenta propia	NTotal
<b>Gitanos</b>	69,5	5,3	10,5	8,4	6,3	<b>95</b>
<b>No gitanos</b>	54,6	3,5	7	12,8	22,1	<b>86</b>

Como se puede observar en la tabla 2.2.2., los mayores porcentajes de participantes los encontramos bajo la categoría “Pensionista/jubilado” donde el porcentaje de gitanos (69,5%), es casi 15 puntos porcentuales superior al de no gitanos (54,6%), esto es, casi un 30% más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría “Parado con prestación” el porcentaje de gitanos (5,3%), es casi 2 puntos porcentuales superior al de no gitanos (3,5%), esto es, más de un 50% más en gitanos que en no gitanos. Si se suman los porcentajes bajo la categoría “Parado sin prestación” el porcentaje de gitanos (10,5%), es 3 puntos y medio porcentuales superior al de no gitanos (7%), esto es, un 50% más en gitanos que en no gitanos. Si se suman los porcentajes bajo las categorías “Trabajo por cuenta ajena” y “Trabajo por cuenta propia” el porcentaje de gitanos (14,7%), es más de 20 puntos porcentuales inferior que el de no gitanos (34,8%), esto es, casi 2 veces y media menos en gitanos que en no gitanos.

**Tabla 2.2.3. Porcentajes de participantes según su OCUPACIÓN por grupo étnico. Calculados sobre el total de personas del mismo grupo étnico y sexo-género.**

	Pensionista/ Jubilado	Parado con prestación	Parado sin prestación	Trabajo por cuenta ajena	Trabajo por cuenta propia	NTotal
<b>Gitanos</b>	66,7	4,4	13,3	6,7	8,9	<b>45</b>
<b>No gitanos</b>	61,4	2,3	0	11,4	25	<b>44</b>
<b>Gitanas</b>	72	6	8	10	4	<b>50</b>
<b>No gitanas</b>	47,6	4,8	14,3	14,3	19	<b>42</b>

Como se puede ver en la tabla 2.2.3., en el grupo de los hombres bajo la categoría “Pensionista/jubilado”, el porcentaje de gitanos (66,7%), es más de 5 puntos porcentuales superior al de no gitanos (61,4%). Bajo la categoría “Parado con prestación” el porcentaje de gitanos (4,4%), es más de 2 puntos porcentuales superior que el de no tanos (2,3%), esto es, casi 2 veces más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría “Parado sin prestación” el porcentaje de gitanos es un 13%, en comparación con la ausencia de casos en

no gitanos. Si se suman los porcentajes bajo las categorías "Trabajo por cuenta ajena" y "Trabajo por cuenta propia" el porcentaje de gitanos (15,6%), es casi 21 puntos porcentuales inferior, que el de no gitanos (35,4%), esto es, más de 2 veces menos en gitanos que en no gitanos.

En el grupo de mujeres, bajo la categoría "Pensionista/jubilado" el porcentaje de gitanas (72%), es casi 24 puntos y medio porcentuales superior que el de no gitanas (47,6%), esto es, más de un 50% más en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "Parado con prestación", el porcentaje de gitanas (6%) es más de un punto porcentual superior al de no gitanas (4,8%). Bajo la categoría "Parado sin prestación", el porcentaje de gitanas (8%) es más de 6 puntos porcentuales inferior que el de no gitanas (14,3), esto es, casi un 80% menos en gitanas que en no gitanas. Si se suman los porcentajes bajo las categorías "Trabajo por cuenta propia" y "Trabajo por cuenta ajena" el porcentaje de gitanas (14%) es más de 19 puntos porcentuales inferior que el de no gitanas (33,3%) esto es, más de 2 veces menos en gitanas que en gitanas.

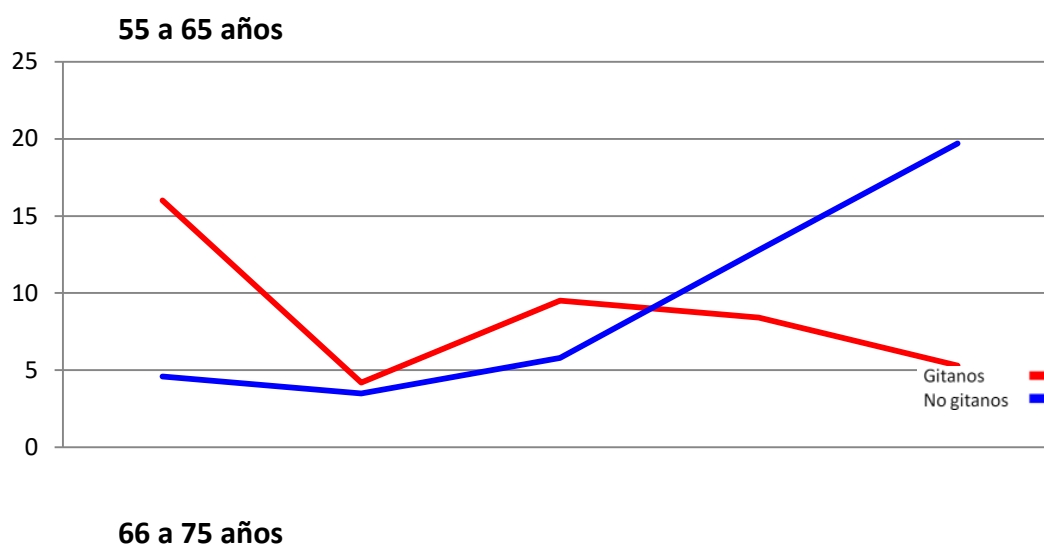
**Tabla 2.2.4. Porcentajes gitanos y no gitanos según su OCUPACIÓN por grupos de edad y grupo étnico. Calculados sobre el total de personas del mismo grupo étnico y grupos de edad.**

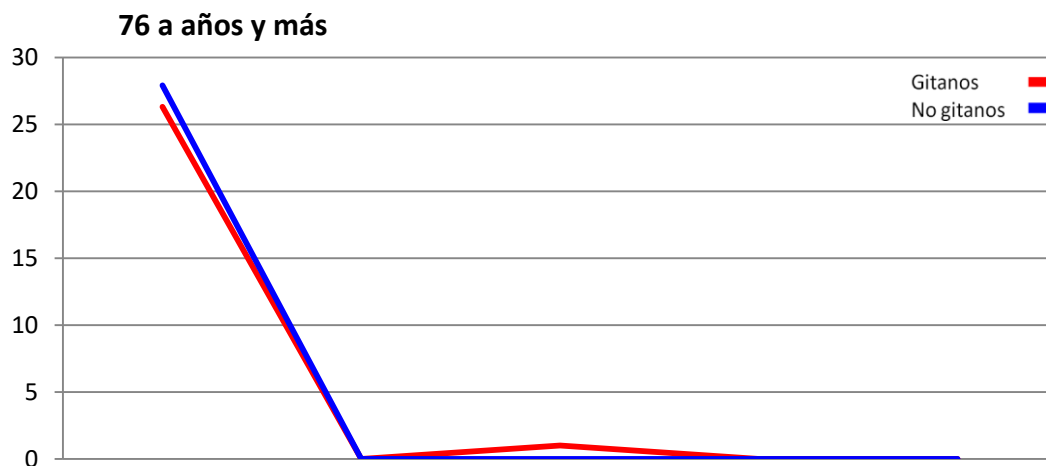
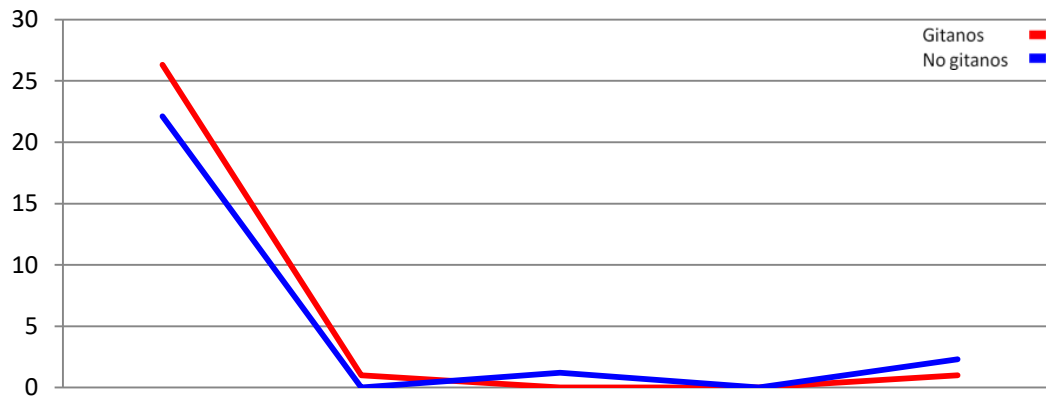
		Pensionista/ Jubilado	Parado con prestación	Parado sin prestación	Trabajo por cuenta ajena	Trabajo por cuenta propia	NTotal
Gitanos	55 a 65 años	16,8	4,2	9,5	8,4	5,3	N=95
	66 a 75 años	26,3	1	0	0	1	
	76 años y más	26,3	0	1	0	0	
No gitanos	55 a 65 años	4,6	3,5	5,8	12,8	19,7	N=86
	66 a 75 años	22,1	0	1,2	0	2,3	
	76 años y más	27,9	0	0	0	0	

Como se puede observar en la tabla 2.2.4., según el grupo de edad "55 a 65 años", bajo la categoría "Pensionista/Jubilado" el porcentaje de gitanos (16,8%), es más de 12 puntos porcentuales superior que el de no gitanos (4,6%), esto es, más de 3 veces y media más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Parado con prestación" el porcentaje de gitanos (4,2%), es 0,7 puntos porcentuales superior que el de no gitanos (3,5%). Bajo la categoría "Parado sin prestación" el porcentaje de gitanos (9,5%), es más de 3 puntos y medio porcentuales superior al de no gitanos (5,8%), esto es, más de un 60% más en gitanos que en no gitanos. Si sumamos las categorías "Trabajo por cuenta ajena" y "Trabajo por cuenta propia" el porcentaje de gitanos (13,7%), es casi 19

puntos porcentuales inferior al de no gitanos (32,5%), esto es, casi 2 veces y media menos en gitanos que en no gitanos. Según el grupo de edad "66 a 75 años", bajo la categoría "Pensionista/jubilado" el porcentaje de gitanos (26,3%), es más de 4 puntos porcentuales superior que el de no gitanos (22,1%), esto es, casi un 20% más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Parado con prestación" el porcentaje de gitanos es des 1% sin representación de no gitanos. Bajo la categoría "Parado sin prestación" el porcentaje de no gitanos es de un 1,2% sin representación de gitanos. Si sumamos las categorías "Trabajo por cuenta ajena" y "Trabajo por cuenta propia" el porcentaje de gitanos (1%) es más de un punto porcentual inferior al de no gitanos (2,3%), esto es, más de 2 veces menos en gitanos que en no gitanos. Según el grupo de edad "75 años y más", bajo la categoría "Pensionista/jubilado" el porcentaje de gitanos (26,3%) es un más de 1 punto y medio porcentual inferior al de no gitanos (27,9%), esto es, más de un 6% menos en gitanos que en no gitanos. En el resto de categorías no hay representación, a excepción, de un 1% de gitanos bajo la categoría "Parado sin prestación".

**Gráfico 1. Evolución de los porcentajes que representan el tipo de OCUPACIÓN según los grupos de edad y grupo étnico.**





Como se puede observar en la serie de gráficos anteriores, los niveles de ocupación decaen en función del incremento de la edad, especialmente en gitanos, llegando a una cierta confluencia en ambas poblaciones en el grupo de edad más longevo.

### **ACTIVIDADES LABORALES REALIZADAS A LO LARGO DE LA VIDA.**

En distintos apartados de este trabajo, se ha considerado el efecto que las experiencias vitales ejercen sobre el tipo de vejez que los individuos afrontan. Las actividades laborales que las personas han desempeñado tienen repercusiones, entre otros, tanto a nivel orgánico como a nivel económico. Por ejemplo, si los trabajos realizados han demandado mucho esfuerzo físico, hay mayor probabilidad de que el cuerpo sufra desgaste a distintos niveles en la vejez. Si la remuneración ha sido baja, el nivel de vida consecuentemente, también lo será y con más frecuencia dará lugar a peores hábitos de vida.

En este apartado, se van a explorar las diferentes actividades laborales más frecuentes que dicen haber desempeñado a lo largo de su vida, gitanos y no gitanos. El ítem se presenta con la siguiente cuestión de respuesta abierta: Dígame algún(os) trabajo(s) que ha realizado en su vida.

A continuación, se muestra una tabla que refleja el número total de respuestas de los entrevistados respecto a los trabajos realizados a lo largo de su vida activa, clasificados por grupo étnico.

**TABLA 13.1. Número total de respuestas según las actividades laborales realizadas durante la vida, calculados según grupo étnico.**

	<b>Gitano N95</b>	<b>No gitano N86</b>
<b>Jornalero</b>	70	22
<b>Construcción</b>	24	13
<b>Hostelería</b>	7	13
<b>Venta ambulante</b>	18	0
<b>Oficios de artesanía</b>	4	6
<b>Tratante</b>	1	1
<b>Funcionario</b>	1	6
<b>Empleada de hogar</b>	2	4
<b>Limpieza</b>	14	16
<b>Comercio</b>	3	15
<b>Agricultor</b>	4	7
<b>Ganadero</b>	6	4
<b>Operario de fábrica</b>	3	5
<b>Otros</b>	6	30
<b>Ama de casa</b>	18	5

Como se puede observar en la tabla 13.1., según las respuestas de los encuestados respecto a las principales actividades laborales realizadas durante su vida, solo se resaltarán los indicios más relevantes. Los porcentaje más importantes en gitanos se sitúan bajo las categorías “Jornalero” (73,7%), “Construcción” (25,3%), “Venta ambulante” (18,9%), “Ama de casa” (18,9%) y “Limpieza” (14,7%). En el caso de los no gitanos, los mayores porcentajes se encuentran bajo las categorías “Otros” (34,9%), “Jornalero” (25,6%), “Limpieza” (18,6%), “Comercio” (17,4%), 15,1% en “Construcción” y “Hostelería”. A simple vista, las actividades referidas por los gitanos se concentran, sobre todo en “Jornalero”, “Construcción” y “Venta ambulante”. Sin embargo las actividades de los no gitanos están más diversificadas. A continuación, se muestra una tabla que refleja las respuestas de los entrevistados respecto a los trabajos realizados a lo largo de su vida activa, clasificados por grupo étnico y sexo-género.

**TABLA 13.2. Porcentajes de actividades realizadas durante la vida, calculados según el propio grupo étnico y sexo-género.**

	<b>Gitano N45</b>	<b>No gitano N44</b>	<b>Gitana N50</b>	<b>No gitana N42</b>
<b>Jornalero</b>	75,5	29,5	72	21,4
<b>Construcción</b>	53,3	27,3	0	2,4
<b>Hostelería</b>	6,7	13,6	8	16,7
<b>Venta ambulante</b>	17,8	0	20	0
<b>Oficios de artesanía</b>	6,7	4,5	2	9,5
<b>Tratante</b>	2,2	2,3	0	0
<b>Funcionario</b>	0	6,8	2	7,1
<b>Empleada de hogar</b>	0	0	4	9,5
<b>Limpieza</b>	0	0	28	38,1
<b>Comercio</b>	2,2	11,4	4	23,8
<b>Agricultor</b>	8,9	13,6	0	2,4
<b>Ganadero</b>	13,3	4,5	0	4,8
<b>Operario de fábrica</b>	4,4	6,8	2	4,8
<b>Otros</b>	8,9	47,7	0	21,4
<b>Ama de casa</b>	0	0	36	11,9

Se resaltarán los porcentajes más relevantes de la tabla 13.2., en cada uno de los 4 grupos. En el grupo de los hombres, los porcentajes de gitanos al igual que los no gitanos son más cuantiosos en las categorías “Jornalero” (75,5% vs 29,5%) y “Construcción” (53,3% vs 7,3%), la diferencia está en que los porcentajes de los gitanos son muy superiores a los de los no gitanos. En cambio, los no gitanos en la categoría “Otros” suponen en 47,7% en comparación con el 8,9% de los gitanos. En el grupo de las mujeres, el porcentaje de gitanas es superior al de no gitanas en las categorías “Jornalero” (72% vs 21,4%), “Venta ambulante” (20% vs 0%) y “Ama de casa” (36% vs 11,9%). En el caso de las no gitanas los porcentajes son superiores al de no gitanas en las categorías “Hostelería” (16,7% vs 8%), “Limpieza” (38,1% vs 28%), “Comercio” (23,8 vs 4%) y “Otros” (21,4 vs 0).



#### 4. INGRESOS.

Formando parte de la dimensión socioeconómica que se sondea en el presente estudio, los ingresos mensuales es uno de los índices más directos que pretende describir los principales recursos económicos disponibles de los encuestados. Debido a la escasez de estudios, tanto nacionales como internacionales, que recojan de manera específica los ingresos de personas mayores de 55 años, hecho que permitiría tener una referencia para contrastar algunos de nuestros datos, se ofrecerá alguna información relacionada con el tema en cuestión.

Según Eurostat en 2013, el promedio de ingresos anuales netos por persona en Europa fue de 17.661€ (EUROSTAT, 2014). En España “el 30% de los asalariados españoles recibió en 2015 un salario bruto mensual superior a 2.136,5 €, mientras que otro 30% ganó menos de 1.215,7 €. El 40% restante percibió un salario bruto mensual entre 1.215,7 y 2.136,7 euros” (INE, 2016: p.1). Durante 2015 el ingreso mensual más frecuente entre los españoles fue de entre 600-900€ y la pensión media por jubilación en 2017 fue de 913,63€ (CIS, 2015; MESS, 2017).

Puesto que se trata de estimaciones sobre población general, teniendo en cuenta medidas macroeconómicas y otros índices estadísticos complejos, hacen intrascendente cualquier traslación con los datos del presente estudio, pero suponen pistas orientativas para el tema en cuestión. Ese tipo de estudios son una medida poco fiable de los ingresos reales por familia, puesto que los datos tanto en el extremo máximo como en el mínimo del intervalo, contaminan muchísimo las cifras totales, además de no hacer una estratificación etaria o por grupo étnico entre otras variables.

Como vimos en apartados anteriores, la formación es un factor fundamental que eleva la probabilidad para desempeñar actividades laborales que supongan ingresos superiores, en comparación con la falta de formación (Corena et al., 2011). Evidentemente, el tipo de ocupación desempeñada durante la vida laboral también incide de manera significativa en el tipo de retribución por jubilación. Tras la aproximación que se hacía en apartados anteriores sobre el nivel formativo y el tipo de ocupación de los participantes, a continuación se observará si existe algún tipo de correlación entre estos dos factores y el nivel de ingresos, según los datos obtenidos de las respuestas de los participantes.

En el cuestionario, se han tenido en cuenta los ingresos que han informado los entrevistados, sin determinar si el origen de tales retribuciones es por actividad laboral, jubilación o cualquier otro. El ítem se presenta de la siguiente manera: "Elija el intervalo que más represente sus ingresos mensuales en euros". Las opciones de respuesta propuestas son cinco: "Menos de 200", "De 200 a 400", "De 400 a 800", "De 800 a 1000" y "Más de 1000".

A continuación, se muestra una tabla general que recoge el total de respuestas de gitanos y no gitanos, según su elección respecto al nivel de ingresos, distribuidas por grupos de edad, sexo-género y grupo étnico. De ella se extraerán los conjuntos de datos que tengan una especial relevancia para su análisis pormenorizado.

**TABLA 2.3.1. Número total de casos de participantes gitanos y no gitanos según su NIVEL DE INGRESOS, distribuidos por grupos de edad y sexo-género.**

		Menos de 200	De 200 a 400	De 400 a 800	De 800 a 1.000	Más de 1.000
55 a 65 años	<b>Gitano</b>	5	4	10	2	0
	No gitano	0	2	3	6	9
66 a 75 años	<b>Gitano</b>	0	1	10	0	0
	No gitano	0	0	7	1	3
76 años y más	<b>Gitano</b>	0	6	7	0	0
	No gitano	0	0	11	2	0
55 a 65 años	<b>Gitana</b>	4	3	13	0	1
	No gitana	3	1	7	4	5
66 a 75 años	<b>Gitana</b>	1	2	13	0	0
	No gitana	1	0	5	4	1
76 años y más	<b>Gitana</b>	1	1	11	0	0
	No gitana	1	0	6	4	0

**Tabla 2.3.2. Porcentajes de personas gitanas y no gitanas según el NIVEL DE INGRESOS. Calculados sobre el total de personas del mismo grupo étnico.**

	Menos de 200	De 200 a 400	De 400 a 800	De 800 a 1.000	Más de 1.000	NTotal
<b>Gitanos</b>	11,6	17,9	67,4	2,1	1	<b>95</b>
<b>No gitanos</b>	5,8	3,5	45,3	24,4	20,9	<b>86</b>

Como puede apreciarse en la tabla 2.3.2., según las respuestas de los encuestados bajo la categoría "Menos de 200" el porcentaje de gitanos (11,6%), es casi 6 puntos porcentuales superior al de no gitanos (5,8%), esto es, 2 veces

más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "De 200 a 400" el porcentaje de gitanos (17,9%), es casi 14 puntos y medio porcentuales superior al de no gitanos (3,5%), esto es, más de 5 veces más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "De 400 a 800" el porcentaje de gitanos (67,4%), es más de 22 puntos porcentuales superior que el de no gitanos (45,3%), esto es, casi un 50% más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "De 800 a 1000" el porcentaje de gitanos (2,1%), es más de 22 puntos porcentuales inferior al de no gitanos (24,4%), esto es, más de 11 veces inferior en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Más de 1000" el porcentaje de gitanos (1%), es casi 20 puntos porcentuales inferior al de no gitanos (20,9%), esto es, casi 20 veces menos en gitanos que en no gitanos. Indefectiblemente en las categorías donde los ingresos son superiores a 800€ los porcentajes de gitanos son drásticamente inferiores a los de no gitanos. A continuación se muestra la tabla que refleja las cantidades de ingresos según el sexo-género y grupo étnico.

**Tabla 2.3.3. Porcentajes de hombres gitanos y no gitanos según el NIVEL DE INGRESOS. Calculados sobre el total de personas del mismo grupo étnico y sexo-género.**

	Menos de 200	De 200 a 400	De 400 a 800	De 800 a 1.000	Más de 1.000	NTotal
<b>Gitanos</b>	11,1	24,4	60	4,4	0	<b>45</b>
No gitanos	0	4,5	47,7	20,4	27,3	<b>44</b>
<b>Gitanas</b>	12	12	74	0	2	<b>50</b>
No gitanas	11,9	2,4	42,9	28,6	14,3	<b>42</b>

Como puede apreciarse en la tabla 2.3.4., en el grupo de los hombres, bajo la opción "Menos de 200" el porcentaje de gitanos es un 11,1% en comparación con la ausencia de casos de no gitanos. Bajo categoría "De 200 a 400" el porcentaje de gitanos (24,4%), es casi 19 puntos porcentuales superior que el de no gitanos (4,5%), esto es, más de 5 veces más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "De 400 a 800" el porcentaje de gitanos (60%), es más de 12 puntos y medio porcentuales superior que el de no gitanos (47,7%), esto es, más de un 25% más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "De 800 a 1000" el porcentaje de gitanos (4,4%), es más de 16 puntos porcentuales inferior que el de no gitanos (20,5%), esto es, casi 5 veces inferior en gitanos

que en no gitanos. Finalmente, bajo la categoría "Más de 1000" no hay representación de gitanos en comparación con el 27,3% en no gitanos. En el grupo de las mujeres bajo la opción "Menos de 200" el porcentaje de gitanas y no gitanas es similar (12% vs 11,9%). Bajo categoría "De 200 a 400" el porcentaje de gitanas (12%), es más de 9 puntos y medio porcentuales superior que el de no gitanas (2,4%), esto es, casi 4 veces más en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "De 400 a 800" el porcentaje de gitanas (74%), es más de 31 puntos porcentuales superior que el de no gitanas (42,8%), esto es, casi un 70% más en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "De 800 a 1000" no hay representación de gitanas en comparación con el 28,6% de no gitanas. Finalmente, bajo la categoría "Más de 1000" el porcentaje de gitanas (2%) es más de 12 puntos porcentuales inferior que el de no gitanas (14,3%), esto es, más de 7 veces menos en gitanas que en no gitanas.

Si se calculan los promedios en cada uno de los grupos, en hombres gitanos es 484€, en hombres no gitanos 893€, en gitanas 522€ y en no gitanas 747€. A continuación se muestra una tabla que refleja el nivel de ingresos según grupos de edad y grupo étnico.

**Tabla 2.3.4. Porcentajes de gitanos y no gitanos según el NIVEL DE INGRESOS por grupos de edad y grupo étnico. Calculados sobre el total de personas del mismo grupo étnico y grupo de edad.**

		Menos de 200	De 200 a 400	De 400 a 800	De 800 a 1.000	Más de 1.000	NTotal
<b>Gitanos</b>	55 a 65 años	9,5	7,4	24,2	2,1	1	<b>95</b>
	66 a 75 años	1	3,2	24,2	0	0	
	76 años y más	1	7,4	18,9	0	0	
<b>No gitanos</b>	55 a 65 años	3,5	3,5	11,6	11,6	16,3	<b>86</b>
	66 a 75 años	1,2	0	13,9	5,8	4,6	
	76 años y más	1,2	0	19,7	7	0	

Como se puede observar en la tabla 2.3.4., según el tramo de edad de "55 a 65 años", bajo la categoría "Menos de 200" el porcentaje de gitanos (9,5%), es 6 puntos porcentuales superior al de no gitanos (3,5%), esto es, más de 2 veces y media más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "De 200 a 400" el porcentaje de gitanos (7,4%), es casi 4 puntos porcentuales superior que el de no gitanos (3,5%), esto es, más de 2 veces más en gitanos que en no

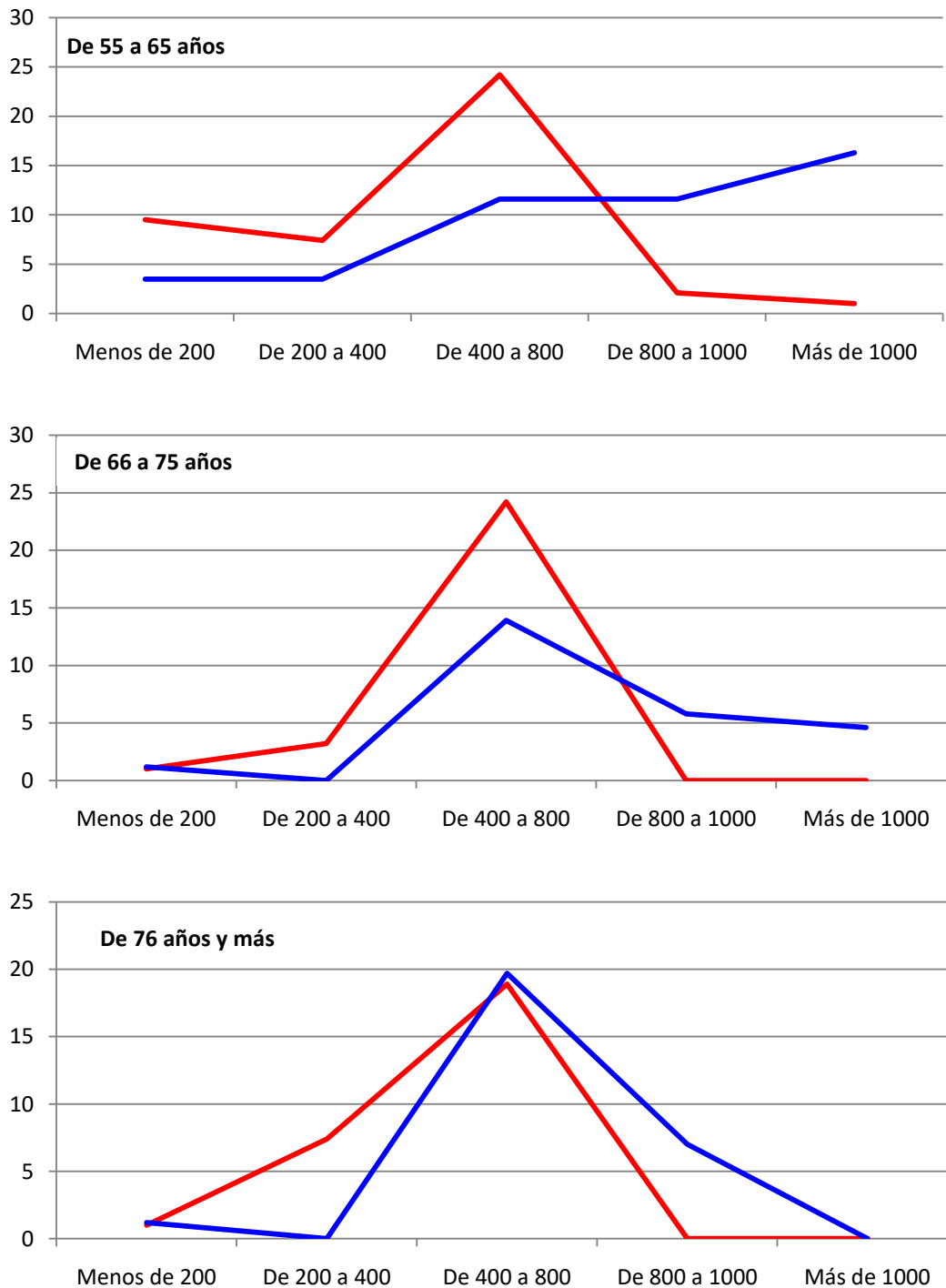
gitanos. Bajo la categoría "De 400 a 800" el porcentaje de gitanos (24,2%), es casi 30 puntos porcentuales superior que el de no gitanos (11,6%), esto es, más de 2 veces más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "De 800 a 1000" el porcentaje de gitanos (2,1%), es 9 puntos y medio porcentuales inferior al de no gitanos (11,6%), esto es, más de 5 veces y media menos en gitanos que en no gitanos. Finalmente, bajo la categoría "Más de 1000" el porcentaje de gitanos (1%), es más de 15 puntos y medio porcentuales inferior que el de no gitanos (16,3%), esto es, más de 16 veces y media inferior en gitanos que en no gitanos.

Según el tramo de edad de "65 a 75 años", bajo la categoría "Menos de 200" el porcentaje de gitanos y de no gitanos es similar (1% vs 1,3%). Bajo la categoría "De 200 a 400" el porcentaje de gitanos es de un 3,2% en comparación con la ausencia de casos en no gitanos. Bajo la categoría "De 400 a 800" el porcentaje de gitanos (24,2%), es más de 10 puntos porcentuales superior que el de no gitanos (13,9%), esto es, más de un 70% más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "De 800 a 1000" no hay representación de gitanos, en comparación con el 5,8% de no gitanos. Finalmente, bajo la categoría "Más de 1000" no hay representación de gitanos, en comparación con el 4,6% de no gitanos.

Según el tramo de edad de "76 años y más", bajo la categoría "Menos de 200" el porcentaje de gitanos y no gitanos es similar (1% vs 1,2%). Bajo la categoría "De 200 a 400" el porcentaje de gitanos es de un 7,4% en comparación con la ausencia de casos en no gitanos. Bajo la categoría "De 400 a 800" el porcentaje de gitanos (18,9%), es casi 1 punto porcentual inferior que el de no gitanos (19,7%), esto es, más de un 4% menos en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "De 800 a 1000" no hay representación de gitanos, en comparación con el 7% de no gitanos. Finalmente, bajo la categoría "Más de 1000" no hay representación.

A continuación se muestran tres gráficos basados en los datos de la tabla anterior 2.3.4., que representan la progresión de los ingresos según los grupos de edad.

**Gráficos 1. Evolución de los porcentajes que representan el NIVEL DE INGRESOS según los grupos de edad y grupo étnico.**



Como se puede observar en la serie de gráficos, la figura que dibujan ambas poblaciones es sustancialmente distinta. En el caso de del primer grupo de edad hay un alto porcentaje de gitanos con ingresos por debajo de los 400€ en comparación con los no gitanos que suponen un alto porcentaje que

ingresan más de 1.000 €. En el grupo de edad intermedio los mayores porcentajes en gitanos se sitúan en el intervalo de 400-800€ que recuerdan las prestaciones económicas por pensiones no contributivas, en comparación con los no gitanos que siguen suponiendo un alto porcentaje que perciben por encima de 1.000€ frecuentemente relacionadas con prestaciones por jubilaciones cuantiosas. Finalmente en el último tramo de edad, continúan habiendo diferencias muy significativas por los mayores porcentajes de gitanos que dicen percibir por debajo de los 400€ y los mayores porcentajes de no gitanos que dicen percibir por encima de los 1.000€.

## 5. NÚMERO DE HIJOS.

El indicador sintético de fecundidad, es una estimación del número medio de hijos que tendría una cohorte de 15 a 49 años si se mantuvieran los patrones de fecundidad que se observan en uno o varios años considerados y revela el número de hijos que, probablemente, tendría cada mujer en su vida fértil. En España en 2014, este indicador fue de 1,32 (EUROSTAT, 2014). Estudios hechos en distintos países coinciden en afirmar que, en general, las minorías étnicas tienen una tasa de natalidad y fecundidad mayor que la población mayoritaria donde residen (Grieco et al., 2012; Urquidi, 2004). Por ejemplo, este mismo indicador en la minoría etnocultural gitana de esta zona ha sido estimado entre 2,2 y 3,1 (Gamella, 2011). El ÍSF o TFR (Total Fertility Rate, en inglés) lo hemos estimado en las gitanas de esta zona por encima de 6 para las décadas anteriores a 1976, luego se ha reducido pero no tanto como en población general.

Solamente se ha tenido en cuenta el autoinforme de la cifra total de hijos que han tenido los participantes, sin especificar si son hijos biológicos, de uno o ambos cónyuges, o hijos adoptados. A continuación, se muestra una tabla que refleja los datos sobre el promedio del número de hijos que manifiestan los encuestados, según el grupo étnico.

**TABLA 1.2.1. Promedio de HIJOS según el grupo étnico. Calculado sobre el total de personas del mismo grupo étnico.**

	<b>Nº HIJOS</b>	<b>Promedio</b>	<b>NTotal</b>
<b>Gitanos</b>	459	4,8	95
<b>No gitanos</b>	265	3,1	86

Como se puede observar en la tabla 1.2.1., el promedio de hijos en gitanos ( $\bar{x}=4,8$ ) es 1,7 puntos superior que el de no gitanos ( $\bar{x}=3,1$ ), esto es, un 55% más en gitanos que en no gitanos. La mayor fecundidad de las parejas gitanas parece confirmarse de partida.

**Tabla 1.2.2. Porcentajes de personas gitanas y no gitanas según el número de HIJOS. Calculados sobre el total de personas del mismo grupo étnico.**

<b>Nº HIJOS</b>	<b>% Gitano</b>	<b>% No gitano</b>
<b>0</b>	5,3	3,5
<b>1</b>	2,1	8,1
<b>2</b>	7,4	25,6
<b>3</b>	17,9	32,6
<b>4</b>	18,9	17,4
<b>5</b>	15,8	7
<b>6</b>	11,6	1,2
<b>7</b>	5,3	0
<b>8</b>	6,3	2,3
<b>9</b>	4,2	2,3
<b>10</b>	2,1	0
<b>11</b>	0	0
<b>12</b>	2,1	0
<b>16</b>	1	0
<b>NTotal</b>	<b>95</b>	<b>86</b>

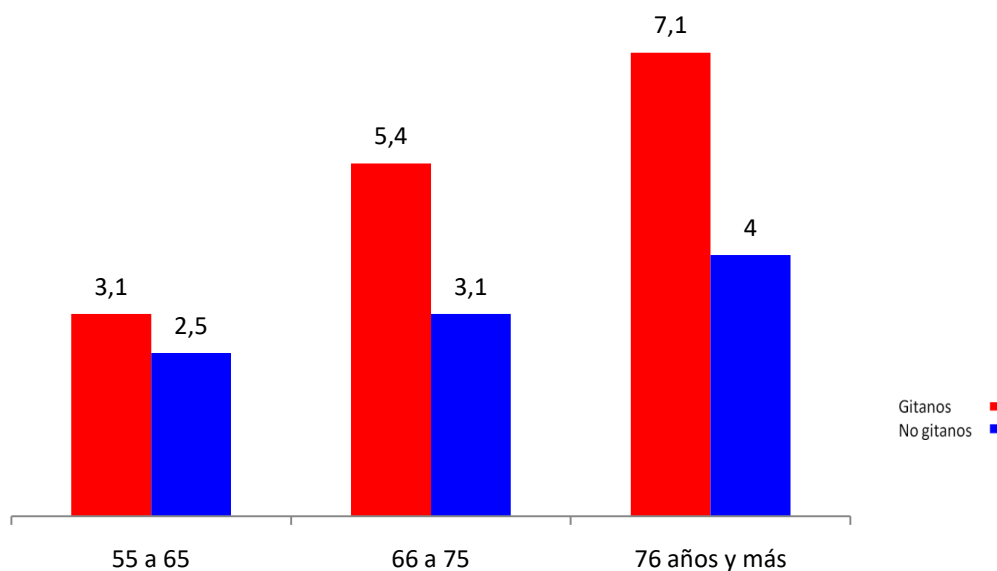
Como se puede observar en la tabla 1.2.2., bajo la categoría "0" el porcentaje de gitanos (5,3%) es casi 2 puntos porcentuales superior al de no gitanos (3,5%), esto es, más de un 60% más en gitanos que en no gitanos. Si sumamos los porcentajes de las categorías "1 a 3" obtenemos que el porcentaje en gitanos (27,4%) es casi 39 puntos porcentuales inferior al de no gitanos (66,3%), esto es, casi 2 veces y media inferior en gitanos que en no gitanos. Si se suman los porcentajes de las categorías de "4 a 16", el porcentaje en gitanos (67,3%), es más de 37 puntos porcentuales superior al de no gitanos (30,2%), esto es, más de 2 veces y media más en gitanos que en no gitanos.



**Tabla 1.2.3. Promedio del número de HIJOS de gitanos y no gitanos calculados sobre el total de cada grupo de edad y grupo étnico.**

Promedio N° de HIJOS		
GITANOS	55 a 65 años	3,1
	66 a 75 años	5,4
	76 años y más	7,1
NO GITANOS	55 a 65 años	2,5
	66 a 75 años	3,1
	76 años y más	4

**Gráfico 1. Tabla 1.2.3.**



Como vemos en el gráfico 1, el promedio de hijos en gitanos es superior al de los no gitanos en todos los grupos de edad y cuanto más edad tienen los entrevistados mayor es el número promedio de hijos en ambos casos. Es interesante notar que entre los entrevistados más jóvenes de ambas poblaciones, la diferencia no es tan importante como en otros grupos de edad.

## 6. VIVIENDA.

El derecho a una vivienda “*digna y adecuada*”, está recogido en el Artículo número 47 de la Constitución Española. También se menciona en dicho Artículo que: “Los poderes públicos promoverán las condiciones necesarias y establecerán las normas pertinentes para hacer efectivo este derecho...”. No vamos a entrar en consideraciones de lo que es o no una vivienda “*digna y adecuada*” según el nivel económico u origen social (Pisarello, 2003). Tampoco entraremos en considerar el grado de efectividad de las estrategias llevadas a cabo por los gobiernos al respecto. La realidad es que ni todos los españoles tienen una vivienda digna, ni los poderes públicos han sabido hacer efectivo satisfactoriamente dicho derecho a todos por igual. En cualquier caso, en la comunidad gitana el problema es mucho más deficiente por la situación de marginalidad y exclusión a la que frecuentemente está expuesta.

En 1991, se hizo un primer estudio denominado “Mapa de la Vivienda Gitana en España”. Tomando como punto de partida el estudio referido, en 2007 la Fundación Secretariado Gitano (FSG) actualizó los datos que plasmó en el trabajo “Mapa sobre Vivienda y Comunidad Gitana en España, 2007”. En este estudio, se estableció una “red de informantes” que recogieron datos de una población estimada de 457.307 personas que vivían en municipios de más de 5.000 habitantes. Salvando las deficiencias metodológicas que probablemente contaminaron los resultados aportados, algunos datos especialmente relevantes son: un 7,8% de la muestra vivían en hogares donde concurrían más de siete personas; un 10,7% vivían en viviendas muy deterioradas, chabolas o cuevas; en torno al 4% de viviendas donde vivían gitanos no tenían agua corriente y un 4,2% no tenían distribución eléctrica; más del 88% vivían en viviendas unifamiliares; solo un 5% vivían en asentamientos segregados; desde 1991 a 2007 el porcentaje de vivienda segregada pasó del 31% al 12% (FSG, 2009).

Según el estudio de FSG, ha habido progreso positivo en la situación de la vivienda en la comunidad gitana desde el estudio del año 1991, aunque también señalan que todavía hay mucho que mejorar. Muy a pesar del colectivo gitano, la sociedad generalmente tiene una imagen peyorativa respecto al tipo de vivienda y los barrios donde habitan los gitanos. Como se ha citado, solo un 5% de gitanos viven en barrios segregados, frente a más del 88% que viven en

hogares más o menos normalizados. Estos cambios, están sujetos a la coyuntura socio-histórica y económica, donde los gitanos han tenido acceso a mayores ingresos y se han acogido a diferentes planes de vivienda gubernamentales, entre otros.

En este apartado, se abordarán cuestiones como: la presencia/ausencia de algunos servicios públicos en el entorno donde se ubica la vivienda de los entrevistados, la presencia/ausencia de algunas condiciones básicas dentro del hogar y la percepción de los participantes de estar viviendo o no en un barrio marginal. Se deberá tener en cuenta que los municipios donde se ha realizado el trabajo, generalmente, están por debajo de los cinco mil habitantes a excepción de la ciudad de Guadix. La mayoría de personas encuestadas, gitanos y no gitanos, viven en casas unifamiliares de una o dos plantas, aunque también, hay algunos participantes que viven en bloques de pisos. Se han encuestado a personas de distintos ámbitos residenciales, teniendo en cuenta el tipo de estudio planteado (caso-control), de manera que la consistencia interna se vea afectada al menor grado posible.

#### **PRESENCIA/AUSENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS EN LA CALLE DONDE SE SITÚA LA VIVIENDA.**

En el primero de los apartados, se hará una aproximación a la presencia/ausencia de los servicios públicos en la calle donde está la vivienda como el alumbrado, señalización vial etc. El ítem se presenta en el cuestionario de la siguiente manera: ¿Cuáles de los siguientes servicios están ausentes en la calle donde está la vivienda? Se ofrecen siete alternativas de respuesta múltiple que son: “Farolas de iluminación”, “Nombre de la calle”, “Pavimento en el suelo”, “Desperfectos importantes (socavones)”, “Pasos adaptados para sillas de ruedas”, “Señalización vial” y “Todo está bien”.

A continuación, se muestra una tabla general que refleja el total de respuestas de gitanos y no gitanos según su elección, distribuidas por grupos de edad. De ella se extraerán los conjuntos de datos que tengan una especial relevancia para un análisis pormenorizado.

**TABLA 2.4.1.1. Número total de casos de participantes gitanos y no gitanos según las respuestas relacionadas con los SERVICIOS PÚBLICOS donde está situada su vivienda, distribuidos por grupos de edad y grupo étnico.**

		Farolas	Nombre de la Calle	Pavimento	Socavones	Pasos adaptados	Señalización vial	Todo está bien
55 a 65 años	Gitanos	7	2	3	7	10	2	27
	No gitanos	2	2	3	5	9	9	22
66 a 75 años	Gitanos	3	0	2	3	7	2	18
	No gitanos	1	4	1	3	3	1	16
76 años y más	Gitanos	3	3	3	6	8	6	16
	No gitanos	1	7	3	4	6	2	15

**Tabla 2.4.1.2. Porcentajes de respuestas de gitanos y no gitanos según los SERVICIOS PÚBLICOS en la calle donde está su vivienda, calculados sobre el total de personas del mismo grupo étnico.**

SERVICIOS PÚBLICOS	Gitanos	No gitanos
Farolas	12,6	4,6
Nombre Calle	5,2	15,1
Pavimento Calle	8,4	8,1
Socavones suelo	16,8	13,9
Pasos adaptados	26,3	20,9
Señalización vial	10,5	13,9
Todo está bien	63,2	61,6
Total	N=95	N=86

Como puede apreciarse en la tabla 2.4.1.2., según las respuestas de los encuestados bajo la categoría “Farolas” el porcentaje de gitanos (12,6%), es 8 puntos porcentuales superior al de no gitanos (4,6%), esto es, casi 3 veces más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría “Nombre de la calle” el porcentaje de gitanos (5,2%), es casi 10 puntos porcentuales inferior al de no gitanos (15,1%), esto es, casi 3 veces menos en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría “Pavimento en la calle” el porcentaje de gitanos (8,4%), es similar al de no gitanos (8,1%). Bajo la categoría “Socavones en el suelo” el porcentaje de gitanos (16,8%), es casi 3 puntos porcentuales superior al de no gitanos (13,9%), esto es, más de un 20% superior en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría “Pasos adaptados” el porcentaje de gitanos (26,3%), es casi 5 puntos y medio porcentuales superior al de no gitanos (20,9%), esto es, más de un 25% más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría “Señalización vial” el porcentaje de gitanos (10,5%), es casi 3 puntos y medio porcentuales inferior al de no gitanos (13,9%), esto es, más de un 30% menos en gitanos que en no gitanos. Finalmente Bajo la categoría “Todo está bien” el porcentaje de gitanos (63,2%) y no gitanos (61,6%), es similar.

**Tabla 2.4.1.3. Porcentajes de respuestas de gitanos y no gitanos según los SERVICIOS PÚBLICOS en la calle donde está su vivienda, calculados sobre el total de personas del mismo grupo étnico y sexo-género.**

SERVICIOS PÚBLICOS	Gitano	No gitano	Gitanas	No gitanas
Farolas	15,5	2,3	10	7,1
Nombre de la Calle	4,4	13,6	6	16,7
Pavimento	8,9	6,8	8	9,5
Socavones	11,1	15,9	22	11,9
Pasos adaptados	22,2	18,2	30	23,8
Señalización vial	8,9	13,6	12	14,3
Todo está bien	68,9	65,9	48	57,1
NTotal	N=45	N=44	N=50	N=42

Como puede apreciarse en la tabla 2.4.1.3., en el grupo de los hombres, bajo la categoría "Farolas" el porcentaje de gitanos (15,5%), es más de 13 puntos porcentuales superior al de no gitanos (2,3%), esto es, casi 7 veces más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Nombre de la calle" el porcentaje de gitanos (4,4%), es más de 9 puntos porcentuales inferior al de no gitanos (13,6%), esto es, más 3 veces menos en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Pavimento" el porcentaje de gitanos (8,9%), es más de 2 puntos porcentuales superior que el de no gitanos (6,8%), esto es, más de un 30% más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Socavones" el porcentaje de gitanos (11,1%), es casi 5 puntos porcentuales inferior al de no gitanos (15,9%), esto es, casi un 45% menos en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Pasos adaptados" el porcentaje de gitanos (22,2%), es 4 puntos porcentuales superior al de no gitanos (18,2%), esto es, más de un 20% más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Señalización vial" el porcentaje de gitanos (8,9%) es 4 puntos y medio porcentuales menor que el de no gitanos (13,6%), esto es, más de un 50% menos en gitanos que en no gitanos. Finalmente bajo la categoría "Todo está bien" el porcentaje de gitanos (68,9%), es 3 puntos porcentuales superior que el de no gitanos (65,9%), esto es, más de un 4% más en gitanos que en no gitanos. En el grupo de las mujeres, bajo la categoría "Farolas" el porcentaje de gitanas (10%), es casi 3 puntos porcentuales superior al de no gitanas (7,1%), esto es, más de un 40% más en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "Nombre de la calle" el porcentaje de gitanas (6%), es más de 10 puntos y medio porcentuales inferior al de no gitanas (16,7%), esto es, casi 3 veces menos en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "Pavimento" el porcentaje de gitanas (8%), es 1 punto y medio porcentual inferior al de no gitanas (9,5%), esto es, casi un 20% menos en gitanas

que en no gitanas. Bajo la categoría "Socavones" el porcentaje de gitanas (22%), es más de 10 puntos porcentuales superior al de no gitanas (11,9%), esto es, casi un 85% más en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "Pasos adaptados" el porcentaje de gitanas (30%), es más de 6 puntos porcentuales superior al de no gitanas (23,8%), esto es, casi un 30% más en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "Señalización vial" el porcentaje de gitanas (12%), es más de 2 puntos porcentuales menor que el de no gitanas (14,3%), esto es, casi un 20% menos en gitanas que en no gitanas. Finalmente bajo la categoría "Todo está bien" el porcentaje de gitanas (48%), es más de 9 puntos porcentuales inferior al de no gitanas (57,1%), esto es, casi un 20% menos en gitanas que en no gitanas.

### SERVICIOS BÁSICOS PRESENTES/AUSENTES EN EL HOGAR.

El tercer apartado que cierra este bloque, es la presencia/ausencia de servicios básicos en el ámbito del hogar. El ítem, se presenta en el cuestionario de la siguiente manera: ¿Cuáles de los siguientes aspectos encontramos en la vivienda? Se ofrecen cinco alternativas de respuesta múltiple: "Electricidad", "Cuarto de baño", "Pavimento en el suelo", "Desperfectos importantes" y "Todo está bien".

A continuación, se muestra una tabla que refleja los porcentajes de gitanos y no gitanos según su elección respecto a los servicios domésticos que se pueden encontrar en el hogar, distribuidas por grupo étnico.

**TABLA 2.4.3.1. Porcentaje total de casos de participantes gitanos y no gitanos según las respuestas relacionadas con los SERVICIOS DOMÉSTICOS BÁSICOS, calculados sobre el total de personas del mismo grupo étnico.**

Servicios domésticos	Electricidad	Baño	Pavimento	Desperfectos importantes	Todo está bien	NTotal
<b>Gitanos</b>	0	0	0	10,5	89,5	<b>95</b>
<b>No gitanos</b>	0	0	0	4,6	95,3	<b>86</b>

Como se puede observar en la tabla 2.4.3.1., bajo las tres primeras categorías no hay representación de ningún participante. Bajo la categoría "Desperfectos importantes" el porcentaje de gitanos (10,5%), es casi 6 puntos porcentuales superior al de no gitanos (4,6%), esto es, más de 2 veces más en gitanos que en no gitanos. Como no podía ser de otro modo, bajo la categoría

"Todo está bien" el porcentaje de gitanos (89,5%), es casi 6 puntos porcentuales inferior al de no gitanos (95,3%), esto es, más de un 6% menos gitanos que en no gitanos.

**TABLA 2.4.3.2. Porcentajes según los SERVICIOS DOMÉSTICOS BÁSICOS, calculados según el propio grupo étnico y sexo-género.**

	Electricidad	Baño	Pavimento	Desperfectos importantes	Todo está bien	NTotal
<b>Gitanos</b>	0	0	0	11,1	40	<b>45</b>
<b>No gitanos</b>	0	0	0	4,5	42	<b>44</b>
<b>Gitanas</b>	0	0	0	10	45	<b>50</b>
<b>No gitanas</b>	0	0	0	4,8	40	<b>42</b>

Como se puede observar en la tabla 2.4.3.2., en el grupo de los hombres bajo las tres primeras categorías no hay representación. Bajo la categoría "Desperfectos importantes" el porcentaje de gitanos (11,1%) es más de 6 puntos y medio porcentuales superior al de no gitanos (4,5%), esto es, casi 2 veces y media superior en gitanos que en no gitanos. En el caso del grupo de las mujeres, solamente hay representación bajo la categoría "Desperfectos importantes" donde el porcentaje de gitanas (10%), es más de 5 puntos porcentuales superior al de no gitanas (4,8%), esto es, más de 2 veces superior en gitanas que en no gitanas.

#### **PERCEPCIÓN DEL TIPO DE BARRIO DONDE RESIDE.**

El segundo de los tres apartados que conforman este bloque, es la percepción de los entrevistados y entrevistadas de la marginalidad del barrio donde residen. Se trata de un ítem dicotómico y se presenta en el cuestionario de la siguiente manera: ¿Considera que el barrio es marginal?

A continuación se muestra una tabla que recoge el total de respuestas de gitanos y no gitanos, según su elección, distribuidas por grupo étnico de la que se extraerán los datos necesarios para su análisis pormenorizado.



**TABLA 2.4.2.1. Total de respuestas de gitanos y no gitanos relacionadas con la PERCEPCIÓN DE MARGINALIDAD DEL BARRIO donde está situada su vivienda, distribuidas por grupo étnico.**

	SI	NO	NTotal
<b>Gitanos</b>	5	40	<b>N=45</b>
<b>No Gitanos</b>	2	42	<b>N=44</b>
<b>Gitanas</b>	6	44	<b>N=50</b>
<b>No gitanas</b>	5	37	<b>N=42</b>

**TABLA 2.4.2.2. Porcentaje total de casos de participantes gitanos y no gitanos según las respuestas relacionadas con la PERCEPCIÓN DE MARGINALIDAD DEL BARRIO donde está situada su vivienda, calculados sobre el total de personas del mismo grupo.**

	SI	NO	NTotal
<b>Gitanos</b>	11,6	88,4	<b>N=95</b>
<b>No Gitanos</b>	8,1	91,9	<b>N=86</b>

Como se puede observar en la tabla 2.4.2.2., bajo la categoría "SÍ" el porcentaje de gitanos (11,6%), es 3 puntos y medio porcentuales superior que el de no gitanos (8,1%), esto es, más de un 40% más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "NO" el porcentaje de gitanos (88,4%) es más de 2 puntos y medio porcentuales inferior que el de no gitanos (91,9%), esto es, casi un 4% menos en gitanos que en no gitanos. A continuación se muestra una tabla que recoge el total de respuestas de los participantes, distribuidas por grupo étnico y sexo-género.

**TABLA 2.4.2.3. Porcentajes totales de casos de participantes según las respuestas relacionadas con la PERCEPCIÓN DE MARGINALIDAD DEL BARRIO donde está situada su vivienda, calculados el mismo grupo étnico y sexo-género.**

	SI	NO	NTotal
<b>Gitanos</b>	11,1	88,9	<b>N=45</b>
<b>No Gitanos</b>	4,5	95,5	<b>N=44</b>
<b>Gitanas</b>	12	88	<b>N=50</b>
<b>No gitanas</b>	11,9	88,1	<b>N=42</b>

Como se puede apreciar en la tabla 2.4.2.3., en el grupo de los hombres, bajo la categoría "SÍ" el porcentaje de gitanos (11,1%), es más de 6 puntos y medio porcentuales superior al de no gitanos (4,5%), esto es, casi 2 veces y

media más en gitanos que en no gitanos. Como no podía ser de otra manera, bajo la categoría "NO" el porcentaje de gitanos (88,9%), es más de 6 puntos y medio porcentuales inferior al de no gitanos (95,5%), esto es, casi un 8% inferior en gitanos que en no gitanos. En el grupo de las mujeres, bajo la categoría "SÍ" el porcentaje de gitanas y no gitanas es similar (12% vs 11,9%). Bajo la categoría "NO" el porcentaje de gitanas y no gitanas es similar (88% vs 88,1%).

## 7. DEPENDENCIA Y SERVICIOS SOCIALES.

Cuando se habla de dependencia, frecuentemente se asocia a ciertas situaciones de discapacidad, aunque el concepto también se aplica al hablar de ciertas sustancias, en el ámbito económico, social o emocional entre otros. El contexto biopsicosocial de dependencia, es el que será incluido en este trabajo, y la definición que mejor se adapta al contenido de este apartado es la aportada por la Ley de Dependencia, 2006, en su artículo 2 que versa como sigue: "Dependencia es la situación de una persona con discapacidad que requiere ayuda de otra para realizar actividades de la vida diaria porque no puede valerse por sí misma".

La discapacidad, es un componente inseparable de la dependencia, pero no siempre que hay discapacidad hay dependencia. Esto es debido a que existen diversos grados de discapacidad insuficientes para ser catalogados como dependencia. Aun cuando se determina que hay dependencia, también hay distintos tipos y grados como es la dependencia situacional de intervalo largo, de intervalo corto, de intervalo crítico, de cuidados especiales o de cuidados permanentes (Querejeta, 2003). La dependencia, se evalúa por la necesidad de supervisión o ayuda de terceras personas para realizar actividades de la vida diaria, que permiten mantener una vida autónoma en el domicilio habitual (Zunzunegui, 2011).

Hay factores que intervienen en el estado general del individuo en la etapa de la vejez. Entre ellos, están las condiciones de vida de la infancia, la posición socioeconómica o el estilo de vida, entre otros. La renta individual, el nivel educativo y el capital social, correlacionan con el grado de salud de hombres y mujeres llegada la vejez (Oliva et al., 2011). Los individuos con

niveles socioeconómicos más bajos, ostentan porcentajes superiores de necesidades no cubiertas (Hernández & Jiménez, 2011).

Algo menos, de un millón y medio de personas mayores de 65 años, son dependientes en España (Abellán et al, 2011). La dependencia aumenta con la edad, especialmente en mujeres, a partir de los 40 años el porcentaje es significativamente superior al de los hombres. El 18,1% de las personas mayores dependientes viven solas (Esparza, 2011). La comunidad española con mayor proporción de personas en situación de dependencia es Andalucía con el 5,3%. El porcentaje de dependencia en mujeres mayores de 65 años es 14 puntos porcentuales superior al de los hombres. Un 48,2% de los dependientes en Granada considera insuficientemente cubiertas sus necesidades de cuidado (Abellán et al., 2012). En el caso de la comunidad gitana, no se han hallado datos específicos sobre dependencia en ninguno de los estudios analizados.

Es importante mencionar que solamente 24 personas de los 181 participantes han manifestado tener reconocido un grado de dependencia, por lo que la mínima variación en el número de casos en determinadas categorías suponen un gran impacto en los resultados. Por lo tanto, su generalización deberá ser sometida a comprobaciones posteriores.

En este apartado, se sondearán distintas cuestiones como: ¿Tiene reconocido algún grado de dependencia? ¿Qué grado de dependencia tiene reconocido? Si tiene reconocido algún grado de dependencia ¿qué servicios está utilizando? ¿Suplen estas ayudas sus necesidades? ¿Conoce algún otro tipo de servicio que ofrece la ley de dependencia? y finalmente veremos los resultados que aporta el índice de Katz (Índice de Independencia de las Actividades Básicas de la Vida Diaria).

### **¿TIENE RECONOCIDO ALGÚN GRADO DE DEPENDENCIA?**

En este apartado, se examinarán los porcentajes de respuestas de los entrevistados a la cuestión ¿Tiene reconocido algún grado de dependencia? Se trata de un ítem dicotómico de respuesta autoinformada. En la siguiente tabla, se reflejan el número total de respuestas respecto a si tiene reconocido algún grado de dependencia, clasificadas según grupo étnico y sexo-género. De ella se extraerán los datos necesarios para su análisis pormenorizado.

**TABLA 7.1.1. Número total de casos que tienen reconocido algún grado de dependencia según sexo-género y grupo étnico.**

	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>NTotal</b>
<b>Gitano</b>	4	41	<b>45</b>
<b>No gitano</b>	1	43	<b>44</b>
<b>Gitana</b>	16	34	<b>50</b>
<b>No gitana</b>	3	39	<b>42</b>

**TABLA 7.1.2. Porcentaje total de respuestas de gitanos y no gitanos a la cuestión ¿Tiene reconocido algún grado de dependencia? Calculados según el grupo étnico.**

DEPENDENCIA	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NTotal</b>
<b>Gitanos</b>	21	78,9	<b>95</b>
<b>No gitanos</b>	4,6	95,3	<b>86</b>

Como se puede observar en la tabla 7.1.2., según las respuestas de los participantes relacionadas con la dependencia, los porcentajes más importantes los encontramos, en ambas poblaciones estudiadas, bajo la categoría "NO". Es de suma importancia para el presente estudio los casos que se incluyen en la categoría "Sí" y por ello se van a extraer. El porcentaje de respuestas afirmativas en gitanos (21%), es casi 16 puntos y medio porcentuales mayor que el porcentaje en no gitanos (4,6%), esto es, más de 4 veces y media más en gitanos que en no gitanos. En la siguiente tabla se muestran los porcentajes de respuestas de los participantes según el grupo étnico y sexo-género.

**TABLA 7.1.3. Porcentaje total de respuestas de gitanos y no gitanos a la cuestión ¿Tiene reconocido algún grado de dependencia? Calculados según el propio grupo étnico y sexo-género.**

	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NTotal</b>
<b>Gitano</b>	8,9	91,1	<b>45</b>
<b>No gitano</b>	2,3	97,7	<b>44</b>
<b>Gitana</b>	32	68	<b>50</b>
<b>No gitana</b>	7,1	92,9	<b>42</b>

Como se puede observar en la tabla 7.1.3., según las respuestas de los participantes relacionadas con la dependencia, en el grupo de los hombres el porcentaje de gitanos que dicen tener reconocido algún grado de dependencia (8,9%), es más de 6 puntos y medio porcentuales mayor que el de no gitanos

(2,3%), esto es, más de 4 veces más en hombres gitanos que en hombres no gitanos. En el grupo de mujeres el porcentaje de gitanas que dicen tener reconocido algún grado de dependencia (32%), es casi 25 puntos porcentuales superior al de no gitanas (7,1%),esto es, más de 4 veces más en gitanas que en no gitanas.

### ¿QUÉ GRADO DE DEPENDENCIA TIENE RECONOCIDO?

En este apartado, se examinarán las respuestas de los entrevistados a la cuestión ¿Qué grado de dependencia tiene reconocido? Se trata de un ítem con cinco opciones de respuesta autoinformada son; "Grado 1", "Grado 2 Nivel 1", "Grado 2 Nivel 2", "Grado 3 Nivel 1" y "Grado 3 Nivel 1".

En la siguiente tabla, se reflejan el número total de casos a la cuestión planteada, distribuidos según el grupo étnico y sexo-género, de donde se extraerán los datos necesarios para un análisis pormenorizado.

**TABLA 7.2.1. Número total de casos de gitanos y no gitanos respecto al grado de dependencia distribuidos según grupo étnico y sexo-género.**

	0	Grado 2 Nivel 1	Grado 2 Nivel 2	Grado 3 Nivel 1	NTotal
<b>Gitano</b>	41	1	2	1	<b>45</b>
<b>No gitano</b>	43	0	1	0	<b>44</b>
<b>Gitana</b>	34	6	8	2	<b>50</b>
<b>No gitana</b>	39	0	1	2	<b>42</b>

**TABLA 7.2.2. Porcentaje total de respuestas de gitanos y no gitanos a la cuestión ¿Tiene reconocido algún grado de dependencia? Calculados según el grupo étnico.**

	Sin Grado reconocido	Grado1	Grado2 Nivel1	Grado2 Nivel2	Grado3 Nivel1	Grado3 Nivel2	NTotal
<b>Gitanos</b>	75	0	7,4	10,5	3,2	0	95
<b>No gitanos</b>	82	0	0	2,3	2	0	86

Como se puede observar en la tabla 7.2.2., bajo la categoría "Sin grado reconocido" el porcentaje de gitanos (75%), es 7 puntos porcentuales inferior al de no gitanos (82%), esto es, casi un 10% menos en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Grado 2 Nivel 1" el porcentaje de gitanos es 7,4% frente a la ausencia de casos en no gitanos. Bajo la categoría "Grado 2 Nivel 2", el

porcentaje de gitanos (10,5%), es más de 8 puntos porcentuales mayor al de no gitanos (2,3%), esto es, más de 4 veces más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Grado 3 Nivel 1" el porcentaje de gitanos (3,2%), es más de 1 punto porcentual más que el porcentaje en no gitanos (2%), esto es un 60% más en gitanos que en no gitanos. En el resto de categorías propuestas no hay representación. A continuación, se mostrará una tabla con los porcentajes de respuestas organizados según grupo étnico y sexo-género.

**TABLA 7.2.3. Porcentaje total de respuestas de gitanos y no gitanos a la cuestión ¿Tiene reconocido algún grado de dependencia? Calculados según el propio grupo étnico y sexo-género.**

	<b>Grado 1</b>	<b>Grado2 Nivel1</b>	<b>Grado2 Nivel2</b>	<b>Grado3 Nivel1</b>	<b>Grado3 Nivel2</b>	<b>NTotal</b>
<b>Gitano</b>	0	2,2	4,4	2,2	0	45
<b>No gitano</b>	0	0	2,3	0	0	44
<b>Gitana</b>	0	12	16	4	0	50
<b>No gitana</b>	0	0	2,4	4,8	0	42

Como se puede observar en la tabla 7.2.3., en el grupo de los hombres bajo la categoría "Grado 2 Nivel 1" el porcentaje de gitanos es (2,2%), en ausencia de casos de no gitanos. Bajo la categoría "Grado 2 Nivel 2", el porcentaje de gitanos (4,4%), es más de 2 puntos porcentuales superior al de no gitanos (2,3%), esto es, casi 2 veces más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Grado 3 Nivel 1" el porcentaje de gitanos es 2,2% en ausencia de casos en no gitanos. En el grupo de las mujeres bajo la categoría "Grado 2 Nivel 1" el porcentaje de gitanas es 12%, en ausencia de casos de no gitanos. Bajo la categoría "Grado 2 Nivel 2", el porcentaje de gitanas (4,4%), es más de 2 puntos porcentuales superior al de no gitanas (2,3%), esto es, casi 2 veces más en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "Grado 3 Nivel 1" el porcentaje de gitanas es 2,2% en ausencia de casos en no gitanas.

### **¿QUÉ SERVICIOS ESTÁ UTILIZANDO?**

En este apartado, vamos a examinar las respuestas de los entrevistados a la cuestión ¿Qué servicios está utilizando? Se trata de un ítem con cuatro opciones de respuesta autoinformada de elección múltiple, que son:

"Teleasistencia", "Ayuda a domicilio", "Compensación económica" y "Otros". En la siguiente tabla se refleja los porcentajes de casos, según el grupo étnico.

**TABLA 7.3.1. Porcentaje total de respuestas de gitanos y no gitanos a la cuestión ¿Qué servicios está utilizando? Calculados según el propio grupo étnico.**

	Teleasistencia	Ayuda a domicilio	Compensación económica	Otros	NTotal
<b>Gitanos</b>	9,5	11,6	10,5	0	<b>95</b>
<b>No gitanos</b>	2,3	3,5	3,5	0	<b>86</b>

Como se puede observar en la tabla 7.3.1., bajo la categoría "Teleasistencia" el porcentaje de gitanos (9,5%), es más de 7 puntos porcentuales superior al de no gitanos (2,3%), esto es, más de 4 veces más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Ayuda a domicilio" el porcentaje de gitanos (11,6%), es más de 8 puntos porcentuales superior al de no gitanos (3,5%), esto es, más de 3 veces más en gitanos que en no gitanos. Finalmente, bajo la categoría "Compensación económica" el porcentaje en gitanos (10,5%), es 7 puntos porcentuales superior al de no gitanos (3,5%), esto es, 3 veces más en gitanos que en no gitanos. En el resto de categorías no hay representación.

### ¿SUPLEN ESTAS AYUDAS SUS NECESIDADES?

En este apartado, se examinan las respuestas de los entrevistados a la cuestión: ¿Suplen estas ayudas sus necesidades? Se trata de un ítem tricotómico de respuesta autoinformada.

En la siguiente tabla, se refleja el número total de casos distribuidos según el grupo étnico y sexo-género de la que extraerán los datos necesarios para su análisis pormenorizado.

**TABLA 7.4.1. Número total de casos respecto a ¿Suplen estas ayudas sus necesidades? Organizados según grupo étnico y sexo-género.**

	Sí	En parte	No
<b>Gitano</b>	0	3	1
<b>No gitano</b>	0	1	0
<b>Gitana</b>	1	11	4
<b>No gitana</b>	1	2	0

**TABLA 7.4.2. Porcentaje total de respuestas de gitanos y no gitanos a la cuestión ¿Suplen estas ayudas sus necesidades? Calculados según el número de casos con grado de dependencia reconocido en cada grupo étnico.**

	<b>Sí</b>	<b>En parte</b>	<b>No</b>	<b>NTotal</b>
<b>Gitano</b>	1	14,7	5,3	<b>95</b>
<b>No gitano</b>	1,2	3,5	0	<b>86</b>

Como se puede observar en la tabla 7.4.2., el porcentaje de gitanos y no gitanos que contestan afirmativamente a la cuestión ¿Suplen estas ayudas sus necesidades? es similar (1% vs 1,2%). Bajo la categoría "En parte" el porcentaje de gitanos (14,7%), es más de 11 puntos porcentuales superior al de no gitanos (3,5%), esto es, más de 4 veces más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "No" el porcentaje de gitanos es 5,3% frente a la ausencia de casos en no gitanos. En la siguiente tabla se reflejan los porcentajes totales de respuestas según el grupo étnico y sexo-género.

**TABLA 7.4.3. Porcentaje total de respuestas de gitanos y no gitanos a la cuestión ¿Suplen estas ayudas sus necesidades? Calculados según el número de casos con grado de dependencia reconocido en cada grupo étnico y sexo-género.**

	<b>Sí</b>	<b>En parte</b>	<b>No</b>	<b>NTotal</b>
<b>Gitano</b>	0	6,7	2,2	<b>45</b>
<b>No gitano</b>	0	2,3	0	<b>44</b>
<b>Gitana</b>	2	22	8	<b>50</b>
<b>No gitana</b>	2,4	4,8	0	<b>42</b>

Según se muestra en la tabla 7.4.3., en el grupo de hombres, bajo la categoría "En parte", el porcentaje de gitanos (6,7%), es casi 4 puntos y medio porcentuales superior al de no gitanos (2,3%), esto es, casi 3 veces más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "No" el porcentaje de gitanos es 2,2% en comparación con la ausencia de casos en no gitanos. En mujeres, bajo la categoría "Sí", el porcentaje de mujeres gitanas y no gitanas es similar (2% vs 2,4%). Bajo la categoría "En parte", el porcentaje en el subgrupo de mujeres gitanas (22%), es más de 17 puntos porcentuales superior al de mujeres no gitanas (4,8%), esto es, más de 4 veces y media más en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "No" el porcentaje de gitanas es el 8% en comparación con la ausencia de casos en no gitanas.



### ¿CONOCE ALGÚN OTRO TIPO DE SERVICIO QUE OFRECE LA LEY DE LA DEPENDENCIA?

En este apartado, se examinarán las respuestas de los entrevistados a la cuestión ¿Conoce algún otro servicio que ofrece la ley de dependencia? Se trata de un ítem de respuesta dicotómica. En la siguiente tabla se reflejan el total de respuestas según el grupo étnico.

**TABLA 7.5.1. Porcentaje total de respuestas de gitanos y no gitanos a la cuestión ¿Conoce algún otro servicio que ofrece la ley de dependencia? Calculados según el grupo étnico.**

	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>NTotal</b>
<b>Gitano</b>	10,5	11,6	<b>95</b>
<b>No gitano</b>	0	4,6	<b>86</b>

Como se puede observar en la tabla 7.5.1., los gitanos conocen en mayor porcentaje que los no gitanos, otros servicios que ofrece la ley de dependencia (Gitanos 10,5% vs 0% no gitanos).

### ÍNDICE DE KATZ.

Para poder explorar los casos con y sin discapacidad entre los participantes, usaremos el Índice de Katz. Esta prueba, se incluye dentro del grupo de escalas que buscan conocer la situación funcional actual de la persona entrevistada. Se creó en el año 1958 por un equipo multidisciplinar dirigido por S. Katz, para delimitar la dependencia en fracturas de cadera. Posteriormente, también se ha utilizado en la valoración de enfermedades crónicas, como el infarto cerebral o la artritis reumatoide. Actualmente, también se aplica para conocer la situación basal de una persona, determinar el impacto de una enfermedad, monitorizar los posibles cambios, apoyo a la aplicación de tratamientos y evaluar su evolución. El deterioro funcional, es un predictor sumamente fiable de mortalidad y de evolución clínica en personas mayores. El Índice de Katz, es la escala más utilizada a nivel geriátrico y paliativo para evaluar dependencia/independencia (Trigás-Ferrín et *al.*, 2011).

Como características principales, el índice de Katz, evalúa el grado de dependencia/independencia de la persona a través seis funciones básicas: baño, vestido, uso del retrete, movilidad, continencia y alimentación. Según la puntuación resultante, hay 8 niveles de dependencia desde, "A" (independiente para todas las funciones) hasta nivel "G" (dependiente para todas las funciones). También hay un nivel "0" (dependiente en al menos dos funciones pero no clasificable como C, D, E o F). La prueba, se lleva a cabo mediante preguntas directas del entrevistador a la persona o a sus cuidadores. La fiabilidad de la prueba, ha sido corroborada en muchísimos estudios, arrojando coeficientes de correlación ( $>0,70$ ) y test-retest ( $>0,90$ ). Está validado en varios idiomas, países, entornos culturales y niveles socioeconómicos (*Ibidem*).

A continuación, se muestra una tabla donde aparecen las respuestas de gitanos y no gitanos que manifiestan tener alguna de las funciones básicas deterioradas, organizadas según las categorías evaluativas del Índice de Katz.

**TABLA 7.6.1. Porcentaje total de casos según el ÍNDICE DE KATZ. Calculados según grupo étnico.**

	A	B	C	D	E	F	G	0	NTotal
<b>Gitanos</b>	71,6	9,5	5,3	3,2	5,3	2,1	2,1	1	<b>95</b>
<b>No gitanos</b>	91,9	2,3	3,5	0	0	0	1,2	1,2	<b>86</b>

Como podemos observar en la tabla 7.6.1., los porcentajes más importantes los encontramos bajo la categoría "A" (Independiente en todas las funciones), donde el porcentaje total de gitanos (71,6%) es más de 20 puntos porcentuales inferior al de no gitanos (91,9%), esto es, más de un 25% menos en gitanos que en no gitanos. En el resto de categorías los porcentajes en gitanos son superiores al de no gitanos.

Bajo la categoría "B" (Independiente en todas salvo en una de ellas), el porcentaje de gitanos (9,5%), es mas de 7 puntos porcentuales superior al de no gitanos (2,3%), esto es, más de 4 veces más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "C" (Independiente en todas salvo en lavado y otra más), el porcentaje total de gitanos (5,3%), es casi 2 puntos porcentuales superior al de no gitanos (3,5%), esto es, más un 50% más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "D" (Independiente en todas salvo en lavado, vestido y otra más), el

porcentaje de gitanos es 3,2% en ausencia de casos de no gitanos. Bajo la categoría "E" (Independiente en todas salvo en lavado, vestido, uso de retrete y otra más), el porcentaje total de gitanos es 5,3% en ausencia de casos de no gitanos. Bajo la categoría "F" (Independiente en todas salvo en lavado, vestido, uso de retrete, movilización y otra más), el porcentaje total en gitanos es 2,1% en ausencia de casos de no gitanos. Bajo la categoría "G" (Dependiente en las seis funciones), el porcentaje de gitanos (2,1%) es 0,9 puntos porcentuales más que en no gitanos (1,2%), esto es, casi 2 veces más en gitanos que el de no gitanos. Finalmente bajo la categoría "0" (Dependiente en al menos dos funciones pero no clasificable como C, D, E o F), el porcentaje es similar en gitanos que en no gitanos (1% vs 1,2%).

A continuación, se muestra la tabla correspondiente a los porcentajes de respuestas de los participantes, que manifiestan tener alguna deficiencia en sus funciones básicas, para un análisis por grupos.

**TABLA 7.6.2. Porcentajes de casos según las categorías del ÍNDICE DE KATZ. Calculados según el número total de casos que manifiestan tener alguna de sus funciones básicas deterioradas, distribuidos por grupo étnico y sexo-género.**

	A	B	C	D	E	F	G	0	NTotal
<b>Gitanos</b>	82,2	6,7	0	4,4	2,2	2,2	2,2	0	<b>45</b>
<b>No gitanos</b>	95,4	2,3	2,3	0	0	0	0	0	<b>44</b>
<b>Gitanas</b>	62	12	10	2	8	2	2	2	<b>50</b>
<b>No gitanas</b>	88,1	2,4	4,8	0	0	0	2,4	2,4	<b>42</b>

Como se puede observar en la tabla 7.6.2., se resaltan solo las categorías de la A-G+0. En el grupo de los hombres bajo la categoría "B" (Independiente en todas salvo en una de ellas), el porcentaje de gitanos (6,7%) es casi 4 puntos y medio porcentuales superior al de no gitanos (2,3%), esto es, casi 3 veces más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "C" (Independiente en todas salvo en lavado y otra más), no hay representación de gitanos frente al 2,3% en no gitanos. Bajo la categoría "C" (Independiente en todas salvo en lavado y otra más) el porcentaje de gitanos es 4,4% sin representación de no gitanos. En el resto de categorías el porcentaje de gitanos (2,2%) es la única representación que hay, a excepción de la categoría "0" donde no hay ningún caso.

En el grupo de mujeres, bajo la categoría "B" (Independiente en todas salvo en una de ellas), el porcentaje de gitanas (12%) es más de 9 puntos y medio porcentuales superior al de no gitanas (2,4%), esto es, 5 veces más en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "C" (Independiente en todas salvo en lavado y otra más), el porcentaje de gitanas (10%), es más de 5 puntos porcentuales superior al de no gitanas (4,8%), esto es, más de 2 veces más en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "D" (Independiente en todas salvo en lavado, vestido y otra más), la única representación es un 2% de gitanas. Bajo la categoría "E" (Independiente en todas salvo en lavado, vestido, uso de retrete y otra más), la única representación es un 8% de gitanas. Bajo la categoría "F" (Independiente en todas salvo en lavado, vestido, uso de retrete, movilización y otra más), la única representación es un 2% de gitanas. Bajo la categoría "G" (Dependiente en las seis funciones), el porcentaje de gitanas y no gitanas es similar (2% vs 2,4%). Finalmente, bajo la categoría "0" (Dependiente en al menos dos funciones pero no clasificable como C, D, E o F) el porcentaje de gitanas y no gitanas es similar (2% vs 2,4%).

## 8. REDES FAMILIARES Y APOYO PERSONAL.

El proceso del envejecimiento, antes o después, aboca al individuo a ciertos cambios en su salud y en la etiología de sus redes sociales. Puede acontecer la pérdida de la pareja o amigos, la emancipación de los hijos, situaciones de soledad, aumento del número de enfermedades, aparición de cierta discapacidad o la disminución del poder adquisitivo. En este contexto de aumento de la vulnerabilidad de la persona, la capacidad funcional y las redes de apoyo serán elementos fundamentales que determinen, en gran manera, la calidad de vida de las personas mayores (Huenchuan & Guzman, 2003; Rojo-Pérez et al., 2009).

En diferentes estudios, se constata la relación entre el apoyo social, el estado afectivo (emocional) y las actitudes hacia la vejez, que facilitan conductas de protección y promoción de la salud (Castellano, 2014). Por ejemplo, Pillemer et al., (2000), menciona los efectos positivos de las relaciones sociales sobre el bienestar en las personas mayores (Pillemer et al., 2000). Otros estudios, defienden la relación entre un mejor afrontamiento de

enfermedades en las personas mayores que se sienten acompañadas y apoyadas (Antonucci *et al.*, 2001). Herrero & Gracia (2005), respaldan la idea de que el apoyo que se ofrece en los propios hogares de las personas mayores por parte de sus familiares cercanos, surte un efecto positivo sobre la autoestima y un mejor ajuste psicosocial de las mismas (Herrero & Gracia, 2005). Otero *et al.*, (2006), señalan como factores protectores de un "buen envejecer", el estar casado (tener pareja), la participación en actividades comunitarias, sentirse importante y útil y tener relaciones sociales, particularmente con los hijos entre otros factores (Otero *et al.*, 2006). Por otro lado, las redes de apoyo familiar fortalecen las dimensiones emocionales (factor de protección ante la depresión), la autopercepción del estado de salud, los problemas funcionales e instrumentales de los mayores (Puga *et al.*, 2007; Carmona, 2011).

En esta dimensión, se abordará el tipo de redes sociales, sobre todo en el ámbito familiar, que ofrecen apoyo personal (emocional y físico) a los entrevistados. Cuando se habla de redes sociales de apoyo personal, se hace referencia a las personas o grupos de personas con las que los participantes se relacionan y la naturaleza de las interacciones que se producen en el contexto del hogar.

Los sub-apartados que componen esta dimensión, son los siguientes: las personas con las que convive el entrevistado, el tipo de relación que mantiene con miembros del entorno familiar con los que no convive, la frecuencia de visitas de familiares, si necesita ayuda para desenvolverse en la vida cotidiana en casa o fuera de ella, de quién recibe la ayuda y finalmente la percepción que tiene el entrevistado respecto a si se siente valorado por sus familiares. A continuación, se dará atención a cada uno de estos seis sub-apartados.

### **¿CON QUIÉN CONVIVE USTED?**

En este apartado, se dará atención al tipo de convivencia que manifiesta tener cada uno de los entrevistados. En el cuestionario se presenta la pregunta: "¿Con quién convive usted?" Es un ítem con ocho opciones de respuesta.

A continuación, se muestra una tabla donde aparecen el total de respuestas de gitanos y no gitanos a la cuestión propuesta, organizada según sexo-género y grupo étnico, de la que se extraerán los datos necesarios para un análisis pormenorizado.

**TABLA 10.1.1. Número total de respuestas respecto a la pregunta: ¿Con quién vive usted? Organizadas según grupo étnico y sexo-género.**

	<b>Gitano</b>	<b>No gitano</b>	<b>Gitana</b>	<b>No gitana</b>
<b>Pareja/cónyuge</b>	12	24	9	22
<b>Pareja/cónyuge e hijo/s</b>	21	13	23	7
<b>Pareja/cónyuge, hijo/s y otros familiares</b>	3	1	3	1
<b>Pareja/cónyuge y otros familiares</b>	0	1	0	2
<b>Solo</b>	3	3	5	2
<b>Hijos</b>	3	0	5	5
<b>Hijos y otros familiares</b>	1	1	3	2
<b>Otros familiares</b>	2	1	2	1

**TABLA 10.1.2. Porcentajes de respuestas de gitanos y no gitanos a la pregunta: "¿Con quién convive usted?" Calculados según el propio grupo étnico.**

<b>¿Con quién convive usted?</b>	<b>Gitanos</b>	<b>No gitanos</b>
<b>Pareja/cónyuge</b>	26,3	53,5
<b>Pareja/cónyuge e hijos</b>	46,3	23,3
<b>Pareja/cónyuge e hijos y otros familiares</b>	6,3	2,3
<b>Pareja/cónyuge y otros familiares</b>	0	3,5
<b>Sólo</b>	8,4	5,8
<b>Hijos</b>	8,4	5,8
<b>Hijos y otros familiares</b>	4,2	3,5
<b>Otros familiares</b>	4,2	2,3
<b>NTotal</b>	<b>95</b>	<b>86</b>

Como se puede observar en la tabla 10.1.2, los porcentajes de respuestas a la pregunta ¿Con quién convive usted? se distribuyen de la siguiente forma. Bajo la categoría "Pareja/cónyuge", el porcentaje de gitanos (26,2%), es más de 27 puntos porcentuales inferior al de no gitanos (53,5%), esto es, más de 2 veces menos en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Pareja/cónyuge e hijos", el porcentaje gitanos (46,3%), es 23 puntos porcentuales superior al de no gitanos (23,3%), esto es, casi 2 veces más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Pareja/cónyuge e hijos y otros familiares", el porcentaje de gitanos (6,3%), es 4 puntos porcentuales superior al de no gitanos (2,3%), esto es, más de 2 veces y media más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Pareja/cónyuge y otros familiares", el porcentaje de no gitanos es de 3,5%, sin representación de gitanos. Bajo la categoría "Solo", el porcentaje de gitanos (8,4%), es 3 puntos porcentuales superior al de

no gitanos (5,8%), esto es, casi el 50% más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Hijos", el porcentaje de gitanos (8,4%) es 3 puntos porcentuales superior al de no gitanos (5,8%), esto es, casi el 50% más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Hijos y otros familiares", el porcentaje gitanos (4,2%), es casi 1 punto porcentual superior al de no gitanos (3,5%), esto es, un 20% más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Otros familiares", el porcentaje de gitanos (4,2%), es casi 2 puntos porcentuales superior al de no gitanos (2,3%), esto es, más del 80% más en gitanos que en no gitanos.

A continuación, la siguiente tabla muestra los porcentajes totales de respuestas de hombres y mujeres gitanos y no gitanos a la cuestión: "¿Con quién convive usted?"

**Tabla 10.1.3. Porcentajes de respuestas de gitanos y no gitanos a la pregunta "¿Con quién convive usted?" Calculados según el propio grupo étnico y sexo-género.**

¿Con quién convive usted?	Gitanos	No gitanos	Gitanas	No gitanas
Pareja/cónyuge	26,7	54,5	18	52,4
Pareja/cónyuge e hijos	46,7	29,5	46	16,7
Pareja/cónyuge e hijos y otros familiares	6,7	2,3	6	2,4
Pareja/cónyuge y otros familiares	0	2,3	0	4,8
Sólo	6,7	6,8	10	4,8
Hijos	6,7	0	10	11,9
Hijos y otros familiares	2,2	2,3	6	4,8
Otros familiares	4,4	2,3	4	2,4
<b>NTotal</b>	<b>45</b>	<b>44</b>	<b>50</b>	<b>42</b>

Como se puede observar en la tabla 10.1.3, los porcentajes de respuestas a la cuestión ¿Con quién convive usted? se distribuyen de la siguiente forma. En el grupo de hombres, el modo de convivencia más frecuente en gitanos es "Pareja/cónyuge e hijos" (46,7%), seguido de "Pareja/cónyuge" (26,7%), el 25% residual se distribuye entre la cinco categorías restantes, sin representación en la categoría convivencia con pareja/cónyuge y otros familiares. En no gitanos, los modos de convivencia principales son: "Pareja/cónyuge" (54,5%) y "Pareja/cónyuge e hijos" (29,5%), el 16% residual se distribuye entre las cinco categorías restantes, sobresaliendo el porcentaje de hombres solos (6,8%). En el grupo de mujeres, el modo de convivencia con más representación en gitanas es "Pareja/cónyuge e hijos" (46%), seguido de "Pareja/cónyuge" (18%) el 36% residual se distribuye entre las cinco categorías restantes, sobresaliendo las categorías de "Solo" e "Hijos" con un 10%

respectivamente. En no gitanas, los modos de convivencia principales son: "Pareja/cónyuge" (52,4%) y "Pareja/cónyuge e hijos" (16,7%), el 31% residual se distribuye entre las cinco categorías restantes, sobresaliendo el 11,9% de la categoría "Hijos".

#### FORMAS DE COMUNICACIÓN CON PERSONAS DE SU FAMILIA QUE NO VIVEN CERCA.

En este apartado, se sondeará el tipo de comunicación que mantienen los entrevistados con personas de su círculo familiar que no viven cerca del domicilio. Para ello, se incluye en el cuestionario el ítem: "¿Mantiene usted relación con miembros de su entorno familiar con los que no convive a través de diferentes medios como...?" Se ofrecen cinco opciones de multi-respuesta que son: "Teléfono", "Correo electrónico", "Correo postal", "Visitas" y "Otro tipo de encuentros".

A continuación, se muestra una tabla general con el número total de respuestas a la cuestión propuesta, organizadas según sexo-género y grupo étnico de la que se extraerán los datos necesarios para un análisis pormenorizado.

**TABLA 10.2.1. Número total de respuestas a respecto a la cuestión propuesta, organizadas según sexo-género y grupo étnico.**

	<b>Gitanos</b>	<b>No gitanos</b>	<b>Gitanas</b>	<b>No gitanas</b>
<b>Teléfono</b>	44	43	49	41
<b>Correo electrónico</b>	2	1	6	5
<b>Correo postal</b>	2	9	5	8
<b>Visitas</b>	43	40	49	37
<b>Otro tipo de encuentros</b>	17	20	17	23
<b>NTotal</b>	<b>45</b>	<b>44</b>	<b>50</b>	<b>42</b>



**Tabla 10.2.2. Porcentajes totales de respuestas de gitanos y no gitanos según el medio de comunicación utilizado con familiares fuera del hogar, calculados según el grupo étnico.**

	<b>Gitanos</b>	<b>No gitanos</b>
<b>Teléfono</b>	97,9	96,5
<b>Correo electrónico</b>	8,4	7
<b>Correo postal</b>	7,4	19,7
<b>Visitas</b>	96,8	89,5
<b>Otro tipo de encuentros</b>	35,8	48,8
<b>NTotal</b>	<b>95</b>	<b>86</b>

Como se puede observar en la tabla 10.2.2., bajo la categoría "Teléfono" los porcentajes en gitanos y no gitanos son similares (97,9% vs 96,5%). Bajo la categoría "Correo electrónico" el porcentaje de gitanos (8,4%), es casi 1 punto y medio porcentual superior al de no gitanos (7%), esto es, casi un 15% más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Correo postal", el porcentaje de gitanos (7,4%) es más de 12 puntos porcentuales inferior al de no gitanos (19,7%), esto es, casi 2 veces y media menos en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Visitas", el porcentaje de gitanos (96,8%), es más de 7 puntos porcentuales superior al de no gitanos (89,5%), esto es, más de un 8% más en gitanos que en no gitanos. Finalmente bajo la categoría "Otras", el porcentaje de gitanos (35,8%), es 13 puntos porcentuales inferior al de no gitanos (48,8%), esto es, más de un 36% menos en gitanos que en no gitanos.

A continuación, veremos la tabla donde aparecen los porcentajes totales de respuestas de hombres y mujeres gitanos y no gitanos que responden a la cuestión propuesta.

**Tabla 10.2.3. Porcentajes de respuestas de gitanos y no gitanos según el medio de comunicación con familiares fuera del hogar, calculados según el propio grupo étnico y sexo-género.**

	<b>Gitanos</b>	<b>No gitanos</b>	<b>Gitanas</b>	<b>No gitanas</b>
<b>Teléfono</b>	97,8	97,7	98	97,6
<b>Correo electrónico</b>	4,4	2,3	12	11,9
<b>Correo postal</b>	4,4	20,4	10	19
<b>Visitas</b>	95,5	90,9	98	88,1
<b>Otro tipo de encuentros</b>	37,8	45,4	34	54,8
<b>NTotal</b>	<b>45</b>	<b>44</b>	<b>50</b>	<b>42</b>

Como se puede observar en la tabla 10.2.3., en el grupo de los hombres, bajo la categoría "Teléfono", los porcentajes de respuestas de gitanos y no gitanos son similares superando, en ambos casos, el 97%. Bajo la categoría "Correo electrónico", el porcentaje de gitanos (4,4%), es más de 2 puntos porcentuales superior al de no gitanos (2,3%), esto es, más de un 90% más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Correo postal", el porcentaje de gitanos (4,4%), es 16 puntos porcentuales inferior al de no gitanos (20,4%), esto es, más de 4 veces y media menos en gitanos que en gitanos. Bajo la categoría "Visitas" el porcentaje de gitanos (95,5%), es más de 4 puntos y medio porcentuales superior al de no gitanos (90,9%), esto es, más de un 5% más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Otros tipos de encuentro", el porcentaje de gitanos (37,8%), es 7 puntos y medio porcentuales inferior al de no gitanos (45,4%) esto es, más de un 20% menos en gitanos que en no gitanos.

En el grupo de las mujeres, bajo la categoría "Teléfono", los porcentajes en gitanas y no gitanas son similares siendo, en ambos casos, superior al 97%. Bajo la categoría "Correo electrónico", los porcentajes de gitanas y no gitanas son similares estando, en ambos casos, en torno al 12%. Bajo la categoría "Correo postal", el porcentaje de gitanas (10%), es 9 puntos porcentuales inferior al de no gitanas (19%), esto es, un 90% menos en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "Visitas", el porcentaje gitanas (98%), es casi 14 puntos porcentuales superior al de no gitanas (88,1%), esto es, más de un 11% más en gitanas que en no gitanas. Finalmente, bajo la categoría "Otro tipo de encuentros", el porcentaje de gitanas (34%) es casi 21 puntos porcentuales inferior al de no gitanas (54,8%), esto es, más de un 61% menos en gitanas que en no gitanas.

#### **FRECUENCIA DE VISITAS DE SU ENTORNO FAMILIAR.**

En este apartado, se va a explorar la frecuencia de visitas que manifiestan tener los entrevistados en su hogar por parte de la familia más cercana (padre, madre, hijos, hermanos, tíos, sobrinos, nietos). Para dicho menester, se incluye en el cuestionario el ítem: "¿Con qué frecuencia recibe visitas de su entorno familiar?" Se ofrecen cuatro opciones de respuesta que son: "Muy frecuente", "Frecuentemente", "Poco frecuente" y "Casi nunca". A continuación se muestra una tabla con el número total de respuestas según las

cuatro opciones de respuesta propuestas de la que posteriormente se extraerán los datos necesarios para un análisis pormenorizado.

**Tabla 10.3.2. Porcentajes totales de respuestas en gitanos y no gitanos a ¿Con qué frecuencia recibe VISITAS de su entorno familiar? Calculados según el grupo étnico.**

	Muy frecuente	Frecuente	Poco frecuente	Casi nunca	NTotal
<b>Gitano</b>	77,9	17,9	4,2	0	<b>95</b>
<b>No gitano</b>	57	24,4	13,9	4,6	<b>86</b>

Como se puede observar en la tabla 10.3.2., el porcentaje de respuestas que ofrecen los participantes según la frecuencia de visitas del entorno familiar se distribuye como sigue. Si sumamos los porcentajes de las categorías "Muy frecuente" y "Frecuente" el porcentaje en gitanos (95,8%), es casi 14 puntos porcentuales superior al de no gitanos (81,4%), esto es, más de un 15% más en gitanos que en no gitanos. Si sumamos las categorías "Poco frecuente" y "Casi nunca", el porcentaje en gitanos (4,2%) es más de 14 puntos porcentuales inferior al de no gitanos (18,5%), esto es, casi 4 veces y media inferior en gitanos que en no gitanos.

A continuación, se muestra una tabla donde aparecen los porcentajes totales de respuestas de hombres y mujeres gitanos y no gitanos según sus respuestas a la cuestión propuesta.

**Tabla 10.3.3. Porcentajes totales de respuestas en gitanos y no gitanos a ¿Con qué frecuencia recibe VISITAS de su entorno familiar? Calculados según el grupo étnico y sexo-género.**

	Muy frecuente	Frecuente	Poco frecuente	Casi nunca	NTotal
<b>Gitano</b>	80	15,5	4,4	0	<b>45</b>
<b>No gitano</b>	56,8	18,2	18,2	4,5	<b>44</b>
<b>Gitana</b>	76	20	4	0	<b>50</b>
<b>No gitana</b>	54,8	30,9	9,5	4,8	<b>42</b>

Según se puede observar en la tabla 10.3.3., el porcentaje de respuestas de los entrevistados relacionadas con la frecuencia de visitas en el propio domicilio por parte de familiares, se distribuyen como sigue. En el grupo de los hombres, bajo la categoría "Muy frecuente", el porcentaje gitanos (80%), es más de 23 puntos porcentuales superior al de no gitanos (56,8%), esto es, casi un 41% más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Frecuentemente", el

porcentaje de gitanos (15,5%), es más de 2 puntos y medio porcentuales inferior al de no gitanos (18,2%), esto es, más de un 15% menos en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Poco frecuente", el porcentaje de gitanos (4,4%) es casi 14 puntos porcentuales inferior al de no gitanos (18,2%), esto es, más de 4 veces menos en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Casi nunca", el porcentaje de no gitanos es 4,5% sin representación de gitanos.

En el grupo de las mujeres, bajo la categoría "Muy frecuente", el porcentaje de mujeres gitanas (76%), es mas de 21 puntos porcentuales superior al de no gitanas (54,8%), esto es, casi un 40% más en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "Frecuentemente", el porcentaje de gitanas (20%), es casi 11 puntos inferior al de no gitanas (30,9%), esto es, más de un 50% menos en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "Poco frecuente" el porcentaje de gitanas (4%), es 5 puntos y medio porcentuales inferior al de no gitanas (9,5%), esto es, más de 2 veces menos en gitanas que en no gitanas. Finalmente bajo la categoría "Casi nunca", el porcentaje de no gitanas es de 4,8% sin representación de gitanas.

**POR MOTIVOS DE SALUD O LIMITACIÓN FÍSICA, ¿NECESITA USTED AYUDA PARA DESENVOLVERSE EN LA VIDA COTIDIANA EN CASA O FUERA DE CASA?**

En este apartado, vamos a dilucidar la necesidad de ayuda en las actividades de la vida cotidiana, que manifiestan tener los entrevistados. Se ha incluido en el cuestionario el ítem: "Por motivos de salud o limitación física, ¿necesita usted ayuda para desenvolverse en la vida cotidiana en casa o fuera de casa?" Es un ítem de respuesta dicotómica.

A continuación, se muestra una tabla con el número total de respuestas en gitanos y no gitanos al ítem propuesto organizados por sexo-género y grupo étnico, de la que posteriormente se extraerán los datos necesarios para su análisis pormenorizado.

**Tabla 10.4.1. Número total de respuestas de gitanos y no gitanos al ítem "¿Necesita usted ayuda para desenvolverse en la vida cotidiana en casa o fuera de casa?" Organizados según el grupo étnico y sexo-género.**

	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>NTotal</b>
<b>Gitano</b>	16	29	45
<b>No gitano</b>	6	38	44
<b>Gitana</b>	30	20	50
<b>No Gitana</b>	11	31	42

**Tabla 10.4.2. Porcentajes de respuestas de gitanos y no gitanos al ítem "¿Necesita usted ayuda para desenvolverse en la vida cotidiana en casa o fuera de casa?" Calculados según el grupo étnico.**

	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>NTotal</b>
<b>Gitano</b>	48,4	51,6	<b>95</b>
<b>No gitano</b>	19,7	80,2	<b>83</b>

Como se puede observar en la tabla 10.4.2., bajo la categoría "Sí", el porcentaje de gitanos (48,4%), es más de 28 puntos y medio porcentuales superior al de no gitanos (19,7%), esto es, casi 2 veces y media más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "No", el porcentaje de gitanos (51,6%) es 28 puntos y medio porcentuales inferior al de no gitanos (80,2%), esto es, más de un 55% menos en gitanos que en no gitanos.

A continuación, se muestra una tabla donde aparecen los porcentajes totales de respuestas de hombres y mujeres gitanos y hombres y mujeres no gitanos, según la cuestión propuesta.

**Tabla 10.4.3. Porcentajes de respuestas de gitanos y no gitanos al ítem "¿Necesita usted ayuda para desenvolverse en la vida cotidiana en casa o fuera de casa?" Calculados según el grupo étnico y sexo-género.**

	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>NTotal</b>
<b>Gitano</b>	35,5	64,4	45
<b>No gitano</b>	13,6	86,4	44
<b>Gitana</b>	60	40	50
<b>No Gitana</b>	26,2	73,8	42

Como se puede observar en la tabla 10.4.3., en el grupo de hombres bajo la categoría "Sí", el porcentaje de gitanos (35,5%), es casi 22 puntos porcentuales superior al de no gitanos (13,6%), esto es, más de 2 veces y media más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "No", el porcentaje de no gitanos (86,4%), es 22 puntos porcentuales superior al de gitanos (64,4%), esto es, más de un 35% más en no gitanos que en gitanos. En el grupo de las mujeres, bajo la categoría "Sí", el porcentaje de gitanas (60%), es casi 34 puntos porcentuales superior al de no gitanas (26,2%), esto es, más de 2 veces más en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "No" el porcentaje de no gitanas (73,8%), es casi 34 puntos porcentuales superior que el de no gitanas (40%), esto es, casi un 85% más en no gitanas que en gitanas.

### ¿DE QUIÉN RECIBE AYUDA?

En este apartado, estudiaremos de quien manifiestan recibir ayuda cada uno de los entrevistados. Para ello, incluimos en el cuestionario el ítem: "¿De quién recibe ayuda?" Se ofrecen seis opciones de multi-respuesta: "Familiares", "Amigos/vecinos", "Persona remunerada", "Ayuda a domicilio", "Voluntarios" y "Ninguna ayuda".

A continuación, se muestra una tabla con el total de respuestas de gitanos y no gitanos respecto al ítem: "De quién recibe ayuda? Los datos están organizados según grupo étnico y sexo-género. Posteriormente se extraerán los datos necesarios para su análisis pormenorizado.

**Tabla 10.5.1. Número total de respuestas de gitanos y no gitanos al ítem, ¿De quién recibe ayuda? Distribuidos según el grupo étnico y sexo-género.**

	<b>Gitanos</b>	<b>No gitanos</b>	<b>Gitanas</b>	<b>No gitanas</b>
<b>Familiares</b>	23	6	33	9
<b>Amigos/vecinos</b>	5	2	6	3
<b>Persona remunerada</b>	2	1	5	1
<b>Ayuda a domicilio</b>	1	1	6	2
<b>Voluntarios</b>	0	0	0	0
<b>Ninguna ayuda</b>	21	36	17	30
<b>NTotal</b>	<b>45</b>	<b>44</b>	<b>50</b>	<b>42</b>

**Tabla 10.5.2. Porcentajes de respuestas de gitanos y no gitanos al ítem, ¿De quién recibe ayuda? Calculados según el grupo étnico.**

	<b>Gitanos</b>	<b>No gitanos</b>
<b>Familiares</b>	58,9	17,4
<b>Amigos/vecinos</b>	11,6	5,8
<b>Persona remunerada</b>	7,4	2,3
<b>Ayuda a domicilio</b>	7,4	3,5
<b>Voluntarios</b>	0	0
<b>Ninguna ayuda</b>	40	76,7
<b>NTotal</b>	<b>95</b>	<b>86</b>

Como se puede observar en la tabla 10.5.2., bajo la categoría "Familiares", el porcentaje de gitanos (58,9%), es 41 puntos y medio superior al de no gitanos (17,4%), esto es, más de 3 veces más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Amigos/vecinos", el porcentaje de gitanos (11,6%), es casi 6 puntos porcentuales superior al de no gitanos (5,8%), esto es, 2 veces más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Persona remunerada" el

porcentaje gitanos (7,4%), es más de 5 puntos porcentuales superior al de no gitanos (2,3%), esto es, más de 3 veces más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Ayuda a domicilio" el porcentaje de gitanos (7,4%), es casi 4 puntos porcentuales superior al de no gitanos (3,5%), esto es, más de 2 veces más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Voluntarios", no hay representación en ninguno de los grupos. Bajo la categoría "Ninguna ayuda", el porcentaje en gitanos (40%), es más de 36 puntos y medio porcentuales inferior al de no gitanos (76,7%), esto es, más de un 90% menos en gitanos que en no gitanos.

A continuación, veamos la tabla correspondiente a los porcentajes de respuestas de hombres gitanos y mujeres gitanas, hombres no gitanos y mujeres no gitanas, al ítem propuesto.

**Tabla 10.5.3. Porcentajes de respuestas de gitanos y no gitanos al ítem, ¿De quién recibe ayuda? Calculados según el grupo étnico y sexo-género.**

	<b>Gitanos</b>	<b>No gitanos</b>	<b>Gitanas</b>	<b>No gitanas</b>
<b>Familiares</b>	51,1	13,6	66	21,4
<b>Amigos/vecinos</b>	11,1	4,5	12	7,1
<b>Persona remunerada</b>	4,4	2,3	10	2,4
<b>Ayuda a domicilio</b>	2,2	2,3	12	4,8
<b>Voluntarios</b>	0	0	0	0
<b>Ninguna ayuda</b>	46,7	81,8	34	71,4
<b>NTotal</b>	<b>45</b>	<b>44</b>	<b>50</b>	<b>42</b>

Como se puede observar en la tabla 10.5.3., en el grupo de hombres, bajo la categoría "Familiares", el porcentaje de gitanos (51,1%), es 37 puntos y medio porcentuales superior al de no gitanos (13,6%), esto es, casi 4 veces más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Amigos/vecinos", el porcentaje de gitanos (11,1%), es más de 6 puntos porcentuales superior al de no gitanos (4,5%), esto es, casi 2 veces y media más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Persona remunerada", el porcentaje de gitanos (4,4%), es más de 2 puntos porcentuales superior al de no gitanos (2,3%), esto es, casi 2 veces más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Ayuda a domicilio", los porcentajes en gitanos y no gitanos son similares (2,2% vs 2,3%). Bajo la categoría "Voluntarios", no hay representación. Bajo la categoría "Ninguna ayuda", el porcentaje gitanos (46,7%), es más de 35 puntos porcentuales

inferior al de no gitanos (81,8%), esto es, más de un 75% menos en gitanos que en no gitanos.

En el grupo de las mujeres participantes, bajo la categoría "Familiares", el porcentaje de gitanas (66%), es más de 44 puntos y medio porcentuales superior al de no gitanas (21,4%), esto es, más de 3 veces más en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "Amigos/vecinos", el porcentaje de gitanas (12%), es casi 5 puntos porcentuales superior al de no gitanas (7,1%), esto es, casi un 70% más en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "Persona remunerada", el porcentaje de gitanas (10%), es más de 2 puntos porcentuales superior al de no gitanas (2,4%), esto es, más de 4 veces más en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "Ayuda a domicilio", el porcentaje de gitanas (12%), es más de 7 puntos porcentuales superior al de no gitanas (4,8%), esto es, 2 veces y media más en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "Voluntarios", no hay representación. Bajo la categoría "Ninguna ayuda", el porcentaje gitanas (34%), es casi 37 puntos y medio porcentuales inferior al de gitanas (71,4%), esto es, de 2 veces menos en gitanas que en no gitanas.

### **¿SE SIENTE VALORADO POR SU FAMILIA?**

En este apartado, vamos a examinar la autopercepción que tienen los participantes respecto a la valoración personal de sus familiares. Para dicho menester, se ha incluido en el cuestionario el ítem: "¿Se siente valorado por su familia" Es un ítem con cuatro opciones de respuesta que son: "Muy valorado", "Bastante valorado", "Poco valorado", "Muy poco valorado".

A continuación, se muestra una tabla que refleja el número total de respuestas de gitanos y no gitanos a la pregunta, ¿Se siente valorado por su familia? Está organizada según el sexo-género y grupo étnico. De ella se extraerán los datos necesarios para un análisis pormenorizado.



**Tabla 10.6.1. Número total de respuestas de gitanos y no gitanos al ítem, ¿Se siente valorado por su familia? Distribuidos según el grupo étnico y sexo-género.**

	<b>Gitanos</b>	<b>No gitanos</b>	<b>Gitanas</b>	<b>No gitanas</b>
<b>Muy valorado</b>	36	26	39	27
<b>Bastante valorado</b>	7	12	10	8
<b>Poco valorado</b>	2	4	1	4
<b>Muy poco valorado</b>	0	2	0	3
<b>NTotal</b>	<b>45</b>	<b>44</b>	<b>50</b>	<b>42</b>

**Tabla 10.6.2. Porcentajes de respuestas de gitanos y no gitanos al ítem, ¿Se siente valorado por su familia? Calculados según el grupo étnico.**

	<b>Gitanos</b>	<b>No gitanos</b>
<b>Muy valorado</b>	78,9	61,6
<b>Bastante valorado</b>	17,9	23,3
<b>Poco valorado</b>	3,2	9,3
<b>Muy poco valorado</b>	0	5,8
<b>NTotal</b>	<b>95</b>	<b>86</b>

Como se puede observar en la tabla 10.6.2., bajo la categoría "Muy valorado" el porcentaje de gitanos (78,9%), es más de 17 puntos porcentuales superior al de no gitanos (61,6%), esto es, un 28% más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Bastante valorado" el porcentaje de gitanos (17,9%), es casi 5 puntos y medio porcentuales inferior al de no gitanos (23,3%), esto es, más de un 30% menos en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Poco valorado", el porcentaje de gitanos (3,2%), es más de 6 puntos porcentuales inferior al de no gitanos (9,3%), esto es, casi 3 veces menos en gitanos que en no gitanos. Finalmente, bajo la categoría "Muy poco valorado", el porcentaje de respuestas en el grupo de no gitanos es 5,8%, sin representación de gitanos.

A continuación, se muestra la tabla correspondiente a los porcentajes de respuestas de hombres gitanos y mujeres gitanas, hombres no gitanos y mujeres no gitanas, al ítem propuesto.

**Tabla 10.6.3. Porcentajes de respuestas de gitanos y no gitanos al ítem, ¿Se siente valorado por su familia? Calculados según el grupo étnico.**

	<b>Gitanos</b>	<b>No gitanos</b>	<b>Gitanas</b>	<b>No gitanas</b>
<b>Muy valorado</b>	80	59,1	78	64,3
<b>Bastante valorado</b>	15,5	27,3	20	19
<b>Poco valorado</b>	4,4	9,1	2	9,5
<b>Muy poco valorado</b>	0	4,5	0	7,1
<b>NTotal</b>	<b>45</b>	<b>44</b>	<b>50</b>	<b>42</b>

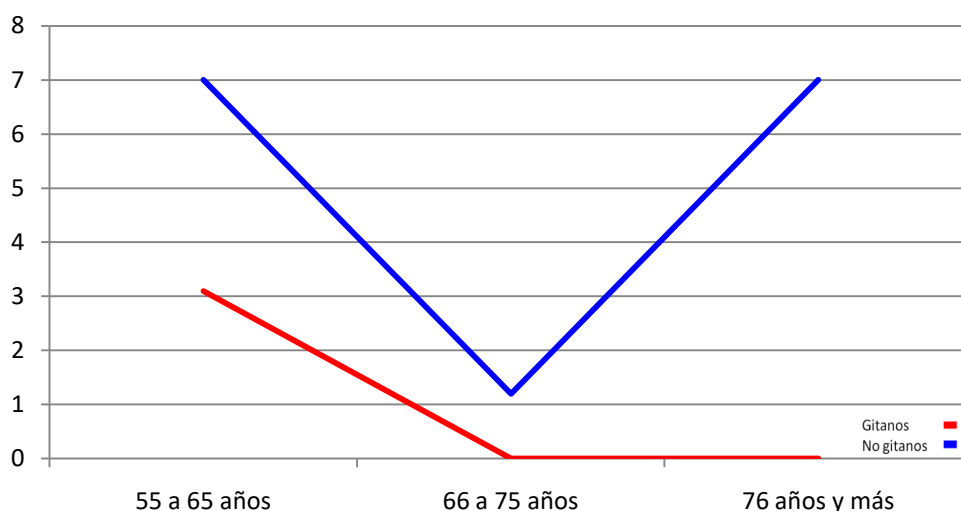
Como se puede observar en la tabla 10.6.3., el grupo de hombres, bajo la categoría "Muy valorado", el porcentaje de gitanos (80%), es más de 23 puntos porcentuales superior al de no gitanos (59,1%), esto es, más de un 35% más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Bastante valorado" el porcentaje de gitanos (15,5%) es casi 12 puntos porcentuales inferior al de no gitanos (27,3%), esto es, más de un 70% menos en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Poco valorado" el porcentaje gitanos (4,4%), es más de 4 puntos y medio porcentuales inferior al de no gitanos (9,1%), esto es, más de 2 veces menos en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Muy poco valorado", el porcentaje de no gitanos es 4,5%, en ausencia de casos en hombres gitanos. En el grupo de las mujeres, bajo la categoría "Muy valorado", el porcentaje de gitanas (78%), es más de 13 puntos y medio porcentuales superior al de no gitanas (64,3%), esto es, más de un 21% más en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "Bastante valorado" el porcentaje de mujeres gitanas (20%), es 1 punto porcentual superior al de no gitanas (19%), esto es, más de un 5% más en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "Poco valorado" el porcentaje de gitanas (2%), es 7 puntos y medio porcentuales inferior al de no gitanas (9,5%), esto es, casi 5 veces menos en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "Muy poco valorado", el porcentaje de no gitanas es un 7,1%, en ausencia de casos en gitanas.

A continuación, se muestra una tabla y gráfico que reflejan los porcentajes de respuestas encuadradas en las categorías "Poco y Muy poco valorado", según el grupo étnico y grupo de edad.

Tabla 10.6.4. Porcentajes de gitanos y no gitanos que se sienten "Poco y muy poco valorados". Calculados según el grupo de edad y grupo étnico.

Gitanos N=95 No gitanos N= 86		Poco valorado y Muy poco valorado
De 55 a 65 años	Gitano	3,1
	No gitano	7
De 66 a 75 años	Gitano	0
	No gitano	1,2
76 años y más	Gitano	0
	No gitano	7

Gráfico 1. Tabla 10.6.4.



Como se puede observar en el gráfico 1 y la tabla 10.6.4., solo en el primer grupo de edad hay representación de gitanos (3,1% vs 7), más de 2 veces inferior al de no gitanos. En el resto de grupos de edad no hay representación de gitanos frente al aumento importante en los no gitanos.

## 9. ACTITUD HACIA EL PROPIO ENVEJECIMIENTO.

Desde el punto de vista de la psicología, la actitud, es el resultado de distintos aprendizajes a lo largo del ciclo vital de la persona que, en definitiva, predispone e impulsa al individuo a responder conductualmente ante un estímulo (aversivo/attractivo), según sus esquemas cognitivos y habilidades psicosociales. La naturaleza de la actitud, es un compendio entre lo individual y lo social (donde se incluye lo cultural), manifestación conductual de las emociones y cogniciones internas. (Briñol, Falces & Bercerra, 2014; Ortega, 2009; Ubillos, 2003).

Cuando se habla de la actitud ante el propio envejecimiento, se hace referencia al conjunto de predisposiciones psicológicas y conductuales de naturaleza adquirida que el individuo relaciona con el proceso de envejecer. Se han hecho diferentes estudios que relacionan el tener una actitud positiva hacia el envejecimiento con el bienestar, la calidad de vida, longevidad y un buen funcionamiento cognitivo y físico. Por el contrario, las actitudes negativas están relacionadas con el efecto opuesto, produciendo estrés, ansiedad y un desempeño físico y cognitivo deficiente hasta el grado de disminuir la esperanza de vida (Levy & Slade, 2002; McGee et al., 2011; Castellano & De Miguel, 2010; Castellano, 2014)

En el presente apartado, se prestará atención a tres sub-apartados que son: ¿Cree que los no gitanos toman medidas de planificación para el envejecimiento? ¿Cree que los gitanos toman medidas de planificación para el envejecimiento? y finalmente un mini cuestionario de elaboración propia, que sondea la actitud ante el propio envejecimiento, compuesto por siete ítems de respuesta dicotómica.

### **¿CREE QUE LOS NO GITANOS TOMAN MEDIDAS DE PLANIFICACION PARA EL ENVEJECIMIENTO?**

En la siguiente tabla, aparecen el número total de respuestas de gitanos y no gitanos a la pregunta: "¿Cree que los NO gitanos toman medidas de planificación para el envejecimiento?" Es un ítem tricotómico y las opciones de respuesta que son: "Sí", "No" y "No sabe". Posteriormente se utilizarán algunos datos de la tabla para su análisis pormenorizado.

**TABLA 9.1.1. Número total de respuestas de gitanos y no gitanos a la pregunta: ¿Cree que los NO gitanos toman medidas de planificación para el envejecimiento? Organizados según el grupo étnico, sexo género y grupo de edad.**

		Sí	No	No sabe
De 55 a 65 años N=82	<b>Gitano</b>	18	3	0
	<b>No gitano</b>	16	4	0
	<b>Gitana</b>	17	4	0
	<b>No gitana</b>	15	5	0
De 66 a 75 años N=49	<b>Gitano</b>	10	1	0
	<b>No gitano</b>	10	1	0
	<b>Gitana</b>	13	3	0
	<b>No gitana</b>	7	4	0
76 años y más N=50	<b>Gitano</b>	10	3	0
	<b>No gitano</b>	10	2	1
	<b>Gitana</b>	12	1	0
	<b>No gitana</b>	7	4	0

**Tabla 9.1.2. Porcentajes de respuestas de gitanos y no gitanos a la pregunta: ¿Cree que los no gitanos toman medidas de planificación para el envejecimiento? Calculados según el propio grupo étnico.**

	Sí	No	No sabe	NTotal
<b>Gitano</b>	84,2	15,8	0	<b>95</b>
<b>No gitano</b>	75,6	23,2	1,2	<b>86</b>

Como se puede observar en la tabla 9.1.2., según las respuestas de los entrevistados, los porcentajes más significativos los encontramos bajo la categoría “Sí”, donde el porcentaje de respuestas de gitanos, que manifiestan que los no gitanos sí toman medidas de planificación ante el propio envejecimiento (84,2%), es más de 8 puntos y medio porcentuales superior al de no gitanos (75,6%), esto es, más de un 10% en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría “No”, el porcentaje de gitanos (15,8%), es casi 7 puntos y medio porcentuales inferior al de no gitanos (23,2%), esto es, casi un 50% menos en gitanos que en no gitanos. Casi el 80% de media ( $\bar{x}=79\%$ ) de los entrevistados afirman que los NO gitanos toman medidas de planificación ante el propio envejecimiento.

A continuación, veremos la tabla donde aparecen los porcentajes totales de respuestas de hombres y mujeres gitanos y hombres y mujeres no gitanos que responden a la pregunta: "¿Cree que los no gitanos toman medidas de planificación para el envejecimiento?"

**Tabla 9.1.3. Porcentajes de respuestas de gitanos y no gitanos a la pregunta: ¿Cree que los no gitanos toman medidas de planificación para el envejecimiento? Calculados según el propio grupo étnico y sexo género.**

	Sí	No	No sabe	NTotal
<b>Gitano</b>	84,4	15,5	0	45
<b>No gitano</b>	81,8	15,9	2,3	44
<b>Gitana</b>	84	16	0	50
<b>No gitana</b>	69	30,9	0	42

Como se puede observar en la tabla 9.1.3., en el grupo de hombres, bajo la categoría "Sí" el porcentaje de gitanos y no gitanos son similares (84,4% vs 81,8%), aunque es un 3% superior en gitanos. Bajo la categoría "No" el porcentaje de gitanos y no gitanos también es similar (15,5% vs 15,9%). El porcentaje de casos en el subgrupo de no gitanos que dicen no saber qué contestar es 2,3%, en comparación con la ausencia de casos en el resto de subgrupos. En el grupo de mujeres, bajo la categoría "Sí", el porcentaje de gitanas (84%), es 15 puntos superior al de no gitanas (69%), esto es, casi un 22% más en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "No" el porcentaje de mujeres gitanas (16%), es casi 15 puntos inferior al de no gitanas (30,9%), esto es, más de un 90% menos en gitanas que en no gitanas. En el apartado "No sabe", no hay representación en ninguno de los subgrupos de mujeres.

#### **ACTIVIDADES QUE LOS NO GITANOS REALIZAN DURANTE SU VEJEZ A DIFERENCIA DE LOS GITANOS.**

Como ya se ha mencionado en varios apartados del presente trabajo, el envejecimiento saludable está estrechamente relacionado con la realización de actividades en distintos ámbitos, adaptadas a las capacidades del individuo. Numerosos estudios, asocian la realización de actividad física moderada, actividades lúdicas como pasear, viajar o visitar museos, entre otras, con menores tasas de dependencia y mejor estado de salud física y psicológica (Fernández-Ballesteros, 2010; Franco & Módenes, 2008; Martín et al. 2008; Giró, 2006; Muñoz, 2002). Hay autores que indican que la participación en "proyectos que den significado al día a día de las vidas", es sumamente importante y beneficioso durante la vejez (Pinazo, 2012: p.8). Fernando Villar (2012), señala que el envejecimiento productivo es beneficioso para el individuo y la sociedad, manteniendo ciertas actividades remuneradas,

proyectos de voluntariado, participación cívica y el cuidado a otras personas (Villar, 2012). Como se puede deducir, mantener en marcha actividades vinculadas a las capacidades de la persona, es sumamente beneficioso para el propio actor y el resto de la sociedad.

En este apartado, se sondearán las actividades que realizan durante la vejez los participantes no gitanos a diferencia de los gitanos. Para ello, se plantea el presente enunciado de respuesta abierta: “Dígame algunas actividades que los no gitanos hacen a diferencia de los gitanos durante la vejez”. A continuación, se muestra una tabla con los porcentajes referentes a las actividades más frecuentes que hacen los no gitanos durante su vejez, organizadas según el grupo étnico. Se comentarán los datos más relevantes de manera básica.

**TABLA 14.1. Porcentajes de respuestas según las actividades que realizan durante la vejez los no gitanos a diferencia de los gitanos, calculados según el grupo étnico.**

	<b>Gitanos N=95</b>	<b>No gitanos N=86</b>
<b>Se cuidan más que los gitanos</b>	20	4,6
<b>Salen más que los gitanos</b>	42,1	36
<b>Hacen viajes lúdicos</b>	37,9	44,2
<b>Hacen actividades del Imsero</b>	3,2	28,1
<b>Los gitanos tienen más alegría</b>	6,3	9,3
<b>Los payos se divierten más</b>	11,6	7
<b>Los payos hacen más cosas</b>	11,6	18,6
<b>Los gitanos miran más por sus mayores</b>	4,2	4,6
<b>Los payos plantean la vejez de manera diferente</b>	8,4	3,5
<b>Los payos trabajan más</b>	3,2	10,5
<b>No sabe</b>	2,1	8,1
<b>Los gitanos hacen mejores fiestas, son más familiares</b>	0	1,2
<b>No hay diferencias</b>	24,2	10,5

Como se puede observar en la tabla 14.1., respecto a las respuestas más frecuentes relacionadas con las actividades que realizan los no gitanos durante el envejecimiento a diferencia de los gitanos, se puede percibir cierto consenso en ambas poblaciones en que los gitanos realizan menos actividades lúdicas durante el envejecimiento. Por ejemplo ambas poblaciones tienen sus máximos porcentajes bajo las categorías “Salen más que los gitanos” y “Hacen viajes lúdicos”. Es muy interesante un porcentaje muy superior de gitanos que el de no gitanos, manifiestan que “No hay diferencias” (24,2% vs 10,5%), esto es,

más de 2 veces superior. Hasta el momento no se ha relacionado esto con algún factor específico aunque se pueden postular algunas explicaciones. Una de estas, puede relacionarse con que los gitanos quieran desvirtuar las diferencias reales para no sentirse heridos en su orgullo, como MacLane (1977) decía "parias orgullosos".

### ¿CREE QUE LOS GITANOS TOMAN MEDIDAS DE PLANIFICACIÓN PARA EL ENVEJECIMIENTO?

En la siguiente tabla, aparece el número total de respuestas de gitanos y no gitanos a la pregunta: "¿Cree que los gitanos toman medidas de planificación para el envejecimiento?" Es un ítem tricotómico y las opciones de respuesta que son: "Sí", "No" y "No sabe". Posteriormente, se extraerán algunos datos de la tabla para su análisis pormenorizado.

**TABLA 9.2.1. Número total de respuestas de gitanos y no gitanos a la pregunta: ¿Cree que los gitanos toman medidas de planificación para el envejecimiento? Organizados según el grupo étnico, sexo género y grupo de edad.**

		Sí	No	No sabe
De 55 a 65 años N=82	Gitano	10	11	0
	No gitano	5	15	0
	Gitana	7	14	0
	No gitana	5	15	0
De 66 a 75 años N=49	Gitano	4	7	0
	No gitano	1	10	0
	Gitana	2	14	0
	No gitana	4	7	0
76 años y más N=50	Gitano	0	13	0
	No gitano	3	9	1
	Gitana	5	8	0
	No gitana	2	9	0

**Tabla 9.2.2. Porcentajes de respuestas de gitanos y no gitanos a la pregunta: "¿Cree que los gitanos toman medidas de planificación para el envejecimiento? Calculados según el propio grupo étnico.**

	Sí	No	No sabe	NTotal
Gitano	29,5	70,5	0	95
No gitano	23,3	75,6	1,2	86



Como se puede observar en la tabla 9.2.2., los porcentajes más significativos los encontramos bajo la categoría "No", donde el porcentaje de gitanos (70,5%), es más de 5 puntos porcentuales inferior al de no gitanos (75,6%), esto es, más de un 7% menos en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Sí", el porcentaje de gitanos (29,5%), es más de 6 puntos porcentuales superior al de no gitanos (23,3%), esto es, más de un 25% más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "No sabe", solo encontramos un 1,2% en el grupo de no gitanos, sin representación de gitanos. El 73% de promedio ( $\bar{x}=73,05\%$ ), afirman que los gitanos no toman medidas de planificación ante el propio envejecimiento.

A continuación, veremos la tabla donde aparecen los porcentajes totales de respuestas de hombres y mujeres gitanos y hombres y mujeres no gitanos que responden a la pregunta: "¿Cree que los gitanos toman medidas de planificación para el envejecimiento?"

**Tabla 9.2.3. Porcentajes de respuestas de gitanos y no gitanos a la pregunta "¿Cree que los gitanos toman medidas de planificación para el envejecimiento? Calculados según el propio grupo étnico y sexo género.**

	Sí	No	No sabe	NTotal
<b>Gitano</b>	31,1	68,9	0	<b>45</b>
<b>No gitano</b>	20,4	77,3	2,3	<b>44</b>
<b>Gitana</b>	28	72	0	<b>50</b>
<b>No gitana</b>	26,2	73,8	0	<b>42</b>

Como se puede observar en la tabla 9.2.3., en el grupo de hombres, bajo la categoría "Sí" el porcentaje de gitanos (31,1%), es más de 10 puntos y medio porcentuales superior al de no gitanos (20,4%), esto es, más de un 50% más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "No" el porcentaje de gitanos (68,9%), es casi 8 puntos y medio inferior al de no gitanos (77,3%), esto es, casi un 10% menos en gitanos que en no gitanos. El porcentaje de casos en el subgrupo de no gitanos que dicen no saber qué contestar es 2,3%, en ausencia de casos de gitanos. En el grupo de mujeres, bajo la categoría "No" el porcentaje gitanas y no gitanas es similar (72% vs 73,8%). Bajo la categoría "Sí" el porcentaje de mujeres gitanas (28%), es más de 2 puntos superior al de mujeres no gitanas (26,2%), esto es casi un 10% más en gitanas que en no gitanas. En el apartado "No sabe" no hay representación.

## CUESTIONARIO DE ACTITUDES ANTE EL ENVEJECIMIENTO.

En apartados anteriores, ya se habló un poco respecto al concepto “actitud”. Perales-Quenza (2007) citando a Eagly & Chaiken (1998), menciona que: “desde el punto de vista estructural, las actitudes son consideradas como estados internos de naturaleza evaluativa: estados personales que sugieren la predisposición para actuar de una manera determinada” (Perales-Quenza, 2007: p.354). En el caso del envejecimiento, esto va a tener una importancia fundamental porque en las actitudes se conjugan, como en otros contextos, el componente individual y el social, cuya influencia va permitir el carácter estructurante de las actitudes. Por lo tanto, se podría concluir que la actitud básicamente es la predisposición del individuo a reaccionar favorable o desfavorablemente dependiendo de la construcción social que ha adoptado sobre un objeto o proceso (Moscovici, 1986).

Para la realización de este apartado, se ha confeccionado una escala de elaboración propia de actitudes hacia la vejez con siete afirmaciones. El resultado de fiabilidad, es del orden de 0,6, tomando como negativos los ítems 1, 2, 4, 5 y 7 y como positivos el 3 y el 6. No son demasiado altos los resultados, pero suficiente para fundamentar los datos recogidos. A continuación, veamos la tabla que presenta los porcentajes de gitanos y no gitanos en cada uno de los ítems del mini cuestionario de actitudes ante el propio envejecimiento.

**Tabla 9.3.1. Porcentajes de respuestas afirmativas de gitanos y no gitanos a los ítems del MINICUESTIONARIO DE ACTITUDES ante el envejecimiento. Calculados según el propio grupo étnico.**

<b>ACTITUDES ANTE EL ENVEJECIMIENTO</b>	<b>Gitanos</b>	<b>No gitanos</b>
<b>La vejez es una etapa próxima a la muerte</b>	84,2	63,9
Las personas mayores tienen problemas para aprender algo nuevo	70,5	53,5
<b>Las personas mayores están muy interesadas en el futuro</b>	58,9	72,1
<b>A los ancianos sólo les queda descansar y no trabajar más</b>	72,6	55,8
A medida que nos hacemos mayores perdemos el interés por las cosas	84,2	63,9
A medida que envejezco las cosas me parecen mejor de lo que esperaba	14,7	47,7
<b>Me siento menos útil a medida que envejezco</b>	81	60,5
<b>NTotal</b>	<b>95</b>	<b>86</b>

Como se puede observar en la tabla 9.3.1., las respuestas de los participantes al minicuestionario de actitudes ante el propio envejecimiento, se distribuyen de la siguiente manera. Bajo la categoría "La vejez es una etapa próxima a la muerte", el porcentaje de gitanos (84,2%), es más de 20 puntos porcentuales superior al de no gitanos (63,9%), esto es, más del 30% más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Las personas mayores tienen problemas para aprender algo nuevo", el porcentaje de gitanos (70,5%), es 17 puntos porcentuales superior al de no gitanos (53,5%), esto es, más del 30% más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Las personas mayores están muy interesadas en su futuro", el porcentaje de gitanos (58,9%), es más de 13 puntos porcentuales inferior al de no gitanos (72,1%), esto es, casi el 23% menos en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "A los ancianos sólo les queda descansar y no trabajar más", el porcentaje de gitanos (72,6%), es casi 17 puntos porcentuales superior al de no gitanos (55,8%), esto es, más del 30% más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "A medida que nos hacemos mayores perdemos el interés por las cosas", el porcentaje de gitanos (84,2%), es más de 20 puntos porcentuales superior al de no gitanos (63,9%), esto es, más del 32% más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "A medida que envejezco las cosas me parecen mejor de lo que esperaba", el porcentaje de gitanos (14,7%), es 33 puntos inferior al de no gitanos (47,7%), esto es, más de 3 veces menos en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Me siento menos útil a medida que envejezco", el porcentaje de gitanos (81%), es 20 puntos y medio porcentuales superior al de no gitanos (60,5%), esto es, casi un 35% más en gitanos que en no gitanos.

A continuación, se muestra la tabla donde aparecen los porcentajes totales de respuestas de hombres y mujeres gitanos y hombres y mujeres no gitanos, al mini cuestionario de actitudes ante el envejecimiento propuesto.

**Tabla 9.3.2. Porcentajes de respuestas de gitanos y no gitanos, a los ítems del MINICUESTIONARIO DE ACTITUDES ante el envejecimiento. Calculados según el propio grupo étnico y sexo-género.**

ACTITUDES ANTE EL ENVEJECIMIENTO	Gitanos	No gitanos	Gitanas	No gitanas
La vejez es una etapa próxima a la muerte	86,7	63,6	82	64,3
Las personas mayores tienen problemas para aprender algo nuevo	66,7	52,3	74	54,8
Las personas mayores están muy interesadas en el futuro	60	72,7	58	71,4
A los ancianos sólo les queda descansar y no trabajar más	75,5	43,2	70	69
A medida que nos hacemos mayores perdemos el interés por las cosas	80	55,5	88	71,4
A medida que envejezco las cosas me parecen mejor de lo que esperaba	20	50	10	45,2
Me siento menos útil a medida que envejezco	86,7	47,7	76	73,8
<b>NTotal</b>	<b>45</b>	<b>44</b>	<b>50</b>	<b>42</b>

Como se puede observar en la tabla 9.3.2., las respuestas al minicuestionario de actitudes ante el propio envejecimiento se distribuyen de la siguiente manera en el grupo de hombres. Bajo la categoría "La vejez es una etapa próxima a la muerte", el porcentaje gitanos (86,7%), es más de 23 puntos porcentuales superior al de no gitanos (63,6%), esto es, más del 36% más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Las personas mayores tienen problemas para aprender algo nuevo", el porcentaje gitanos (66,7%), es casi 14 puntos y medio porcentuales superior al de no gitanos (52,3%), esto es, más del 27% más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Las personas mayores están muy interesadas en su futuro", el porcentaje de gitanos (60%) es más de 12 puntos y medio porcentuales inferior al de no gitanos (72,7%), esto es, más de un 21% menos en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "A los ancianos sólo les queda descansar y no trabajar más", el porcentaje de gitanos (75,5%), es más de 32 puntos porcentuales superior al de no gitanos (43,2%), esto es, casi un 75% más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "A medida que nos hacemos mayores perdemos el interés por las cosas", el porcentaje de gitanos (80%), es 24 puntos y medio porcentuales superior al de no gitanos (55,5%), esto es, casi un 45% más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "A medida que envejezco las cosas me parecen mejor de lo que

esperaba", el porcentaje de gitanos (20%), es 30 puntos inferior al de no gitanos (50%), esto es, 2 veces y media menos en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Me siento menos útil a medida que envejezco", el porcentaje de gitanos (86,7%), es más 44 puntos y medio porcentuales superior al de no gitanos (47,7%), esto es, casi un 82% más en gitanos que en no gitanos.

En el grupo de las mujeres, bajo la categoría "La vejez es una etapa próxima a la muerte", el porcentaje de gitanas (82%), es más de 17 puntos y medio porcentuales superior al de no gitanas (64,3%), esto es, más de un 27% más en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "Las personas mayores tienen problemas para aprender algo nuevo", el porcentaje de gitanas (74%), es más de 19 puntos porcentuales superior al de no gitanas (54,8%), esto es, más de un 35% más en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "Las personas mayores están muy interesadas en su futuro", el porcentaje de gitanas (58%), es casi 13 puntos y medio porcentuales inferior al de no gitanas (71,4%), esto es, más de un 23% menos en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "A los ancianos sólo les queda descansar y no trabajar más", el porcentaje de gitanas y no gitanas es similar (70% vs 69%). Bajo la categoría "A medida que nos hacemos mayores perdemos el interés por las cosas", el porcentaje de gitanas (88%), es más de 16 puntos y medio porcentuales superior al de no gitanas (71,4%), esto es, más de un 23% más en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "A medida que envejezco las cosas me parecen mejor de lo que esperaba", el porcentaje de gitanas (10%), es más de 35 puntos porcentuales inferior al de no gitanas (45,2%), esto es, más de 4 veces menos en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "Me siento menos útil a medida que envejezco", el porcentaje de gitanas y no gitanas es similar (76% vs 73,8%).

#### **PREGUNTA DE OPINIÓN: ¿LLEVARÍA A SU FAMILIAR ANCIANO A UNA RESIDENCIA?**

Hay cierta recurrencia en asociar a la etnia gitana algunos rasgos culturales muy particulares. Unos de ellos, es que a los ancianos de dicha etnia no se les lleva a residencias de la tercera edad o sitios similares, puesto que los cuidados que necesitan son realizados por los hijos o personas allegadas. Esos cuidados son realizados, generalmente, en los hogares de residencia de los mismos ancianos. Hay numerosos estudios que hablan de los efectos negativos que tiene sobre los ancianos, desarraigados de su lugar de residencia para

enviarlos a centros de la tercera edad (Rojas et al., 2006; Cava & Musitu, 2000; Riquelme, 1998; Fernández-Ballesteros, 1997)

En este apartado, se preguntará a los participantes si cuando tengan a sus familiares mayores los enviarían a una residencia. A continuación, se muestra una tabla con los porcentajes de respuestas de gitanos y no gitanos a dicha cuestión.

**TABLA 17.1. Porcentaje casos de gitanos y no gitanos según su respuesta ante la pregunta propuesta, calculados por grupo étnico.**

	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>NTotal</b>
<b>Gitano</b>	1	98,9	<b>95</b>
<b>No gitano</b>	19,7	80,2	<b>86</b>

Como se puede ver en la tabla 17.1., los porcentajes de respuestas de gitanos que responden "SÍ" (1%), es más de 18 puntos porcentuales y medio inferior al de no gitanos (19,7%), esto es más de 18 veces inferior.

#### **10. DISCRIMINACIÓN PERCIBIDA. CUESTIONARIO "THE EVERYDAY DISCRIMINATION SCALE" (EDS).**

Cuando leemos o escuchamos el término "discriminación", probablemente lo asociemos con un significado negativo, pero según el diccionario de la RAE, discriminar también es el acto de seleccionar excluyendo sin connotaciones negativas. Se trata de un proceso de aprendizaje psicológico y conductual necesario, que implica elegir, distinguir, diferenciar, unas opciones a costa de excluir otras. Este proceso por sí mismo es muy positivo en el desarrollo del ser humano pero cuando se aplica al rechazar unas "razas" sobre otras el efecto es muy negativo. Desde el punto de vista sociológico, el término se asocia a la descalificación de otra persona o grupo de personas, teniendo como base estereotipos y prejuicios. Los estereotipos, son creencias previas (no demostrables) que, en base a la teoría de economía psicológica, articulan heurísticos que permiten tomar decisiones de manera automática. Los prejuicios, son los sentimientos y emociones sesgados asociados a creencias previas distorsionadas (D'Acona & Valles, 2010). Como vemos, hasta

ahora nos hemos referido a procesos cognitivos, pero la manifestación visible de estos procesos es la discriminación étnico-racial.

Podríamos decir que la discriminación, como acción negativa, es el comportamiento basado en conductas de descalificación, desprecio, marginación, exclusión, odio o maltrato hacia un grupo social o sus miembros por criterios de raza, sexo-género, edad, orientación sexual, origen, religión, posición social, ideas políticas etc... (Suso & González de Chávez, 2011; Segato, 2006). Hay un amplio dossier de programas y estudios relacionados con el tema a nivel mundial. Las minorías raciales, étnicas o culturales soportan los mayores niveles de discriminación en casi cualquier parte. El caso de la minoría etnocultural gitana, es la más discriminada de todas las minorías en Europa y España (Suso & González de Chávez, 2011; FSG, 2013; Fresno & Chahin, 2011; DGDMI, 2009).

Según Laparra (2011) citando algunos datos del CIS, menciona que al 40% de los encuestados les molestaría “mucho” o “bastante” tener como vecinos a personas gitanas (más que, por ejemplo, expresidarios). En la encuesta sobre discriminación y su percepción, el porcentaje de personas que declaraban tener “poca” o “ninguna” simpatía hacia las personas gitanas era el más alto de todos los analizados (51,7%) (Laparra, M., et al. 2011). El Eurobarómetro (2008, 2012), concluía que tener como vecinos a "roms" es lo menos deseado por la Ciudadanía Europea. Desde el punto de vista de los afectados, la mitad de los gitanos encuestados se habían sentido discriminadas, en comparación con una de cada ocho en población general (Damonti & Arza, 2014; Lorenzo et al., 2014).

Diversos estudios, coinciden en señalar que la discriminación percibida tiene una relación negativa con la salud (física y psicológica) y el bienestar de las personas que sufren dicha discriminación (Saavedra & Robles, 2016; Rask et al., 2016; Castaneda et al., 2015; Chun et al., 2015; Molero et al., 2013; Brondolo et al., 2011; Williams & Mohammed, 2009; Paradies, 2006)

Para poder sondear la discriminación autopercebida en el presente trabajo, se ha visto bien incluir en la encuesta principal de este estudio un cuestionario breve utilizado en otras investigaciones referentes de amplia aceptación, con una alta fiabilidad, validez y consistencia interna, "The Everyday Discrimination Scale" (EDS) (Gonzales et al., 2016; Campo et al., 2016; Kim et al., 2014; Krieger et al., 2005; William et al., 1997) Se trata un cuestionario con 7 ítems de respuesta dicotómica, con una duración aproximada para finalizar la prueba de 1-3 minutos.

A continuación, se muestra una tabla con el número total de respuestas de los entrevistados al cuestionario de discriminación percibida (EDS), de la que se extraerán posteriormente los datos necesarios para un análisis pormenorizado.

**Tabla 12.1. Distribución del total de respuestas al cuestionario (EDS).**

	<b>GITANOS</b>	<b>NO GITANOS</b>	<b>GITANAS</b>	<b>NO GITANAS</b>
Le tratan con menos cortesía que a otras personas	13	0	8	0
Le tratan con menos respeto que a los demás	11	0	8	0
Recibe un servicio de menos calidad que otras personas en restaurantes o tiendas	6	0	4	1
Las personas actúan como si pensarán que usted es menos inteligente	27	0	38	3
Las personas actúan como si tuvieran miedo de usted	24	0	19	1
Las personas actúan como si pensarán que usted es deshonesto	34	0	36	1
Las personas actúan como si fueran mejores que usted	29	0	36	4
Le insultan llamándole gitano	6	0	10	0
Se siente amenazado	0	0	1	0

A continuación, se muestra una tabla donde aparecen los porcentajes de respuestas de gitanos y no gitanos al cuestionario sobre discriminación autopercebida (EDS) distribuidos según grupo étnico. En la siguiente tabla complementaria aparece la distribución de respuestas en cada uno de los ítems del cuestionario.

**TABLA 12.1. Porcentajes de gitanos y no gitanos según la discriminación percibida en el cuestionario (EDS). Calculados según el grupo étnico.**

	<b>Discriminación percibida SÍ</b>	<b>Discriminación percibida NO</b>	<b>NTotal</b>
<b>GITANOS</b>	87,4	12,6	95
<b>NO GITANOS</b>	7	93	86



**Tabla 12.2. Distribución de respuestas al cuestionario (EDS).**

DISCRIMINACIÓN	GITANOS	NO GITANOS
Le tratan con menos cortesía que a otras personas	21	0
Le tratan con menos respeto que a los demás	19	0
Recibe un servicio de menos calidad que otras personas en restaurantes o tiendas	10	1
Las personas actúan como si pensarán que usted es menos inteligente	65	3
Las personas actúan como si tuvieran miedo de usted	43	1
Las personas actúan como si pensarán que usted es deshonesto	70	1
Las personas actúan como si fueran mejores que usted	65	4
Le insultan llamándole gitano	16	0
<b>Se siente amenazado</b>	<b>1</b>	<b>0</b>

Según se puede observar en la tabla 12.1., de los porcentajes de respuestas al cuestionario de discriminación percibida, claramente sobresale el porcentaje de gitanos que dicen percibir algún tipo de discriminación (87,4%), es más de 80 puntos porcentuales superior al de no gitanos (7%), esto es, más de 12 veces más en gitanos que en no gitanos. En la tabla 12.2., destaca que el porcentaje promedio de los gitanos (P=70,16%), más de 2 de cada 3 gitanos entrevistados que responden "Sí" a los ítems: "Las personas actúan como si pensarán que usted es menos inteligente" (68,4%); "Las personas actúan como si pensarán que usted es deshonesto" (73,7%); "Las personas actúan como si fueran mejores que usted" (68,4%).

A continuación, se muestra una tabla donde aparecen los porcentajes de respuestas de gitanos y no gitanos al cuestionario sobre discriminación autopercebida (EDS) y su distribución según sexo-género y grupo étnico. En la siguiente tabla complementaria aparece la distribución de respuestas en cada uno de los ítems del cuestionario.

**TABLA 12.3. Porcentajes de gitanos y no gitanos según la discriminación autopercebida en el cuestionario (EDS). Calculados según el grupo étnico y sexo-género.**

DISCRIMINACIÓN	Discriminación percibida SÍ	Discriminación percibida NO	NTotal
<b>Gitanos</b>	84,4	15,5	<b>45</b>
<b>No gitanos</b>	0	100	<b>44</b>
<b>Gitanas</b>	90	10	<b>50</b>
<b>No gitanas</b>	14,3	85,7	<b>42</b>

Tabla 12.4. Distribución de respuestas al cuestionario (EDS).

	<b>GITANOS</b>	<b>NO GITANOS</b>	<b>GITANAS</b>	<b>NO GITANAS</b>
Le tratan con menos cortesía que a otras personas	13	0	8	0
Le tratan con menos respeto que a los demás	11	0	8	0
Recibe un servicio de menos calidad que otras personas en restaurantes o tiendas	6	0	4	1
Las personas actúan como si pensarán que usted es menos inteligente	27	0	38	3
Las personas actúan como si tuvieran miedo de usted	24	0	19	1
Las personas actúan como si pensarán que usted es deshonesto	34	0	36	1
Las personas actúan como si fueran mejores que usted	29	0	36	4
Le insultan llamándole gitano	6	0	10	0
Se siente amenazado	0	0	1	0

Según se puede observar en la tabla 12.3., en el grupo de los hombres, claramente destaca el porcentaje de gitanos, que dicen percibir algún tipo de discriminación siendo el 84,4%, en comparación con la ausencia de casos de hombres no gitanos. En el caso de las mujeres, el porcentaje de mujeres gitanas que manifiestan percibir discriminación (90%), es más de 75 puntos y medio porcentuales superior al de mujeres no gitanas (14,3%), esto es, casi 6 veces y media más en gitanas que en no gitanas. Destaca la diferencia en gitanos y gitanas, el 66,6% hombres gitanos y el 73,3% de las mujeres gitanas entrevistados responden "Sí" a los ítems: Las personas actúan como si pensarán que usted es menos inteligente (H=60% vs M=76%); Las personas actúan como si pensarán que usted es deshonesto (H=75,5% vs M=72); Las personas actúan como si fueran mejores que usted (H=64,4% vs M=72%).

## II. SALUD.

En esta segunda gran dimensión, según el modelo de la OMS, vamos a exponer los resultados de los factores incluidos en el cuestionario a saber: percepción del estado de salud, enfermedades, medicamentos, visitas al médico, satisfacción con el sistema de salud, estilo de vida, alimentación, satisfacción vital y fertilidad.

Según la OMS, "la salud" es un "estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (OMS, 2013). El propósito del presente trabajo no es entrar en consideraciones filosóficas, conceptuales o sociológicas sobre lo que entraña la salud y su definición, pero sí mencionaremos algunas ideas que son interesantes para la realización de este estudio.

Por ejemplo, M.C. Vergara recoge en su artículo "Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad": "...la salud está determinada por una variedad de factores que se pueden agrupar en cuatro grandes grupos: estilo de vida, medio ambiente, organización de la atención de la salud y la biología humana". La misma autora, cita a Blum defendiendo que: "...los anteriores factores se relacionan y se modifican mediante un círculo envolvente formado por la población, los sistemas culturales, la salud mental, el equilibrio ecológico y los recursos naturales" (Vergara, 2007: p.45).

El concepto de salud es complejo y dinámico, donde intervienen necesidades psico-afectivas, nutricionales, sociales y culturales. También incluye aspectos relacionados con factores políticos, económicos, laborales, ambientales y científicos (Pardo, 1997; Ordoñez, 2000; Parra, 2003; Alcántara, 2008; Guerrero & León, 2008; Gavidia & Talavera, 2012). La estructura que fundamenta el presente estudio, se centra en una visión holística e integral respecto a la salud de los participantes, aunque no se profundicen en todos y cada uno de los parámetros que la componen. Se indagará en algunos factores socioeconómicos, componentes de salud física, psicológica y algunos aspectos socioculturales. La interrelación entre las distintas dimensiones, ofrecerá una imagen más o menos completa del estado de salud de los encuestados.

En este fundamental apartado, se estudiará el número y tipo de enfermedades que dicen tener los y las participantes, número de medicamentos diarios, tiempo desde la última visita al médico, lugar y motivo de la visita al médico, distancia al hospital más cercano, grado de satisfacción con el sistema público de salud y la autopercepción del estado de salud.

## **1. ENFERMEDADES.**

### **ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.**

#### **HIPERTENSIÓN.**

Las enfermedades cardiovasculares, son la primera causa de muerte en España. La hipertensión arterial (HTA), es un factor fundamental en el desarrollo de ese tipo de enfermedades y la morbimortalidad asociada (Coca, 2003). En muchos casos no se detecta por falta de síntomas evidentes, caracterizándose por mantener la presión arterial sistólica y diastólica en valores superiores a 140/90mmHg (Banegas, J., 2005). La HTA, forma parte de un conjunto de factores de riesgo entre los que se encuentran la hipercolesterolemia, el tabaquismo, la diabetes y el sobrepeso (Medrano et *al.*, 2005).

La Hipertensión, es el primero de los factores incluidos en la dimensión "Salud". Con toda seguridad, se podrá deducir su correlación con otros factores incluidos en esta y otras dimensiones como "Alimentación" o "Estilo de vida". El ítem, se presenta en el cuestionario de la siguiente manera: ¿Cuál/les de las siguientes enfermedades padece? Se ofrecen once alternativas de respuesta múltiple entre las que está la hipertensión.

A continuación, se muestra una tabla general que recoge el total de respuestas de gitanos y no gitanos, según su elección respecto a la hipertensión, distribuidas por grupos de edad y sexo. De ella se extraerán los datos que tengan una especial relevancia para su análisis pormenorizado.

**TABLA 3.1.1.1. Número total de casos de participantes gitanos y no gitanos que manifiestan padecer HIPERTENSIÓN, distribuidos por grupos de edad, grupo étnico y sexo-género.**

HIPERTENSIÓN		Hombre	Mujer	Total
De 55 a 65 años	<b>Gitano</b>	13	10	23
	<b>No gitano</b>	9	5	14
De 66 a 75 años	<b>Gitano</b>	6	12	18
	<b>No gitano</b>	5	5	10
76 años y más	<b>Gitano</b>	12	10	22
	<b>No gitano</b>	8	6	14
<b>Total</b>		53	48	101

**Tabla 3.1.1.2. Porcentajes de personas gitanas con HIPERTENSIÓN. Calculados sobre el total de personas del mismo grupo étnico.**

HIPERTENSIÓN		NTotal
<b>Gitanos</b>	66,3	<b>95</b>
<b>No gitanos</b>	44,2	<b>86</b>

Según se muestra en la tabla 3.1.1.2., el porcentaje de gitanos que manifiestan tener hipertensión (66,3%), es más de 22 puntos superior al de no gitanos (44,2%), esto es, un 50% más en gitanos que en no gitanos. A continuación se muestra una tabla que refleja los porcentajes de participantes con hipertensión según sexo-género y grupo étnico.

**Tabla 3.1.1.3. Porcentajes de participantes con HIPERTENSIÓN. Calculados según el propio grupo étnico y sexo-genero.**

HIPERTENSIÓN		NTotal
<b>Gitanos</b>	68,9	<b>45</b>
<b>No gitanos</b>	50	<b>44</b>
<b>Gitanas</b>	64	<b>50</b>
<b>No gitanas</b>	38,1	<b>42</b>

Como se puede observar en la tabla 3.1.1.3., en el grupo de hombres el porcentaje de gitanos (68,9%), es casi 19 puntos porcentuales superior al de no gitanos (50%), esto es, más de un 35% más en gitanos que en no gitanos. En el grupo de mujeres, el porcentaje de gitanas (64%), es casi 26 puntos

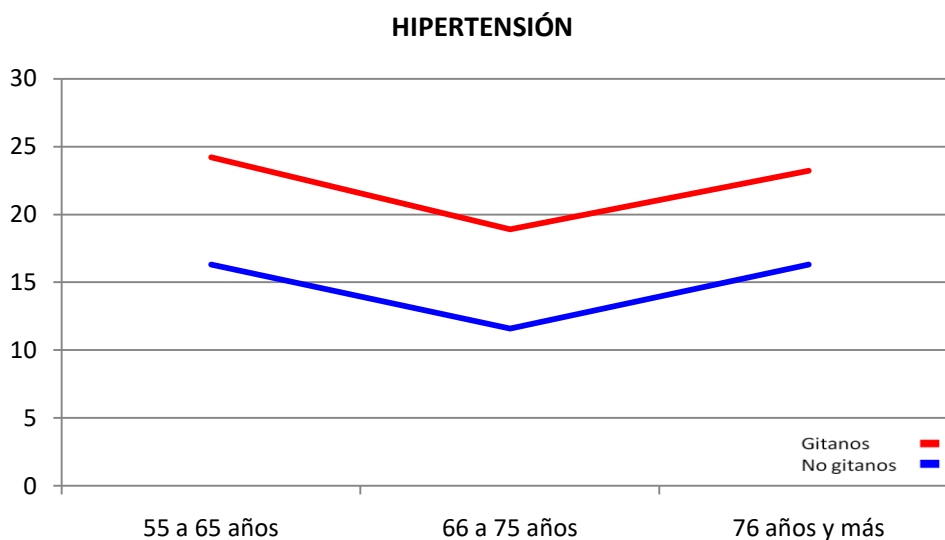
porcentuales superior al de no gitanas (38,1%), esto es, casi un 70% más en gitanas que en no gitanas.

**TABLA 3.1.1.4. Porcentajes de personas gitanas y no gitanas que manifiestan tener HIPERTENSIÓN por grupos de edad. Calculados sobre el total de personas del mismo grupo étnico y grupo de edad.**

	55 a 65 años	66 a 75 años	76 años y más	NTotal
<b>Gitanos</b>	24,2	18,9	23,2	<b>95</b>
<b>No gitanos</b>	16,3	11,6	16,3	<b>86</b>

Como puede apreciarse en la tabla 3.1.1.2., en el grupo de edad "55 a 65 años", el porcentaje de gitanos (24,2%), es casi 8 puntos porcentuales superior al de no gitanos (16,3%), esto es, casi el 50% más en gitanos que en no gitanos. Bajo el grupo de edad "66 a 75 años" el porcentaje de gitanos (18,9%), es más de 7 puntos porcentuales superior al de no gitanos (11,6%), esto es, más de un 60% más en gitanos que en no gitanos. Bajo el grupo de edad "76 años y más" el porcentaje de gitanos (23,2%), es casi 7 puntos porcentuales superior al de no gitanos, esto es, casi un 45% más en gitanos que en no gitanos.

**Gráfico 1. Tabla 3.1.1.4.**



Como se puede observar en el gráfico 1, los porcentajes de gitanos con hipertensión, son claramente superiores a los de no gitanos, en todos los grupos de edad. Algo sorprendente se observa en el grupo de edad intermedio, donde hay una disminución porcentual respecto al grupo de edad precedente

en ambas poblaciones estudiadas. Es como si hubiera una mejoría en la incidencia de la hipertensión.

### **COLESTEROL ALTO (HIPERCOLESTEROLEMIA).**

La hipercolesterolemia, es uno de los principales factores de riesgo en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares (Grau et *al.*, 2011). Se considera que un sujeto tiene hipercolesterolemia cuando el nivel de colesterol total es  $\leq$  200 mg/dl (Guallar-Castillón, 2012).

Hay principalmente dos tipos de colesterol, el llamado genéricamente por sus siglas LDL (coloquialmente conocido como colesterol *malo*) y HDL (coloquialmente conocido como colesterol *bueno*). Los dos tipos de colesterol, en las cantidades adecuadas, realizan tareas de transporte y síntesis esenciales para el organismo humano. Los dos tipos de colesterol mencionados, son de origen animal pero las propiedades metabólicas que desempeñan sobre el organismo son muy distintas. Cuando hay un exceso en los niveles de colesterol tipo LDL, se deposita en las paredes arteriales provocando la obstrucción parcial o total de las arterias con el riesgo que esto conlleva. En cambio, la principal función del colesterol tipo HDL, es la descongestión arterial facilitando el tránsito circulatorio (Cervera et *al.*, 2010).

El ítem, se presenta en el cuestionario de la siguiente manera: ¿Cuál/les de las siguientes enfermedades padece? Se ofrecen once alternativas de respuesta múltiple, entre las que está el colesterol alto.

A continuación, se muestra una tabla general que recoge el total de respuestas de gitanos y no gitanos, según su elección respecto a la hipercolesterolemia, distribuidas por grupos de edad y sexo. De ella se extraerán los conjuntos de datos que tengan una especial relevancia para su análisis pormenorizado.

**TABLA 3.1.2.1. Número total de casos de participantes gitanos y no gitanos que manifiestan padecer COLESTEROL ALTO, distribuidos por grupos de edad y sexo.**

COLESTEROL ALTO		Hombre	Mujer	Total
De 55 a 65 años N=82	Gitano	11	8	19
	No gitano	4	3	7
De 66 a 75 años N=49	Gitano	7	6	13
	No gitano	3	3	6
76 años y más N=50	Gitano	7	5	12
	No gitano	3	4	7
Total		35	29	64

**TABLA 3.1.2.2. Porcentajes de personas gitanas y no gitanas que manifiestan tener COLESTEROL ALTO. Calculados sobre el total de personas del mismo grupo étnico.**

COLESTEROL		NTotal
Gitanos	46,3	95
No gitanos	23,3	86

Según se muestra en la tabla 3.1.2.2., el porcentaje de gitanos que dicen tener colesterol alto (46,3%), es 23 puntos superior al de no gitanos (23,3%), esto es, casi 2 veces más en gitanos que en no gitanos. A continuación se muestra una tabla que refleja los porcentajes de participantes con hipertensión según sexo-género y grupo étnico.

**Tabla 3.1.2.3. Porcentajes de participantes con COLESTEROL ALTO. Calculados según el propio grupo étnico y sexo-genero.**

COLESTEROL ALTO		NTotal
Gitanos	55,5	45
No gitanos	22,7	44
Gitanas	38	50
No gitanas	23,8	42

Como se puede observar en la tabla 3.1.2.3., en el grupo de los hombres, el porcentaje de gitanos (55,5%), es casi 33 puntos porcentuales superior al de no gitanos (22,7%), esto es, casi 2 veces y media más en gitanos que en no gitanos. En el grupo de mujeres, el porcentaje de gitanas (38%), es 15 puntos



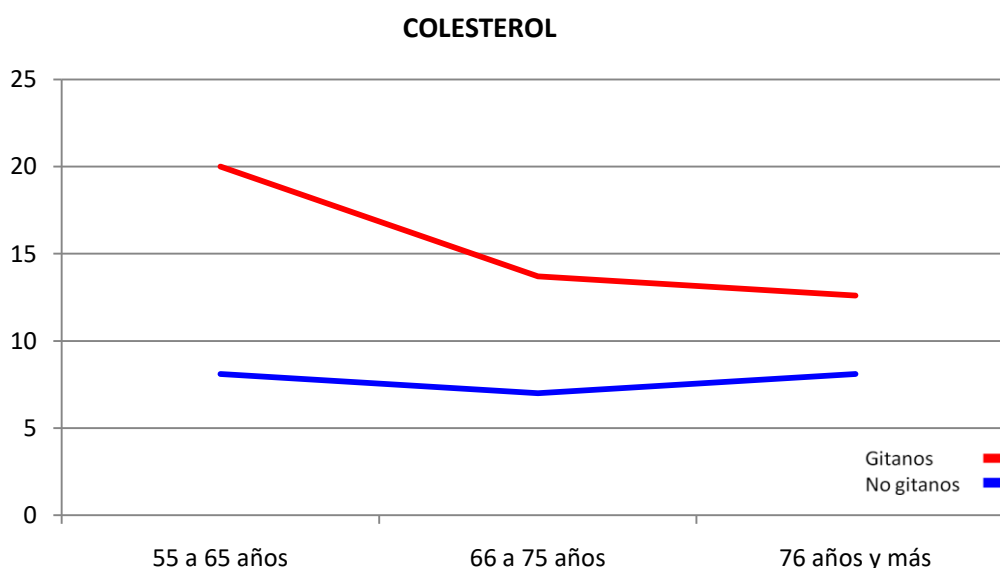
porcentuales superior al de no gitanas (23,8%), esto es, casi un 65% más en gitanas que en no gitanas.

**TABLA 3.1.2.4. Porcentajes de personas gitanas y no gitanas que manifiestan tener el COLESTEROL ALTO por grupos de edad. Calculados sobre el total de personas del mismo grupo étnico y grupo de edad.**

	55 a 65 años	66 a 75 años	76 años y más	NTotal
<b>Gitanos</b>	20	13,7	12,6	<b>95</b>
<b>No gitanos</b>	8,1	7	8,1	<b>86</b>

Como puede apreciarse en la tabla 3.1.2.4., en el grupo de edad "55 a 65 años", el porcentaje de gitanos (20%), es casi 12 puntos porcentuales superior al de no gitanos (8,1%), esto es, 2 veces y media más en gitanos que en no gitanos. Bajo el grupo de edad "66 a 75 años" el porcentaje de gitanos (13,7%), es más de 6 puntos y medio porcentuales superior al de no gitanos (7%), esto es, casi 2 veces más en gitanos que en no gitanos. Bajo el grupo de edad "76 años y más" el porcentaje de gitanos (12,6%), es 4 puntos y medio porcentuales superior al de no gitanos (8,1%), esto es, más de un 50% más en gitanos que en no gitanos.

**Gráfico 1. Tabla 3.1.2.2.**



Como se puede ver en el gráfico 1, los porcentajes de gitanos con colesterol alto, son claramente superiores que los de no gitanos en todos los grupos de edad, siguiendo una progresión de descenso según aumenta la edad, mientras en no gitanos se mantiene relativamente estable.

### MALA CIRCULACIÓN.

La “mala circulación”, es una expresión coloquial que engloba diferentes problemas derivados del mal funcionamiento del sistema circulatorio sanguíneo. A veces, no se manifiestan síntomas evidentes pero en otras ocasiones se produce dolor agudo, mareos o sudor excesivo. Entre las principales causas para sufrir los efectos de la mala circulación, está la aterosclerosis. Esta patología, se caracteriza por la obstrucción parcial o total de los vasos sanguíneos de tamaño medio, ocasionada por el efecto de placas de grasa en las paredes de los vasos, afectando directamente a la circulación de la sangre. Entre los factores que facilitan tener mala circulación están el exceso de colesterol, la obesidad, diabetes, hipertensión, sedentarismo o las enfermedades del corazón (Lahoz & Mostaza, 2007).

El ítem, se presenta en el cuestionario de la siguiente manera: ¿Cuál/les de las siguientes enfermedades padece? Se ofrecen once alternativas de respuesta múltiple, entre las que está la mala circulación.

A continuación, se muestra una tabla general que recoge el total de respuestas de gitanos y no gitanos, según su elección respecto a la mala circulación, distribuidas por grupos de edad y sexo. De ella se extraerán los datos que tengan una especial relevancia para su análisis pormenorizado.

**TABLA 3.1.4.1. Número total de casos de participantes gitanos y no gitanos que manifiestan padecer MALA CIRCULACIÓN, distribuidos por grupos de edad y sexo.**

MALA CIRCULACIÓN		Hombre	Mujer	Total
De 55 a 65 años N=82	Gitano	8	8	16
	No gitano	0	5	5
De 66 a 75 años N=49	Gitano	6	11	17
	No gitano	1	4	5
76 años y más N=50	Gitano	4	8	12
	No gitano	3	10	13
Total		22	42	64

**Tabla 3.1.4.2. Porcentajes de personas gitanas y no gitanas que manifiestan tener MALA CIRCULACIÓN. Calculados sobre el total de personas del mismo grupo étnico.**

	MALA CIRCULACIÓN	NTotal
<b>Gitanos</b>	47,4	<b>95</b>
<b>No gitanos</b>	26,7	<b>86</b>

Según se muestra en la tabla 3.1.4.2., el porcentaje de gitanos que dicen tener mala circulación (47,4%), es más de 20 puntos y medio porcentuales superior al de no gitanos (26,7%), esto es, más de un 75% más en gitanos que en no gitanos. A continuación se muestra una tabla que refleja los porcentajes de participantes con mala circulación según sexo-género y grupo étnico.

**Tabla 3.1.4.3. Porcentajes de participantes con MALA CIRCULACIÓN. Calculados según el propio grupo étnico y sexo-genero.**

	MALA CIRCULACIÓN	NTotal
<b>Gitanos</b>	40	<b>45</b>
<b>No gitanos</b>	9,1	<b>44</b>
<b>Gitanas</b>	54	<b>50</b>
<b>No gitanas</b>	45,2	<b>42</b>

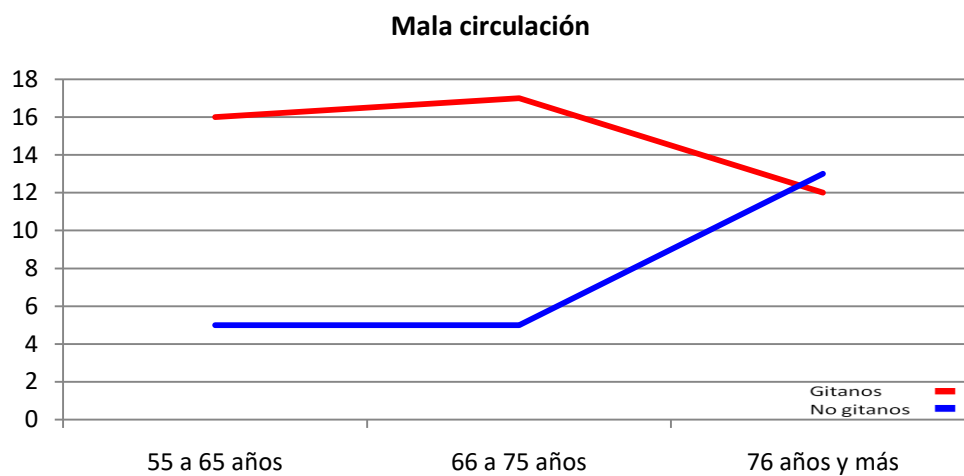
Como se puede observar en la tabla 3.1.4.3, en el grupo de los hombres, el porcentaje de gitanos (40%), es casi 31 puntos porcentuales superior al de no gitanos (9,1%), eso es, más de 4 veces más en gitanos que en no gitanos. En el grupo de las mujeres, el porcentaje de gitanas (54%), es casi 9 puntos porcentuales superior al de no gitanas (45,2%), esto es, casi un 20% más en gitanas que en no gitanas.

**Tabla 3.1.4.4. Porcentajes de personas gitanas y no gitanas que manifiestan tener MALA CIRCULACIÓN por grupos de edad. Calculados sobre el total de personas del mismo grupo étnico y grupo de edad.**

	55 a 65 años	66 a 75 años	76 años y más	NTotal
<b>Gitanos</b>	16,8	17,9	12,6	<b>95</b>
<b>No gitanos</b>	5,8	5,8	15,1	<b>86</b>

Como puede apreciarse en la tabla 3.1.4.4., en el grupo de edad "55 a 65 años", el porcentaje de gitanos (16,8%), es 11 puntos porcentuales superior al de no gitanos (5,8%), esto es, casi 3 veces más en gitanos que en no gitanos. Bajo el grupo de edad "66 a 75 años" el porcentaje de gitanos (17,9%), es más de 12 puntos porcentuales superior al de no gitanos (5,8%), esto es, más de 3 veces más en gitanos que en no gitanos. Bajo el grupo de edad "76 años y más" el porcentaje de gitanos (12%), es 2 puntos y medio porcentuales inferior al de no gitanos (15,1%), esto es, un 25% menos en gitanos que en no gitanos.

**Gráfico 1. Tabla 3.1.4.4.**



Como se puede ver en el Gráfico 3.1.4.4., la evolución de los porcentajes de casos de mala circulación en gitanos, mantiene unos niveles muy superiores a los de no gitanos en los dos primeros grupos de edad, para confluir a niveles similares en ambas poblaciones en el último grupo de edad. En el caso de los no gitanos, los niveles se mantienen en los dos primeros grupos de edad para aumentar en el último grupo de edad.

### ENFERMEDADES DEL CORAZÓN.

Cuando se habla en este trabajo de enfermedades del corazón, se hace referencia a un conjunto de afecciones y trastornos que afectan al músculo responsable de la circulación sanguínea, el corazón. Las cardiopatías más frecuentes, están relacionadas con las arterias coronarias. Cuando se ven afectadas por estrechamiento o algún tipo de obstrucción, acontece un déficit

de riego sanguíneo dando lugar a patologías coronarias, angina de pecho, arritmia o infarto. Cuando los problemas se presentan en las válvulas del corazón, el resultado son enfermedades valvulares e insuficiencia cardiaca (Nkomo et *al.*, 2006). Los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de enfermedades del corazón son la hipertensión, la hipercolesterolemia, el tabaquismo, una alimentación inadecuada rica en grasas y sal, el sedentarismo o el estrés (NHLBI, 2016).

El ítem, se presenta en el cuestionario de la siguiente manera: ¿Cuál/les de las siguientes enfermedades padece? Se ofrecen once alternativas de respuesta múltiple, entre las que están las principales cardiopatías.

A continuación, se muestra una tabla general que recoge el total de respuestas de gitanos y no gitanos, según su elección respecto a los problemas de corazón, distribuidas por grupos de edad y sexo-género. De ella se extraerán los datos que tengan una especial relevancia para su análisis pormenorizado.

**TABLA 3.1.6.1. Número total de casos de participantes gitanos y no gitanos que manifiestan padecer ENFERMEDADES DEL CORAZÓN, distribuidos por grupos de edad y sexo-género.**

Enfermedades del corazón		Hombre	Mujer	Total
De 55 a 65 años N=82	Gitano	1	1	2
	No gitano	1	0	1
De 66 a 75 años N=49	Gitano	3	3	6
	No gitano	1	1	2
76 años y más N=50	Gitano	5	7	12
	No gitano	3	4	7
Total		14	16	30

**TABLA 3.1.6.2. Porcentajes de personas gitanas y no gitanas que manifiestan tener ENFERMEDADES DEL CORAZÓN. Calculados sobre el total de personas del mismo grupo étnico.**

PROBLEMAS de CORAZÓN		NTotal
Gitanos	21	95
No gitanos	11,6	86

Según se muestra en la tabla 3.1.6.2., el porcentaje de gitanos que dicen tener problemas de corazón (21%), es casi 9 puntos y medio porcentuales superior al de no gitanos (11,6%), esto es, casi 2 veces más en gitanos que en

no gitanos. A continuación se muestra una tabla que refleja los porcentajes de participantes con problemas de corazón según sexo-género y grupo étnico.

**Tabla 3.1.6.3. Porcentajes de participantes con ENFERMEDADES DEL CORAZÓN. Calculados según el propio grupo étnico y sexo-genero.**

Enfermedades del corazón		NTotal
<b>Gitanos</b>	20	<b>45</b>
<b>No gitanos</b>	11,4	<b>44</b>
<b>Gitanas</b>	22	<b>50</b>
<b>No gitanas</b>	11,9	<b>42</b>

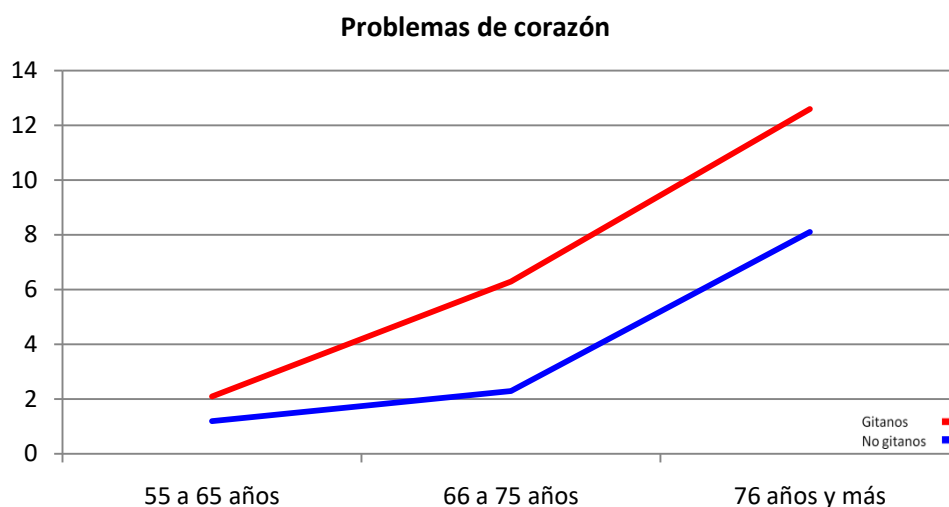
Como se puede observar en la tabla 3.1.6.3., el grupo de los hombres, el porcentaje de gitanos (20%), es más de 8 puntos y medio porcentuales superior al de no gitanos (11,4%), esto es, casi un 80% más en gitanos que en no gitanos. En el grupo de mujeres, el porcentaje de gitanas (22%), es más de 10 puntos porcentuales superior al de no gitanas (11,9%), esto es, casi 2 veces más en gitanas que en no gitanas.

**TABLA 3.1.6.4. Porcentajes de personas gitanas y no gitanas que manifiestan tener ENFERMEDADES DEL CORAZÓN por grupos de edad. Calculados sobre el total de personas del mismo grupo étnico y grupo de edad.**

	55 a 65 años	66 a 75 años	76 años y más	NTotal
<b>Gitanos</b>	2,1	6,3	12,6	<b>95</b>
<b>No gitanos</b>	1,2	2,3	8,1	<b>86</b>

Como puede apreciarse en la tabla 3.1.6.4., en el grupo de edad "55 a 65 años", el porcentaje de gitanos (2,1%), es 1 punto porcentual superior al de no gitanos (1,2%), esto es, un 75% más en gitanos que en no gitanos. Bajo el grupo de edad "66 a 75 años" el porcentaje de gitanos (6,3%), es más de 7 puntos porcentuales superior al de no gitanos (2,3%), esto es, casi 3 veces más en gitanos que en no gitanos. Bajo el grupo de edad "76 años y más" el porcentaje de gitanos (12,6%), es 4 puntos y medio porcentuales superior al de no gitanos (8,1%), esto es, más de un 55% más en gitanos que en no gitanos.

Gráfico 1. Tabla 3.1.6.4.



Como puede apreciarse en el gráfico 1, los porcentajes de gitanos son superiores al de los no gitanos en todos los grupos de edad. En el caso de los gitanos, la progresión aumenta a medida que lo hace la edad pero en una proporción mucho más significativa que en los no gitanos.

## DIABETES.

La diabetes mellitus, forma parte del llamado “*Síndrome del nuevo mundo*” que, junto a la hipertensión y la hipercolesterolemia, son los principales factores en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares (Ruiz-Ramos et al., 2006). Se considera que un sujeto sufre diabetes cuando el nivel sostenido de glucosa en sangre se sitúa en ayunas en  $\geq 126$  mg/dl (Cervera et al., 2010).

Hay dos tipos de diabetes mellitus, 1 y 2 (DM1, DM2). La diabetes, es un conjunto de procesos resultantes de mantener unos niveles elevados de glucosa en sangre, como resultado de fallos en la secreción o eficiencia de la hormona insulina. La función principal de la insulina, es proporcionar la glucosa sanguínea como energía necesaria para el funcionamiento del organismo. Cuando hay demasiada glucosa en sangre, bien sea por una ingesta excesiva o por defectos orgánicos al procesarla, la glucosa es depositada en forma de adipocitos (grasas). (*Ibidem*).

El desarrollo de esta enfermedad, está condicionado por factores hereditarios que facilitan la acción de factores ambientales, como el estilo de vida o el tipo de alimentación. Algunos estudios, han demostrado la relación del nivel socioeconómico o las diferencias raciales con la probabilidad de padecer diabetes (Ruiz-Ramos et *al.*, 2006).

El ítem, se presenta en el cuestionario de la siguiente manera: ¿Cuál/les de las siguientes enfermedades padece? Se ofrecen once alternativas de respuesta múltiple, entre las que está la diabetes. A continuación se muestra una tabla general que recoge el total de respuestas de gitanos y no gitanos, según su elección respecto a la diabetes, distribuidas por grupos de edad y sexo. De ella se extraerán, los conjuntos de datos que tengan una especial relevancia para su análisis pormenorizado..

**TABLA 3.1.3.1. Número total de casos de participantes gitanos y no gitanos que manifiestan padecer DIABETES, distribuidos por grupos de edad y sexo.**

DIABETES		Hombre	Mujer	Total
De 55 a 65 años N=82	Gitano	6	8	14
	No gitano	4	0	4
De 66 a 75 años N=49	Gitano	2	7	9
	No gitano	4	7	11
76 años y más N=50	Gitano	4	7	11
	No gitano	7	7	14
Total		27	36	63

**Tabla 3.1.3.2. Porcentajes de personas gitanas y no gitanas que manifiestan tener DIABETES. Calculados sobre el total de personas del mismo grupo étnico.**

DIABETES		NTotal
Gitanos	35,8	95
No gitanos	33,7	86

Según se muestra en la tabla 3.1.3.2., el porcentaje de gitanos que dicen tener diabetes (35,8%), es más de 2 puntos superior al de no gitanos (33,7%), esto es, más de un 5% más en gitanos que en no gitanos.

A continuación, se muestra una tabla correspondiente a la diabetes según el sexo-género y grupo étnico.



**Tabla 3.1.3.3. Porcentajes de participantes con DIABETES. Calculados según el propio grupo étnico y sexo-genero.**

DIABETES		NTotal
<b>Gitanos</b>	26,7	<b>45</b>
<b>No gitanos</b>	34,1	<b>44</b>
<b>Gitanas</b>	44	<b>50</b>
<b>No gitanas</b>	33,3	<b>42</b>

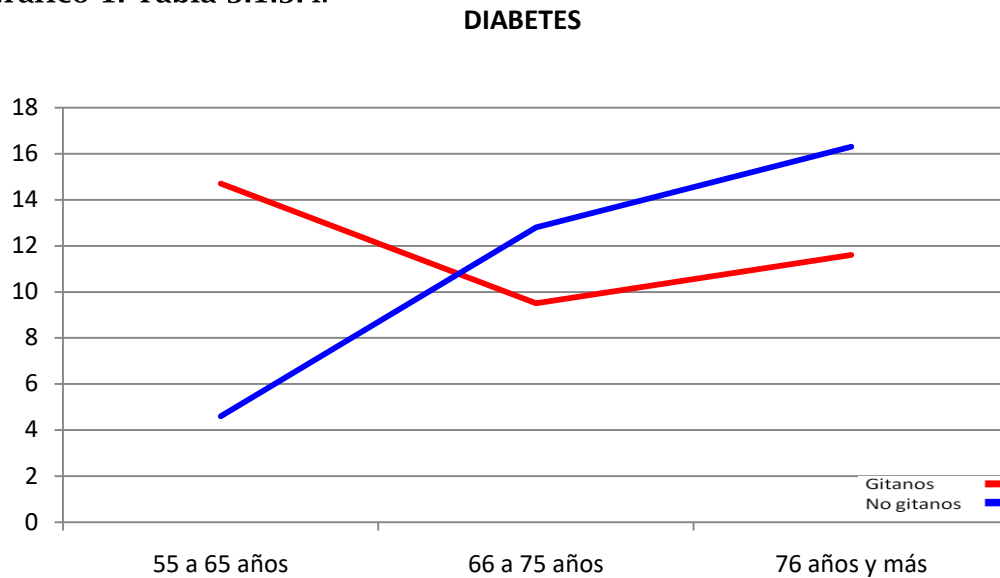
Como se puede ver en la tabla 3.1.3.3., en el grupo de los hombres, el porcentaje de gitanos (26,7%), es casi 7 puntos y medio porcentuales inferior al de no gitanos (34,1%), esto es, más de un 27% menos en gitanos que en no gitanos. En el grupo de mujeres, el porcentaje de gitanas (44%), es más de 10 puntos y medio porcentuales superior al de no gitanas (33,3%), esto es, más de un 32% más en gitanas que en no gitanas.

**TABLA 3.1.3.4. Porcentajes de personas gitanas y no gitanas que manifiestan tener DIABETES por grupos de edad. Calculados sobre el total de personas del mismo grupo étnico y grupo de edad.**

	55 a 65 años	66 a 75 años	76 años y más	NTotal
<b>Gitanos</b>	14,7	9,5	11,6	<b>95</b>
<b>No gitanos</b>	4,6	12,8	16,3	<b>86</b>

Como se puede observar en la tabla 3.1.3.4., bajo el grupo de edad "55 a 65", el porcentaje de gitanos (14,7%) es más de 10 puntos superior al de no gitanos (4,6%), esto es, más de 3 veces más en gitanos que en no gitanos. Bajo el grupo de edad "66 a 75 años", el porcentaje de gitanos (9,5%) es más de 3 puntos porcentuales inferior al de no gitanos (12,8%), esto es, un 35% menos en gitanos que en no gitanos. Bajo el grupo de edad "76 años y más", el porcentaje de gitanos (11,6%) es más de 4 puntos y medio porcentuales inferior al de no gitanos (16,3%), esto es, más de un 40% inferior en gitanos que en no gitanos.

Gráfico 1. Tabla 3.1.3.4.



Como se observa en el gráfico 1., los porcentajes de gitanos siguen una progresión descendente en el primer y segundo grupo de edad, para repuntar en el tercero. En cambio la progresión de los porcentajes en no gitanos siguen una línea ascendente en los tres grupos de edad.

### ASMA.

El asma, es una enfermedad respiratoria que, según la definición ofrecida por la “Estrategia Global para el Asma”, organismo dependiente de la OMS, es la “inflamación crónica de las vías aéreas en las que desempeña un papel destacado determinadas células y mediadores. Este proceso, se asocia con la presencia de hiperrespuesta bronquial (HRB) que produce episodios recurrentes de sibilancias, disnea, opresión torácica y tos, especialmente durante la noche o la madrugada. Estos episodios, se asocian generalmente, con un mayor o menor grado de obstrucción al flujo aéreo a menudo reversible de forma espontánea o con tratamiento”. Los factores de riesgo más importantes para padecer asma son los factores genéticos, ambientales, alérgenos, nutricionales, tabaco y contaminación (Plaza et al., 2003).

El ítem, se presenta en el cuestionario de la siguiente manera: ¿Cuál/les de las siguientes enfermedades padece? Se ofrecen once alternativas de respuesta múltiple, entre las que está el asma.

A continuación, se muestra una tabla general que recoge el total de respuestas de gitanos y no gitanos, según su elección respecto al asma, distribuidas por grupos de edad y sexo. De ella se extraerán los datos que tengan una especial relevancia para su análisis pormenorizado.

**TABLA 3.1.5.1. Número total de casos de participantes gitanos y no gitanos que manifiestan padecer ASMA, distribuidos por grupos de edad y sexo-género.**

ASMA		Hombre	Mujer	Total
De 55 a 65 años N=82	Gitano	6	2	8
	No gitano	0	2	2
De 66 a 75 años N=49	Gitano	2	4	6
	No gitano	1	0	1
76 años y más N=50	Gitano	3	2	5
	No gitano	2	0	2
Total		13	10	23

**TABLA 3.1.5.2. Porcentajes de personas gitanas y no gitanas que manifiestan tener ASMA. Calculados sobre el total de personas del mismo grupo étnico.**

ASMA		NTotal
Gitanos	20	95
No gitanos	5,8	86

Según se muestra en la tabla 3.1.5.2., el porcentaje de gitanos que dicen tener asma (20%), es más de 14 puntos porcentuales superior al de no gitanos (5,8%), esto es, casi 3 veces y media más en gitanos que en no gitanos. A continuación se muestra una tabla que refleja los porcentajes de participantes con asma según sexo-género y grupo étnico.

**Tabla 3.1.5.3. Porcentajes de participantes con ASMA. Calculados según el propio grupo étnico y sexo-género.**

ASMA		NTotal
Gitanos	24,4	45
No gitanos	6,8	44
Gitanas	16	50
No gitanas	4,8	42

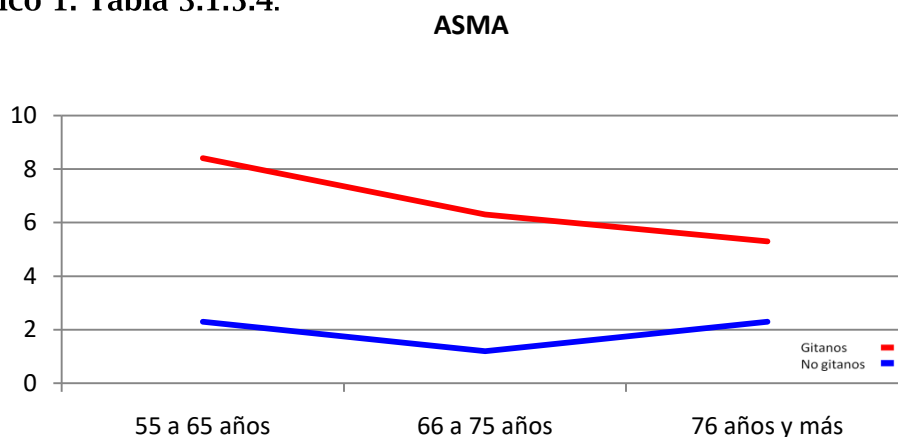
Como se puede observar en la tabla 3.1.5.3., en el grupo de los hombres, el porcentaje de gitanos (24,4%), es más de 17 puntos y medio porcentuales superior al de no gitanos (6,8%), esto es, más de 3 veces más en gitanos que en no gitanos. En el grupo de mujeres, el porcentaje de gitanas (16%), es más de 11 puntos porcentuales superior al de no gitanas (4,8%), esto es, más de 3 veces más en gitanas que en no gitanas.

**TABLA 3.1.5.4. Porcentajes de personas gitanas y no gitanas que manifiestan tener ASMA por grupos de edad. Calculados sobre el total de personas del mismo grupo étnico y grupo de edad.**

	55 a 65 años	66 a 75 años	76 años y más	NTotal
<b>Gitanos</b>	8,4	6,3	5,3	<b>95</b>
<b>No gitanos</b>	2,3	1,2	2,3	<b>86</b>

Como puede apreciarse en la tabla 3.1.5.4., en el grupo de edad "55 a 65 años", el porcentaje de gitanos (8,4%), es más de 6 puntos porcentuales superior al de no gitanos (2,3%), esto es, más de 3 veces más en gitanos que en no gitanos. Bajo el grupo de edad "66 a 75 años" el porcentaje de gitanos (6,3%), es más de 5 puntos porcentuales superior al de no gitanos (1,2%), esto es, más 5 veces más en gitanos que en no gitanos. Bajo el grupo de edad "76 años y más" el porcentaje de gitanos (5,3%), es 3 puntos porcentuales superior al de no gitanos (2,3%), esto es, más de 2 veces más en gitanos que en no gitanos.

**Gráfico 1. Tabla 3.1.5.4.**



Como se puede observar en el gráfico 1., los porcentajes de gitanos son claramente superiores a los de no gitanos, en todos los grupos de edad. La progresión en gitanos es descendente según aumenta la edad, es decir, a mayor edad menor porcentaje de casos.

### ÚLCERA GÁSTRICA.

La úlcera gástrica, es una enfermedad del aparato digestivo. Se produce cuando la actividad protectora de la mucosa no puede impedir la acción corrosiva de los ácidos y sustancias que intervienen en el estomago para hacer la digestión. Las paredes del tubo digestivo terminan dañadas, produciéndose heridas de mayor o menor calado. El principal agente que origina la enfermedad ulcerosa péptica, es la bacteria *Helicobacter pylori*. Aproximadamente el 50% de la población mundial es portadora de dicha bacteria, aunque del 10-20% de dicha cifra desarrolla algún tipo de úlcera péptica en el estomago y/o duodeno a lo largo de su vida (Moreira & López, 2004). Entre los factores más importantes para desarrollar úlcera péptica, están el consumo de fármacos antiinflamatorios no esteroideos como la aspirina, el consumo de tabaco y bebidas alcohólicas (Ferrer, I. et al., 2004).

El ítem, se presenta en el cuestionario de la siguiente forma: ¿Cuál/les de las siguientes enfermedades padece? Se ofrecen once alternativas de respuesta múltiple, entre las que esta la úlcera.

A continuación, se muestra una tabla general que recoge el total de respuestas de gitanos y no gitanos, según su elección respecto a los problemas de úlcera, distribuidas por grupos de edad y sexo. De ella se extraerán los conjuntos de datos que tengan una especial relevancia para su análisis pormenorizado.

**TABLA 3.1.7.1. Número total de casos de participantes gitanos y no gitanos que manifiestan padecer problemas de ÚLCERA, distribuidos por grupos de edad y sexo.**

ÚLCERA		Hombre	Mujer	Total
De 55 a 65 años N=82	Gitano	1	1	2
	No gitano	0	0	0
De 66 a 75 años N=49	Gitano	1	1	2
	No gitano	0	0	0
76 años y más N=50	Gitano	1	2	3
	No gitano	1	0	1
Total		4	4	8

**Tabla 3.1.7.2. Porcentajes de personas gitanas y no gitanas que manifiestan tener ÚLCERA. Calculados sobre el total de personas del mismo grupo étnico.**

ÚLCERA		NTotal
Gitanos	7,4	95
No gitanos	1,2	86

Según se muestra en la tabla 3.1.7.2., el porcentaje de gitanos que dicen tener úlcera (7,4%), es más de 6 puntos porcentuales superior al de no gitanos (1,2%), esto es, más de 6 veces más en gitanos que en no gitanos. A continuación se muestra una tabla que refleja los porcentajes de participantes con úlcera según sexo-género y grupo étnico.

**Tabla 3.1.7.3. Porcentajes de participantes con ÚLCERA. Calculados según el propio grupo étnico y sexo-genero.**

ÚLCERA		NTotal
Gitanos	6,7	45
No gitanos	2,3	44
Gitanas	8	50
No gitanas	0	42

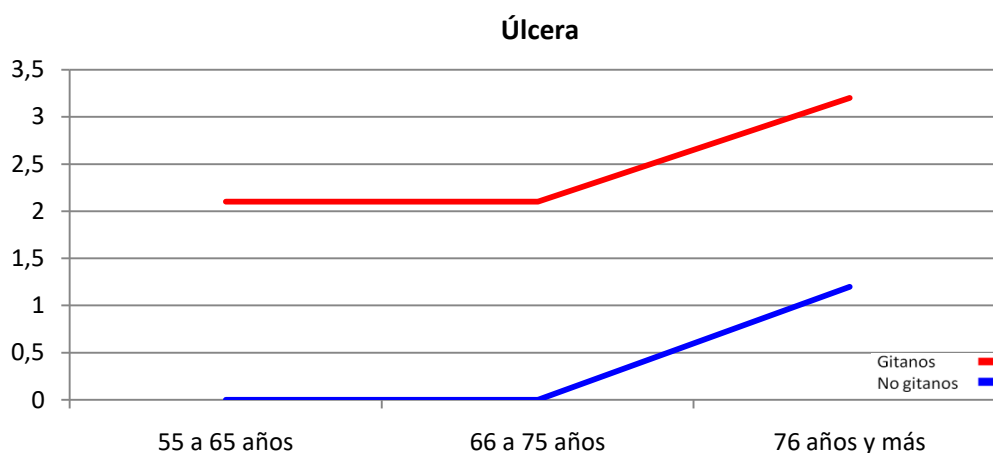
Como se puede observar en la tabla 3.1.7.3., en el grupo de los hombres, el porcentaje de gitanos (6,7%), es casi 19 puntos porcentuales superior al de no gitanos (2,3%), esto es, casi 3 veces más en gitanos que en no gitanos. En el grupo de mujeres, el porcentaje de gitanas es de un 8% en ausencia de casos de no gitanas.

**Tabla 3.1.7.4. Porcentajes de personas gitanas y no gitanas que manifiestan tener problemas de ÚLCERA por grupos de edad. Calculados sobre el total de personas del mismo grupo étnico y grupo de edad.**

	55 a 65 años	66 a 75 años	76 años y más	NTotal
<b>Gitanos</b>	2,1	2,1	3,2	<b>95</b>
<b>No gitanos</b>	0	0	1,2	<b>86</b>

Como puede apreciarse en la tabla 3.1.7.4., en el grupo de edad "55 a 65 años", el porcentaje de gitanos es 2,1% en ausencia de casos de no gitanos. Bajo el grupo de edad "66 a 75 años" el porcentaje de gitanos es 2,1% en ausencia de casos de no gitanos. Bajo el grupo de edad "76 años y más" el porcentaje de gitanos (3,2%), es 2 puntos porcentuales superior al de no gitanos (1,2%), esto es, más de 2 veces y media más en gitanos que en no gitano

**Gráfico 1. Tabla 3.1.7.4.**



Como se puede observar en el gráfico 1, los porcentajes de gitanos son claramente superiores a los de no gitanos, en todos los grupos de edad. En ambas poblaciones en el último grupo de edad se produce un repunte de casos en ambas poblaciones.

## **ARTROSIS/PROBLEMAS DE HUESOS.**

Cuando se habla de problemas de huesos, hay infinidad de tipos de enfermedades que se podrían incluir, pero cuando planteamos el ítem en el cuestionario nos referimos a osteoporosis, artrosis o artritis reumatoide. A continuación, se ofrece información básica sobre cada una de estas dolencias.

### **Osteoporosis.**

El *National Institutes of Health* (NIH), ofreció en 2001 la definición más aceptada de esta dolencia: “una enfermedad de todo el esqueleto caracterizada por una masa ósea baja y una alteración de la microarquitectura ósea, que condiciona un hueso frágil en el que consecuentemente incrementa el riesgo de fracturas” (NIH, 2001). Esta enfermedad es asintomática pero cuando se producen fracturas aumenta la morbilidad y acontece un deterioro de la calidad de vida de las personas afectadas (Sosa & Gómez, 2010). Se calcula que una de cada tres mujeres posmenopáusicas, uno de cada ocho hombres mayores de 50 años y la mayoría de ancianos la padecen. Los factores de riesgo más importantes son la edad, el estilo de vida, una alimentación deficitaria en calcio, el consumo de alcohol y tabaco o la ausencia de ejercicio físico (Hermoso de Mendoza, 2003).

### **Artrosis.**

La artrosis es una enfermedad crónica y degenerativa sin la confluencia de algún suceso traumático. Generalmente, afecta articulaciones como las de la mano, rodilla y cadera o a estructuras como la columna vertebral. Se produce por el desgaste del cartílago que acaba deformándose, dificultando el movimiento de la articulación afectada. Es lo que coloquialmente se conoce como “desgaste de huesos”. Los factores que facilitan su aparición son la edad, la genética y factores mecánicos, estos últimos directamente relacionados con el tipo de actividad laboral o el sobrepeso (Ballina & Tornero, 2011).



### Artritis reumatoide.

Artritis reumatoide, es una enfermedad crónica y progresiva que produce daño articular irreversible, de manera que los afectados ven limitada su capacidad funcional y calidad de vida (Torneró et *al.*, 2010). Los síntomas principales son dolor, inflamación y la posterior deformidad y rigidez en articulaciones de las manos, dedos, codos, hombros y pies entre otras. En el mundo, cinco de cada mil personas padecen artritis reumatoide y, sobre todo, las mujeres mayores de 40 años suponen casi cuatro casos por hombre afectado. Entre los principales factores de riesgo están la obesidad, las infecciones, dietas ricas en carne y grasas animales y el tabaquismo (Ballina et *al.*, 2006).

El ítem, se presenta en el cuestionario de la siguiente manera: ¿Cuál/les de las siguientes enfermedades padece? Se ofrecen once alternativas de respuesta múltiple entre las que está artrosis problemas de huesos.

A continuación, se muestra una tabla general que recoge el total de respuestas de gitanos y no gitanos, según su elección respecto a la artrosis problemas de huesos, distribuidas por grupos de edad y sexo. De ella, se extraerán datos que tengan una especial relevancia para su análisis pormenorizado.

**TABLA 3.1.8.1. Número total de casos de participantes gitanos y no gitanos que manifiestan padecer ARTROSIS/PROBLEMAS DE HUESOS, distribuidos por grupos de edad y sexo.**

ARTROSIS PROBLEMAS DE HUESOS		Hombre	Mujer	Total
De 55 a 65 años N=82	Gitano	6	16	22
	No gitano	4	10	14
De 66 a 75 años N=49	Gitano	7	12	19
	No gitano	2	3	5
76 años y más N=50	Gitano	3	11	14
	No gitano	5	9	14
Total		27	61	88

**Tabla 3.1.8.2. Porcentajes de personas gitanas y no gitanas que manifiestan tener ARTROSIS/PROBLEMAS DE HUESOS. Calculados sobre el total de personas del mismo grupo étnico.**

	ARTROSIS	NTotal
<b>Gitanos</b>	57,9	<b>95</b>
<b>No gitanos</b>	38,4	<b>86</b>

Según se muestra en la tabla 3.1.8.2., el porcentaje de gitanos que dicen tener artrosis/problemas de huesos (57,9%), es 19 puntos y medio porcentuales superior al de no gitanos (38,4%), esto es, más de un 50% más en gitanos que en no gitanos. A continuación, se muestra una tabla que refleja los porcentajes de participantes con artrosis/problemas de huesos según sexo-género y grupo étnico.

**Tabla 3.1.8.3. Porcentajes de participantes con ARTROSIS/PROBLEMAS DE HUESOS. Calculados según el propio grupo étnico y sexo-genero.**

ARTROSIS/PROBLEMAS DE HUESOS	DE	NTotal
<b>Gitanos</b>	35,5	<b>45</b>
<b>No gitanos</b>	25	<b>44</b>
<b>Gitanas</b>	78	<b>50</b>
<b>No gitanas</b>	52,4	<b>42</b>

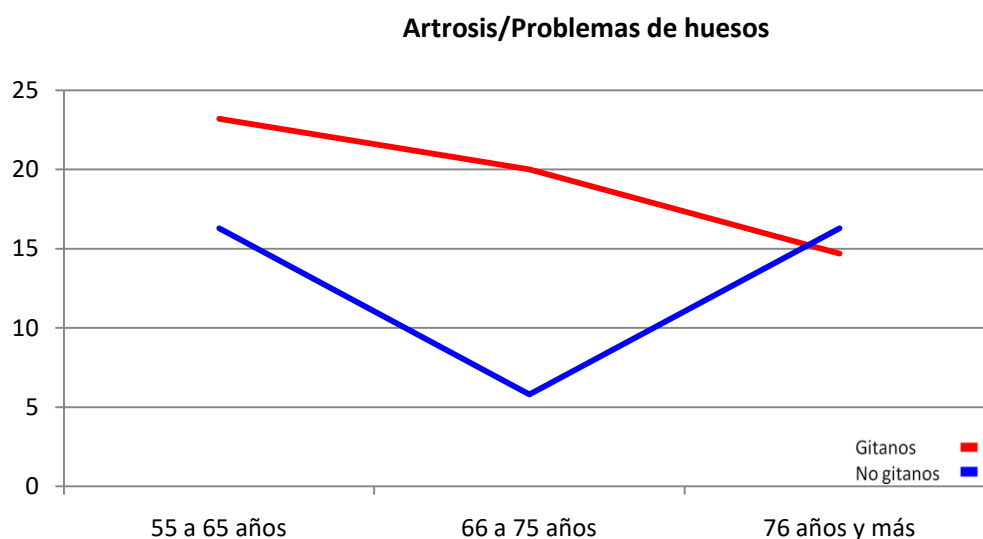
Como se puede observar en la tabla 3.1.8.3., en el grupo de los hombres, el porcentaje de gitanos (35,5%), es 10 puntos y medio porcentuales superior al de no gitanos (25%), esto es, más de un 40% más en gitanos que en no gitanos. En el grupo de mujeres, el porcentaje de gitanas (78%), es más de 25 puntos y medio porcentuales superior al de no gitanas (52,4%), esto es, casi un 50% más en gitanas que en no gitanas.

**TABLA 3.1.8.4. Porcentajes de personas gitanas y no gitanas que manifiestan tener ARTROSIS/PROBLEMAS DE HUESOS por grupos de edad. Calculados sobre el total de personas del mismo grupo étnico y grupo de edad.**

	55 a 65 años	66 a 75 años	76 años y más	NTotal
<b>Gitanos</b>	23,2	20	14,7	<b>95</b>
<b>No gitanos</b>	16,3	5,8	16,3	<b>86</b>

Como puede apreciarse en la tabla 3.1.7.4., en el grupo de edad "55 a 65 años", el porcentaje de gitanos (23,2%), es casi 7 puntos porcentuales superior al de no gitanos (16,3%), esto es, más del 40% más en gitanos que en no gitanos. Bajo el grupo de edad "66 a 75 años" el porcentaje de gitanos (20%), es más de 14 puntos porcentuales superior al de no gitanos (5,8%), esto es, casi 3 veces y media más en gitanos que en no gitanos. Bajo el grupo de edad "76 años y más" el porcentaje de gitanos (14,7%), es casi 1 punto y medio inferior al de no gitanos (16,3%), esto es, casi un 11% menos en gitanos que en no gitanos.

**Gráfico 1. Tabla 3.1.7.4.**



Como se puede observar en el gráfico 1, los porcentajes de gitanos son claramente superiores a los de no gitanos, en los dos primeros grupos de edad para luego converger en porcentajes similares en el último grupo de edad. Como en otras variables de la serie, se observa en gitanos que en el grupo de edad intermedio, hay una disminución porcentual respecto al grupo de edad precedente en ambas poblaciones estudiadas. Es como si hubiera una mejoría en la incidencia de artrosis.

## DEPRESIÓN.

Coloquialmente, la gente habla de depresión cuando experimentan cierto grado de tristeza y desánimo, aunque sea por un corto espacio de tiempo. En el ámbito profesional, es muy difícil concretar una definición satisfactoria, explícita y concluyente, entre otras razones, porque es una patología etiológicamente muy heterogénea, que puede afectar a cualquier persona con mayor o menor intensidad sintomática y con una alta probabilidad de comorbilidad. Por estar relacionado con la depresión uno de los hallazgos más relevantes del presente trabajo, se ofrecerá información esencial que permita componer un esquema básico del tema en cuestión.

La depresión es un síndrome multifactorial y complejo que forma parte de la esfera de los trastornos psicoafectivos, caracterizada por un agregado de síntomas que según la duración e intensidad podrán ser definidos como depresión mayor, distimia, depresión atípica entre otras categorías clínicas. Las personas que padecen este síndrome, comparten una serie de cambios a nivel cognitivo y comportamental como tristeza patológica, apatía, anhedonia, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, desmotivación, desesperanza, sentimientos de culpabilidad, poniendo demasiado énfasis en los hechos negativos vitales pasados o presentes (MSSSI, 2014; Muñoz, 2002; Ceinos, 2001).

Desde el punto de vista clínico, los síntomas diagnósticos podrían agruparse en cuatro tipos: “síntomas afectivos (humor bajo, tristeza, desánimo), síntomas cognitivos (pensamientos negativos de sí, del mundo y del futuro, baja auto-estima, desesperanza, remordimiento), síntomas conductuales (retirada de actividades sociales, reducción de conductas habituales, lentitud al andar y al hablar, agitación motora, actitud desganada) y síntomas físicos (relativos al apetito, al sueño y, en general, a la falta de «energía», así como otras molestias)” (Pérez & García, 2001: p.494). Se puede considerar que afecta globalmente a las esferas psíquicas y físicas del ser humano con especial intensidad en los factores afectivos (MSSSI, 2014). Hay estudios, defendiendo que la depresión no tratada se asocia a graves complicaciones en otras esferas del individuo duplicando el riesgo de fallecimiento (Saz & Dewey, 2001).

Según la ONU, unos 350 millones de personas sufren los efectos de la depresión en el mundo. Según las predicciones de la OMS, en 2030 la depresión será una de las tres causas principales de discapacidad en todo el mundo (OMS, 2017; SEPSIQ, 2015; Gabilondo et al., 2012). La prevalencia de la depresión entre los españoles mayores de 64 años podría situarse entre el 4% y el 7% (Cano et al., 2012; Román et al., 2007; Haro et al., 2006; Muñoz, 2002). En el contexto sociohistórico en el que vivimos esta patología, será la principal causa de morbilidad a nivel mundial en 2030 (OMS, 2011).

Según diferentes estudios, los principales factores de riesgo son el sexo/género (mujer), el riesgo social (soledad), estado civil (separado/divorciado, viudo), bajo nivel socioeconómico (pobreza), comorbilidad (diabetes, obesidad, ansiedad), la discapacidad, consumo de tabaco y alcohol, factores hereditarios y la exposición a las adversidades a lo largo de la vida (Bones et al., 2010; MSC-AVALIA, 2007; López J. A., 2001; ONU, 2016; Ramírez-Ruiz & Martínez-Martínez, 2011; Toquero de la Torre et al., 2008; Gómez-Restrepo et al., 2004; Martínez de la Iglesia et al., 2002).

Las personas mayores son un colectivo con alto riesgo de padecer depresión porque, a edades avanzadas, puede acontecer un deterioro de la salud sumado a cambios físicos, inactividad laboral, cambio de estilo de vida, limitaciones en las relaciones sociales o la viudez entre otras (Castro et al., 2006; Gil et al., 2004; Ceinos, 2001). La persona mayor puede ser un paciente polipatológico con tratamiento polifarmacéutico que, sumado a la falta de apoyo social y al aporte episodios de ansiedad intensos, hace que la sintomatología depresiva tenga una dificultad extra a la hora de evaluar y poner en marcha tratamientos, más aún, cuando la mayoría de pruebas diagnósticas no están adaptadas específicamente para su aplicación a la población de edad avanzada (Franco & Sánchez, 2008; Gayoso, 2004; Martínez de la Iglesia et al., 2002, 2005).

Es importante recordar, que la depresión subclínica esconde innumerables casos de personas sin evaluación y tratamientos adecuados. A continuación, se ofrecen los criterios diagnósticos planteados para “Depresión” ofrecidos por la CIE-10, acrónimo de la Clasificación internacional de enfermedades, décima versión correspondiente a la versión en español de la (en inglés) ICD, siglas de “International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems”. También se citan los criterios diagnósticos para “Depresión” del DSM-5 acrónimo del Manual Diagnóstico y Estadístico de los

Trastornos mentales (en inglés, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, abreviado DSM), editado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría.

#### **Criterios diagnósticos de trastorno de depresión mayor según DSM-5.**

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.
- (1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.
  - (2) Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
  - (3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días
  - (4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
  - (5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
  - (6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
  - (7) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
  - (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
  - (9) Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.  
(APA, 2014).

#### **Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE-10.**

- A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
  - B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
  - C. Síndrome somático: alguno de los síntomas depresivos pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características:
    - Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras
    - Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta
    - Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual
    - Empeoramiento matutino del humor depresivo
    - Presencia de enlentecimiento motor o agitación
    - Pérdida marcada del apetito
    - Pérdida de peso de al menos 5 % en el último mes
    - Notable disminución del interés sexual.
- (MSSSI, 2016)

El ítem, se presenta en el cuestionario de la siguiente manera: ¿Cuál/les de las siguientes enfermedades padece? Se ofrecen once alternativas de respuesta múltiple, entre las que está la depresión.

A continuación, se muestra una tabla general que recoge el total de respuestas de gitanos y no gitanos, según su elección respecto a la depresión, distribuidas por grupos de edad y sexo. De ella se extraerán los datos que tengan una especial relevancia para su análisis pormenorizado.

**TABLA 3.1.9.1. Número total de casos de participantes gitanos y no gitanos que manifiestan padecer DEPRESIÓN, distribuidos por grupos de edad y sexo.**

DEPRESIÓN		Hombre	Mujer	Total
De 55 a 65 años N=82	Gitano	3	5	8
	No gitano	1	0	1
De 66 a 75 años N=49	Gitano	3	4	7
	No gitano	1	0	1
76 años y más N=50	Gitano	2	6	8
	No gitano	1	2	3
Total		11	17	28

**Tabla 3.1.9.2. Porcentajes de personas gitanas y no gitanas que manifiestan DEPRESIÓN. Calculados sobre el total de personas del mismo grupo étnico.**

DEPRESIÓN		NTotal
Gitanos	24,2	95
No gitanos	5,8	86

Según se muestra en la tabla 3.1.9.2., el porcentaje de gitanos que dicen tener depresión (24,2%), es casi 18 puntos y medio porcentuales superior al de no gitanos (5,8%), esto es, más de 4 veces más en gitanos que en no gitanos. A continuación se muestra una tabla que refleja los porcentajes de participantes con depresión según sexo-género y grupo étnico.

**Tabla 3.1.9.3. Porcentajes de participantes que manifiestan DEPRESIÓN. Calculados según el propio grupo étnico y sexo-género.**

DEPRESIÓN		NTotal
<b>Gitanos</b>	17,8	<b>45</b>
<b>No gitanos</b>	6,8	<b>44</b>
<b>Gitanas</b>	30	<b>50</b>
<b>No gitanas</b>	4,8	<b>42</b>

Como se puede observar en la tabla 3.1.9.3., en el grupo de los hombres, el porcentaje de gitanos (17,8%), es 11 puntos porcentuales superior al de no gitanos (6,8%), esto es, más de 2 veces y media más en gitanos que en no gitanos. En el grupo de mujeres, el porcentaje de gitanas (30%), es más de 25 puntos porcentuales superior al de no gitanas (4,8%), esto es, más de 6 veces más en gitanas que en no gitanas.

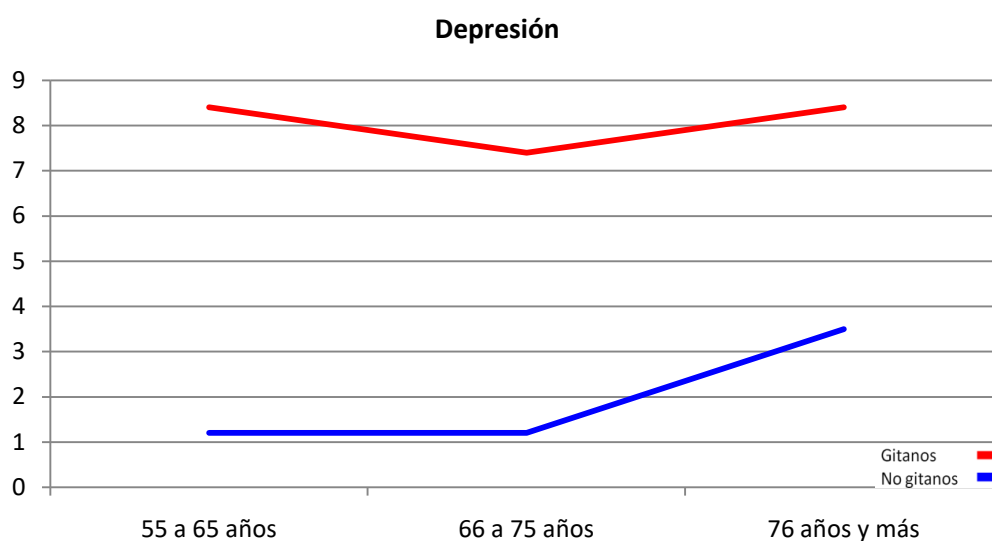
**Tabla 3.1.9.4. Porcentajes de personas gitanas y no gitanas que manifiestan tener DEPRESIÓN por grupos de edad. Calculados sobre el total de personas del mismo grupo étnico y grupo de edad.**

	55 a 65 años	66 a 75 años	76 años y más	NTotal
<b>Gitanos</b>	8,4	7,4	8,4	<b>95</b>
<b>No gitanos</b>	1,2	1,2	3,5	<b>86</b>

Como puede apreciarse en la tabla 3.1.9.4., en el grupo de edad "55 a 65 años", el porcentaje de gitanos (8,4%), es más de 7 puntos porcentuales superior al de no gitanos (1,2%), esto es, 7 veces más en gitanos que en no gitanos. Bajo el grupo de edad "66 a 75 años" el porcentaje de gitanos (7,4%), es más de 6 puntos porcentuales superior al de no gitanos (1,2%), esto es, más de 6 veces más en gitanos que en no gitanos. Bajo el grupo de edad "76 años y más" el porcentaje de gitanos (8,4%), es casi 7 puntos porcentuales superior al de no gitanos (3,5), esto es, casi 2 veces y media más en gitanos que en no gitanos.



**Gráfico 1. Tabla 3.1.9.4.**



Como se puede observar en el gráfico 1. Tabla 3.1.9.4., los porcentajes de gitanos son claramente superiores a los de no gitanos, en todos los grupos de edad. Al igual que en otras variables, los porcentajes de depresión en gitanos disminuyen en el grupo de edad intermedio para luego volver a incrementarse en el último grupo de edad. A continuación se muestra una tabla correspondiente a la depresión según el sexo-género de las muestras estudiadas.

**CUESTIONARIO ESCALA GERIÁTRICA YESAVAGE ABREVIADA (VERSION ESPAÑOLA) (GDS-VE).**

Una de las pruebas que sí están adaptadas en España para el cribaje de la depresión en personas mayores, es la *Geriatric Depression Scale de Yesavage* (Versión Española) GDS-VE. Se trata de un cuestionario formado por 15 preguntas (10 positivas y 5 negativas) que en 5-7 minutos puede completarse. Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Los puntos de corte son: de 0 a 5 normal; Entre 6 y 9, probabilidad de depresión; 10 o más, alta probabilidad de depresión. Los valores de fiabilidad están por encima de 0.79 con elevada consistencia interna. En las pruebas de validez se ha encontrado que los ítems 3, 4, 5 y 8 son los que tienen una mayor capacidad de discriminar entre posibles depresivos y sanos (Martínez de la Iglesia et al., 2002).

En 2002, Martínez de la Iglesia, hizo la adaptación transcultural y validación del GDS-VE, obteniendo índices de fiabilidad, validez y consistencia interna muy elevados, demostrando la idoneidad de la prueba para el cribaje de la depresión en personas mayores en España (*Ibidem*).

Para poder sondear los casos de depresión en el presente estudio, se ha visto conveniente la inclusión del GDS-VE en el cuestionario principal. A continuación, se mostrará una tabla que refleja los resultados de gitanos y no gitanos obtenidos a través del cuestionario GDS-VE, distribuidos según sexo-género y grupo étnico. Posteriormente se extraerán los datos necesarios para un análisis pormenorizado.

**TABLA 11.1. Número total de casos de gitanos y no gitanos según la puntuación obtenida en el GDS-VE., distribuidos según el propio grupo étnico y sexo-género.**

	<b>0-5</b>	<b>6-9</b>	<b>10 o más</b>	<b>NTotal</b>
<b>Gitano</b>	28	9	8	<b>45</b>
<b>No gitano</b>	40	3	1	<b>44</b>
<b>Gitana</b>	18	23	9	<b>50</b>
<b>No gitana</b>	30	8	4	<b>42</b>

**TABLA 11.2. Porcentajes de respuestas de gitanos y no gitanos según la puntuación obtenida en el GDS-VE. Calculados según el grupo étnico.**

<b>GDS-VE</b>	<b>0-5</b>	<b>6-9</b>	<b>10 o más</b>	<b>NTotal</b>
<b>Gitano</b>	48,4	33,7	17,9	<b>95</b>
<b>No gitano</b>	81,4	12,8	5,8	<b>86</b>

Como se puede observar en la tabla 11.2, los porcentajes de respuestas de gitanos y no gitanos según la puntuación obtenida en el cuestionario GDS-VE se distribuyen como sigue. En la categoría "De 0 a 5" donde no hay riesgo de padecer depresión, el porcentaje de gitanos (48,4%) es más de 32 puntos y medio porcentuales menos que el de no gitanos (81,4%), esto es, más del 68% menor en gitanos que en no gitanos. En la categoría "De 6 a 9" donde hay probabilidad baja/normal de padecer depresión, el porcentaje de gitanos (33,7%) es casi 21 puntos porcentuales más que el de no gitanos (12,8%), esto es, más de 2 veces y media superior en gitanos que en no gitanos. Finalmente, en la categoría "10 o más" donde la probabilidad de padecer depresión es muy alta, el porcentaje de

gitanos (17,9%), es 13 puntos porcentuales más que el de los no gitanos (5,8%), esto es, más de 3 veces superior en gitanos que en no gitanos.

A continuación, se mostrará una tabla que refleja los porcentajes de gitanos y no gitanos obtenidos a través del cuestionario GDS-VE, distribuidos según sexo-género y grupo étnico.

**TABLA 11.3. Porcentajes de respuestas de gitanos y no gitanos según la puntuación obtenida en el GDS-VE. Calculados según el propio grupo étnico y sexo-género.**

	0-5	6-9	10 o más	NTotal
<b>Gitano</b>	62,2	20	17,8	<b>45</b>
<b>No gitano</b>	90,9	6,8	2,3	<b>44</b>
<b>Gitana</b>	36	46	18	<b>50</b>
<b>No gitana</b>	71,4	19	9,5	<b>42</b>

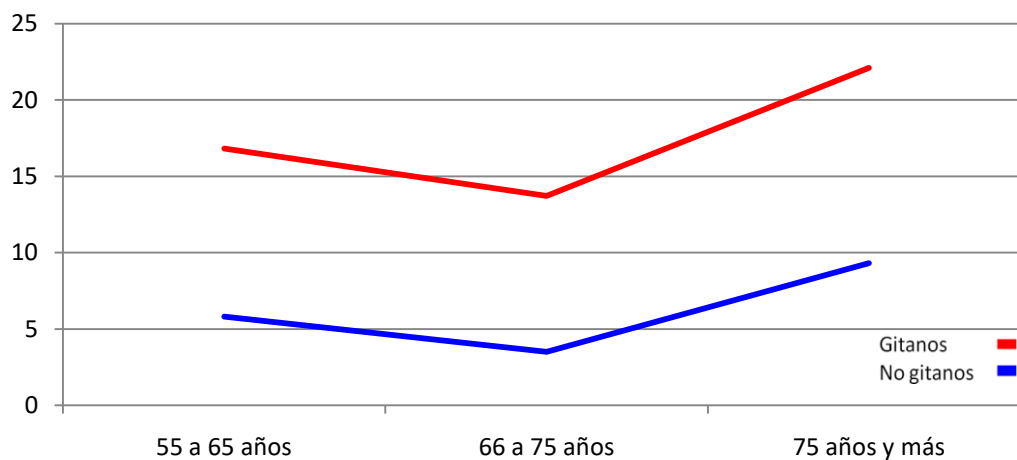
Como se puede observar en la tabla 11.3., los porcentajes de respuestas de gitanos y no gitanos según la puntuación obtenida en el GDS-VE se distribuye como sigue. En el grupo de los hombres, en la categoría "De 0 a 5" donde no hay riesgo de padecer depresión, el porcentaje de gitanos (62,2%) es casi 29 puntos porcentuales menos que el de no gitanos (90,9%), esto es, casi un 45% menor en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "De 6 a 9" donde hay una probabilidad baja/normal de padecer depresión, el porcentaje de gitanos (20%), es más de 13 puntos porcentuales más que el de no gitanos (6,8%), esto es, casi 3 veces superior en gitanos que en no gitanos. Finalmente, bajo la categoría "10 o más" donde la probabilidad de padecer depresión es muy alta, el porcentaje de gitanos (17,8%) es 15 puntos y medio porcentuales más que el de no gitanos (2,3%), esto es, casi 8 veces superior en gitanos que en no gitanos. En el grupo de las mujeres bajo la categoría "De 0 a 5" donde no hay riesgo de padecer depresión, el porcentaje de gitanas (36%) es casi 35 puntos y medio porcentuales menos que el de no gitanas (71,4%), esto es, casi 2 veces menor en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "De 6 a 9" donde hay una probabilidad baja/normal de padecer depresión, el porcentaje de gitanas (46%) es de 27 puntos porcentuales más que el de no gitanas (19%), esto es, casi 2 veces y media superior en gitanas que en no gitanas. Finalmente, bajo la categoría "10 o más" donde la probabilidad de padecer depresión es muy alta, el porcentaje de gitanas (18%), es 8 puntos y medio porcentuales más que el de no gitanas (9,5%), esto es, casi 2 veces superior en gitanas que en no

gitanas. A continuación se presenta una tabla y un gráfico de los porcentajes de alguna probabilidad y alta probabilidad de padecer depresión (de 6 a 10 puntos o más) según los grupos de edad y grupos étnicos.

**Tabla 11.4. Porcentajes de gitanos y no gitanos que se sienten según la puntuación obtenida en el GDS-VE. Calculados según el grupo étnico.**

Gitanos N=95 No gitanos N= 86		6 a 10 puntos o más
De 55 a 65 años	Gitano	16,8
	No gitano	5,8
De 66 a 75 años	Gitano	13,7
	No gitano	3,5
76 años y más	Gitano	22,1
	No gitano	9,3

**Gráfico 1. Tabla 11.4. GDS-VE.**



Como se puede observar en el gráfico 1 y la tabla 11.4., en el caso de los gitanos, la probabilidad de sufrir depresión se incrementa con la edad, comportamiento similar al de los no gitanos, aunque en gitanos la evolución es más pronunciada al alza en comparación con los no gitanos. Lo anterior se inserta en un contexto donde los porcentajes de gitanos se mantienen muy superiores a los de los no gitanos en todos los grupos de edad.

### OTRAS ENFERMEDADES.

La cuestión, “otras” enfermedades, ofrece a los participantes libertad para responder cualquier tipo de enfermedades que padezcan, a excepción de las enfermedades prefijadas en la lista que se facilita.

El ítem, se presenta en el cuestionario de la siguiente manera: ¿Cuál/les de las siguientes enfermedades padece? Se ofrecen once alternativas de respuesta múltiple, entre las que está “otras” enfermedades.

A continuación, se muestra una tabla general que recoge el total de respuestas de gitanos y no gitanos, según su elección respecto a otras enfermedades, distribuidas por grupos de edad y sexo. De ella se extraerán los datos que tengan una especial relevancia para su análisis pormenorizado.

**TABLA 3.1.10.1. Número total de casos de participantes gitanos y no gitanos que manifiestan padecer OTRAS ENFERMEDADES, distribuidos por grupos de edad y sexo.**

OTRAS		Hombre	Mujer	Total
De 55 a 65 años N=82	Gitano	1	3	4
	No gitano	1	2	3
De 66 a 75 años N=49	Gitano	3	2	5
	No gitano	0	2	2
76 años y más N=50	Gitano	5	4	9
	No gitano	2	2	4
<b>Total</b>		12	15	27

**TABLA 3.1.10.2. Porcentajes de personas gitanas y no gitanas que manifiestan tener OTRAS ENFERMEDADES. Calculados sobre el total de personas del mismo grupo étnico.**

OTRAS		NTotal
Gitanos	18,9	95
No gitanos	10,5	86

Según se muestra en la tabla 3.1.10.2., el porcentaje de gitanos que dicen tener otras enfermedades (18,9%), es casi 8 puntos y medio porcentuales superior al de no gitanos (10,5%), esto es, un 80% más en gitanos que en no gitanos. A continuación se muestra una tabla que refleja los porcentajes de participantes con otras enfermedades, según sexo-género y grupo étnico.

**Tabla 3.1.10.3. Porcentajes de participantes con OTRAS ENFERMEDADES. Calculados según el propio grupo étnico y sexo-genero.**

OTRAS		NTotal
<b>Gitanos</b>	20	<b>45</b>
<b>No gitanos</b>	6,8	<b>44</b>
<b>Gitanas</b>	18	<b>50</b>
<b>No gitanas</b>	14,3	<b>42</b>

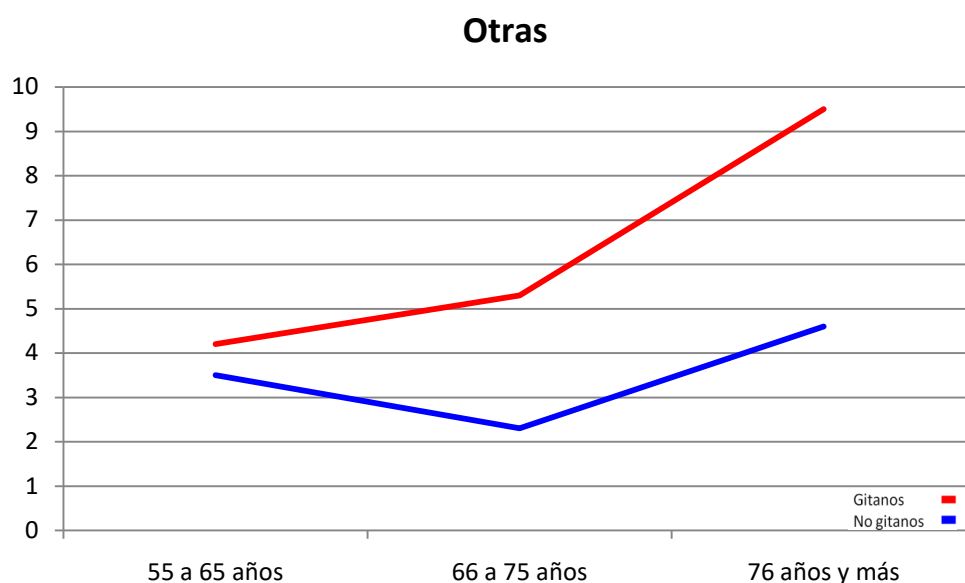
Como se puede observar en la tabla 3.1.10.3., en el grupo de los hombres, el porcentaje de gitanos (20%), es más de 13 puntos porcentuales superior al de no gitanos (6,8%), esto es, casi 3 veces más en gitanos que en no gitanos. En el grupo de mujeres, el porcentaje de gitanas (18%), es mas de 3 puntos y medio porcentuales superior al de no gitanas (14,3%), esto es, más de un 25% más en gitanas que en no gitanas.

**TABLA 3.1.10.4. Porcentajes de personas gitanas y no gitanas que manifiestan tener OTRAS ENFERMEDADES por grupos de edad. Calculados sobre el total de personas del mismo grupo étnico y grupo de edad.**

	55 a 65 años	66 a 75 años	76 años y más	NTotal
<b>Gitanos</b>	4,2	5,3	9,5	<b>95</b>
<b>No gitanos</b>	3,5	2,3	4,6	<b>86</b>

Como puede apreciarse en la tabla 3.1.10.4., en el grupo de edad "55 a 65 años", el porcentaje de gitanos (4,2%), es 0,7 puntos porcentuales superior al de no gitanos (3,5%), esto es, un 20% más en gitanos que en no gitanos. Bajo el grupo de edad "66 a 75 años" el porcentaje de gitanos (5,3%), es 3 puntos porcentuales superior al de no gitanos (2,3%), esto es, más de 2 veces más en gitanos que en no gitanos. Bajo el grupo de edad "76 años y más" el porcentaje de gitanos (9,5%), es casi 5 puntos porcentuales superior al de no gitanos (4,6%), esto es, más de 2 veces más en gitanos que en no gitanos.

**Gráfico 1. Tabla 3.1.10.4.**



Como se puede observar en el gráfico 1, los porcentajes de gitanos son claramente superiores a los de no gitanos, en todos los grupos de edad. En ambas poblaciones en el último grupo de edad se produce un repunte de casos en ambas poblaciones.

#### **NINGUNA ENFERMEDAD.**

Cuando aparece en el cuestionario la opción “ninguna” enfermedad, nos referimos a no padecer enfermedades diagnosticadas y tratadas desde el punto de vista facultativo. El ítem, se presenta en el cuestionario de la siguiente manera: ¿Cuál/les de las siguientes enfermedades padece? Se ofrecen once alternativas de respuesta múltiple, entre las que está “ninguna” enfermedad.

A continuación, se muestra una tabla general que recoge el total de respuestas de gitanos y no gitanos, según su elección respecto a tener “ninguna” enfermedad, distribuidas por grupos de edad y sexo. De ella se extraerán los datos que tengan una especial relevancia para su análisis pormenorizado.

**TABLA 3.1.11.1. Número total de casos de participantes gitanos y no gitanos que manifiestan tener NINGUNA ENFERMEDAD, distribuidos por grupos de edad y sexo.**

NINGUNA		Hombre	Mujer	Total
De 55 a 65 años N=82	Gitano	1	1	2
	No gitano	9	4	13
De 66 a 75 años N=49	Gitano	1	1	2
	No gitano	3	2	5
76 años y más N=50	Gitano	0	0	0
	No gitano	2	0	2
Total		16	8	24

**Tabla 3.1.11.2. Porcentajes de personas gitanas y no gitanas que manifiestan tener NINGUNA ENFERMEDAD. Calculados sobre el total de personas del mismo grupo étnico.**

NINGUNA		NTotal
Gitanos	4,2	95
No gitanos	23,3	86

Según se muestra en la tabla 3.1.11.2., en el porcentaje de gitanos que dicen tener ninguna enfermedad (4,2%), es más de 19 puntos porcentuales inferior al de no gitanos (23,3%), esto es, más 5 veces y media menos en gitanos que en no gitanos. A continuación se muestra una tabla que refleja los porcentajes de participantes con ninguna enfermedad, según sexo-género y grupo étnico.

**Tabla 3.1.11.3. Porcentajes de participantes con NINGUNA ENFERMEDAD. Calculados según el propio grupo étnico y sexo-genero.**

NINGUNA		NTotal
Gitanos	4,4	45
No gitanos	31,8	44
Gitanas	4	50
No gitanas	14,3	42

Como se puede observar en la tabla 3.1.11.3., el grupo de los hombres, el porcentaje de gitanos (4,4%), es casi 27 puntos y medio porcentuales inferior al de no gitanos (31,8%), esto es, más de 7 veces menos en gitanos que en no gitanos. En el grupo de mujeres, el porcentaje de gitanas (4%), es más de 10



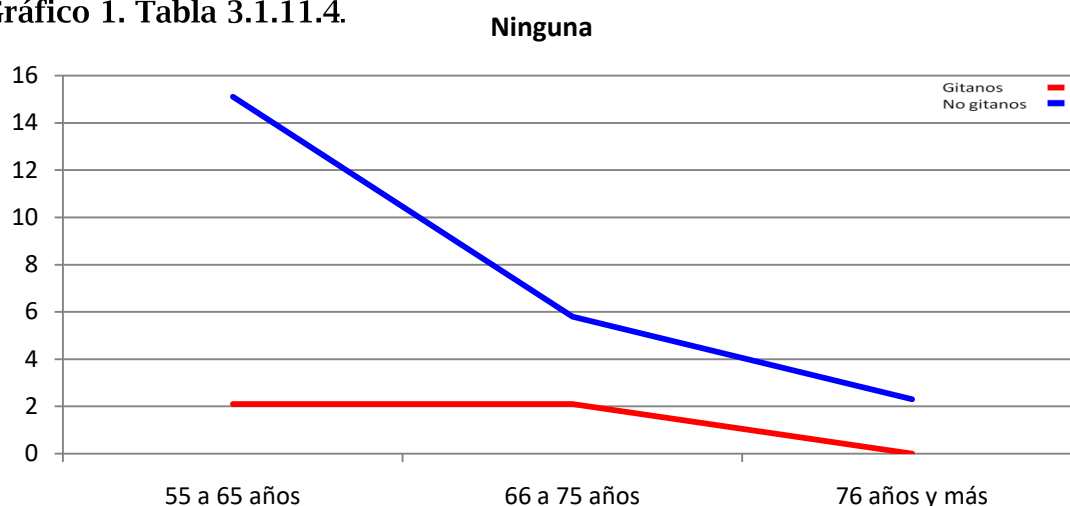
puntos porcentuales inferior al de no gitanas (14,3%), esto es, más de 3 veces y media menos en gitanas que en no gitanas.

**TABLA 3.1.11.4. Porcentajes de personas gitanas y no gitanas que manifiestan tener NINGUNA ENFERMEDAD por grupos de edad. Calculados sobre el total de personas del mismo grupo étnico y grupo de edad.**

	55 a 65 años	66 a 75 años	76 años y más	NTotal
<b>Gitanos</b>	2,1	2,1	0	<b>95</b>
<b>No gitanos</b>	15,1	5,8	2,3	<b>86</b>

Como se puede apreciar en la tabla 3.1.11.4., en el grupo de edad "55 a 65 años", el porcentaje de gitanos (2,1%), es, 13 puntos porcentuales inferior al de no gitanos (15,1%), esto es, más de 7 veces menos en gitanos que en no gitanos. Bajo el grupo de edad "66 a 75 años", el porcentaje de gitanos (2,1%), es mas de 3 puntos y medio porcentuales inferior al de no gitanos (5,8%), esto es, casi 3 veces inferior en gitanos que en no gitanos. En el grupo de edad "76 años y más", el porcentaje de no gitanos es 2,3% con ausencia de casos en gitanos.

**Gráfico 1. Tabla 3.1.11.4.**



Como puede apreciarse en la tabla 3.1.11.2. y en el gráfico 1, el porcentaje de personas que se identifican como no gitanos que dicen tener "ninguna" enfermedad, es mayor que el de gitanos en todos los grupos de edad. La diferencia es máxima entre los más jóvenes, esto es, aquellas personas de 55 a 65 años de edad, donde los no gitanos que declaran tener

“ninguna” enfermedad (un 32,5% de los no gitanos de esas edades) superan en más de 25 puntos porcentuales al grupo de gitanos de la misma edad (un 4,8%), esto es, casi 7 veces menos en gitanos que en no gitanos. En el grupo de edad de 66 a 75 años el porcentaje de gitanos (7,4%), es más de 15 puntos porcentuales inferior al de no gitanos (22,7%), esto es, más de 3 veces menos en gitanos que en no gitanos. Finalmente, en el tramo de edad 76 años y más el porcentaje de no gitanos es 8,3% en comparación con la ausencia de casos de gitanos.

## 2. PERCEPCIÓN DEL PROPIO ESTADO DE SALUD.

El estado de salud percibida, es un indicador que abarca la valoración que hace el sujeto de su propio estado de salud e incluye, entre otras, diferentes dimensiones como la salud física, mental y social. A pesar de la carga intrínseca de subjetividad y la aparente sencillez como ítem, su frecuente uso en encuestas de salud ha corroborado la alta correlación que tiene con la enfermedad y las demás áreas de salud que la componen (Abellán, A., 2003; Regidor et al., 2009; Girón P., 2010; Cerquera et al., 2010; Fernández de Larrinoa et al., 2011; Morcillo et al., 2014; Castro-Vázquez et al., 2006). Por lo tanto, constituye una de las más robustas y fiables medidas globales de salud.

Algunos datos generales apoyados por diferentes estudios, defienden que tienen una percepción más negativa de su estado de salud las personas con un menor nivel socioeconómico, un bajo nivel de estudios, los sedentarios, las mujeres, los mayores y las minorías (Jewell et al., 2007; González M. E. et al., 2008; Vázquez et al., 2008; MSPSI-INE, 2009; Pérez-Fuentes et al., 2015).

El ítem, se presenta en el cuestionario de la siguiente manera: “En los últimos doce meses ¿Cómo diría que ha sido su estado de salud?” Las opciones de respuesta son: "Muy bueno", "Bueno", "Regular", "Malo" y "Muy malo". A continuación, se muestra una tabla general que recoge el total de respuestas de gitanos y no gitanos, según su autopercepción del estado de salud, conforme a la elección entre las cinco posibles opciones propuestas, distribuidas por grupos de edad y sexo. De ella se extraerán los conjuntos de datos que tengan una especial relevancia para su análisis pormenorizado.

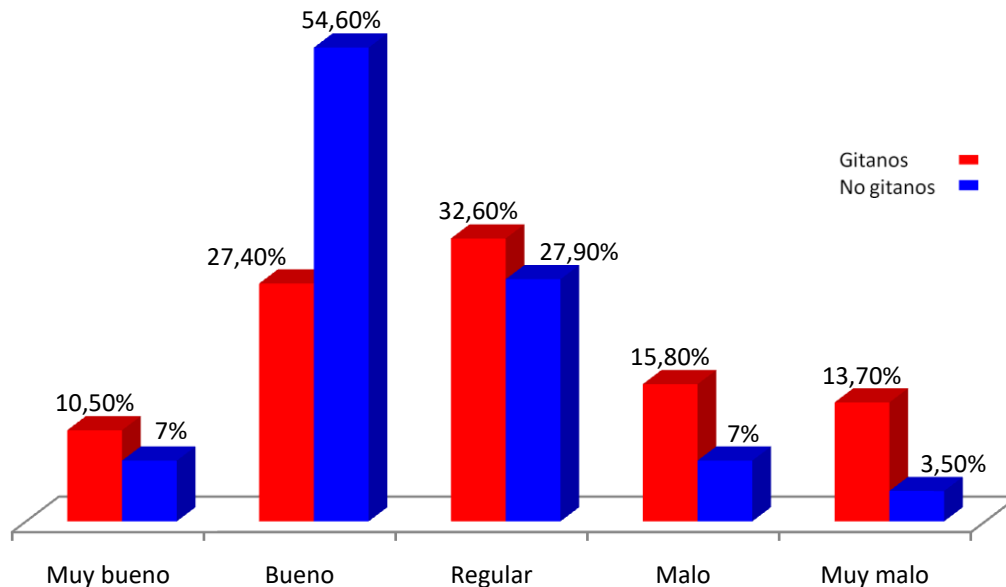
**TABLA 3.5.1. Número total de casos de participantes gitanos y no gitanos, SEGÚN PERCEPCIÓN ESTADO SALUD distribuidos por grupos de edad y sexo, para todas las opciones de respuesta.**

			Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo	NTotal
De 55 a 65 años	Hombre	Gitano	1	10	5	4	1	21
		No gitano	2	10	6	1	1	20
N=82	Mujer	Gitano	1	9	5	4	2	21
		No gitano	1	9	8	2	0	20
De 66 a 75 años	Hombre	Gitano	1	3	5	1	1	11
		No gitano	2	8	1	0	0	11
N=49	Mujer	Gitano	1	4	7	3	1	16
		No gitano	0	6	4	1	0	11
76 años y más	Hombre	Gitano	5	0	4	1	3	13
		No gitano	1	8	3	1	0	13
N=50	Mujer	Gitano	1	0	5	2	5	13
		No gitano	0	6	2	1	2	11
<b>Total</b>			16	73	55	21	16	181

**Tabla 3.5.2. Porcentajes de personas gitanas y no gitanas según PERCEPCIÓN ESTADO SALUD. Calculados por sexo-género y grupo étnico.**

PERCEPCIÓN ESTADO DE SALUD	Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo	NTotal
<b>Gitanos</b>	10,5	27,4	32,6	15,8	13,7	95
<b>No gitanos</b>	7	54,6	27,9	7	3,5	86

**Gráfico 1. Tabla 3.5.2. Número total de personas gitanas y no gitanas según PERCEPCIÓN ESTADO SALUD distribuidas por sexo, para todas las opciones de respuesta.**



Como se puede observar en la tabla 3.5.2., y el gráfico 1., las respuestas de los participantes según la percepción de su propio estado de salud, si se suman los porcentajes de gitanos que dicen percibir su estado de salud “Malo” o “Muy malo” (29,5%), es 19 puntos porcentuales superior al de no gitanos (10,5%), esto es, casi 3 veces más en gitanos que en no gitanos. En cambio, como no podría ser de otra manera, si se hace la misma suma de las dos dimensiones “Muy bueno” y “Bueno” el porcentaje de gitanos (37,9%), es más de 27 puntos porcentuales inferior al de no gitanos (61,6%), esto es, más de un 60% menos en gitanos que en no gitanos.

**Tabla 3.5.4. Porcentajes de participantes según la PERCEPCIÓN ESTADO SALUD. Calculados según el propio grupo étnico y sexo-género.**

PERCEPCIÓN ESTADO DE SALUD	Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo	NTotal
<b>Gitanos</b>	15,5	28,9	31,1	13,3	11,1	<b>45</b>
<b>No gitanos</b>	11,4	59,1	22,7	4,5	2,3	<b>44</b>
<b>Gitanas</b>	6	26	34	18	16	<b>50</b>
<b>No gitanas</b>	2,4	50	33,3	9,5	4,8	<b>42</b>

Como se puede observar en la tabla 3.5.4., las respuestas de los participantes según la percepción de su propio estado de salud, en el grupo de los hombres, bajo la categoría "Muy bueno" el porcentaje de gitanos (15,5%), es más de 4 puntos porcentuales superior al de no gitanos (11,4%), esto es, más de un 35% más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Bueno" el porcentaje de gitanos (28,9%), es más de 30 puntos porcentuales inferior al de no gitanos (59,1%), esto es más de 2 veces menos en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Regular" el porcentaje de gitanos (31,1%), es casi 8 puntos y medio porcentuales superior al de no gitanos (22,7%), esto es, un 37% más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Malo" el porcentaje de gitanos (13,3%) es casi 9 puntos porcentuales superior al de no gitanos (4,5%), esto es casi 3 veces superior en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Muy malo" el porcentaje de gitanos (11,1%), es casi 9 puntos porcentuales superior al de no gitanos (2,3%), esto es, casi 5 veces más en gitanos que en no gitanos.

En el grupo de las mujeres, bajo la categoría "Muy bueno" el porcentaje de gitanas (6%), es más de 3 puntos y medio puntos porcentuales superior al de no gitanas (2,4%), esto es, 2 veces y media más en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "Bueno" el porcentaje de gitanas (26%), es 24 puntos porcentuales inferior al de no gitanas (50%), esto es, casi 2 veces menos en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "Regular" el porcentaje de gitanas y no gitanas son similares (34% vs 33,3%). Bajo la categoría "Malo" el porcentaje de gitanas (18%) es 8 puntos y medio porcentuales superior al de no gitanas (9,5%), esto es casi un 90% más en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "Muy malo" el porcentaje de gitanas (16%), es más de 11 puntos porcentuales superior al de no gitanas (4,8%), esto es, más de 9 veces y media más en gitanas que en no gitanas.

Si se suman en el grupo de los hombres los porcentajes de las categorías "Malo y muy malo" el resultado en gitanos (24,4%), es más de 16 puntos y medio porcentuales superior al de no gitanos (6,8%), esto es, más de 3 veces más en gitanos que en no gitanos. Si se suman en el grupo de mujeres los porcentajes de las categorías "Malo y muy malo" el resultado en gitanas (34%), es casi 20 puntos porcentuales superior al de no gitanas (14,3%), esto es, más de 2 veces más en gitanas que en no gitanas.

A continuación, se muestra una tabla que agrupa los casos en ambas muestras que perciben su estado de salud como "Malo" y "Muy malo", y los gráficos que representan los porcentajes y la evolución de los casos según los tres grupos etarios propuestos.

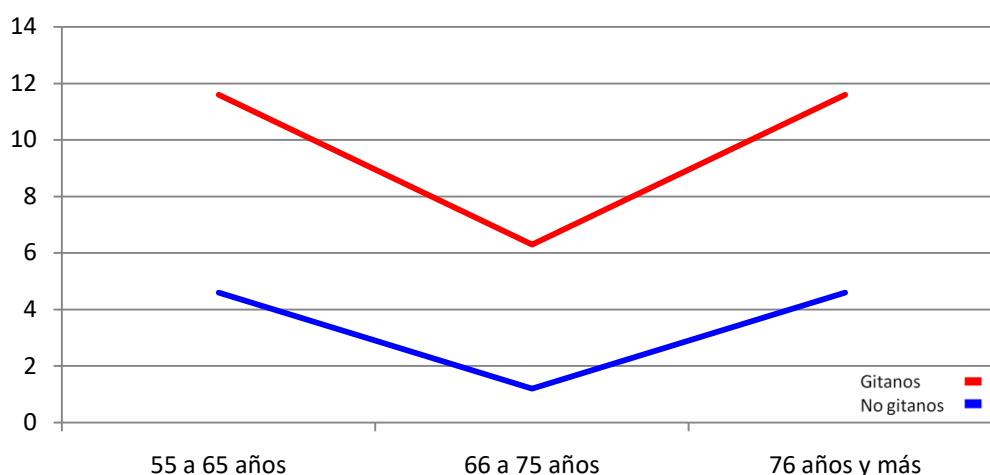
**Tabla 3.5.3. Porcentajes de personas gitanas y no gitanas que responden que su estado de salud en el último año fue "MALO" Y "MUY MALO" por grupos de edad. Calculados sobre el total de personas del mismo grupo étnico y grupo de edad.**

PERCEPCIÓN ESTADO DEL SALUD	55 a 65 años	66 a 75 años	76 años y más	NTotal
<b>Gitanos</b>	11,6	6,3	11,6	<b>95</b>
<b>No gitanos</b>	4,6	1,2	4,6	<b>86</b>

Como puede apreciarse en la tabla 3.5.3., la suma de los porcentajes de casos que dicen percibir su estado de salud "Malo" y "Muy malo" se distribuyen de la siguiente forma. Bajo el grupo de edad "55 a 65 %", el porcentaje de gitanos (11,6%), es 7 puntos porcentuales superior al de no gitanos (4,6%), esto es, más de 2 veces y media más en gitanos que en no gitanos. Bajo el grupo de edad "66 a 75 %", el porcentaje de gitanos (6,3%), es más de 5 puntos porcentuales superior al de no gitanos (1,2%), esto es, más de 5 veces más en gitanos que en no gitanos. Bajo el grupo de edad "76 años y más %", el porcentaje de gitanos (11,6%), es 7 puntos porcentuales superior al de no gitanos (4,6%), esto es, más de 2 veces y media más en gitanos que en no gitanos.

Gráfico 2. Tabla 3.5.3.

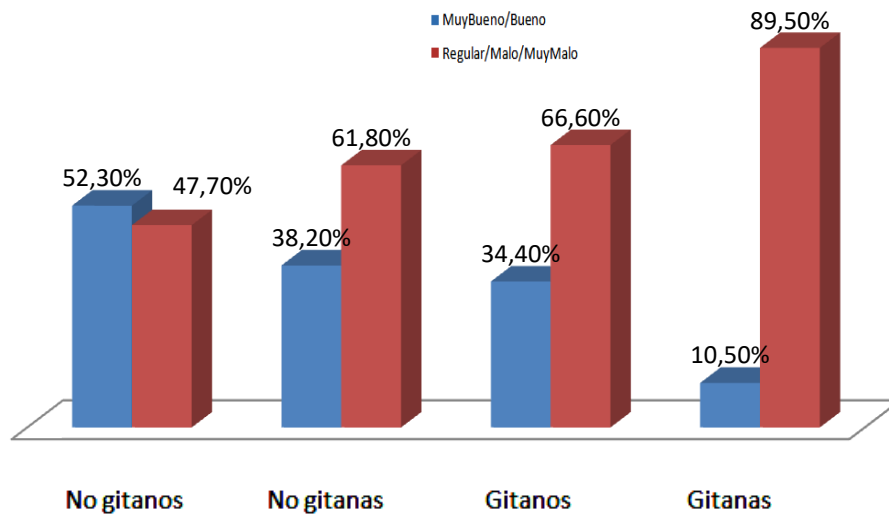
Percepción estado de salud



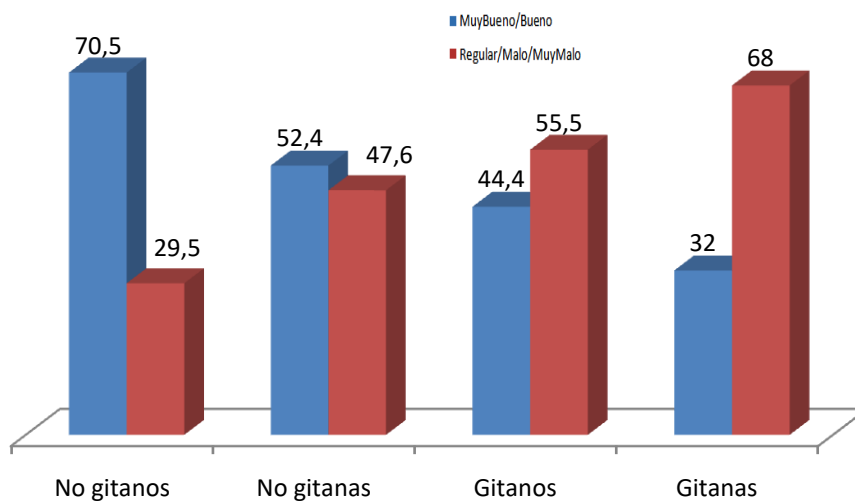
Según los datos de la tabla 3.5.3. plasmados en el gráfico 2., se observa que el porcentaje de gitanos es superior al de no gitanos en todos los grupos de edad, cuando manifiestan que su estado de salud es malo o muy malo. La mayor diferencia se localiza en el grupo de edad intermedio donde los gitanos suponen más de 5 veces más que los no gitanos. La evolución de la percepción del estado de salud “Malo” y “Muy malo” en gitanos según los grupos de edad muestra que en los grupos de menor y mayor edad la proporción es similar pero en el grupo intermedio desciende significativamente, es como si mejorara dicha percepción.

A continuación, se mostrarán los gráficos correspondientes a los datos sobre percepción del estado de salud, contenidos en la Encuesta Nacional de Salud en España (MSSSI, 2006) y la Encuesta de Salud a Población Gitana (MSC-FSG, 2006). Solamente se extraen los datos sobre población de 55 años y más. Además se muestran los datos para la misma variable y con formato similar, recogidos de las muestras estudiadas. Se observará si los datos encontrados en esta investigación siguen parámetros similares a los de estas acreditadas encuestas.

**Gráfico 4. PERCEPCIÓN ESTADO SALUD.** Gráfico tomado de la comparativa entre Encuesta Nacional de Salud de España de 2006 (ENSE, 2006) y Encuesta de Salud a Comunidad Gitana de 2006 (MSyPS-FSG, 2006,2016).



**Gráfico 5. PERCEPCIÓN ESTADO SALUD de las muestras del presente estudio, según grupo étnico y sexo/género.**



Al comparar los porcentajes del gráfico correspondiente a la Encuesta de Salud a comunidad gitana de 2006 y 2016 (los resultados son similares en ambas encuestas), la población gitana presenta peor percepción de su estado de salud, fundamentos similares a los encontrados en la presente investigación (La parra D., et al., 2016). También las mujeres en ambos estudios, presentan peor percepción de su estado de salud, pero sobre todo, es evidente el alto



porcentaje de mujeres gitanas en ambas investigaciones, que dicen percibir su salud como “Mala” y “Muy mala”. Aunque la arquitectura y los datos no son idénticos, nuestros hallazgos proporcionalmente, sobre todo en gitanos, son más extremos, aunque están en la misma línea que lo avanzado por los trabajos más relevantes realizados hasta el momento.

### 3. MEDICAMENTOS.

Frecuentemente, las autoridades sanitarias advierten que el uso masivo de medicamentos, muchos de ellos sin prescripción médica, produce efectos indeseados y perjudiciales tanto a corto como a largo plazo. La iatrogenia (daño colateral en la salud por efecto de los medicamentos), es consecuencia directa de la masiva medicalización en nuestra sociedad, generando consecuencias negativas sobre la salud de individuos y poblaciones (González B., 2009). En el caso de las personas mayores, la polifarmacia por períodos prolongados, incrementa la probabilidad de reacciones adversas de los ancianos a los fármacos o interacciones de los mismos. El problema en ancianos radica, principalmente, en la disminución de la función renal y hepática, que provoca una sobrerreacción a cantidades “normales” de medicamento (Martínez C., et *al.*, 2005).

Actualmente, además de los tratamientos de enfermedades reales, se han adoptado como patologías médicas, problemáticas que hasta hace poco eran de corte social, profesional o consecuencias de las relaciones interpersonales. Esto contribuye a que la atención médica especializada sea un bien escaso debido a la masificación de las consultas de atención primaria y urgencias (Orueta et *al.*, 2011).

Bajo este tema, se explorará el número de medicamentos que toma diariamente cada uno de los entrevistados. Este dato es autoinformado, sin constatación alguna de la exactitud de las respuestas, ni la etiología o el motivo de su consumo. El ítem, se presenta en el cuestionario de la siguiente manera: ¿Cuántos medicamentos toma diariamente? Se ofrecen cinco alternativas de respuesta. “Ninguno”, “1-2”, “3-4”, “4-5” y “Más de 5”.

A continuación, se muestra una tabla general que recoge el total de respuestas de gitanos y no gitanos, según su respuesta respecto al número de medicamentos que toma diariamente, distribuidas por grupos de edad y sexo. De ella se extraerán los datos que tengan una especial relevancia para su análisis pormenorizado.

**Tabla 3.2.1. Total de casos de gitanos y no gitanos según el NÚMERO DE MEDICAMENTOS, por el grupo de edad y sexo-género.**

HOMBRES		Ninguno	1-2	3-4	4-5	Más de 5
De 55 a 65 años	Gitano	7	5	3	2	4
	No gitano	10	4	1	2	3
De 66 a 75 años	Gitano	2	2	1	1	5
	No gitano	4	3	0	2	2
76 años y más	Gitano	0	2	3	2	6
	No gitano	2	0	3	4	4
MUJERES						
De 55 a 65 años	Gitano	6	6	2	0	7
	No gitano	10	6	3	0	1
De 66 a 75 años	Gitano	1	4	2	3	6
	No gitano	2	1	1	2	5
76 años y más	Gitano	0	3	1	5	4
	No gitano	0	1	1	4	5

**Tabla 3.2.2. Porcentajes de participantes según NÚMERO DE MEDICAMENTOS por grupo étnico. Calculados sobre el total de personas del mismo grupo étnico.**

	Ninguno	1-2	3-4	4-5	Más de 5	NTotal
<b>Gitano</b>	16,8	23,2	12,6	13,7	33,7	<b>95</b>
<b>No gitano</b>	32,6	17,4	10,5	16,3	23,3	<b>86</b>

Como se puede observar en la tabla 3.2.2., bajo la categoría "Ninguno" el porcentaje de gitanos (16,8%), es casi 16 puntos porcentuales inferior al de no gitanos (32,6%), esto es, casi 2 veces menos en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "1-2", el porcentaje de gitanos (23,2%), es casi 6 puntos porcentuales superior al de no gitanos (17,4%), esto es, más de un 30% más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "3-4" el porcentaje de gitanos (12,6%), es más de 2 puntos porcentuales superior al de no gitanos (10,5%), esto es, casi un 20% más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "4-5" el

porcentaje de gitanos (13,7%), es más de 2 puntos y medio porcentuales inferior al de no gitanos (16,3%), esto es, casi un 20% menos en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Más de 5" el porcentaje de gitanos (33,7%) es casi 10 puntos y medio porcentuales mayor que el de no gitanos (23,3%), esto es, casi un 45% más en gitanos que en no gitanos. Si calculamos el promedio del número de medicamentos tomados diariamente de aquellos participantes que manifiestan tomar medicamentos, obtenemos que son idénticos en gitanos que en no gitanos ( $P=3,91$  vs  $P=3,91$ ).

A continuación, se muestra una tabla que refleja los porcentajes de participantes según el número de medicamentos diarios, distribuidos por sexo-género y grupo étnico.

**Tabla 3.2.3. Porcentajes de participantes según NÚMERO DE MEDICAMENTOS por grupo étnico y sexo-género. Calculados sobre el total de personas del mismo grupo étnico y sexo-género.**

	Ninguno	1-2	3-4	4-5	Más de 5	NTotal
<b>Gitano</b>	20	20	15,5	11,1	33,3	<b>45</b>
<b>No gitano</b>	36,4	15,9	9,1	18,2	20,4	<b>44</b>
<b>Gitana</b>	14	26	10	16	34	<b>50</b>
<b>No gitana</b>	28,6	19	11,9	14,3	26,2	<b>42</b>

Como se puede observar en la tabla 3.2.3., en el grupo de hombres, bajo la categoría "Ninguno" el porcentaje de gitanos (20%), es casi 16 puntos y medio porcentuales inferior al de no gitanos (36,4%), esto es, más de un 80% menos en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "1-2" el porcentaje de gitanos (20%) es más de 4 puntos porcentuales superior al de no gitanos (15,9%), esto es, casi un 30% más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "3-4" el porcentaje de gitanos (15,5%), es casi 6 puntos y medio porcentuales superior al de no gitanos (9,1%), esto es, más de un 70% más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "4-5" el porcentaje de gitanos (11,1%), es más de 7 puntos porcentuales inferior al de no gitanos (18,2%), esto es, casi un 65% menos en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Más de 5" el porcentaje de gitanos (33,3%), es casi 13 puntos porcentuales superior al de no gitanos (20,4%), esto es, más de un 60% más en gitanos que en no gitanos. Si calculamos el promedio de los hombres que manifiestan tomar medicamentos, es similar entre gitanos y no gitanos ( $\bar{x}=3,97$  vs  $\bar{x}=3,92$ ).

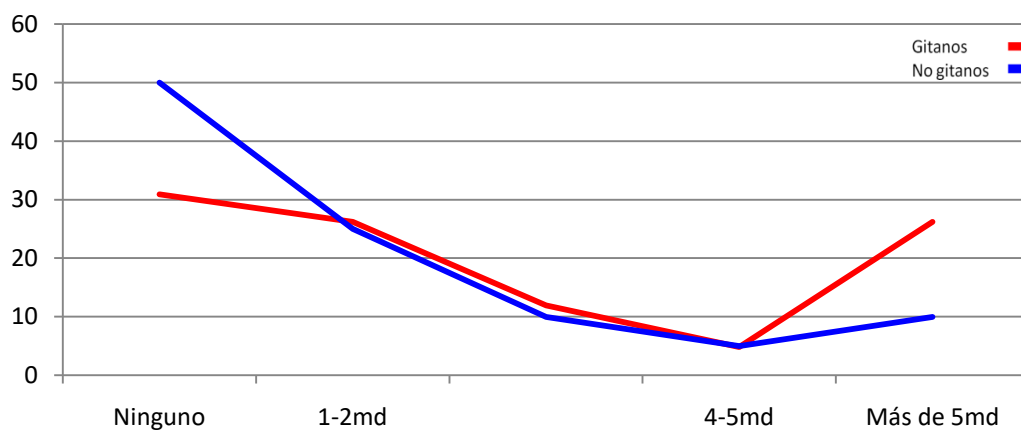
En el grupo de las mujeres, bajo la categoría "Ninguno" el porcentaje de gitanas (14%), es más de 14 puntos y medio porcentuales inferior al de no gitanas (28,6%), esto es, más de 2 veces menos en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "1-2" el porcentaje de gitanas (26%) es 7 puntos porcentuales superior al de no gitanas (19%), esto es, más un 35% más en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "3-4" el porcentaje de gitanas (10%), es casi 2 puntos porcentuales inferior al de no gitanas (11,9%), esto es, casi un 20% menos en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "4-5" el porcentaje de gitanas (16%), es más de 1 punto y medio porcentual superior al de no gitanas (14,3%), esto es, más de un 10% más en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "Más de 5" el porcentaje de gitanas (34%), es casi 8 puntos porcentuales superior al de no gitanas (26,2%), esto es, casi un 30% más en gitanas que en no gitanas. Si calculamos el promedio de las mujeres que dicen tomar medicamentos, encontramos que en gitanas es mínimamente inferior al de no gitanas ( $\bar{x}=3,87$  vs  $\bar{x}=3,9$ ).

Según los datos anteriores bajo la categoría "Ninguno" el porcentaje más numeroso es el de los no gitanos, seguidos de las no gitanas, de los gitanos y por último de las gitanas. Bajo la categoría "1-2" las más numerosas son las mujeres gitanas, seguidas de los hombres gitanos, de las mujeres no gitanas y por último de los hombres no gitanos. Bajo la categoría "3-4" el los más numerosos son los gitanos, seguidos de las no gitanas, de las gitanas y por último de los no gitanos. Bajo la categoría "4-5" los más numerosos son los no gitanos, seguidos de las gitanas, de las no gitanas y por último de los gitanos. Bajo la categoría "Más de 5" las más numerosas son la gitanas, seguidas de los gitanos, de las no gitanas y por último los no gitanos.

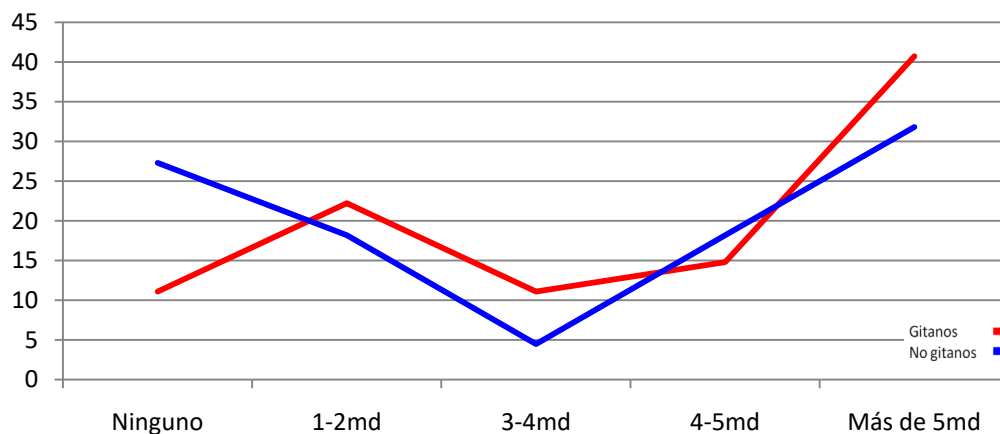
**Tabla 3.2.4. Porcentajes de respuestas de gitanos y no gitanos organizados por el NÚMERO DE MEDICAMENTOS que dicen tomar a diario. Calculados sobre el total de personas del mismo grupo étnico y grupo de edad.**

MEDICAMENTOS		Ninguno	1-2	3-4	4-5	Más de 5	NTotal
De 55 a 65 años	<b>Gitano</b>	30,9	26,2	11,9	4,8	26,2	<b>42</b>
	<b>No gitano</b>	50	25	10	5	10	<b>40</b>
De 66 a 75 años	<b>Gitano</b>	11,1	22,2	11,1	14,8	40,7	<b>27</b>
	<b>No gitano</b>	27,3	18,2	4,5	18,2	31,8	<b>22</b>
76 años y más	<b>Gitano</b>	0	19,2	15,4	26,9	38,5	<b>26</b>
	<b>No gitano</b>	8,3	4,2	16,7	33,3	37,5	<b>24</b>

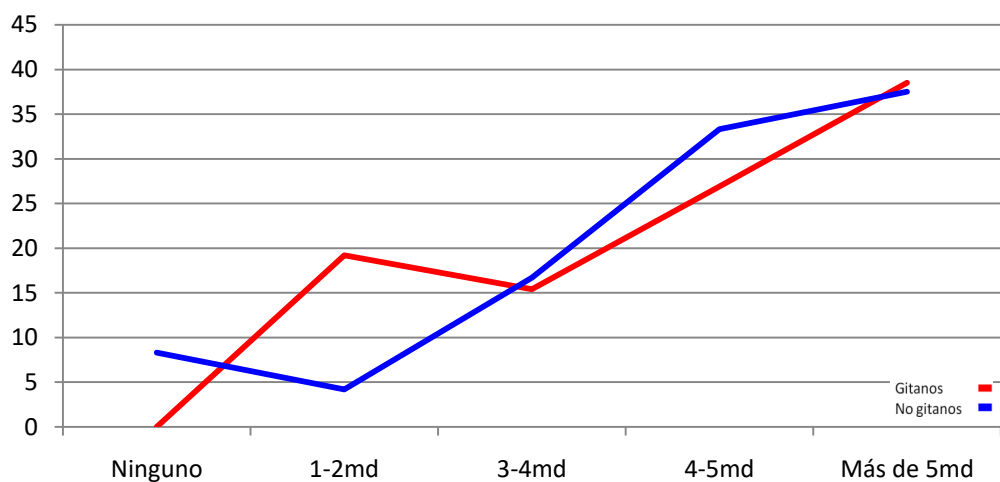
**Gráfico 1. Grupo de edad 55-65 años, porcentajes de medicamentos/día.**



**Gráfico 2. Grupo de edad 66-75 años, porcentajes de medicamentos/día.**



**Gráfico 3. Grupo de edad 76 años y más, porcentajes de medicamentos/día.**



Como se puede observar en los gráficos 1, 2, 3, de manera general, el consumo de medicamentos aumenta a medida que lo hace también la edad, llegando a una especie de convergencia de ambas muestras en el grupo más longevo.

#### **4. VISITAS AL MÉDICO.**

En la dimensión “visitas al médico”, se hará un acercamiento a distintos apartados que se han propuesto como integrantes del concepto como son: tiempo desde la última visita al médico, lugar y motivo de esa consulta, distancia al hospital más cercano, ocasiones en las que se ha necesitado asistencia médica y no se ha suplido dicha necesidad, razón de la no asistencia sanitaria y grado de satisfacción con el sistema sanitario español. En primer lugar, se hará una breve introducción del apartado en cuestión y a continuación se realizará la exposición de los resultados obtenidos en la muestras estudiadas.

##### **TIEMPO DESDE LA ÚLTIMA VISITA AL MÉDICO.**

De todos es sabido, que las visitas al médico de manera regular suponen un factor fundamental en la revisión, seguimiento y prevención del curso de las enfermedades tanto crónicas como ocasionales. Según el SNS (Sistema Nacional de Salud), España en 2015 la frecuencia de visitas al médico por persona fue de 5,2 y las visitas a urgencias de 0,6 (MSSSI, 2015). En 2013, España con 7,4, ocupaba el cuarto puesto en la Unión Europea respecto al número de visitas al médico (Jiménez & Viola, 2014).

El ítem, se presenta en el cuestionario de la siguiente manera: ¿Cuánto tiempo hace que fue al médico? Se ofrecen tres alternativas de respuesta: “En la última semana”, “Más de 2 semanas” y “Más de un mes”.

A continuación, se analizarán las respuestas de los participantes respecto al tiempo transcurrido desde la última visita al médico. Este dato, recoge datos autoinformados y sin constatación alguna de la exactitud de los mismos. Se muestra una tabla general que recoge el total de respuestas de

gitanos y no gitanos, según su respuesta respecto al tiempo transcurrido desde la última visita al médico, distribuidas por grupos de edad y sexo. De ella se extraerán los datos que tengan una especial relevancia para su análisis pormenorizado

**TABLA 3.3.1.1. Número total de casos de participantes gitanos y no gitanos según el TIEMPO DESDE LA ÚLTIMA VISITA AL MÉDICO, distribuidos por grupos de edad, grupo étnico y sexo-género.**

TIEMPO DESDE LA ÚLTIMA VISITA AL MÉDICO		En la última semana	Más de dos semanas	Más de un mes	NTotal
De 55 a 65 años	Gitano	5	2	14	21
	No gitano	5	2	13	20
De 66 a 75 años	Gitano	1	7	3	11
	No gitano	3	1	7	11
76 años y más	Gitano	4	3	6	13
	No gitano	5	3	5	13
De 55 a 65 años	Gitana	5	6	10	21
	No gitana	4	5	11	20
De 66 a 75 años	Gitana	8	3	5	16
	No gitana	4	4	3	11
76 años y más	Gitana	9	1	3	13
	No gitana	3	7	1	11

**Tabla 3.3.1.2. Porcentajes de respuestas de gitanos y no gitanos según el TIEMPO DESDE LA ÚLTIMA VISITA AL MÉDICO. Calculados sobre el total de personas del mismo grupo.**

TIEMPO DESDE LA ÚLTIMA VISITA AL MÉDICO	En la última semana	Más de dos semanas	Más de un mes	NTotal
<b>Gitano</b>	33,7	23,2	43,2	<b>95</b>
<b>No gitano</b>	27,9	25,6	46,5	<b>86</b>

Como se puede observar en la tabla 3.3.1.2., bajo la categoría "En la última semana" el porcentaje de gitanos (33,7%), es casi 6 puntos porcentuales superior al de no gitanos (27,9%), esto es, más de un 20% más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Más de dos semanas" el porcentaje de gitanos (23,2%), es casi 2 puntos y medio porcentuales inferior al de no gitanos (25,6%), esto es, más de un 10% menos en gitanos que en no gitanos. Finalmente, bajo la categoría "Mas de un mes" el porcentaje de gitanos (43,2%) es más de 3 puntos porcentuales inferior al de no gitanos (46,5%) esto es, casi un 8% menos

en gitanos que en no gitanos. A continuación se muestra una tabla que refleja los porcentajes de gitanos/as y no gitanos/as según el tiempo desde la última visita al médico.

**Tabla 3.3.1.3. Porcentajes de respuestas de los participantes según el TIEMPO DESDE LA ÚLTIMA VISITA AL MÉDICO. Calculados según el propio grupo étnico y sexo-género.**

TIEMPO DESDE LA ÚLTIMA VISITA AL MÉDICO	En la última semana	Más de dos semanas	Más de un mes	NTotal
<b>Gitano</b>	22,2	26,7	51,1	<b>45</b>
<b>No gitano</b>	29,5	13,6	55,5	<b>44</b>
<b>Gitana</b>	44	20	36	<b>50</b>
<b>No gitana</b>	26,2	38,1	35,7	<b>42</b>

Como se puede observar en la tabla 3.3.1.3., en el grupo de los hombres, bajo la categoría "En la última semana" el porcentaje de gitanos (22,2%), es más de 7 puntos porcentuales inferior al de no gitanos (29,5%), esto es, más de un 30% menos en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Más de dos semanas" el porcentaje de gitanos (26,7%), es más de 13 puntos porcentuales superior al de no gitanos (13,6%), esto es, casi 2 veces más en gitanos que en no gitanos. Finalmente bajo la categoría "Más de un mes" el porcentaje de gitanos (51,1%), es casi 4 puntos y medio porcentuales inferior al de no gitanos (55,5%), esto es, casi un 8% menos en gitanos que en no gitanos.

En el grupo de las mujeres, bajo la categoría "En la última semana" el porcentaje de gitanas (44%), es casi 18 puntos porcentuales superior al de no gitanas (26,2%), esto es, casi el 70% más en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "Más de dos semanas" el porcentaje de gitanas (20%), es más de 18 puntos porcentuales inferior al de no gitanas (38,1%), esto es, casi 2 veces menos en gitanas que en no gitanas. Finalmente bajo la categoría "Más de un mes" el porcentaje en ambos grupos de mujeres es similar (36% vs 35,7%).



### LUGAR DE LA ÚLTIMA VISITA AL MÉDICO.

Durante 2008, la media de visitas de los españoles al médico de familia fue de 6,1; la media de asistencia a los servicios de urgencia fuera del horario ordinario fue de 0,7 (MSPS, 2010). En 2012, el porcentaje de personas que hicieron uso de los servicios de urgencias en España se situó en un 15%, siendo un 25% de este porcentaje personas mayores de 65 años (Norberto et al., 2015). En algunos estudios, se defiende la idea de que los gitanos hacen un uso excesivo de los servicios de urgencia en comparación con los no gitanos (García C., 2006). A continuación, expondremos los indicios encontrados en nuestro trabajo para contrastar algunos de los datos anteriores.

En este apartado, se analiza la frecuencia de los lugares donde se produjo la última visita al médico de los participantes. El ítem, se presenta en el cuestionario de la siguiente manera: ¿Dónde tuvo lugar la última consulta al médico? Se ofrecen tres alternativas de respuesta: "En el hogar", "Urgencias" y "Medico de familia".

A continuación, se muestra una tabla general que recoge el total de respuestas de gitanos y no gitanos, según su respuesta respecto al lugar donde se produjo la última visita al médico, distribuidas por grupos de edad y sexo. De ella se extraerán los datos que tengan una especial relevancia para su análisis pormenorizado.

**TABLA 3.3.2.1. Número total de casos de participantes gitanos y no gitanos según el LUGAR DE LA ÚLTIMA VISITA AL MÉDICO, distribuidos por grupos de edad, grupo étnico y sexo-género.**

LUGAR DE LA ÚLTIMA VISITA AL MÉDICO		En el hogar	En urgencias	Médico de familia	NTotal
De 55 a 65 años	Gitano	0	2	19	21
	No gitano	0	2	18	20
De 66 a 75 años	Gitano	0	2	9	11
	No gitano	0	2	9	11
76 años y más	Gitano	1	2	10	13
	No gitano	0	1	12	13
De 55 a 65 años	Gitana	0	2	19	21
	No gitana	0	1	19	20
De 66 a 75 años	Gitana	0	1	15	16
	No gitana	0	1	10	11
76 años y más	Gitana	3	0	10	13
	No gitana	3	1	7	11

**Tabla 3.3.2.2. Porcentajes de respuestas de gitanos y no gitanos según el LUGAR DE LA ÚLTIMA VISITA AL MÉDICO. Calculados sobre el total de personas del mismo grupo étnico.**

	En el hogar	En urgencias	Médico de familia	NTotal
<b>Gitano</b>	4,2	9,5	86,3	<b>95</b>
<b>No gitano</b>	3,5	9,3	87,2	<b>86</b>

Como se puede observar en la tabla 3.3.3.2.2., respecto al lugar donde tuvo la última visita al médico, bajo la categoría "En el hogar" el porcentaje de gitanos (4,2%), es un 20% superior al de no gitanos (3,5%). Bajo la categoría "En urgencias" El porcentaje en ambas poblaciones es similar (9,5% vs 9,3%). Bajo la categoría "Médico de familia" los porcentajes son similares en ambas poblaciones (86,3% vs 87,2%).

**Tabla 3.3.2.3. Porcentaje de participantes según el LUGAR DE LA ÚLTIMA VISITA AL MÉDICO. Calculados por grupo étnico y sexo-género.**

	En el hogar	En urgencias	Médico de familia	NTotal
<b>Gitano</b>	2,2	13,3	84,4	<b>45</b>
<b>No gitano</b>	0	11,4	88,6	<b>44</b>
<b>Gitana</b>	6	6	88	<b>50</b>
<b>No gitana</b>	7,1	7,1	85,7	<b>42</b>

Como se puede observar en la tabla 3.3.2.3., en el grupo de los hombres, bajo la categoría "En el hogar" el porcentaje de gitanos es 2,2% frente a la ausencia de casos de no gitanos. Bajo la categoría "En urgencias" el porcentaje de gitanos (13,3%), es casi 2 puntos porcentuales superior que el de no gitanos (11,4%), esto es, más de un 16% más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Medico de familia" el porcentaje de gitanos (84,4%), es más de 4 puntos porcentuales inferior al de no gitanos (88,6%), esto es, un 5% menos en gitanos que en no gitanos.

En el grupo de las mujeres, bajo la categoría "En el hogar" el porcentaje de gitanas (6%), es más de 1 punto porcentual inferior al de no gitanas (7,1%), esto es, más de un 15% menos en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "En urgencias" el porcentaje de gitanas (6%), es más de 1 punto porcentual inferior al de no gitanas (7,1%), esto es, más de un 15% menos en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "Medico de familia" el porcentaje de gitanas (88%), es más de 2 puntos porcentuales superior al de no gitanas (85,7%), esto es, casi un 3% más en gitanas que en no gitanas.

#### **MOTIVO DE LA ÚLTIMA CONSULTA AL MÉDICO.**

Según la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012, los españoles eligieron como principal motivo para hacer uso de los servicios médicos el diagnóstico de una enfermedad o problema de salud 41,4%, seguido de la revisión por enfermedad 29,2% y finalmente recetas 13,1% (MSSSI, 2015). En este apartado, se abordarán algunas de las razones por las que los entrevistados del presente estudio hicieron uso de los servicios médicos.

El ítem, se presenta en el cuestionario de la siguiente manera: ¿Cuál fue el motivo de esa consulta? Se ofrecen tres alternativas de respuesta que son: "Diagnostico y/o tratamiento", "Revisión" y "Recetas".

A continuación, se muestra una tabla general que recoge el total de respuestas de gitanos y no gitanos, respecto al motivo por el que se produjo la última visita al médico, distribuidas por grupos de edad y sexo. De ella se extraerán los datos que tengan una especial relevancia para su análisis pormenorizado.

**TABLA 3.3.3.1. Número total de casos de participantes gitanos y no gitanos según el MOTIVO DE LA ÚLTIMA CONSULTA AL MÉDICO, distribuidos por grupos de edad, grupo étnico y sexo-género.**

MOTIVO ÚLTIMA CONSULTA AL MÉDICO		Diagnóstico y/o tratamiento	Revisión	Recetas	NTotal	
Hombre	De 55 a 65 años	<b>Gitano</b>	8	7	6	21
		<b>No gitano</b>	8	6	6	20
	De 66 a 75 años	<b>Gitano</b>	3	3	5	11
		<b>No gitano</b>	4	5	2	11
	76 años y más	<b>Gitano</b>	5	1	7	13
		<b>No gitano</b>	0	11	2	13
Mujer	De 55 a 65 años	<b>Gitano</b>	8	5	8	21
		<b>No gitano</b>	7	7	6	20
	De 66 a 75 años	<b>Gitano</b>	4	7	5	16
		<b>No gitano</b>	4	4	3	11
	76 años y más	<b>Gitano</b>	1	7	5	13
		<b>No gitano</b>	4	2	5	11

**Tabla 3.3.3.2. Porcentajes de respuestas de gitanos y no gitanos según el motivo por el que se produjo la última visita al médico. Calculados sobre el total de personas del mismo grupo étnico.**

MOTIVO ÚLTIMA CONSULTA AL MÉDICO	Diagnóstico y/o tratamiento	Revisión	Recetas	NTotal
<b>Gitano</b>	30,5	31,6	37,9	<b>95</b>
<b>No gitano</b>	31,4	40,7	27,9	<b>86</b>

Como podemos observar en la tabla 3.3.3.2., según las respuestas de los encuestados al motivo de su última consulta médica, bajo la categoría "Diagnóstico y/o tratamiento" el porcentaje de gitanos y no gitanos es similar (30,5% vs 31,4%). Bajo la categoría "Revisión" el porcentaje gitanos (31,6%), es 9 puntos porcentuales inferior al de no gitanos (40,7%), esto es, casi un 30% menos en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Recetas" el porcentaje de gitanos (37,9%) es 10 puntos porcentuales superior al de no gitanos (27,9%), esto es, más de un 35% más en gitanos que en no gitanos.

**Tabla 3.3.3.3. Porcentajes de participantes según el motivo por el que se produjo la última visita al médico. Calculados sobre el total de personas del mismo grupo étnico y sexo-género.**

	Diagnóstico y/o tratamiento	Revisión	Recetas	NTotal
<b>Gitano</b>	35,5	24,4	40	<b>45</b>
<b>No gitano</b>	27,3	50	22,7	<b>44</b>
<b>Gitana</b>	26	38	36	<b>50</b>
<b>No gitana</b>	35,7	30,9	33,3	<b>42</b>

Como se puede observar en la tabla 3.3.3.3., en el grupo de los hombres, bajo la categoría "Diagnostico tratamiento" el porcentaje de gitanos (35,5%), es más de 8 puntos porcentuales superior al de no gitanos (27,3%), esto es, un 30% más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Revisión" el porcentaje de gitanos (24,4%), es 25 puntos y medio porcentuales inferior al de no gitanos (50%), esto es, más de 2 veces menos en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Recetas" el porcentaje de gitanos (40%), es más de 17 puntos porcentuales superior al de no gitanos (22,7%), esto es casi un 80% más en gitanos que en no gitanos.

Según el grupo de las mujeres, bajo la categoría "Diagnostico tratamiento" el porcentaje de gitanas (26%), es casi 10 puntos porcentuales inferior al de no gitanas (35,7%), esto es, más de un 35% menos en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "Revisión" el porcentaje de gitanas (38%), es más de 7 puntos porcentuales superior al de no gitanas (30,9%), esto es, más de un 20% más en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "Recetas" el porcentaje de gitanas (36%), es más de 2 puntos y medio porcentuales superior al de no gitanas (33,3%), esto más de un 8% más en gitanas que en no gitanas.

#### **DISTANCIA AL HOSPITAL MÁS CERCANO.**

En distintos estudios se hace referencia a la relación que hay entre la ordenación urbana y el uso de los servicios médicos, de manera que, cuanto mayor es la distancia a la consulta del médico menor es el número de visitas (Basoa & Otero, 1994; Conde, 2001). La accesibilidad a los servicios de salud constituye un elemento clave para mejorar la atención de la población, de modo que, cuanto más accesibles son los servicios de salud más alto es el número de visitas a las consultas médicas (De Pietri et *al.*, 2013). Las

desigualdades relacionadas con la accesibilidad a los servicios médicos, son más importantes a medida que los núcleos de población afectados son más pequeños y están más alejados (Escalona & Díez, 2005).

Puesto que la demarcación donde se ha realizado el estudio es una zona fundamentalmente rural, se ha creído conveniente sondear la accesibilidad al hospital más cercano, desde el municipio de residencia de cada uno de los entrevistados, puesto que pudiera condicionar variables como el tipo de asistencia especializada de salud o el uso de los servicios de urgencias entre otras variables.

En este apartado, se va a analizar la distancia en kilómetros desde el municipio de cada uno de los participantes al hospital más cercano. El ítem se presenta en el cuestionario de la siguiente manera: ¿A qué distancia está el hospital más cercano? Se ofrecen cinco alternativas de respuesta: “De 0 a 3 Km”, “De 3 a 10 km”, “De 10-20 km”, “De 20-30 km” y “Más de 30 Km”.

A continuación, se muestra una tabla general que recoge el total de respuestas de gitanos y no gitanos, según su respuesta respecto a la distancia al hospital más cercano, distribuidas por grupos de edad y sexo. De ella se extraerán los conjuntos de datos que tengan una especial relevancia para su análisis pormenorizado.

**TABLA 3.3.4.1. Número total de casos de participantes gitanos y no gitanos según la DISTANCIA AL HOSPITAL más cercano en kilómetros, distribuidos por grupos de edad, grupo étnico y sexo-género.**

		0-3	3 -10	10-20	20-30	Más de 30	Total
De 55 a 65 años	Gitano	9	1	2	8	1	21
	No gitano	15	2	2	0	1	20
De 66 a 75 años	Gitano	4	2	0	2	3	11
	No gitano	8	1	1	0	1	11
76 años y más	Gitano	2	3	0	4	4	13
	No gitano	12	1	0	0	0	13
De 55 a 65 años	Gitana	7	4	2	6	2	21
	No gitana	18	0	2	0	0	20
De 66 a 75 años	Gitana	3	8	0	4	1	16
	No gitana	8	2	1	0	0	11
76 años y más	Gitana	8	1	0	3	1	13
	No gitana	9	2	0	0	0	11

**Tabla 3.3.4.2. Porcentajes de respuestas de gitanos y no gitanos según la DISTANCIA AL HOSPITAL más cercano. Calculados sobre el total de personas del mismo grupo étnico.**

	De 0 a 3 km	De 3 a 10 km	De 10-20 km	De 20-30 km	Más de 30 km	Total
<b>Gitano</b>	34,7	20	4,2	28,4	12,6	<b>95</b>
<b>No gitano</b>	81,4	9,3	7	0	2,3	<b>86</b>

Como se puede observar en la tabla 3.3.4.2., con relación a la distancia al hospital más cercano, los porcentajes más importantes los encontramos en la categoría "De 0 a 3 Km" donde el porcentaje de gitanos (34,7%) es más de 46 puntos y medio porcentuales inferior al de no gitanos (81,4%), esto es, más de 2 veces menos en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "De 3 a 10 Km" el porcentaje de gitanos (20%) es más de 10 puntos y medio superior al de no gitanos (9,3%) esto es, más de 2 veces más en gitanos que en no gitanos. Finalmente destacaremos el porcentaje en las categorías que van desde 20km a más de 30km, donde el porcentaje de gitanos (41%) es más de 38 puntos y medio porcentuales superior al de no gitanos (2,3%), esto es, más de 20 veces más en gitanos que en no gitanos.

Si se calcula el promedio, en gitanos ( $\bar{x}=13,56\text{km}$ ), es 10,18km superior al de no gitanos ( $\bar{x}=3,38\text{km}$ ), esto es más de 4 veces más distancia en gitanos que en no gitanos.

A continuación, se muestra la tabla correspondiente a los porcentajes de gitanos y no gitanos relacionados con la distancia al hospital más cercano, según grupo étnico y sexo-género.

**Tabla 3.3.4.3. Porcentajes de participantes según la DISTANCIA AL HOSPITAL más cercano, calculados según el grupo étnico y sexo-género.**

	De 0 a 3 km	De 3 a 10 km	De 10-20 km	De 20-30 km	Más de 30 km	NTotal
<b>Gitano</b>	33,3	13,3	4,4	31,1	17,8	<b>45</b>
<b>No gitano</b>	79,5	9,1	6,8	0	4,5	<b>44</b>
<b>Gitana</b>	36	26	4	26	8	<b>50</b>
<b>No gitana</b>	83,3	9,5	7,1	0	0	<b>42</b>

Como se puede observar en la tabla 3.3.4.3., con relación a la distancia al hospital más cercano, en el grupo de los hombres, los porcentajes más importantes los encontramos en la categoría "De 0 a 3 Km" donde el porcentaje de respuestas de hombres gitanos (33,3%), es más de 46 puntos porcentuales inferior al de no gitanos (79,5%), esto es, más de 2 veces menos en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "De 3 a 10 Km" el porcentaje de hombres gitanos (13,3%), es más de 4 puntos y medio superior al de hombres no gitanos (9,1%). Finalmente destacaremos el porcentaje en las categorías que van desde 20km a más de 30km, donde el porcentaje de gitanos (48,9%) es casi 44 puntos porcentuales superior al de no gitanos (4,5%), esto es, más 10 veces más en gitanos que entre no gitanos.

En el grupo de las mujeres, los porcentajes más importantes los encontramos en la categoría "De 0 a 3 Km", donde el porcentaje de gitanas (36%), es más de 47 puntos porcentuales inferior al de no gitanas (83,3%), esto es, más de 2 veces menos en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "De 3 a 10 Km" el porcentaje de mujeres gitanas (26%), es 16 puntos y medio porcentuales superior al de mujeres no gitanas (9,5%), eso es, casi 3 veces más en gitanas que en no gitanas. Finalmente destacaremos el porcentaje en las categorías que van desde 20km a más de 30km, donde las gitanas suponen un 34% en comparación con la ausencia de casos en mujeres no gitanas.

#### **AUSENCIA DE ASISTENCIA MÉDICA POR PRIVACIÓN DE MEDIOS Y PERSONAL.**

Como se exponía al comienzo de este apartado, cuanto mayor sea la distancia al hospital más cercano, más negativamente se ve afectada la salud de los individuos porque se producen menos visitas al médico. Algunas de las razones que podrían estar facilitando esta situación son: que la persona tenga dificultades físicas o psicológicas para realizar tareas fundamentales, algo que durante la vejez es frecuente; la falta de disponibilidad de medios de transporte, sean públicos o privados; la ausencia de personas que en el momento de la necesidad estén o acudan al domicilio de los demandantes.

En algunas comunidades hay en marcha programas de acompañamiento y apoyo personal que suplen esas necesidades (CCS, 2011). También hay empresas privadas de servicios que incluyen el acompañamiento al médico a



personas mayores, sujeto a un coste establecido (NoTensTemps). Hay otros proyectos más novedosos donde las personas mayores, con o sin discapacidad, ofrecen alojamiento a estudiantes a cambio de acompañamiento y ayudas puntuales (UGR, 2016).

En este sub-apartado, se va a sondear la existencia de ocasiones en las que los entrevistados han necesitado ir al médico y por unas razones u otras no han podido acudir. Es un ítem dicotómico y se presenta en el cuestionario de la siguiente manera: ¿En los últimos meses ha necesitado asistencia médica y no la ha obtenido?

A continuación, se muestra una tabla general que recoge el total de respuestas de gitanos y no gitanos, según su respuesta respecto a si ha necesitado asistencia médica y no pudo obtenerla, distribuidas por grupos de edad y sexo. De ella se extraerán los datos que tengan una especial relevancia para su análisis pormenorizado.

**TABLA 3.3.5.1. Número total de casos de participantes gitanos y no gitanos según su respuesta respecto a si ha necesitado asistencia médica y no pudo obtenerla, distribuidos por grupos de edad, grupo étnico y sexo-género.**

		Sí	No	NTotal
De 55 a 65 años	Gitano	2	19	21
	No gitano	2	18	20
De 66 a 75 años	Gitano	0	11	11
	No gitano	0	11	11
76 años y más	Gitano	0	13	13
	No gitano	0	13	13
De 55 a 65 años	Gitana	0	21	21
	No gitana	1	19	20
De 66 a 75 años	Gitana	2	14	16
	No gitana	0	11	11
76 años y más	Gitana	1	12	13
	No gitana	0	11	11

**Tabla 3.3.5.2. Porcentajes de personas gitanas y no gitanas según su respuesta respecto a si ha necesitado asistencia médica y no pudo obtenerla, distribuidos por grupo étnico.**

	Sí	No	NTotal
Gitano	5,3	94,7	95
No gitano	3,5	96,5	86

Como se puede observar en la tabla 3.3.5.2., los porcentajes de respuestas relacionadas con la necesidad de asistencia médica no suplida en los últimos meses, bajo la categoría "No" el porcentaje de gitanos y no gitanos es similar (94,7% vs 96,5%). En la categoría "Sí" el porcentaje de gitanos (5,3%) es 1,8 puntos porcentuales superior al de no gitanos (3,5%), esto es, algo más del 50% más en gitanos que en no gitanos. A continuación se verá la tabla correspondiente a los porcentajes según grupo étnico y sexo-género.

**TABLA 3.3.5.3. Porcentajes de entrevistados según su respuesta respecto a si ha necesitado asistencia médica y no pudo tenerla, distribuidos por grupo étnico y sexo-género.**

	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>NTotal</b>
<b>Gitano</b>	4,4	95,5	45
<b>No gitano</b>	4,5	95,4	44
<b>Gitana</b>	6	94	50
<b>No gitana</b>	2,4	97,6	42

Como se puede observar en la tabla 3.3.5.3., los porcentajes de respuestas relacionadas con la necesidad de asistencia médica no suplida en los últimos meses, en el grupo de los hombres no hay diferencias apreciables (4,4% vs 4,5%), es decir, ambos sub-grupos están expuestos a las consecuencias negativas de la no asistencia sanitaria en los últimos meses, en semejante proporción.

En el grupo de las mujeres, bajo la categoría "No" el porcentaje de gitanas (94%), es 3 puntos y medio porcentuales inferior al de no gitanas (97,6%), esto es, casi un 4% menos en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "Sí", el porcentaje de gitanas (6%), es más de 3 puntos y medio porcentuales superior al de no gitanas (2,4%), esto es más de 2 veces más en gitanas que en no gitanas.

**RAZONES POR LAS QUE NO SE HIZO USO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS A PESAR DE NECESITARLOS.**

En este sub-apartado, se van a sondear las principales razones que informan los entrevistados cuando han necesitado ir al médico y finalmente no han podido acudir. El ítem se presenta en el cuestionario de la siguiente manera: ¿Cual fue la causa principal por la que no se obtuvo esa asistencia médica? Se ofrecen cinco alternativas de respuesta: “No se pudo conseguir cita”, "Nadie pudo dejar el trabajo para llevarme", "No tenía medio de transporte", "Había que esperar demasiado" y “Otras”.

A continuación, se muestra una tabla que recoge los porcentajes de respuestas de gitanos y no gitanos, según la razón principal por la que no pudieron obtener la asistencia sanitaria a pesar de necesitarla, distribuidas por grupos sexo-género.

**Tabla 3.3.5.1.1. Porcentajes de gitanos y no gitanos según la razón principal por la que no pudieron obtener la asistencia sanitaria a pesar de necesitarla, calculados por grupo étnico y sexo-género.**

	No se pudo conseguir cita	Nadie pudo llevarle	No tenía medio de transporte	Había que esperar demasiado	Otras	NTotal
<b>Gitano</b>	0	0	0	4,4	0	<b>45</b>
No gitano	0	2,3	0	0	0	<b>44</b>
<b>Gitana</b>	2	0	0	4	2	<b>50</b>
No gitana	0	0	0	0	0	<b>42</b>

Como se puede observar en la tabla 3.3.5.1.1., los casos son muy limitados en ambas poblaciones. Solo el 3.9% de la muestra dijo haber perdido alguna cita con el médico en los últimos meses, por alguna de las razones propuestas. Lo más relevante es que, de ese porcentaje, el 87,5% son gitanos por un 12,5% de no gitanos. Pero aún más significativo es que de los casos de gitanos, el 33,3% son hombres y el 66,7% son mujeres.

## 5. GRADO DE SATISFACCION CON LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD.

Según el Barómetro Sanitario de 2015, el grado de satisfacción de los españoles con el sistema público de salud fue de media 6,38 puntos sobre 10 (CIS, 2015). La satisfacción de los usuarios, es una dimensión frecuentemente utilizada por investigadores e instituciones para valorar el resultado del proceso asistencial, de manera que, posibilita incorporar las mejoras necesarias (Mira & Aranaz, 2000; De la Fuente-Rodríguez et al., 2009). Los servicios sanitarios públicos andaluces están muy bien valorados en general por los ciudadanos (Serrano-Del Rosal & Loriente-Arín, 2008).

A continuación, analizaremos las respuestas de los participantes respecto al grado de satisfacción con el sistema sanitario español localizado en Andalucía. El ítem se presenta en el cuestionario de la siguiente manera: "Indique cual es el grado de satisfacción con el sistema sanitario español donde 1 es muy insatisfecho y 5 es muy satisfecho".

En primer lugar, se muestra una tabla general que recoge el total de respuestas de gitanos y no gitanos, según su respuesta respecto el grado de satisfacción con el sistema sanitario español, distribuidas por grupos de edad y sexo. De ella se extraerán los conjuntos de datos que tengan una especial relevancia para su análisis pormenorizado.

**TABLA 3.4.1. Número total de casos de participantes gitanos y no gitanos según el grado de SATISFACCIÓN CON EL SISTEMA SANITARIO español, distribuidos por grupos de edad, grupo étnico y sexo-género.**

SATISFACCION CON EL SISTEMA SANITARIO		1	2	3	4	5	NTotal
De 55 a 65 años	Gitano	1	2	3	8	7	21
	No gitano	0	0	4	10	6	20
De 66 a 75 años	Gitano	0	1	2	4	4	11
	No gitano	0	1	3	2	5	11
76 años y más	Gitano	1	0	3	4	5	13
	No gitano	0	0	3	7	3	13
De 55 a 65 años	Gitano	1	1	8	3	8	21
	No gitano	0	0	6	8	6	20
De 66 a 75 años	Gitano	0	4	3	4	5	16
	No gitano	0	2	0	1	8	11
76 años y más	Gitano	0	0	1	7	5	13
	No gitano	0	0	1	2	8	11

**Tabla 3.4.2. Número de respuestas de gitanos y no gitanos según SATISFACCIÓN CON EL SISTEMA SANITARIO español.**

SATISFACCIÓN CON EL SISTEMA SANITARIO	1	2	3	4	5	NTotal
<b>Gitano</b>	3	8	20	30	34	<b>95</b>
<b>No gitano</b>	0	3	17	30	36	<b>86</b>

Como se puede observar en la tabla 3.4.2., los datos relacionados con el grado de satisfacción de los entrevistados con el sistema sanitario español, si se calcula la valoración media, la cifra en gitanos es  $\bar{x}=3,88$  en comparación con  $\bar{x}=4,15$  en no gitanos, es decir, los gitanos encuestados tienen un menor grado de satisfacción con el sistema sanitario español que los no gitanos.

**Tabla 3.4.3. Número de respuestas de gitanos/as y no gitanos/as según el grado de SATISFACCIÓN CON EL SISTEMA SANITARIO español.**

SATISFACCIÓN CON EL SISTEMA SANITARIO		1	2	3	4	5	NTotal
<b>Hombre</b>	<b>Gitano</b>	2	3	8	16	16	<b>45</b>
	<b>No gitano</b>	0	1	10	19	14	<b>44</b>
<b>Mujer</b>	<b>Gitana</b>	1	5	12	14	18	<b>50</b>
	<b>No gitana</b>	0	2	7	11	22	<b>42</b>

Como se puede observar en la tabla 3.4.3., los datos relacionados con el grado de satisfacción de los entrevistados con el sistema sanitario español, si el grado medio de satisfacción se calcula por grupos según sexo-género, los hombres gitanos dan una puntuación media de  $\bar{x}=3,91$  en comparación con  $\bar{x}=4,05$  en hombres no gitanos. La diferencia es más acusada en el caso de las mujeres, donde el grado medio de satisfacción en mujeres gitanas es de  $\bar{x}=3,86$  en comparación con  $\bar{x}=4,26$  en mujeres no gitanas.

## 6. ESTILO DE VIDA.

El estilo de vida es un concepto que frecuentemente encontramos en medios de comunicación o en conversaciones, donde se ofrecen recomendaciones para llevar a cabo ciertas pautas de carácter saludable que sustituyan otras consideradas de riesgo. Es muy difícil ofrecer una definición que abarque todos los elementos, perspectivas y ámbitos considerados hasta el momento del tema en cuestión. Pero por ser una cuestión importante para este trabajo, se ofrecerá alguna información relevante que nos ayude a componer un esquema básico.

Una de las definiciones más compartidas de "estilo de vida" es la ofrecida en 1998 por la OMS: *"...forma de vida que se basa en patrones de comportamientos identificables, determinados por la interacción entre las características individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómica y ambientales"* (OMS, 1998).

Desde un punto de vista sociológico, el estilo de vida, para algunos autores, se conforma mediante esquemas y patrones de actuación, pensar y sentir vinculados a la posición social, mediante un proceso de condicionamiento social (Inda & Duek, 2005; Pedraz, 2007) Desde un enfoque ecosistémico, el estilo de vida se conforma cuando: "Los impulsos se manifiestan en forma de preferencias en nuestras actuaciones, fruto de la interacción entre componentes genéticos, neurológicos, psicológicos y el medio sociocultural y educativo en permanente intercambio y recursividad" (De la Torre & Tejada, 2007: p.107).

En las tres referencias anteriores hay elementos comunes que apoyan el modelo que defiende el presente trabajo. Los patrones de comportamiento adquiridos mediante una combinación de rasgos individuales, como pueden ser los biológicos, factores genéticos, conductuales y características psicológicas, conjuntamente a la interacción con factores sociodemográficos y culturales, como el contexto social, económico o el medio ambiente, conforman el estilo de vida de una persona o grupo (De la Cruz & Pino, 2009). Estos patrones de comportamiento son dinámicos y evolucionan según las distintas situaciones sociales, incorporando aspectos de tipo normativo, valores, actitudes, hábitos y conductas (García-Laguna et al., 2012).

En el presente trabajo, se pretende explorar algunas variables que están vinculadas directamente con el tipo de estilo de vida como son la alimentación o la cantidad de actividad física habitual, entre otras, aunque casi todas las variables estudiadas podrían estar incluidas en este apartado.

A continuación, se irán presentando apartados con las siguientes variables adscritas al cuestionario: horas de siesta, actividad principal diariamente, cantidad de ejercicio físico programado, tipo de alimentación, hábitos de alimentación.

### **HORAS DE SUEÑO DURANTE EL DÍA.**

El sueño, básicamente, es un proceso esencial de carácter neurobiológico que provoca la desconexión de la interacción ambiente-cerebro, ayudando al organismo a regenerar las funciones físicas y psicológicas, facilitando un desempeño óptimo en el período de vigilia (Iáñez et *al.*, 2014; Montes-Rodríguez et *al.*, 2006). El tiempo y calidad del sueño, están estrechamente relacionados con la calidad de vida y el bienestar general, por lo que los trastornos del sueño afectan directamente de manera negativa al organismo.

Por ejemplo, dormir menos de 4 horas o más de 8 horas, aumenta el riesgo de muerte temprana (Miró et *al.*, 2005). Además del período principal de sueño (el nocturno), la siesta es una costumbre muy española, teniendo cierto soporte empírico favorable a su práctica en algunos estudios (unos 30 minutos diarios) por su repercusión positiva en la salud física y psicológica y en el desempeño diario (Trichopoulos, 1988; Monge et *al.*, 2015; Naska et *al.*, 2007). Sin embargo, también hay evidencia científica que la siesta reiterada y por períodos de tiempo demasiado prolongados está relacionada con una peor salud y el riesgo de padecer enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión (Bursztyn et *al.*, 2002).

Teniendo en cuenta lo anterior, se ha incluido en el cuestionario un apartado que sondea la cantidad de horas de sueño diurno en los participantes del presente estudio. El ítem se presenta de la siguiente forma: ¿Cuántas horas duerme al día? Se ofrecen cuatro opciones de respuesta: "Siesta", "2 o 3 horas", "Más de 4 horas" y "No duermo durante el día"

La siguiente tabla general, muestra el total de respuestas de gitanos y no gitanos según la cantidad de horas de sueño diurno, distribuidas por grupos de edad y sexo. De ella se extraerán los conjuntos de datos que tengan una especial relevancia para su análisis pormenorizado.

**TABLA 5.1.1. Número total de casos de participantes gitanos y no gitanos, según las HORAS DE SUEÑO DIURNO, distribuidos por grupos de edad y sexo.**

HORAS DE SUEÑO DIURNO		Siesta	2-3 horas	Más de 4 horas	No duermo durante el día
De 55 a 65 años	Gitano	15	2	0	4
	No gitano	9	0	2	9
De 66 a 75 años	Gitano	7	2	0	2
	No gitano	6	0	0	5
76 años y más	Gitano	7	3	1	2
	No gitano	8	1	1	3
De 55 a 65 años	Gitana	10	2	0	9
	No gitana	9	1	1	9
De 66 a 75 años	Gitana	8	3	0	5
	No gitana	7	1	1	2
76 años y más	Gitana	6	4	1	2
	No gitana	7	1	2	1

**Tabla 5.1.2. Porcentaje de casos de participantes gitanos y no gitanos, según las HORAS DE SUEÑO DIURNO, distribuidos por grupo étnico. Calculados sobre el total del propio grupo étnico.**

Horas sueño diurno	Siesta De 30' a 1h	2-3 horas	Más de 4 horas	No duermo durante el día	NTotal
Gitano	55,8	16,8	2,1	25,3	95
No gitano	53,5	4,6	8,1	33,7	86

Como se puede observar en la tabla 5.1.2., según las respuestas de los entrevistados respecto a las horas de sueño diurno, los mayores porcentajes de respuestas los encontramos bajo la categoría "Siesta", donde el porcentaje de gitanos es similar al de no gitanos (55,8% vs 53,5%). Si sumamos los porcentajes bajo las categorías "2-3 horas" y "Más de 4 horas" el porcentaje de gitanos (18,9%), es más 6 puntos porcentuales superior al de no gitanos (12,7%), esto es, casi un 50% más en gitanos que en no gitanos.



A continuación, se muestra una tabla que refleja los porcentajes según la cantidad de horas de sueño diurno, calculados por grupo étnico y sexo-género.

**Tabla 5.1.3. Porcentaje de casos de participantes gitanos y no gitanos, según las HORAS DE SUEÑO DIURNO, distribuidos por grupo étnico y sexo-género. Calculados sobre el total del propio grupo étnico y sexo-género.**

<b>Horas sueño diurno</b>	<b>Siesta</b>	<b>2-3 horas</b>	<b>Más de 4 horas</b>	<b>No duermo durante el día</b>	<b>NTotal</b>
<b>Gitano</b>	64,4	15,5	2,2	17,8	<b>45</b>
<b>No gitano</b>	52,3	2,3	6,8	38,6	<b>44</b>
<b>Gitana</b>	48	18	2	32	<b>50</b>
<b>No gitana</b>	54,8	7,1	9,5	28,6	<b>42</b>

Como se puede observar en la tabla 5.1.3., según las respuestas de los encuestados respecto a las horas de sueño diurno, en el grupo de los hombres bajo la categoría "Siesta" el porcentaje de gitanos (64,4%), es más de 12 puntos porcentuales superior al de no gitanos (52,2%), esto es, más de un 20% más en gitanos que en no gitanos. Si se suman los porcentajes de respuestas de las categorías "2-3 horas" y "Más de 4 horas", se obtiene que el porcentaje de gitanos (17,7%), es más de 8 puntos y medio superior al de no gitanos (9,1%), esto es, casi 2 veces más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "No duermo durante el día" el porcentaje de gitanos (17,8%), es casi 21 puntos porcentuales inferior al de no gitanos (38,6%) esto es, más de 2 veces menos en gitanos que en no gitanos.

En el grupo de mujeres bajo la categoría "Siesta" el porcentaje de gitanas (48%), es casi 7 puntos porcentuales inferior al de no gitanas (54,8%), esto es, más de un 13% menos en gitanas que en no gitanas. Si sumamos los porcentajes de respuestas de las categorías "2-3 horas" y "Más de 4 horas", obtenemos que el porcentaje de gitanas (20%), es más de 4 puntos y medio superior al de no gitanas (16,6%), esto es, casi un 20% más en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "No duermo durante el día" el porcentaje de gitanas (32%), es casi 21 puntos porcentuales superior al de no gitanas (28,6%) esto es, más de 10% más en gitanas que en no gitanas.

## ACTIVIDAD PRINCIPAL EN EL HOGAR.

El MSSSI define actividad física como: "Cualquier movimiento producido por la acción muscular voluntaria y que supone un gasto energético por encima del nivel de reposo" (Andradas et al., 2015: p.23). El concepto incluye actividades como el trabajo, tareas domésticas o actividades recreativas entre otras. El ejercicio físico programado es una actividad física que, generalmente, se practica con el objetivo de beneficiar la salud del individuo. Está extensamente comprobado que la realización de actividad física con la intensidad y programación adecuadas se asocia a buena salud física y bienestar general (Blasco et al., 1994; Cabrera de León et al., 2007).

La actividad física programada reduce la ansiedad, mejora el estado de ánimo, reduce el riesgo de enfermedades cardiovasculares, activa el procesamiento gluco-lipídico, hipertensión, hipercolesterolemia y algunos tipos de cáncer, aún cuando ya se padece la enfermedad, mejora el curso de ésta y retrasa la aparición de la discapacidad (Guallar-Castillón et al., 2004; IESE-IRCO, 2014) La intensidad y frecuencia de la actividad física se deben adecuar según la edad, sexo y estado de la persona, aunque una recomendación general sería la realización de 30 min de actividad física de moderada intensidad a ser posible todos los días (OMS, 2016; Elosúa, 2005).

El sedentarismo, al contrario que la actividad física, tiene entre otras consecuencias directas la obesidad y el sobrepeso. En la OCDE el 52,6% de la población tiene obesidad y sobrepeso. En España, el 44,4% de los mayores de 15 años manifiesta no hacer ejercicio, ocupando casi la totalidad de su tiempo de manera sedentaria. El 16,6% de los españoles adultos son obesos, donde el porcentaje de mujeres es muy superior al de hombres (Cabrera de León et al., 2007; MSSSI, 2014; IESE-IRCO, 2014)

En el caso de los gitanos, según la Encuesta de Salud para la Comunidad Gitana del año 2006, más de la mitad de la población gitana no realizaba ninguna actividad física durante su tiempo libre. Consecuencia directa de lo anterior, la obesidad en hombres fue del 18,2 y en mujeres el 26,4%, en comparación con el 15% promedio en la población mayoritaria (Laparra M., et al., 2011; García, C., 2006).

Teniendo en cuenta lo anterior, se han incluido en el cuestionario dos apartados que sondean, primero, la actividad principal durante el día en el

hogar y, segundo, el tipo de ejercicio que realizan los participantes en su tiempo libre.

En este apartado, el ítem se presenta de la siguiente forma: ¿Cuál de estas posibilidades describe mejor su actividad principal durante el día en el hogar? Se ofrecen cuatro opciones de respuesta: "Sentado la mayor parte de la jornada" "De pie la mayor parte de la jornada sin efectuar grandes desplazamientos", "Caminando llevando algún peso, efectuando desplazamientos frecuentes que no requieren gran esfuerzo" y "Realizando tareas que requieren gran esfuerzo físico".

La siguiente tabla general, muestra el total de respuestas de gitanos y no gitanos según la actividad principal durante el día en el hogar, distribuidas por grupos de edad y sexo. De ella se extraerán los datos que tengan una especial relevancia para su análisis pormenorizado.

**TABLA 5.2.1. Número total de casos de participantes gitanos y no gitanos, según la según la ACTIVIDAD PRINCIPAL EN EL HOGAR, distribuidos por grupos étnicos, grupos de edad y sexo.**

ACTIVIDAD PRINCIPAL EN EL HOGAR	Sentado la mayor parte del día	De pie la mayor parte del día	Caminando, llevando algún peso	Realizando tareas de gran esfuerzo	NTotal
<b>Gitano</b>	7	6	6	2	<b>21</b>
<b>No gitano</b>	4	6	6	4	<b>20</b>
<b>Gitano</b>	2	5	4		<b>11</b>
<b>No gitano</b>	0	5	6		<b>11</b>
<b>Gitano</b>	7	3	3	0	<b>13</b>
<b>No gitano</b>	4	4	4	1	<b>13</b>
<b>Gitana</b>	7	4	8	2	<b>21</b>
<b>No gitana</b>	4	8	4	4	<b>20</b>
<b>Gitana</b>	6	6	4		<b>16</b>
<b>No gitana</b>	1	5	5		<b>11</b>
<b>Gitana</b>	10	3	0		<b>13</b>
<b>No gitana</b>	5	5	1		<b>11</b>

**Tabla 5.2.2. Porcentaje de casos de participantes gitanos y no gitanos, según su ACTIVIDAD PRINCIPAL EN EL HOGAR, distribuidos por grupo étnico. Calculados sobre el total del propio grupo étnico.**

ACTIVIDAD PRINCIPAL EN EL HOGAR	Sentado la mayor parte del día	De pie la mayor parte del día sin hacer grandes esfuerzos	Caminando, llevando algún peso	Realizando tareas de gran esfuerzo	NTotal
<b>Gitano</b>	41	28,4	26,3	4,2	<b>95</b>
<b>No gitano</b>	20,9	38,4	30,2	10,5	<b>86</b>

Como podemos observar en la tabla 5.2.2., según las respuestas de los encuestados respecto a la actividad principal en el hogar durante el día, bajo la categoría "Sentado la mayor parte del día" el porcentaje de gitanos (41%) es más de 20 puntos porcentuales superior al de no gitanos (20,9%), esto es, más de 2 veces más en gitanos que en no gitanos. Si se suman los porcentajes de las categorías centrales por su similitud, "De pie la mayor parte del día sin hacer grandes esfuerzos" y "Caminando, llevando algún peso" el resultado en gitanos (54,7%), es casi 14 puntos porcentuales inferior al de no gitanos (68,6%), esto es, más de un 25% menos en gitanos que en no gitanos. Finalmente bajo la categoría "Realizando tareas de gran esfuerzo" el porcentaje de gitanos (4,2%), es más de 6 puntos porcentuales inferior de no gitanos (10,5%), esto es, 2 veces y media menos en gitanos que en no gitanos.

A continuación, se muestra una tabla que refleja los porcentajes de participantes según la actividad principal durante el día en el hogar calculados según el grupo étnico y sexo-género.

**Tabla 5.2.3. Porcentaje de casos de participantes gitanos y no gitanos, según su ACTIVIDAD PRINCIPAL EN EL HOGAR, distribuidos por grupo étnico y sexo-género. Calculados sobre el total del propio grupo étnico y sexo-género.**

ACTIVIDAD PRINCIPAL EN EL HOGAR	Sentado la mayor parte del día	De pie la mayor parte del día sin hacer grandes esfuerzos	Caminando, llevando algún peso	Realizando tareas de gran esfuerzo	NTotal
<b>Gitano</b>	35,5	31,1	28,9	4,4	<b>45</b>
<b>No gitano</b>	18,2	34,1	36,4	11,4	<b>44</b>
<b>Gitana</b>	46	26	24	4	<b>50</b>
<b>No gitana</b>	23,8	42,9	23,8	9,5	<b>42</b>

Como se puede observar en la tabla 5.2.3., según la actividad principal durante el día en el hogar, en el grupo de los hombres bajo la categoría "Sentado la mayor parte del día" el porcentaje de gitanos (35,5%), es más de 17 puntos porcentuales superior al de no gitanos (18,2%), esto es, casi 2 veces más en gitanos que en no gitanos. Si se suman por similitud los porcentajes de las categorías "De pie la mayor parte del día sin hacer grandes esfuerzos" y "Caminando, llevando algún peso", obtenemos que el porcentaje de gitanos (60%), es más de 10 puntos porcentuales inferior al de no gitanos (70,5%), esto es, casi un 18% menos en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría

"Realizando tareas de gran esfuerzo", el porcentaje de gitanos (4,4%) es 7 puntos porcentuales inferior al de no gitanos (11,4%), esto es, más de 2 veces y media menos en gitanos que en no gitanos.

En el grupo de mujeres, bajo la categoría "Sentado la mayor parte del tiempo" el porcentaje de gitanas (46%), es más de 22 puntos porcentuales superior al de mujeres no gitanas (23,8%), esto es, casi 2 veces más en gitanas que en no gitanas. Si se suman por similitud los porcentajes de las categorías centrales "De pie la mayor parte del día sin hacer grandes esfuerzos" y "Caminando, llevando algún peso", el resultado en gitanas (50%), es más de 16 puntos y medio porcentuales inferior al de no gitanas (66,7%), esto es, más de un 30% menos en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "Realizando tareas de gran esfuerzo", el porcentaje de gitanas (4%) es 5 puntos y medio porcentuales inferior al de no gitanas (9,5%), esto es, más de dos veces menos en gitanas que en no gitanas.

#### **ACTIVIDAD FÍSICA PROGRAMADA.**

En este apartado, el ítem se presenta de la siguiente forma: ¿Qué tipo de ejercicio hace en su tiempo libre? Se ofrecen cuatro opciones de respuesta: "No hago ejercicio. Mi tiempo libre lo ocupo de forma casi completamente sedentaria (lee, ver televisión, ir al cine, etc...)", "La mayoría del tiempo lo dedico a las labores domésticas y hacer la compra", "Hago alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar, gimnasia suave, ligero esfuerzo, etc.)" y "Hago actividad física regular, varias veces al mes (deporte, gimnasia, correr, juegos de equipo)".

La siguiente tabla general, muestra el total de respuestas de gitanos y no gitanos según el ejercicio físico programado, distribuidas por grupos de edad y sexo. De ella se extraerán los conjuntos de datos que tengan una especial relevancia para su análisis pormenorizado

**TABLA 5.3.1. Número total de casos de participantes gitanos y no gitanos, según el EJERCICIO FÍSICO en el tiempo libre, distribuidos por grupos étnicos, grupos de edad y sexo.**

EJERCICIO FÍSICO		No hago ejercicio	Labores domésticas y compra	Alguna actividad física ocasional	Actividad física regularmente	NTotal
De 55 a 65 años	<b>Gitano</b>	9	4	8	0	<b>21</b>
	<b>No gitano</b>	4	1	9	6	<b>20</b>
De 66 a 75 años	<b>Gitano</b>	5	3	3	0	<b>11</b>
	<b>No gitano</b>	1	1	9	0	<b>11</b>
76 años y más	<b>Gitano</b>	9	4	0	0	<b>13</b>
	<b>No gitano</b>	2	3	7	1	<b>13</b>
De 55 a 65 años	<b>Gitana</b>	6	11	3	1	<b>21</b>
	<b>No gitana</b>	2	12	5	1	<b>20</b>
De 66 a 75 años	<b>Gitana</b>	7	9	0	0	<b>16</b>
	<b>No gitana</b>	2	6	3	0	<b>11</b>
76 años y más	<b>Gitana</b>	10	3	0	0	<b>13</b>
	<b>No gitana</b>	4	7	0	0	<b>11</b>

**Tabla 5.3.2. Porcentaje de casos de participantes gitanos y no gitanos, según el tipo de EJERCICIO FÍSICO en el tiempo libre, distribuidos por grupo étnico. Calculados sobre el total del propio grupo étnico.**

EJERCICIO FÍSICO	No hago ejercicio	Labores domésticas y compra	Alguna actividad física ocasional	Actividad física regularmente	NTotal
<b>Gitano</b>	48,4	35,8	14,7	1	<b>95</b>
<b>No gitano</b>	17,4	34,9	38,4	9,3	<b>86</b>

Como se puede observar en la tabla 5.3.2, las respuestas de los participantes respecto a la actividad física programada, bajo la categoría "No hago ejercicio" el porcentaje de gitanos (48,4%), es 31 puntos porcentuales superior al de no gitanos (17,4%), esto es, casi 3 veces más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Labores domésticas y compra" el porcentaje de gitanos y no gitanos son similares (35,8% vs 34,9%). Bajo la categoría "Alguna actividad física ocasional" el porcentaje de gitanos (14,7%), es más de 23 puntos y medio porcentuales inferior al de no gitanos (38,4%), esto es, casi 2 veces inferior en gitanos que en no gitanos. Finalmente bajo la categoría "Actividad física regularmente" el porcentaje de gitanos (1%), es más de 8 puntos porcentuales inferior al de no gitanos (9,3%), esto es, 9 veces menos en gitanos que en no gitanos.

A continuación, se muestra una tabla con los porcentajes según el tipo de ejercicio físico en el tiempo libre, calculados según el grupo étnico y sexo-género.

**Tabla 5.3.3. Porcentaje de casos de participantes gitanos y no gitanos, según el EJERCICIO FÍSICO en el tiempo libre, distribuidos por grupo étnico y sexo-género. Calculados sobre el total del propio grupo étnico y sexo-género.**

EJERCICIO FÍSICO	No hago ejercicio	Labores domésticas y compra	Alguna actividad física ocasional	Actividad física regularmente	NTotal
<b>Gitano</b>	51,1	24,4	24,4	0	<b>45</b>
<b>No gitano</b>	15,9	11,4	55,5	15,9	<b>44</b>
<b>Gitana</b>	46	46	6	2	<b>50</b>
<b>No gitana</b>	19	59,5	19	2,4	<b>42</b>

Como se puede observar en la tabla 5.3.3, según las respuestas de los entrevistados respecto a la actividad física programada, en el grupo de los hombres bajo la categoría "No hago ejercicio" el porcentaje de gitanos (51,1%), es más de 35 puntos porcentuales superior al de no gitanos (15,9%), esto es, más de 3 veces más en gitanos que en hombres no gitanos. Bajo la categoría "Labores domésticas y la compra" el porcentaje de gitanos (24,4%) es 13 puntos porcentuales superior al de no gitanos (11,4%), esto es, más de 2 veces más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Alguna actividad física ocasional" el porcentaje de gitanos (24,4%) es más de 31 puntos porcentuales inferior al de no gitanos (55,5%), esto es, más de 2 veces menos en gitanos que en hombres no gitanos. Bajo la categoría "Actividad física regularmente" el porcentaje de no gitanos es 15,9% sin representación en gitanos.

En el caso de las mujeres, bajo la categoría "No hago ejercicio" el porcentaje de mujeres gitanas (46%), es 27 puntos porcentuales superior al de no gitanas (19%), esto es, casi 2 veces y media más en gitanas que en mujeres no gitanas. Bajo la categoría "Labores domesticas y compra" el porcentaje de gitanas (46%), es 13 puntos y medio porcentuales inferior al de no gitanas (59,5%), esto es, casi un 30% menos en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "Alguna actividad física ocasional" el porcentaje de gitanas (6%), es 13 puntos porcentuales inferior al de no gitanas (19%), esto es, más de 3 veces menos en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "Actividad física regularmente" el porcentaje de gitanas y no gitanas es similar (2% vs 2,3%)

Finalmente, los resultados respecto a una pauta de actividad más intensa señalan a los hombres no gitanos, seguido del subgrupo de mujeres no gitanas, después los hombres gitanos y con la menor representación el subgrupo de las mujeres gitanas.

### **CONSUMO DE TABACO.**

Desde los años 30 hasta el presente, una vasta extensión de estudios científicos apoyan la existencia de una relación directa entre el hábito del tabaquismo, tanto pasivo como activo, con el desarrollo de diferentes tipos de cáncer, enfermedades cardiovasculares y respiratorias entre otras. Una de cada 7 muertes de españoles mayores de 35 años es atribuible al tabaquismo (Gutiérrez-Abejón et al., 2012; Banegas et al., 2010; Samet, 2002). Según el Eurobarómetro de 2015, España es uno de los diez países de la Unión Europea con más porcentaje de fumadores, llegando hasta el 29% (EC, 2015; INE, 2015). Por otro lado, los datos más recientes sobre tabaquismo en población gitana señalan un promedio del 52% y en personas mayores de 55 años hasta el 36% (García, C., 2006).

En este apartado, vamos a sondear dos sub-apartados relacionados con el consumo de tabaco: el primero analizará qué porcentajes de las poblaciones estudiadas manifiestan fumar, y en el segundo consultaremos la cantidad de cigarrillos diarios que consumen los que dicen fumar.

### **CASOS DE FUMADORES/AS.**

En primer lugar, se investigará el porcentaje de participantes que dicen fumar. Se trata de un ítem dicotómico y se presenta en el cuestionario de la siguiente manera: ¿Fuma? A continuación, se muestra una tabla general que recoge el total de respuestas de gitanos y no gitanos, distribuidas por grupos de edad y sexo. De ella se extraerán los conjuntos de datos que tengan una especial relevancia para su análisis pormenorizado.



**TABLA 4.1.1.1. Número total de casos de participantes gitanos y no gitanos FUMADORES distribuidos por grupos de edad y sexo.**

Nº Fumadores		Sí	No	NTotal
De 55 a 65 años	<b>Gitano</b>	6	15	21
	<b>No gitano</b>	5	15	20
De 66 a 75 años	<b>Gitano</b>	1	10	11
	<b>No gitano</b>	0	11	11
76 años y más	<b>Gitano</b>	4	9	13
	<b>No gitano</b>	1	12	13
De 55 a 65 años	<b>Gitana</b>	2	19	21
	<b>No gitana</b>	4	16	20
De 66 a 75 años	<b>Gitana</b>	0	16	16
	<b>No gitana</b>	1	10	11
76 años y más	<b>Gitana</b>	0	13	13
	<b>No gitana</b>	0	11	11

**Tabla 4.1.1.2. Porcentaje de casos de participantes gitanos y no gitanos FUMADORES calculados sobre el total del propio grupo étnico.**

TABAQUISMO	Sí	No	NTotal
<b>Gitano</b>	13,7	86,3	<b>95</b>
<b>No gitano</b>	12,8	87,2	<b>86</b>

Como se puede observar en la tabla 4.1.2.2., según las respuestas de los encuestados, los mayores porcentajes se localizan bajo la categoría "NO", donde ambas poblaciones estudiadas están por encima del 86%. El porcentaje de gitanos que "SÍ" fuman (13,7%), es casi un 1 punto porcentual superior que en no gitanos (12,8%), esto es casi un 7% más en gitanos que en no gitanos. A continuación veremos la tabla correspondiente a los porcentajes de fumadores/as participantes, calculados según el grupo étnico y sexo-género.

**Tabla 4.1.1.3. Porcentaje de casos de participantes gitanos y no gitanos FUMADORES, calculados sobre el total del propio grupo étnico y sexo-género.**

TABAQUISMO	Sí	No	NTotal
<b>Gitanos</b>	24,4	75,5	45
<b>No gitanos</b>	13,6	86,4	44
<b>Gitanas</b>	4	96	50
<b>No gitanas</b>	11,9	88,1	42

Como se puede observar en la tabla 4.1.1.3., según las respuestas de los encuestados, los porcentajes más importantes se localizan bajo la categoría "NO" en los cuatro grupos. En el grupo de los hombres el porcentaje de gitanos que "SÍ" dicen fumar (24,4%), es casi 11 puntos porcentuales superior al de

hombres no gitanos (13,6%), esto es, casi 2 veces más en gitanos que en no gitanos. En el grupo de las mujeres, el porcentaje de gitanas que "Sí" fuman (4%) es casi 8 puntos porcentuales inferior al de mujeres no gitanas (11,9%), esto es, casi 3 veces inferior en gitanas que en no gitanas. Por último el porcentaje de hombres fumadores sobre la muestra total (9,4%) es más de 6 puntos porcentuales superior al de mujeres fumadoras (3,9%), esto es, casi 2 veces y media superior en hombres que en mujeres.

A continuación, se muestra una tabla que refleja los porcentajes de participantes fumadores, calculados según los grupos de edad.

**Tabla 4.1.1.4. Porcentaje de casos de FUMADORES, calculados sobre el total del propio grupo de edad.**

TABAQUISMO	Sí	No	NTotal
De 55 a 65 años	20,7	79,3	82
De 66 a 75 años	4,1	95,9	49
76 años y más	10	90	50

Como se puede observar en la tabla 5.1.4., según las respuestas de los encuestados, los porcentajes más importantes de fumadores los encontramos en el grupo de edad "De 55 a 65 años" con un 20,7% sobre el total del grupo de edad. En el resto de grupos hay una disminución muy acusada de casos que permiten sugerir que los participantes que manifiestan ser fumadores son principalmente de edades entre los 55 y los 65 años de edad.

#### CANTIDAD DE CIGARRILLOS.

En este sub-apartado, se sondea la cantidad de cigarrillos que consumen al día, los participantes que han manifestado ser fumadores. La pregunta se presenta en el cuestionario de la siguiente manera: ¿Qué cantidad de cigarrillos fuma? Se ofrecen cuatro alternativas de respuesta: "De 1 a 10 al día", "De 10 a 20 al día", "De 20 a 40 al día" y "Más de 40".

A continuación, se muestra la tabla que recoge el total de casos de gitanos y no gitanos que manifiestan fumar, según la cantidad de cigarrillos consumidos en el día, distribuidas por grupo étnico.

**Tabla 4.1.2.1. Porcentaje de casos de gitanos y no gitanos que manifiestan fumar, según CANTIDAD DE CIGARRILOS consumidos en el día, distribuidos por grupo étnico. Calculados según grupo étnico.**

Cigarrillos/Día	De 1-10	De 11-20	De 21-40	Más de 40	NTotal
<b>Gitano</b>	7,4	2,1	2,1	2,1	<b>95</b>
<b>No gitano</b>	7	4,6	1,2	0	<b>86</b>

Como se puede observar en la tabla 4.1.2.1., según las respuestas de los encuestados, bajo la categoría "De1-10" el porcentaje de gitanos y no gitanos es similar (7,4% vs 7%). Bajo la categoría "De 10-20" el porcentaje de gitanos (2,1%), es 2 puntos y medio porcentuales inferior al de no gitanos (4,6%), esto es, más de 2 veces inferior en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "De 20-40" el porcentaje de gitanos (2,1%), es 2 puntos y medio porcentuales inferior al de no gitanos (1,2%), esto es, casi 2 veces superior en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Más de 40" el porcentaje de gitanos es 2,1% sin representación de no gitanos.

Si se calcula el promedio del número de cigarrillos/día en gitanos ( $\bar{x}=15,76$ ) es un 45% superior a la cifra en no gitanos ( $\bar{x}=10,9$ ). A continuación se muestra una tabla que refleja los porcentajes de los entrevistados distribuidos por sexo-género y grupo étnico.

**Tabla 4.1.2.2. Porcentaje de casos de gitanos y no gitanos que manifiestan fumar, según CANTIDAD DE CIGARRILOS consumidos en el día, distribuidos por grupo étnico y sexo-género. Calculados según grupo étnico y sexo-género.**

Cigarrillos/ Día	De 1-10	De 11-20	De 21-40	Más de 40	NTotal
<b>Gitano</b>	11,1	2,2	2,2	2,2	<b>45</b>
<b>No gitano</b>	4,5	6,8	2,3	0	<b>44</b>
<b>Gitana</b>	4	0	0	0	<b>50</b>
<b>No gitana</b>	9,5	2,4	0	0	<b>42</b>

Como podemos observar en la tabla 4.1.2.3., según las respuestas de los entrevistados, los porcentajes más importantes se localizan bajo la etiqueta "De 1-10 al día" (cigarrillos consumidos al día), donde sobresalen los porcentajes de hombres gitanos (11,1%) y mujeres no gitanas (9,5%) en comparación con el resto de sub-grupos. En la etiqueta "De 10-20 al día" sobresale el porcentaje de hombres no gitanos (13,6%) en comparación con el

resto de sub-grupos, especialmente con el grupo de mujeres gitanas que no tiene representación. Bajo la etiqueta "De 20-40 al día" el porcentaje de hombres gitanos (9,1%) es más de 4,5 puntos porcentuales más que el porcentaje de hombres no gitanos (4,5%), esto es, más de dos veces más porcentaje de hombres gitanos que no gitanos. En esta categoría las mujeres no tienen representación. Bajo la categoría "Más de 40 a día" tenemos un 9,1% de hombres gitanos en comparación con la ausencia de porcentajes del resto de sub-grupos.

Si calculamos el promedio del número de cigarrillos/día en cada grupo, obtenemos en hombres gitanos un  $\bar{x}=14,37$ , en hombres no gitanos un  $\bar{x}=14,16$ , en mujeres gitanas un  $\bar{x}=5$  y en mujeres no gitanas un  $\bar{x}=7$ .

### **CONSUMO DE ALCOHOL.**

Según el último informe de la OMS, "Consumo de alcohol y salud en el mundo", 3,3 millones de personas en el mundo fallecieron por causas relacionadas con el consumo de alcohol. El consumo de alcohol en hombres es casi dos veces superior que en mujeres (WHO, 2014). En la UE, el consumo de alcohol es responsable de más del 7% de los problemas de salud y muertes prematuras (Vinuesa et al., 2014). En España, un 10% de la mortalidad total y el 30% de la mortalidad por accidente de tráfico, es causada directamente por el consumo de alcohol (Pulido et al., 2014). Según FSG en 2006, más del 75% de los gitanos encuestados mayores de 16 años habían consumido alcohol en los últimos 12 meses (García C., 2006). Estos datos, en principio, aportan cierto grado de perspectiva sobre el tema que se va a considerar.

A continuación, se hará un sondeo sobre el consumo de alcohol en las personas que han participado en este estudio. El ítem se presenta en el cuestionario de la siguiente forma: ¿Con qué frecuencia toma bebidas alcohólicas? Se ofrecen seis opciones de respuesta: "Nunca" "Casi nunca", "Una o dos veces al mes", "Una o dos veces en semana", "Entre tres y cinco veces en semana" y "Todos los días". Urge decir que los datos son autoinformados sin ningún tipo de constatación más que la respuesta de los entrevistados.

La siguiente tabla muestra el total de respuestas de gitanos y no gitanos según la frecuencia de consumo de alcohol, distribuidas por grupos de edad y sexo. De ella se extraerán los conjuntos de datos que tengan una especial relevancia para su análisis pormenorizado.

**TABLA 4.2.1. Número total de casos de participantes gitanos y no gitanos, según su CONSUMO DE ALCOHOL, según grupo étnico y sexo-género.**

CONSUMO DE ALCOHOL	Gitanos	No gitanos	Gitanas	No gitanas
<b>Nunca</b>	14	14	44	31
<b>Casi nunca</b>	11	12	4	5
Una o dos veces al mes	8	8	0	5
Una o dos veces a la semana	8	2	2	0
<b>Entre tres y cinco veces a la semana</b>	1	5	0	0
<b>Todos los días</b>	3	3	0	1
<b>NTotal</b>	<b>45</b>	<b>44</b>	<b>50</b>	<b>42</b>

**Tabla 4.2.2. Porcentaje de casos de participantes gitanos y no gitanos, según su CONSUMO DE ALCOHOL, distribuidos por grupo étnico. Calculados sobre el total del propio grupo étnico.**

CONSUMO DE ALCOHOL	Nunca	Casi nunca	Una o dos veces al mes	Una o dos veces a la semana	Entre tres y cinco veces a la semana	Todos los días	NTotal
<b>Gitano</b>	61	15,8	8,4	10,5	1	3,2	<b>95</b>
No gitano	52,3	19,8	15,1	2,3	5,8	4,6	<b>86</b>

Como se puede observar en la tabla 4.2.2., según las respuestas de los encuestados respecto al consumo de alcohol, los mayores porcentajes de respuestas los encontramos bajo la categoría "Nunca", donde el porcentaje de gitanos (61%), es casi 9 puntos porcentuales superior al de no gitanos (52,3%), esto es, casi un 17% más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Casi nunca", el porcentaje de gitanos (15,8%), es 4 puntos porcentuales inferior al de no gitanos (19,8%), esto es, más de un 25% menos en gitanos que en no gitanos. Bajo la etiqueta "Una o dos veces al mes" el porcentaje de gitanos (8,4%), es más de 6 puntos y medio porcentuales inferior al de no gitanos (15,1%), esto es, casi 2 veces menos en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Una o dos veces en semana", el porcentaje de gitanos (10,5%), es 8 puntos porcentuales superior al de no gitanos (2,3%), esto es, más de 4 veces más en

gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Entre 3 y cinco veces en semana", el porcentaje de gitanos (1%) es casi 5 puntos porcentuales inferior al de no gitanos (5,8%), esto es, más de 4 veces menos en gitanos que en no gitanos. Finalmente bajo la categoría "Todos los días" el porcentaje de gitanos (3,2%) es casi 1 punto y medio porcentual inferior al de no gitanos (4,6%), esto es, casi un 45% menos en gitanos que en no gitanos.

Si se suman los porcentajes de las dos últimas categorías por su similitud, el porcentaje de gitanos que dicen tomar bebidas alcohólicas "Entre tres y cinco veces a la semana" y "Todos los días" (4,2%), es más de 6 puntos porcentuales inferior al porcentaje de no gitanos (10,4%), esto es, más de 2 veces inferior en gitanos que en no gitanos.

A continuación, veremos los porcentajes según el consumo de bebidas alcohólicas, calculados según el grupo étnico y sexo-género.

**Tabla 4.2.3. Porcentaje de casos de participantes gitanos y no gitanos, según su CONSUMO DE ALCOHOL, distribuidos por grupo étnico y sexo-género. Calculados sobre el total del propio grupo étnico y sexo-género.**

CONSUMO DE ALCOHOL	Nunca	Casi nunca	Una o dos veces al mes	Una o dos veces a la semana	Entre tres y cinco veces a la semana	Todos los días	NTotal
<b>Gitano</b>	31,1	24,4	17,8	17,8	2,2	6,7	<b>45</b>
No gitano	31,8	27,3	18,2	4,5	11,4	6,8	<b>44</b>
<b>Gitana</b>	88	8	0	4	0	0	<b>50</b>
No gitana	73,8	11,9	11,9	0	0	2,4	<b>42</b>

Como se puede observar en la tabla 4.2.3., según las respuestas de los encuestados respecto al consumo de alcohol, en el grupo de los hombres los porcentajes más relevantes se encuentran bajo la categoría "Una o dos veces en semana" donde el porcentaje de gitanos (17,8%), es más de 13 puntos porcentuales superior al de no gitanos (4,5%), esto es, casi 4 veces más en gitanos que en no gitanos. Otra categoría que resalta es "Entre tres y cinco veces a la semana" donde el porcentaje de gitanos (2,2%), es casi 9 puntos porcentuales inferior al de no gitanos (11,4%), esto es, más de 5 veces y media menos en gitanos que en no gitanos. En el resto de categorías los porcentajes son similares.

En el grupo de las mujeres, en las categorías donde las entrevistadas manifiestan consumir alcohol en mayor o menor medida, las no gitanas suponen un mayor porcentaje, salvo en la categoría "Una o dos veces a la semana" donde el

porcentaje de gitanas es un 4% en comparación con la ausencia de casos en no gitanas. Según los indicios, los gitanos y gitanas participantes dicen consumir menos bebidas alcohólicas que los no gitanos y no gitanas.

## 7. ALIMENTACIÓN.

Según la OMS, en 2014 más de 1900 millones de personas tenían sobrepeso de los que 600 millones eran obesos. Las consecuencias más conocidas de la obesidad son las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y los trastornos del aparato psicomotor. La obesidad, es un problema consecuencia directa, entre otros factores, de una deficiente alimentación rica en alimentos procesados, alimentos hipercalóricos, aumento en el consumo de grasas saturadas y azúcares refinados (OMS, 2015; Márquez-Sandoval et *al.*, 2008).

La dieta mediterránea, por el contrario, es un factor que facilita un buen estado de salud general. La composición dietética ideal para cada persona depende de la edad, sexo, hábitos de vida y el contexto cultural. En el caso de las personas mayores, es de especial importancia que tengan una alimentación sana y adecuada, sobre todo, si padecen enfermedades crónicas (Pinheiro & Atalah, 2005; Ferrante et *al.*, 2011; Gargallo et *al.*, 2012; López, R., et *al.*, 2014).

Un elemento que condiciona todo lo anterior es el tipo, la cantidad y frecuencia en la ingesta de alimentos. La sobreingesta, aunque sea de alimentos saludables, puede ocasionar también problemas de salud al igual que la hipoingesta. La OMS aconseja de manera genérica, limitar la ingesta energética a una cantidad adecuada, aumentar el consumo de frutas y verduras y realizar ejercicio periódicamente (OMS, 2015).

Según la Encuesta de Salud para la Comunidad Gitana del año 2006, la incidencia de la obesidad en gitanos es de un 22,3% de media en comparación con el 15,3% en población general. La obesidad es especialmente prevalente en mujeres gitanas con 26,4%. (Laparra, M. et *al.*, 2011; García, C., 2006).

Teniendo en cuenta lo anterior, se han incluido en el cuestionario seis apartados que sondean: la composición del desayuno, si se practica o no, la frecuencia de determinados tipos de alimentos, si come más de lo que debe y

por qué, y finalmente, si consume alimentos no aconsejados por las enfermedades que padece y por qué.

### DESAYUNO.

Un desayuno equilibrado, es un hábito alimenticio positivo y necesario con amplio respaldo científico, relacionándolo con el rendimiento físico, laboral e intelectual del individuo. Esta práctica saludable, facilita la liberación de insulina y a su vez estimula la síntesis de enzimas intervinientes en la formación de sustancias neurotransmisoras esenciales (Sánchez, A. & Serra, 2000; Martín *et al.*, 2008)

Este ítem de multirrespuesta se presenta de la siguiente forma: En relación a sus hábitos alimentarios ¿Qué suele desayunar habitualmente? Se ofrecen multitud de opciones de respuesta donde se incluyen los alimentos más consumidos generalmente en el desayuno.

La siguiente tabla general, muestra el total de respuestas de gitanos y no gitanos según la composición del desayuno, distribuidas por grupo étnico y sexo-género. De ella se extraerán los conjuntos de datos que tengan una especial relevancia para su análisis pormenorizado.

**TABLA 6.1.1. Número total de casos según la composición del DESAYUNO distribuidos según el grupo étnico y sexo-género.**

DESAYUNO	Hombre		Mujer	
	Gitano	No gitano	Gitana	No gitana
Café	24	26	21	28
Leche	25	37	39	38
Zumo	7	4	4	3
Té	0	0	1	0
Chocolate	0	2	0	0
Yogurt	1	3	1	3
Tostadas	21	25	24	26
Galletas	6	8	14	7
Cereales	5	2	5	9
Bollería	9	5	8	1
Aceite	7	8	10	10
Mantequilla	2	2	7	4
Fruta	5	6	7	7
Huevos	0	1	0	1
Queso	0	1	0	3
Fiambre	2	0	1	1
Otras	7	5	2	2
Nada	3	0	3	0



**Tabla 6.1.2. Porcentaje de casos según la composición del DESAYUNO. Calculados según el grupo étnico.**

DESAYUNO	<b>Gitano N=95</b>	<b>No gitano N=86</b>	DESAYUNO	<b>Gitano N=95</b>	<b>No gitano N=86</b>
<b>Café</b>	47,4	62,7	<b>Bollería</b>	17,9	7
<b>Leche</b>	67,4	87,2	<b>Aceite</b>	17,9	20,9
<b>Zumo</b>	11,6	8,1	<b>Mantequilla</b>	9,5	7
<b>Té</b>	1	0	<b>Fruta</b>	12,6	15,1
<b>Chocolate</b>	0	2,3	<b>Huevos</b>	0	2,3
<b>Yogurt</b>	2,1	7	<b>Queso</b>	0	4,6
<b>Tostadas</b>	47,4	59,3	<b>Fiambre</b>	3,2	1,2
<b>Galletas</b>	21	17,4	<b>Otras</b>	9,5	8,1
<b>Cereales</b>	10,5	12,8	<b>Nada</b>	6,3	0

Como se puede observar en la tabla 6.1.2., los porcentajes más importantes de participantes que incluyen ciertos alimentos en el desayuno, los encontramos bajo las categorías que componen la mayoría de desayunos en España "Café", "Leche" y "Tostadas". Los gitanos son un porcentaje menor que los no gitanos en la ingesta de café (47% vs 62,7%), leche (76,4% vs 87,2%) y tostadas (47,4% vs 59,3%). Los gitanos suponen también un porcentaje inferior al de no gitanos en consumo de chocolate (0% vs 2,3%), yogurt (2,1% vs 7%), cereales (10,5% vs 12,8%), aceite (17,9% vs 20,9%), fruta (12,6 vs 15,1%), huevos (0% vs 3,3%) y queso (0% vs 4,6%). Por el contrario el porcentaje de gitanos es superior en el consumo de zumo (11,6% vs 8,1), té (1% vs 0%), galletas (21% vs 17,4%), bollería (17,9% vs 7%), mantequilla (9,5% vs 7%), fiambre (3,2% vs 1,2%) y otros alimentos (9,5% vs 8,1%).

A continuación, se muestra una tabla que refleja los porcentajes de alimentos incluidos en el desayuno según sexo-género y grupo étnico.

**Tabla 6.1.3. Porcentaje de casos según la composición del DESAYUNO. Calculados según el grupo sexo-género y grupo étnico.**

DESAYUNO	Gitano N=45	No gitano N=44	Gitana N=50	No gitana N=42
Café	53,3	56,8	42	66,7
Leche	55,5	84,1	78	90,5
Zumo	15,5	9,1	8	7,1
Te	0	0	2	0
Chocolate	0	4,5	0	0
Yogurt	2,2	6,8	2	7,1
Tostadas	46,7	55,5	48	61,9
Galletas	13,3	18,2	28	16,7
Cereales	11,1	4,5	10	21,4
Bollería	20	11,4	16	2,4
Aceite	15,5	18,2	20	23,8
Mantequilla	4,4	4,5	14	9,5
Fruta	11,1	13,6	14	16,7
Huevos	0	2,3	0	2,4
Queso	0	2,3	0	7,1
Fiambre	4,4	0	2	2,4
Otras	15,5	11,4	4	4,8
Nada	6,7	0	6	0

Como se puede observar en la tabla 6.1.3, en el grupo de los hombres con referencia a los alimentos consumidos en el desayuno, el porcentaje de gitanos es inferior al de no gitanos en el consumo de café (53,3% vs 56,8%), leche (55,5% vs 84,1%), tostadas (46,7% vs 55,5%), chocolate (0% vs 4,5%), yogurt (2,2% vs 6,8%), galletas (13,3% vs 18,2%), aceite (15,5% vs 18,2%), mantequilla (4,4% vs 4,5%), fruta (11,1% vs 13,6%), huevos (0% vs 2,3%) y queso (0% vs 2,3%). Por el contrario el porcentaje de gitanos es superior al de no gitanos en el consumo de zumo (15,5% vs 9,1%), bollería (20% vs 11,4%), fiambre (4,4% vs 0%) y otros productos (15,5 vs 11,4%). Las diferencias más reveladoras están relacionadas con el consumo de leche, donde el porcentaje de gitanos (55,5%) es más de 28 puntos porcentuales inferior al de no gitanos (84,1%), esto es, más del 50% menos en gitanos que en no gitanos; también en el consumo de bollería el porcentaje de gitanos (20%) es más de 8 puntos y medio porcentuales superior al de no gitanos (11,4), esto es casi 2 veces más en gitanos que en no gitanos. Finalmente señalar que el porcentaje de hombres gitanos que dicen no desayunar es el 6,7% frente a la ausencia de esta categoría en los no gitanos.

En el caso de las mujeres participantes, en lo referente a los alimentos consumidos en el desayuno, el porcentaje de mujeres gitanas es inferior al de no gitanas en el consumo de café (42% vs 66,7%), leche (78% vs 90,5%), tostadas (48% vs 61,9%), yogurt (2% vs 7,1%), cereales (10% vs 21,4%), aceite (20% vs 23,8%), fruta

(14% vs 16,7%), huevos (0% vs 2,4%) y queso (0% vs 7,1%), fiambre (2% vs 2,4%) y otros productos (4% vs 4,8%). Por el contrario el porcentaje de mujeres gitanas es superior al de no gitanas en el consumo de zumo (8% vs 7,1%), té (2% vs 0%), galletas (28% vs 16,7%), (bollería (16% vs 2,4%) y mantequilla (14% vs 9,5%). Las diferencias más reveladoras están relacionadas con el consumo de cereales donde el porcentaje de mujeres no gitanas (21,4%) es más de 11 puntos porcentuales superior al de gitanas (10%), esto es más de 2 veces más en gitanas que en no gitanas; también en el consumo de bollería el porcentaje de gitanas (16%) es más de 13 puntos y medio porcentuales superior al de no gitanas (2,4%), esto es más de 7 veces más en gitanas que en no gitanas. Finalmente señalar que el porcentaje de mujeres gitanas que dicen no desayunar es el 6% mientras que en las no gitanas no tienen representación.

#### **FRECUENCIA EN EL CONSUMO SEMANAL DE LOS PRINCIPALES ALIMENTOS.**

Según la pirámide de alimentación saludable propuesta por el MSC (Ministerio de Sanidad y Consumo), la frecuencia de consumo de los principales grupos de alimentos se distribuye como sigue: Fruta fresca diariamente, carne y pescado 3-5 veces por semana, huevos 3-5 unidades por semana, pasta, patatas y cereales a diario, verduras y hortalizas a diario, legumbres 3-5 veces por semana, embutidos y fiambres máximo 2-3 veces por semana y dulces menos de 2 veces por semana. A continuación, se van a exponer los datos correspondientes al consumo semanal de ciertos grupos esenciales de alimentos que manifiestan los entrevistados (Cervera, Clapés & Rigolfas, 2004).

El ítem se presenta de la siguiente forma: En relación a sus hábitos alimentarios ¿Con qué frecuencia come los siguientes alimentos? Para cada uno de los grupos de alimentos propuestos, se ofrecen cinco opciones de respuesta: "A diario" "Más de tres veces a la semana", "Una o dos veces a la semana", "Menos de una vez a la semana" y "Nunca o casi nunca".

La siguiente tabla general, muestra el total de respuestas de gitanos y no gitanos según la frecuencia de consumo de los alimentos propuestos, distribuidas por grupo étnico y sexo-género. De ella se extraerán los conjuntos de datos que tengan una especial relevancia para su análisis pormenorizado.

**TABLA 6.2.1. Número total de casos según la frecuencia de CONSUMO DE LOS PRINCIPALES GRUPOS DE ALIMENTOS, organizados por grupo étnico y sexo-género.**

		A diario	Más de tres veces en semana	Una o dos veces en semana	Menos de una vez en semana	Nunca o casi nunca
Fruta	<b>Gitano</b>	29	10	3	2	1
	No gitano	40	2	2	0	0
	<b>Gitana</b>	29	17	3	0	1
	No gitana	37	3	2	0	0
Carne	<b>Gitano</b>	5	9	22	8	1
	No gitano	0	10	21	11	2
	<b>Gitana</b>	2	12	16	14	6
	No gitana	3	8	20	9	2
Pescado	<b>Gitano</b>	1	10	15	14	5
	No gitano	1	9	25	8	1
	<b>Gitana</b>	1	8	26	11	4
	No gitana	0	18	11	11	2
Huevos	<b>Gitano</b>	0	7	18	12	8
	No gitano	0	3	17	22	2
	<b>Gitana</b>	0	2	17	18	13
	No gitana	0	2	17	18	5
Pasta, arroz, patatas, pan	<b>Gitano</b>	29	13	2	0	1
	No gitano	22	19	3	0	0
	<b>Gitana</b>	31	15	3	1	0
	No gitana	21	15	5	0	1
Verduras hortalizas	<b>Gitano</b>	18	21	1	3	2
	No gitano	25	12	6	0	1
	<b>Gitana</b>	24	19	6	1	0
	No gitana	25	12	3	2	0
Legumbres	<b>Gitano</b>	15	22	7	0	1
	No gitano	20	9	13	2	0
	<b>Gitana</b>	21	18	9	0	2
	No gitana	24	10	7	1	0
Embutidos y fiambres	<b>Gitano</b>	3	12	9	9	12
	No gitano	0	5	10	10	19
	<b>Gitana</b>	2	4	9	15	20
	No gitana	0	5	13	8	16
Dulces	<b>Gitano</b>	4	6	9	9	17
	No gitano	1	1	7	9	26
	<b>Gitana</b>	5	6	6	14	19
	No gitana	1	2	5	13	21

**Tabla 6.2.2. Porcentaje de casos de participantes gitanos y no gitanos, según la frecuencia de CONSUMO DE LOS PRINCIPALES GRUPOS DE ALIMENTOS en la semana, distribuidos por grupo étnico. Calculados sobre el total del propio grupo étnico.**

Gitanos N=95 No gitanos N=86		A diario	Más de tres veces en semana	Una o dos veces en semana	Menos de una vez en semana	Nunca o casi nunca
Fruta Fresca	<b>Gitano</b>	61	28,4	6,3	2,1	2,1
	No gitano	89,5	5,8	4,6	0	0
Carne	<b>Gitano</b>	7,4	22,1	40	23,2	7,4
	No gitano	3,5	20,9	47,7	23,3	4,6
Pescado	<b>Gitano</b>	2,1	18,9	43,2	26,3	9,5
	No gitano	1,2	31,4	41,9	22,1	3,5
Huevos	<b>Gitano</b>	0	9,5	36,8	31,6	22,1
	No gitano	0	5,8	39,5	46,5	8,1
Pasta, patatas, cereales	<b>Gitano</b>	63,2	29,5	5,3	1	1
	No gitano	50	39,5	9,3	0	1,2
Verduras y hortalizas	<b>Gitano</b>	44,2	42,1	7,4	4,2	2,1
	No gitano	58,1	27,9	10,5	2,3	1,2
Legumbres	<b>Gitano</b>	37,9	42,1	16,8	0	3,2
	No gitano	51,2	22,1	23,3	3,5	0
Embutidos y fiambres	<b>Gitano</b>	5,3	16,8	18,9	25,3	33,7
	No gitano	0	11,6	26,7	20,9	40,7
Dulces	<b>Gitano</b>	9,5	12,6	15,8	24,2	37,9
	No gitano	2,3	3,5	13,9	25,6	54,6

En la exposición de resultados relacionados con el consumo semanal de ciertos grupos esenciales de alimentos por parte de los participantes gitanos y no gitanos, se resaltarán los porcentajes más reveladores de cada una de las categorías.

Como se puede observar en la tabla 6.6.2, bajo la categoría "Fruta fresca" consumida "A diario", el porcentaje de gitanos (61%) es 28 puntos y medio porcentuales inferior al no de gitanos (89,5%), esto es, casi un 50% menos en gitanos que en no gitanos. Es muy llamativo que hasta un 4,2% de los gitanos encuestados dice tomar menos de una vez a la semana fruta fresca, en comparación con la ausencia de casos en no gitanos. Bajo la categoría "Carne" "A diario" el porcentaje en gitanos (7,4%), es casi 4 puntos porcentuales superior al de no gitanos (3,5%), esto es, más de 2 veces más en gitanos que en no gitanos. Bajo la etiqueta "Pescado" consumido "Más de tres veces en semana", el porcentaje de gitanos (18,9%), es 12 puntos y medio porcentuales inferior al de no gitanos (31,4%), esto es, más de un 65% menos en gitanos que en no gitanos. Bajo la etiqueta "Huevos" consumidos "Más de tres en semana",

el porcentaje de gitanos (9,5%) es más de 3 puntos y medio porcentuales superior al de no gitanos (5,8%), esto es, casi un 65% más en gitanos que en no gitanos. Bajo la etiqueta "Pasta, patatas, cereales" consumidos "A diario", el porcentaje de gitanos (63,2%) supera en más de 13 puntos porcentuales al de no gitanos (50%), esto es, más de un 25% más en gitanos que en no gitanos . Bajo la categoría "Verduras y hortalizas" consumidas "A diario" el porcentaje de gitanos (44,2%), es casi 14 puntos porcentuales inferior al de no gitanos (58,1%), esto es, más de un 30% menos en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Legumbres" "Más de tres veces en semana", el porcentaje de gitanos (42,1%) es 20 puntos porcentuales superior al de no gitanos (22,1%), esto es, casi 2 veces más en gitanos que en no gitanos. Bajo la etiqueta "Embutidos y fiambres" si sumamos los porcentajes incluidos en el apartado "A diario" y "Mas de tres veces en semana", el porcentaje en gitanos (22,1%), es 10 puntos y medio porcentuales superior al de no gitanos (11,6%), esto es, casi 2 veces más en gitanos que en no gitanos. Bajo la etiqueta "Dulces" si sumamos los porcentajes incluidos en el apartado "A diario" y "Mas de tres veces en semana", el porcentaje en gitanos (22,1%), más de 16 puntos y porcentuales superior al de no gitanos (5,8%), esto es, casi 4 veces más en gitanos que en no gitanos

A continuación, analizaremos los porcentajes correspondientes al consumo semanal de los principales grupos de alimentos, distribuidos por grupo étnico y sexo-género.

**Tabla 6.2.3. Porcentaje de casos de hombres gitanos y no gitanos, según la frecuencia de CONSUMO DE LOS PRINCIPALES GRUPOS DE ALIMENTOS, distribuidos por grupo étnico. Calculados sobre el total del propio grupo HOMBRES.**

Gitanos N=45 No gitanos N=44		A diario	Más de tres veces en semana	Una o dos veces en semana	Menos de una vez en semana	Nunca o casi nunca
Fruta Fresca	Gitano	64,4	22,2	6,7	4,4	2,2
	No gitano	90,9	4,5	4,5	0	0
Carne	Gitano	11,1	20	48,9	17,8	2,2
	No gitano	0	22,7	47,7	25	4,5
Pescado	Gitano	2,2	22,2	33,3	31,1	11,1
	No gitano	2,3	20,4	55,5	18,2	2,3
Huevos	Gitano	0	15,5	40	26,7	17,8
	No gitano	0	6,8	38,6	50	4,5
Pasta, patatas, cereales	Gitano	64,4	28,9	4,4	0	2,2
	No gitano	50	43,2	6,8	0	0
Verduras y hortalizas	Gitano	40	46,7	2,2	6,7	4,4
	No gitano	55,5	27,3	13,6	0	2,3
Legumbres	Gitano	33,3	48,9	15,5	0	2,2
	No gitano	45,4	20,4	29,5	4,5	0
Embutidos y fiambres	Gitano	6,7	26,7	20	20	26,7
	No gitano	0	11,4	22,7	22,7	43,2
Dulces	Gitano	8,9	13,3	20	20	37,8
	No gitano	2,3	2,3	15,9	20,4	56,8

Como podemos observar en la tabla 6.2.3, bajo la categoría "Fruta fresca" consumida "A diario" el porcentaje de gitanos (64,4%), es 26 puntos y medio porcentuales inferior al de no gitanos (90,9%), esto es, un 40% menos en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Carne" consumida "A diario", el porcentaje de gitanos es 11,1% sin representación de no gitanos. Bajo la etiqueta "Pescado" consumido "Una o dos veces en semana" el porcentaje de gitanos (33,3%) es más de 22 puntos porcentuales inferior al de no gitanos (55,5%), esto es, casi un 70% menos en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Huevos" consumidos "Más de tres veces en semana", el porcentaje de gitanos (15,5%), es más de 8 puntos y medio porcentuales superior al de no gitanos (6,8%), esto es, más de 2 veces más en gitanos que en no gitanos. Bajo la etiqueta "Pasta, patatas, cereales" consumidos "A diario" el porcentaje de gitanos (64,4%), es casi 14 puntos y medio porcentuales superior al de no gitanos (50%), esto es, casi un 30% más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Verduras y hortalizas" consumidas "A diario" el porcentaje de gitanos (40%), es 15 puntos y medio porcentuales inferior al de no gitanos

(55,5%), esto es, más de un 35% menos en gitanos que en no gitanos. Bajo la etiqueta "Legumbres" consumidas "A diario" el porcentaje de gitanos (33,3%), es más de 12 puntos porcentuales inferior al de no gitanos (45,4%), esto es, más de un 35% menos en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Embutidos y fiambre" consumidos "A diario" y "Más de tres veces en semana" el porcentaje de gitanos (33,4%), es 22 puntos porcentuales superior al de hombres no gitanos (11,4), esto es, casi 3 veces más en gitanos que en no gitanos. Finalmente, bajo la categoría "Dulces" consumidos "A diario" y "Más de tres veces en semana" el porcentaje de gitanos (22,2%) es más de 17 puntos y medio porcentuales superior al de no gitanos (4,6%), esto es, casi 5 veces más en gitanos que en no gitanos.

A continuación, analizaremos los porcentajes correspondientes al consumo semanal de los principales grupos de alimentos, distribuidos por grupo étnico y sexo-género.

**Tabla 6.2.4. Porcentaje de casos de mujeres gitanas y no gitanas, según la frecuencia de CONSUMO DE LOS PRINCIPALES GRUPOS DE ALIMENTOS, distribuidos por grupo étnico. Calculados sobre el total del propio grupo de MUJERES.**

Gitanas N=50 No gitanas N=42		A diario	Más de tres veces en semana	Una o dos veces en semana	Menos de una vez en semana	Nunca o casi nunca
Fruta Fresca	Gitana	58	34	6	0	2
	No gitana	88,1	7,1	4,8	0	0
Carne	Gitana	4	24	32	28	12
	No gitana	7,1	19	47,6	21,4	4,8
Pescado	Gitana	2	16	52	22	8
	No gitana	0	42,9	26,2	26,2	4,8
Huevos	Gitana	0	4	34	36	26
	No gitana	0	4,8	40,5	42,9	11,9
Pasta, patatas, cereales	Gitana	62	30	6	2	0
	No gitana	50	35,7	11,9	0	2,4
Verduras y hortalizas	Gitana	48	38	12	2	0
	No gitana	59,5	28,6	7,1	4,8	0
Legumbres	Gitana	42	36	18	0	4
	No gitana	57,1	23,8	16,7	2,4	0
Embutidos y fiambres	Gitana	4	8	18	30	40
	No gitana	0	11,9	30,9	19	38,1
Dulces	Gitana	10	12	12	28	38
	No gitana	2,4	4,8	11,9	30,9	50



En la exposición de los resultados relacionados con el consumo semanal de ciertos grupos esenciales de alimentos por parte de las mujeres gitanas y no gitanas participantes, resaltaremos los porcentajes más reveladores de cada una de las categorías. Como podemos observar en la tabla 3, bajo la categoría "Fruta fresca" consumida "A diario" el porcentaje de gitanas (58%) es 30 puntos porcentuales inferior al porcentaje de no gitanas (88,1%), esto es, más del 50% menos en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "Carne" consumida "A diario" y "Más de tres veces en semana" el porcentaje de gitanas (28%) es casi 2 puntos porcentuales superior al de no gitanas (26,1%), esto es, más de un 7% más en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "Pescado" consumido "Más de tres veces en semana" el porcentaje de gitanas (16%) es casi 27 puntos porcentuales inferior al de no gitanas (42,9%), esto es, más de 2 veces y media menos gitanas que no gitanas. Bajo la categoría "Huevos" consumidos "Una o dos veces en semana" el porcentaje de gitanas (34%) es 6 puntos y medio porcentuales inferior al de no gitanas (40,5%), esto es, casi un 20% menos en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "Pasta, patatas, cereales" consumidos "A diario" el porcentaje de gitanas (62%), es 12 puntos porcentuales superior al de no gitanas (50%), esto es, casi un 25% más en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "Verduras y hortalizas" consumidas "A diario" el porcentaje de gitanas (48%), es 11 puntos y medio porcentuales inferior al de no gitanas (59,5%), esto es, casi un 25% menos en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "Legumbres" consumidas "A diario" el porcentaje de gitanas (42%) es más de 15 puntos porcentuales inferior al de no gitanas (57,1%), esto es, más de un 35% menos en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "Embutidos y fiambre" consumidos "A diario" y "Más de tres veces en semana" el porcentaje de gitanas y no gitanas es similar (12% vs 11,9%). Finalmente, bajo la categoría "Dulces" consumidos "A diario" y "Más de tres veces en semana" el porcentaje de gitanas (22%) es casi 15 puntos porcentuales superior al de no gitanas (7,2%), esto es, más de 3 veces más en gitanas que en no gitanas.

### ¿CREE QUE COME MÁS DE LO QUE DEBE? Y ¿POR QUÉ?

En este sub-apartado, analizaremos en primer lugar las respuestas de los encuestados a la cuestión: ¿Cree que come más de lo que debe? Es un ítem de respuesta dicotómica. En la siguiente tabla, se reflejan el total de respuestas según el grupo étnico y sexo-género respecto a la cuestión planteada. De ella se extraerán los datos necesarios para un análisis pormenorizado.

**TABLA 6.3.1. Número total de respuestas de gitanos y no gitanos a la cuestión ¿Cree que come más de lo que debe? Organizados según el grupo étnico y sexo-género.**

	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>NTotal</b>
<b>Gitano</b>	17	28	45
<b>No gitano</b>	11	33	44
<b>Gitana</b>	21	29	50
<b>No gitana</b>	8	34	42

**TABLA 6.3.2. Porcentajes de respuestas de gitanos y no gitanos a la cuestión ¿Cree que come más de lo que debe? Calculados según el grupo étnico.**

	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>NTotal</b>
<b>Gitano</b>	40	60	95
<b>No gitano</b>	22,1	77,9	86

Como se puede observar en la tabla 6.3.2., las respuestas de los participantes que contestan "Sí" a ¿Cree que come más de lo que debe? se distribuyen de la siguiente forma. El porcentaje de gitanos (40%), es casi 18 puntos porcentuales superior al de no gitanos (22,1%), esto es, un 81% más en gitanos que en no gitanos. A continuación se muestra una tabla que recoge los porcentajes de los participantes distribuidos según el grupo étnico y sexo-género.

**TABLA 6.3.3. Porcentaje total de respuestas de gitanos y no gitanos a la cuestión ¿Cree que come más de lo que debe? Calculados según el grupo étnico y sexo-género.**

	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>NTotal</b>
<b>Gitano</b>	37,8	62,2	45
<b>No gitano</b>	25	75	44
<b>Gitana</b>	42	58	50
<b>No gitana</b>	19	80,9	42

Como se puede observar en la tabla 6.3.3., en el grupo de los hombres, el porcentaje de gitanos que manifiestan "Sí" comer más de lo que deben (37,8%), es casi 13 puntos porcentuales superior al de no gitanos (25%), esto es, más de un 50% más en gitanos que en no gitanos. En el grupo de las mujeres, el porcentaje de gitanas que dicen "Sí" comer más de lo que deben (42%), es 23 puntos porcentuales superior al de no gitanas (19%), esto es, más de 2 veces más en gitanas que en no gitanas.

A continuación, se expondrán las razones más comunes que manifiestan los participantes que dicen "Sí" comer más de lo que deben. Es un ítem de respuesta abierta y se han clasificado según las cuatro categorías más frecuentes.

**TABLA 6.3.4. Porcentaje de casos según la respuesta a ¿Por qué come más de lo que debe? Calculados según el número total de casos afirmativos, grupo étnico y sexo-género.**

	Me gusta mucho comer	Por ansiedad	Porque lo hago solo de vez en cuando	Por costumbre	Porque tengo hambre	NCasos
<b>Gitano</b>	18,9	6,3	1	0	11,6	<b>95</b>
<b>No gitano</b>	8,1	4,6	4,6	3,5	3,5	<b>86</b>

Según la tabla 6.3.4., bajo la categoría "Me gusta mucho comer", el porcentaje de gitanos (18,9%), es casi 11 puntos porcentuales superior al de no gitanos (8,1%), esto es, más de 2 veces más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Por ansiedad" el porcentaje de gitanos (6,3%), es más de 1 punto y medio porcentual superior al de no gitanos (4,6%), esto es, más de un 35% más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Porque solo lo hago de vez en cuando", el porcentaje de gitanos (1%), es más de 3 puntos y medio porcentuales inferior al de no gitanos (4,6%), esto es, más de 4 veces y media menos en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Por costumbre" el porcentaje de no gitanos es 3,5% en ausencia de casos de gitanos. Bajo la categoría "Porque tengo hambre" el porcentaje de gitanos (11,6%) es más de 8 puntos porcentuales superior al de no gitanos (3,5%), esto es, más de 3 veces más en gitanos que en no gitanos.

**TABLA 6.3.5. Porcentaje de casos según la respuesta a ¿Por qué come más de lo que debe? Calculados según el número total de casos afirmativos, grupo étnico y sexo-género.**

	Me gusta mucho comer	Por ansiedad	Porque lo hago solo de vez en cuando	Por costumbre	Porque tengo hambre	NCasos
<b>Gitano</b>	22,2	2,2	0	0	11,1	<b>45</b>
<b>No gitano</b>	6,8	4,5	6,8	4,5	6,8	<b>44</b>
<b>Gitana</b>	18	10	2	0	12	<b>50</b>
<b>No gitana</b>	9,5	4,8	2,4	2,4	0	<b>42</b>

Como se puede observar en la tabla 6.3.5., se van a resaltar los porcentajes más extremos en cada grupo. En el grupo de gitanos sobresale la razón "Me gusta mucho comer" (22,2%), en el grupo de no gitanos "Me gusta mucho comer" (6,8%) y "Por ansiedad" (6,8%), el grupo de las gitanas y no gitanas "Me gusta mucho comer" (18% vs 9,5%).

**¿CREE QUE COME ALIMENTOS QUE NO DEBE POR SU ESTADO DE SALUD? ¿POR QUÉ?**

En este sub-apartado, en primer lugar, analizaremos las respuestas de los encuestados a la cuestión: ¿Cree que come alimentos que no debe por su estado de salud? Es un ítem de respuesta dicotómica.

En la siguiente tabla, se reflejan el total de respuestas respecto a la cuestión propuesta según el grupo étnico y sexo-género de donde se extraerán los datos para su análisis pormenorizado.

**TABLA 6.4.1. Total de respuestas de gitanos y no gitanos a la cuestión ¿Cree que come alimentos que no debe por su estado de salud? Calculados según el grupo étnico y sexo-género.**

	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>NTotal</b>
<b>Gitano</b>	20	25	<b>45</b>
<b>No gitano</b>	12	32	<b>44</b>
<b>Gitana</b>	24	26	<b>50</b>
<b>No gitana</b>	14	28	<b>42</b>

**TABLA 6.4.2. Porcentaje total de respuestas de gitanos y no gitanos a la cuestión ¿Cree que come alimentos que no debe por su estado de salud? Calculados según el grupo étnico.**

	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>NTotal</b>
<b>Gitano</b>	46,3	53,7	<b>95</b>
<b>No gitano</b>	30,2	69,8	<b>86</b>

Como se puede observar en la tabla 6.4.2., las respuestas de los participantes que contestan "Sí" a ¿Cree que come alimentos que no debe por su estado de salud?, se distribuyen de la siguiente forma. El porcentaje de gitanos (46,3%), es más de 16 puntos y medio porcentuales superior al de no gitanos (30,2%), esto es, casi un 55% más en gitanos que en no gitanos.

A continuación, se muestra una tabla que recoge los porcentajes de los participantes distribuidos según el grupo étnico y sexo-género.

**TABLA 6.4.3. Porcentaje total de respuestas de gitanos y no gitanos a la cuestión ¿Cree que come alimentos que no debe por su estado de salud? Calculados según el grupo étnico y sexo-género.**

	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>NTotal</b>
<b>Gitano</b>	44,4	55,5	<b>45</b>
<b>No gitano</b>	27,3	72,7	<b>44</b>
<b>Gitana</b>	48	52	<b>50</b>
<b>No gitana</b>	33,3	66,7	<b>42</b>

Como se puede observar en la tabla 6.4.3., en el grupo de los hombres, el porcentaje de gitanos que manifiestan "Sí" comer alimentos que no deben (44,4%), es más de 17 puntos porcentuales superior al de no gitanos (27,3%), esto es, más de un 60% más en gitanos que en no gitanos. En el grupo de las mujeres, el porcentaje de gitanas que dicen "Sí" comer alimentos que no deben (48%), es 23 puntos porcentuales superior al de no gitanas (33,3%), esto es, casi un 45% más en gitanas que en no gitanas.

A continuación, se podrán observar las razones más comunes que manifiestan los participantes que dicen comer alimentos que no deben por su estado de salud. Es un ítem de respuesta abierta y se han clasificado las respuestas según las más frecuentes.

**TABLA 6.4.4. Porcentaje de casos según la respuesta a ¿Por qué come alimentos que no que debe? Calculados según grupo étnico y sexo-género.**

	Me gusta mucho comer	Por ansiedad	Porque lo hago solo de vez en cuando	Por costumbre	Porque tengo hambre	NCasos
<b>Gitano</b>	17,9	8,4	7,4	0	4,2	<b>95</b>
<b>No gitano</b>	5,8	9,3	9,3	3,5	2,3	<b>86</b>

Como se puede observar en la tabla 6.4.4., bajo la categoría "Me gusta mucho comer" el porcentaje de gitanos (17,9%), es más de 12 puntos porcentuales superior al de no gitanos (5,8%), esto es, más de 3 veces más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Por ansiedad" el porcentaje de gitanos (8,4%) es casi 1 punto porcentual inferior al de no gitanos (9,3%), esto es, más de un 10% inferior en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Porque solo lo hago de vez en cuando", el porcentaje de gitanos (7,4%) es casi 2 puntos porcentuales inferior al de no gitanos (9,3%), esto es, más de un 25% inferior en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "Por costumbre" el porcentaje de no gitanos es 3,5% en ausencia de casos de gitanos. Bajo la categoría "Porque tengo hambre", el porcentaje de gitanos (4,2%) es casi 2 puntos porcentuales superior al de no gitanos (2,3%), esto es, más de un 80% más en gitanos que en no gitanos.

A continuación, se muestra una tabla que recoge los porcentajes de los participantes distribuidos según el grupo étnico y sexo-género.

**TABLA 6.4.4. Porcentaje de casos según la respuesta a ¿Por qué come alimentos que no que debe? Calculados según grupo étnico y sexo-género.**

	Me gusta mucho comer	Por ansiedad	Porque lo hago solo de vez en cuando	Por costumbre	Porque tengo hambre	NCasos
<b>Gitano</b>	22,2	4,4	8,9	0	4,4	<b>45</b>
<b>No gitano</b>	6,8	4,5	6,8	4,5	0	<b>44</b>
<b>Gitana</b>	14	12	6	0	4	<b>50</b>
<b>No gitana</b>	4,8	14,3	11,9	2,4	0	<b>42</b>

Como se puede observar en la tabla 6.4.4. se van a resaltar los porcentajes más extremos en cada grupo. En el grupo de gitanos sobresale la razón "Me gusta mucho comer" (22,2%), en el grupo de no gitanos "Me gusta mucho comer" (6,8%) y "Porque lo hago solo de vez en cuando" (6,8%), el grupo de las gitanas "Me gusta mucho comer" (14%) y en no gitanas "Por ansiedad" (14,3%).

## 8. GRADO DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA.

La satisfacción, es la valoración que construye la persona que incluye factores de naturaleza perceptiva, psicológica y social teniendo en cuenta la calidad de vida, expectativas, aspiraciones y objetivos conseguidos. El grado de satisfacción con la vida es un concepto multidimensional, con aspectos subjetivos y objetivos de tipo social y cultural, que influye directamente en todos los procesos psicológicos, sociales y biológicos del individuo (Meléndez, et *al.* 2009; Díaz & Alvarado, 2007). Si el grado de satisfacción vital es alto, generalmente, guarda relación positiva con todos los procesos funcionales y psicológicos de la persona. Entre los factores que influyen en el grado de satisfacción se podrían mencionar el nivel socioeconómico, la edad, el sexo, el estado de salud y ciertos rasgos de personalidad. Según algunos autores, el nivel de satisfacción es inversamente proporcional a la edad (Carrión et *al.*, 2000; Puig et *al.*, 2011). La satisfacción global de la población española en 2013 fue de 6,9 puntos en una escala de cero a diez (INE, 2014).

En este apartado, se va a sondear el grado de satisfacción vital de los participantes. El ítem se presenta de la siguiente forma: "En general podría decirse que estoy satisfecho con mi vida". Se ofrecen 3 alternativas de respuesta que son las siguientes: "Sí, en general podría decirse que estoy satisfecho con mi vida", "No tanto como me gustaría" y "No. Me siento desdichado generalmente".

A continuación, se muestra la tabla correspondiente al número total de casos según el grado de satisfacción, clasificados por grupo étnico, sexo-género y grupo de edad de la que se extraerán los datos necesarios para su análisis pormenorizado.

**TABLA 8.1. Número total de casos de gitanos y no gitanos según el grado de satisfacción vital, clasificados según grupo étnico, sexo-género y grupo de edad.**

Satisfacción Vital		Sí, a nivel general	No tanto como me gustaría	No. Me siento desdichado normalmente
De 55 a 65 años N= 82	Gitano	10	9	2
	No gitano	15	3	2
	Gitana	10	7	4
	No gitana	10	10	0
De 66 a 75 años N=49	Gitano	5	6	
	No gitano	10	1	
	Gitana	6	8	2
	No gitana	8	3	0
76 años y más N=50	Gitano	7	4	2
	No gitano	8	5	0
	Gitana	4	4	5
	No gitana	5	3	3

**TABLA 8.2. Total de porcentajes de respuestas de gitanos y no gitanos según el grado de SATISFACCIÓN con su vida. Calculados según el grupo étnico.**

	Sí, a nivel general	No tanto como me gustaría	No. Me siento desdichado normalmente	NTotal
<b>Gitanos</b>	44,2	40	15,8	95
<b>No gitanos</b>	65,1	28,1	5,8	86

Como se puede observar en la tabla 8.2., según las respuestas de los participantes relacionadas con el grado de satisfacción vital, los mayores porcentajes se encuentran bajo la categoría "Sí, a nivel general", donde el porcentaje de gitanos (44,2%), es casi 21 puntos y medio porcentuales inferior al de no gitanos (65,1%), esto es, casi un 50% menos en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "No tanto como me gustaría", el porcentaje de gitanos (40%), es casi 12 puntos porcentuales más que en no gitanos (28,1%), esto es, más de un 40% más en gitanos que en no gitanos. Finalmente bajo la categoría "No. Me siento desdichado normalmente", el porcentaje en gitanos (15,8%), es 10 puntos porcentuales más que en no gitanos (5,8%), esto es, más de 2 veces y media más en gitanos que en no gitanos.

A continuación, se muestra una tabla correspondiente a los porcentajes de respuestas de gitanos y no gitanos, según el grado de satisfacción con su vida según el propio grupo étnico y sexo-género.



**TABLA 8.3. Porcentajes de respuestas de gitanos y no gitanos según el grado de SATISFACCIÓN con su vida. Calculados según el propio grupo étnico y sexo-género.**

Satisfacción vital	Sí, a nivel general	No tanto como me gustaría	No. Me siento desdichado normalmente	NTotal
<b>Gitano</b>	48,9	42,2	8,9	<b>45</b>
<b>No gitano</b>	75	20,4	4,5	<b>44</b>
<b>Gitana</b>	40	38	22	<b>50</b>
<b>No gitana</b>	54,8	38,1	7,1	<b>42</b>

Como se puede observar en la tabla 8.3., según las respuestas de los entrevistados respecto al grado de satisfacción vital, en el grupo de los hombres bajo la categoría "Sí, a nivel general", el porcentaje de gitanos (48,9%), es más de 26 puntos porcentuales inferior al de no gitanos (75%), esto es, más de un 50% menos en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "No tanto como me gustaría" el de gitanos (42,2%), es más de 21 puntos y medio superior al de no gitanos (20,4%), esto es, más de 2 veces más en gitanos que en no gitanos. Bajo la categoría "No. Me siento desdichado normalmente", el porcentaje de gitanos (8,9%), es casi 4 puntos y medio superior al de no gitanos (4,5%), esto es, casi 2 veces más en gitanos que en no gitanos.

Respecto al grupo de mujeres, bajo la categoría "Sí, a nivel general", el porcentaje de gitanas (40%), es casi 15 puntos porcentuales inferior al de no gitanas (54,8%), esto es, más de un 35% menos en gitanas que en no gitanas. Bajo la categoría "No tanto como me gustaría" el porcentaje de gitanas y no gitanas es similar (38% vs 38,1%). Bajo la categoría "No. Me siento desdichado normalmente", el porcentaje de gitanas (22%), es casi 13 puntos superior al de no gitanas (7,1%), esto es, más de 3 veces más en gitanas que en no gitanas.

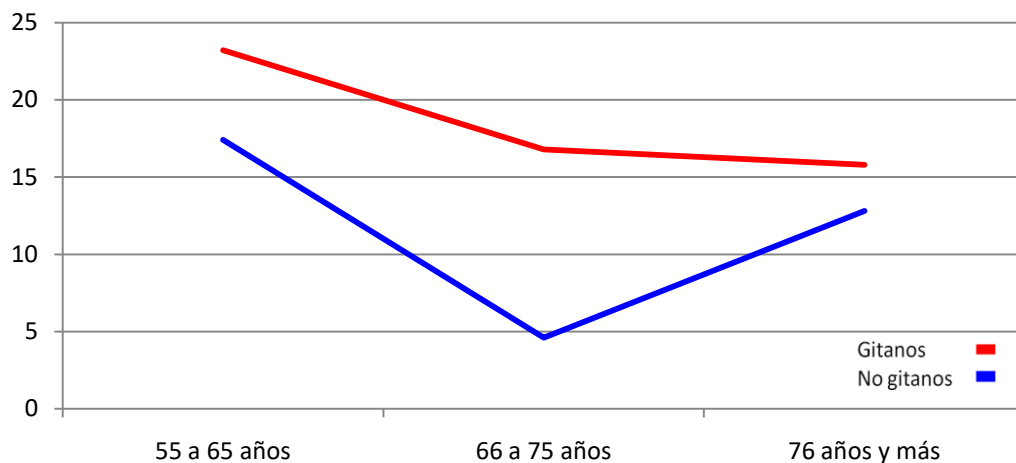
A continuación, veamos una tabla y gráfico que refleja la progresión del sentimiento de satisfacción según los grupos de edad de gitanos y no gitanos.

**TABLA 8.4. Porcentajes de participantes según el grado de SATISFACCIÓN, "No tanto como me gustaría" y "Me siento desdichado normalmente" por grupos de edad. Calculados sobre el total de personas del mismo grupo étnico y grupo de edad.**

	55 a 65 años	66 a 75 años	76 años y más	NTotal
<b>Gitanos</b>	23,2	16,8	15,8	<b>95</b>
<b>No gitanos</b>	17,4	4,6	12,8	<b>86</b>

Como puede apreciarse en la tabla 8.4., en el grupo de edad "55 a 65 años", el porcentaje de gitanos (23,2%), es casi 6 puntos porcentuales superior al de no gitanos (17,4%), esto es, casi el 35% más en gitanos que en no gitanos. Bajo el grupo de edad "66 a 75 años" el porcentaje de gitanos (16,8%), es más de 12 puntos porcentuales superior al de no gitanos (4,6%), esto es, más de 3 veces y media más en gitanos que en no gitanos. Bajo el grupo de edad "76 años y más" el porcentaje de gitanos (15,8%), es 3 puntos porcentuales superior al de no gitanos (12,8%), esto es, casi un 25% más en gitanos que en no gitanos.

**Gráfico 1. tabla 8.4. Satisfacción vital negativa o muy negativa.**



Como se puede ver en la tabla 8.4. y el gráfico 1., según las respuestas de los entrevistados, en gitanos, hay mayores porcentajes de participantes con satisfacción vital negativa o muy negativa en el primer grupo de edad y conforme el grupo de edad es más longevo hay menor porcentaje de satisfacción vital negativa. La evolución de la misma variable en no gitanos es distinta con porcentajes muy altos en el primer grupo de edad, porcentajes relativamente bajos en el grupo de edad intermedio y un espectacular incremento porcentual en el grupo de edad más longevo.

## 9. FERTILIDAD EN LAS ENTREVISTADAS.

Según la OMS, la adolescencia es “el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años” (OMS, 2017). Esta misma entidad contextualiza la adolescencia como una etapa donde se construye las bases identitarias del individuo, para adquirir aptitudes y habilidades necesarias para desempeñar distintas funciones durante la adultez.

La UNFPA (*United Nations Population Fund*), afirma que si una adolescente queda embarazada el efecto sobre su propia salud biológica y social es tremendamente importante. Entre los riesgos para la salud de la gestante se podrían mencionar los daños a nivel psicológico, las enfermedades y discapacidad de la madre como la fístula obstétrica, complicaciones de abortos en condiciones de riesgo, peligros para la salud del neonato o la propia muerte de la madre. Evidentemente, si la joven queda embarazada durante la adolescencia las posibilidades formativas y la pérdida de oportunidades de desarrollo quedan truncadas. Como consecuencia directa las posibilidades económicas y sociales también se reducen. (Williamson, 2013). Diversos estudios concluyen que la mortalidad materna en mujeres menores de 18 años es de 2 a 5 veces más alta que en mujeres de 20 a 29 años. En la maternidad adolescente son frecuentes los problemas de anemia, desproporción defalopélvica, partos prolongados y aumento de la morbilidad infantil (Bendezú et al. (2015); Tapia et al. 2015; Gómez & Zamberlin, 2011; Urbina & Pacheco, 2006; Nolazco & Rodríguez, 2006).

En varios estudios, se ha puesto de manifiesto que las mujeres pertenecientes a la minoría etnocultural gitana tienen hijos a edades muy tempranas (La Parra, D., et al., 2016; Gamella, 2011; Laparra M., et al., 2011; Laparra, M., 2004; Arza, J. 2008; FSG, 2011). En este apartado, se sondeará el número de hijos y abortos de las participantes gitanas y no gitanas además de la edad con que tuvo su primer hijo. Para ello, se plantea los enunciados de respuesta abierta: “¿Cuántos abortos ha tenido?” y “¿Con qué edad tuvo a su primer hijo?”

A continuación, se muestra una tabla con los porcentajes referentes a “Cuántos abortos ha tenido”, organizados según el grupo étnico. Se comentarán los datos más relevantes de manera básica.

**TABLA 15.1. Porcentajes de gitanas y no gitanas según el NÚMERO DE ABORTOS que tuvieron a lo largo de su vida fértil, calculados según el propio grupo étnico.**

Nº ABORTOS	Gitanas N=50	No gitanas N=42
0	48	78,6
1	24	9,5
2	10	0
3	10	0
Sin información	10	16,7

Como se puede observar en la tabla 15.1., según las respuestas de las entrevistadas respecto al número de abortos que manifiestan haber tenido, el porcentaje de gitanas que dicen no haber tenido abortos (48%) es más de 30 puntos y medio porcentuales inferior al de no gitanas (78,6%), esto es, más de un 60% inferior en gitanas que en no gitanas. Bajo el resto de categorías donde las entrevistadas manifiestan haber tenido abortos, el porcentaje de gitanas es muy superior al de no gitanas. El 44% de las gitanas entrevistadas dicen haber tenido entre 1-3 abortos en comparación con el 9,5% en no gitanas, esto es, casi 5 veces más en gitanas que en no gitanas. A continuación, se muestra una tabla con los porcentajes referentes a “Con qué edad tuvo su primer hijo”, organizados según el grupo étnico.

**TABLA 15.2. Porcentajes de gitanas y no gitanas según la edad a la que tuvieron su primer hijo, calculados según el propio grupo étnico.**

Edad primer hijo	Gitanas	No gitanas
14	2	0
15	4	2,4
16	18	0
17	16	4,8
18	12	0
19	16	4,8
20	8	19
21	2	9,5
22	4	14,3
23	2	7,1
24	2	4,8
25	0	9,5
26	2	2,4
29	2	2,4
31	0	2,4
35	2	2,4
Sin información	16	14,3

Como se puede observar en la tabla 15.2., según los porcentajes de las respuestas respecto a la edad de las participantes cuando tuvieron su primer hijo, el porcentaje de gitanas entre 14 y 19 años (68%) es 56 puntos porcentuales superior al de no gitanas (12%), esto es, más de 5 veces y media superior en gitanas que en no gitanas. Los mayores porcentajes de no gitanas se sitúan entre los 20 y 25 años.

### III. PARTICIPACIÓN.

Esta dimensión, no tiene más que un apartado y es el referente a la religión como principal factor de participación que se ha incluido en el cuestionario.

España ha sido y es un país donde la religión ha tenido un peso decisivo en la sociedad, en la política y en otros muchos ámbitos, aunque actualmente es un estado aconfesional con libertad de culto.

La dimensión religiosa influye poderosamente en la configuración del individuo, organizando cierto tipo de respuestas ante determinadas situaciones internas o externas (Camarena & Tunal, 2009). Multitud de estudios realizados por médicos, psiquiatras, enfermeras o trabajadores sociales revelan que la práctica de la religión y la espiritualidad favorecen en última instancia la salud mental y física (Quinceno y Vinaccia, 2009; Pérez, Sandino & Gómez, 2005; Jiménez, J., 2005).

A continuación, se hará un sondeo sobre la religión en las personas que han participado en este estudio. El ítem se presenta en el cuestionario de la siguiente forma: ¿Cuál es su religión? Es una pregunta de respuesta abierta. La siguiente tabla muestra los porcentajes de respuestas de gitanos y no gitanos según su religión, distribuidas por grupo étnico.

**TABLA 16.1. Porcentajes de casos de gitanos y no gitanos según su religión calculados según grupo étnico.**

Religión	Católica	Evangélica	Testigo de Jehová	Ateo	Otras	NTotal
<b>Gitano</b>	88,4	1	10,5	0	0	<b>95</b>
<b>No gitano</b>	91,9	0	2,3	2,3	3,5	<b>86</b>

Como se puede observar en la tabla 16.1., según las respuestas de los entrevistados respecto a su religión, el porcentaje de gitanos que dicen ser seguidores de la religión católica (88,4%) 3 puntos porcentuales inferior al de no gitanos (91,9%), esto es, un 4% menos en gitanos que en no gitanos. El porcentaje de gitanos simpatizantes de la religión evangélica (culto) es del 1% sin representación de los no gitanos. El porcentaje de gitanos simpatizantes de la religión Testigos de Jehová (10,5%), es más de 8 puntos porcentuales

superior al de no gitanos (2,3%). No hay representación de gitanos ateos o de otras confesiones en comparación con un 5,8% en no gitanos.

#### OTRAS CUESTIONES.

##### ¿CON QUÉ EDAD MURIÓ SU PADRE Y SU MADRE? Y ¿PRINCIPALES CAUSAS?

En este apartado, pretendemos sondear las medias de edad de fallecimiento de los padres de los participantes, si es que efectivamente han fenecido y las principales causas. El objetivo es explorar si hay diferencias en las medias de edad que tenían los mayores de ambas poblaciones estudiadas y si también existen diferencias en las causas de los fallecimientos que manifiestan. Evidentemente, son datos autoinformados y en la mayoría de los casos los informantes no estaban completamente seguros de la edad aportada o incluso de la causa de fallecimiento. Por lo tanto, este dato debe ser considerado con mucha cautela.

El ítem, se presenta en el cuestionario de la siguiente forma: ¿Con qué edad murió su padre y su madre? Es una pregunta de respuesta abierta. La siguiente tabla, muestra las medias de edad de mujeres y hombres participantes, correspondientes a la edad de fallecimiento de los padres y las madres de gitanos y no gitanos participantes, distribuidas por grupo étnico.

**TABLA 18.1. Medias de edad de padres y madres que fallecieron de los participantes gitanos y no gitanos, organizados según el grupo étnico y sexo-género.**

	<b>Padre</b>	<b>Madre</b>
<b>Gitanos</b>	78,29	77,72
<b>No gitanos</b>	73,27	76,66

Como se puede observar en la tabla 18.1., según las respuestas de los entrevistados, la media de edad de fallecimiento de los padres de gitanos ( $\bar{x}=78,29$ ), es algo más de 5 años superior a la media de fallecimiento de los padres de los no gitanos ( $\bar{x}=73,27$ ). En el caso de la media de edad de fallecimiento de las madres de gitanos y no gitanos es similar ( $\bar{x}=77,72$  vs

$\bar{x}=76,66$ ). La media de fallecimiento de los padres de los entrevistados gitanos es de 78 años y en no gitanos es de 75 años esto es un 5% más en gitanos que en no gitanos. Aunque en la tabla no se refleja, en gitanos hay 14 casos de padres y 15 casos de madres que aún están vivos. En el caso de los no gitanos hay 3 casos de padres y 19 casos de madres que aún están vivos. En general hay 35 casos de los que no hay información porque algunos cuestionarios fueron autoadministrados.

A continuación, se mostrarán los resultados relativos a las causas del fallecimiento de sus padres que manifiestan gitanos y no gitanos entrevistados.

**TABLA 18 2. Causas de fallecimiento de padres de los entrevistados según grupo étnico.**

<b>Causa Madre</b>	<b>Gitano</b>	<b>No gitano</b>
<b>No han fallecido</b>	28,4	17,4
<b>Infarto y/o problemas relacionados</b>	14,7	23,3
<b>Cáncer</b>	8,4	12,8
<b>Accidente</b>	2,1	2,3
<b>Muerte natural</b>	13,7	5,8
<b>ACV</b>	1	2,3
<b>Infecciones respiratorias</b>	10,5	18,6
<b>Enfermedad sin definir</b>	17,9	5,8
<b>Otras</b>	0	5,8
<b>No sabe</b>	2,1	1
<b>Alzheimer</b>	1	4,6
<b>NTotal</b>	<b>95</b>	<b>86</b>

De la tabla 18.2., solo se mencionarán los datos más relevantes de manera resumida. Según las causas de fallecimiento de los padres que manifiestan los entrevistados, los mayores porcentajes en ambas poblaciones se localizan bajo la categoría “Infarto y/o problemas relacionados” aunque en gitanos es casi un 60% menor (14,7%/23,3%). Bajo la categoría “Cáncer” el porcentaje en gitanos es más de un 50% inferior al de no gitanos (8,4%/12,8%). Bajo la categoría “Infecciones respiratorias” el porcentaje en gitanos es casi un 80% inferior al de no gitanos (10,5%/18,6%). Bajo la categoría “Alzheimer” el porcentaje en gitanos es más de 4 veces y media inferior (1%/4,6%). Estos datos son bastante inexactos, sobre todo en gitanos, y evidencia de ello es que casi el 18% de las respuestas de los gitanos se encuadran bajo “Enfermedad sin definir” en comparación con solo el 5,8% en no



gitanos. También se puede encontrar un porcentaje del 17% en gitanos bajo la categoría “Muerte natural” en comparación con el 8% en no gitanos.

A continuación, se mostrarán los resultados relativos a las causas del fallecimiento de las madres que manifiestan gitanos y no gitanos entrevistados.

**TABLA 18.3. Causas de fallecimiento de madres de los entrevistados según grupo étnico.**

Causa Madre	Gitano	No gitano
No han fallecido	29,5	34,9
Infarto y/o problemas relacionados	7,4	13,9
Cáncer	6,3	10,5
Accidente	3,2	3,5
Muerte natural	17,9	9,3
ACV	9,5	2,3
Infecciones respiratorias	2,1	4,6
Enfermedad sin definir	17,9	3,5
Otras	2,1	7
No sabe	2,1	2,3
Alzheimer	1	8,1
<b>NTotal</b>	<b>95</b>	<b>86</b>

De la tabla 18.3., solo se mencionarán los datos más relevantes de manera resumida. Según las causas de fallecimiento de las madres que manifiestan los entrevistados, los mayores porcentajes en ambas poblaciones se localizan bajo la categoría “Infarto y/o problemas relacionados” aunque en gitanas es casi 2 veces inferior (7,4%/13,9%). Bajo la categoría “Cáncer” el porcentaje en gitanas es más de un 65% inferior al de no gitanas (6,3%/10,5%). Bajo la categoría “ACV” el porcentaje en gitanas es más de 4 veces superior al de no gitanas (9,5%/2,3%). Bajo la categoría “Infecciones respiratorias” el porcentaje en gitanas es más de 2 veces inferior al de no gitanos (2,1%/4,6%). Bajo la categoría “Alzheimer” el porcentaje en gitanas es más de 8 veces inferior (1%/8,1%).

Estos datos, al igual que en el apartado anterior, son bastante inexactos, sobre todo en gitanos. Evidencia de ello es que casi el 18% de las respuestas de los gitanos se encuadran bajo “Enfermedad sin definir”, en comparación con solo el 9,3% en no gitanos. También se puede encontrar un porcentaje del 17,9% en gitanos bajo la categoría “Muerte natural”, en comparación con el 8% en no gitanos. Estas indefiniciones, sobre todo, por parte de los gitanos podrían sugerir cierta propensión a evitar hablar del tema de la “muerte” y sus causas. De ahí que haya un porcentaje tan alto bajo las categorías “Muerte natural” y “Enfermedad sin definir”.

# CAPÍTULO IV

# HISTORIAS DE VIDA

#### IV. HISTORIAS DE VIDA.

Las respuestas en forma de relato que algunos participantes han ofrecido a preguntas relacionadas con las principales dimensiones contenidas en el cuestionario, se recogen a continuación. La información de estos relatos, nos permitirá contrastar y apoyar el modelo estructural que guía este trabajo junto a los datos del cuestionario.

En sus comienzos, los métodos de investigación cualitativa no gozaban del mismo *prestigio* reconocimiento y aceptación que la metodología cuantitativa, propia de las llamadas ciencias *duras o puras*. En la actualidad, los métodos cualitativos son extensamente empleados en investigación sociológica, historia, antropología o psicología social. Entre ellos se encuentra el enfoque biográfico, teniendo como una de sus principales herramientas etnográficas de trabajo las historias de vida (Bertaux, 1999; Arjona & Checa, 1998).

Partiendo de la concepción de que el ser humano “no es un dato sino un proceso [...] donde lo social implica una historicidad”, esta metodología permite explorar los acontecimientos vitales más significativos que manifiestan los participantes, relacionados con las dimensiones que se incluyen en la entrevista (Ferrarotti, 2007: p.15). Las historias de vida, posibilitan obtener una comprensión más profunda, una visión más integrada, sobre el conjunto de factores explorados en este trabajo y algunas de sus interacciones. Evidentemente, la información que se obtiene, es el resultado de lo que la memoria retiene a través del filtro de las emociones, vivencias, creencias, aprendizajes y experiencias, de los individuos sobre las cuestiones planteadas. En la lectura de las historias de vida, debe tenerse en cuenta que se trata de una percepción psicológica fraccionaria e individual, integrada en un contexto socio-histórico y cultural específico (Moreno & Campos, 2012; Bourdieu, 1989).

En dirección opuesta a algunas herramientas de investigación cuantitativa, las historias de vida, permiten recomponer el *todo* desde un posicionamiento esencialmente inductivo. Mediante el estudio de un número relativamente pequeño de casos, se busca conocer *lo* social a través de lo individual, lo general a partir de lo particular. No se busca representatividad sino *saturación* de un fenómeno investigado. Saturación, hace referencia a que un tema se considera completo (o saturado) cuando los datos de una nueva

historia de vida no aportan nada novedoso a lo recabado en relatos anteriores. Para poder lograr el objetivo satisfactoriamente y obtener datos empíricos, las historias de vida son elicitadas sobre la base de una relación de confianza entre el entrevistador y el entrevistado, aunque el primero, debe mostrar una postura neutra para influir lo mínimo posible ante lo relatado por el entrevistado (Mallimaci & Béliveau, 2006; Bertaux, 1999, 1989; Arjona & Checa, 1998).

A través de entrevistas biográficas semiestructuradas, se recogieron las aportaciones derivadas de testimonios directos de 14 entrevistados, 7 gitanos y 7 no gitanos de los que mujeres son 8 y hombres 6. A continuación, se irán mostrando algunos de los resultados encontrados, citando los testimonios más representativos relacionados con dimensiones que destacan por su vinculación con el estado de la vejez en los individuos. Entre los datos más significativos destacan vivencias de la niñez, los recursos económicos disponibles, actividades laborales, relaciones sociales, asistencia sanitaria, los procesos de discriminación y racismo percibidos desde ambas perspectivas poblacionales. Las historias de vida, de las que se incluirán algunos fragmentos en este trabajo, están referidas a dimensiones concretas exploradas previamente con el cuestionario y no a la totalidad de la biografía de los participantes, por lo tanto tienen un carácter constricto y acotado.

**Tabla 1. Casos y controles entrevistados. Gitanos y no gitanos, gitanas y no gitanas mayores.**

Gitanos/as Pseudónimo	Año nacimiento	Población	No gitanos/as Pseudónimo	Año nacimiento	Población
<b>Antonia</b>	1935	Guadix	<b>Antonia</b>	1942	Guadix
<b>Isabel</b>	1944	Purullena	<b>Rosa</b>	1958	Guadix
<b>Antonio</b>	1928	PedroMartínez	<b>Isabel</b>	1928	Guadix
<b>Rafael</b>	1932	Huélago	<b>Manolo</b>	1947	Guadix
<b>Sergio</b>	1932	Huélago	<b>Fernando</b>	1933	Guadix
<b>Santiago</b>	1936	Huélago	<b>Silvia</b>	1939	Guadix
<b>Rosario</b>	1939	Graena	<b>Sara</b>	1943	Guadix

## ¿QUÉ RECUERDOS Y EXPERIENCIAS TIENE DE SU NIÑEZ?

En los casos donde la niñez estaba contextualizada en la postguerra, se pueden entrever unas condiciones precarias en ambas poblaciones pero, especialmente, en los gitanos. Estas diferencias también se reproducen en años posteriores a la postguerra. A continuación, se exponen algunos de los testimonios más representativos de gitanos y gitanas, no gitanos y no gitanas que han participado.

### *Antonia, gitana nacida en Diezma en 1935.*

Antonia, es una mujer gitana con 82 años, jubilada, hija de gitana canastera de la que heredó el oficio y padre gitano fragüero. Nació en Diezma un pequeño pueblo a unos 20km de Guadix.

*“De niños hemos tenido mucha hambre, muchas encuereces, mucho estar descalzos, mucho pedir de puerta en puerta”.*

Recuerda que su padre ajustaba el trabajo de arranque (lentejas, garbanzos, frísoles, cominos) en el verano y, aunque era una niña (5 o 6 años), casi no podía arrancar las matas de garbanzos, pero ya trabajaba con el resto de la familia (10 miembros incluidos los padres). Como los campos de arranque estaban lejos de casa, se iban al tajo y hacían un círculo con haces de lentejas o de lo que estuvieran segando. En el centro acumulaban “*un montón*” de tamo y allí dormían mientras terminaban el trabajo acordado que podía suponer varias semanas. Al dormir días en el mismo sitio, las lentejas se desprendían de las vainas de la planta y las recogían para hacer la comida. “*Estábamos arrancando y con hambre*”. Continúa diciendo, que el ajuste del trabajo incluía dinero y algunos alimentos básicos como el aceite o la sal. En esa época ya vivían en una casa, pero durante muchos años vivieron bajo un saliente de roca en Diezma que le llama “*cobertera*”.

Habla sobre su padre que desertó del frente de la Guerra Civil Española, se refugió en el campo durante un tiempo hasta que la guerra acabó. Comenta que muchas de las familias gitanas de Huélagos vivían en “*chozas de juncos*” casi a la intemperie “*comidos de piojos*”. Dice que su padre

recibía del gobierno una ayuda nimia por hijo a cargo porque estaba casado por el juzgado. Cuenta que con unos 10-12 años estaba sirviendo en la casa de la madre del cura a cambio de comida, cuando su marido fue a registrar la muerte de su hermana de unos 20 años de edad. A partir de esa ocasión, se comunicaban por cartas que amigos “payos nos escribían”. Es decir, solo dictaban o escuchaban lo que un tercero escribía o leía, porque ellos no sabían leer y escribir.

*“Nos levantábamos helados de frío en Enero, descalzos, desmayados (hambre), en cueros, nuestros padres sin saber donde echar mano, vivíamos debajo de una cobertera...cuando ya era más grandecilla íbamos prosperando y mi papa compró una casilla...yo he conocido el pan a duro (5 pesetas)”. Sigue comentando algunos de los trabajos que realizó en su niñez...Nos poníamos en la acequia o en el lavadero con piedras de lavar y allí restregábamos la ropa...Hacíamos las canastas a cambio de las tripas y los culos de los marranos. Comenta Ramona que “los payos hacían matanzas” de cerdos y ellos concertaban que les dieran las tripas u otras partes del animal poco valoradas a cambio de canastas o cestas. Entre tanto, como observadora a distancia, aprendía como se realizaban algunas de las tareas del proceso de la matanza como “limpiar las tripas para llenarlas de embutido...Que pena de vida ¿cómo hemos podido aguantar?...Pues con todo lo que hemos sufrido estábamos más fuertes que lo que hoy estamos”*

### ***Sergio, gitano nacido en Huélagos en 1932.***

*“...los gitanos hemos pasado mucha hambre, en el caso de algunos gitanos con oficios traían siempre algo para comer...no nos dejaban coger ni leña para calentarnos...robaban cualquier cosa y lo achacaban a los gitanos”.*

***Santiago, gitano nacido en Huélago en 1936.***

*“La mayoría de gitanos vivían en chozas hechas de juncos, hacían un hoyo en la tierra y ponían cuatro palos y encima restrojo o juncos y ya está. Los payos no les pasaba eso.*

***Rafael, gitano nacido en Huélago en 1932.***

*“Cuando yo tenía 7 u 8 años, había un hambre que rabiábamos, comíamos nada más que berros y todo lo que pillábamos. Hemos estado juntos siempre, hemos ido al pueblo para estar a cosa hecha con la familia.”* Recuerda especialmente que en aquel tiempo *“había una guerra muy mala”...“antes no nos escuchaban a los calés para nada, se perdía una gallina y eran los gitanos siempre, ahora no.”*

Nos cuenta, que se produjo el robo de una burra y llamaron a testificar en contra de los gitanos a un “mudo”, y en base a ese “testimonio” amañado pegaron una paliza en la plaza pública a un gitano completamente inocente, llegando meterlo en prisión y tener que presentarse por años en el cuartel. El entrevistado, para esa época, tenía unos 6 o 7 años. *“Yo sentía que era mi tío y mi primo...En aquellos entonces no se nos miraba para nada...En Belerda nos querían mucho los vecinos”*. El padre del entrevistado (El Tío Juan), formó parte de la corporación del ayuntamiento en Huélago por orden del alcalde. Según otras fuentes, hacía tareas de vocero para anunciar al pueblo actividades como el reparto de alimentos. Fue denunciado por alguien conocido con la envidia como impulsora y sin saber el motivo lo metieron en la cárcel.

*“En aquellos entonces, a los gitanos no los miraban para nada...en cuanto salieron de la cárcel nos fuimos a Belerda donde los señoritos del cortijo de <<La culebra>> nos dijeron: Juan tú te vienes aquí”.*

Como se puede observar en el relato de los gitanos entrevistados, su niñez se caracterizó por las extremas necesidades de comida, abrigo y vivienda, el desempeño de actividades laborales precarias a edades muy tempranas y la continua presión discriminatoria y estigmática por parte del resto de la población. Es importante señalar que en un contexto de postguerra, se hace

especialmente complicado tener lo necesario para cualquier persona, pero el impacto era muchísimo más grave en el caso de los gitanos españoles que en el resto de población, como se recoge a continuación, en los testimonios de los entrevistados no gitanos.

***Antonia, no gitana nacida en Guadix en 1942.***

*“Jugar con las niñas de mi edad, no tuve mucho problemas económicos y siempre viví en una casa...No teníamos amistades con los gitanos porque todos los gitanos vivían en <<La cañada de los gitanos>> y nosotros no nos acercábamos y en la escuela no había ningún gitano”. ¿A qué jugaba cuando era pequeña? “Mi madre me hacía muñecas de trapo mientras mi padre estaba en la taberna”. Carmen cuenta que su madre tuvo 12 hijos pero sobrevivieron solamente dos porque morían pequeños debido a enfermedades.*

***Isabel, no gitana nacida en Zújar en 1928, pero vive en Guadix desde su primer año de vida.***

Nacida en el año 1928 (88 años) se trata de una mujer con muy buen sentido del humor. Cuando tenía unos 8 años comenzó la Guerra Civil española.

*“Ir cogiendo trapos y suelas para ir a venderlas... entonces no había otra cosa. Había traperías que compraban los trapos, las suelas y los cristales. Cristales para ponerlos en las tapias de los corrales”. ¿Qué juegos practicaba? “Jugaba a la rayuela, a las cuartanas o a la pelota como los machos” ¿Dónde nació? “En Zújar aunque nos vinimos para Guadix cuando yo tenía un año. Éramos 5 hermanos”.*

La entrevistada comenta que siempre ha vivido en su cueva y el número de gitanos en la actualidad es mayor que en su etapa de juventud.



### **¿Se relacionaba con los gitanos?**

*“Sí, nos juntábamos con una familia que le llamaban los <<Machacos>> y como eran guitarristas nos íbamos de fiesta con ellos”. La entrevistada, tiene ciertas concepciones estereotipadas sobre los gitanos. Habla de que gitanos nativos de Guadix como los “Canutos” son “buenas personas” pero que han venido “otros” que no son de fiar.*

### ***Rosa, no gitana nacida en Guadix en 1958.***

*“Cuando era pequeña iba a colegio, lo pasaba muy bien aunque no era muy lista. No tenía libros porque mi madre no tenía dinero para comprármelos. Me gustaba mucho la costura, el dibujo y cuando llegábamos del colegio nos poníamos a jugar. Siempre he vivido en una casa aunque fuera de alquiler. Estuve hasta sexto pero mi madre me sacó de la escuela porque mi madre tuvo un hijo y tenía que cuidarlo yo para que ellos pudieran ir a trabajar.*

### ***Fernando, no gitano nacido en Guadix en 1933.***

*“Parece que estoy pasando por ellos. Teníamos un poquito de hambre atrasada. Con nueve años me escapé de la escuela a vender naranjas. Un cuarto kilo de jabón y un ciento de naranjas y me iba a Alcudia a cuestas. Las primeras dos o tres las cambiaba por una miaja de pan para comer”.*

La mujer del entrevistado sí ha trabajado en el campo y además los capataces la querían en sus cuadrillas por el rendimiento en el “tajo”. Esta particularidad es una constante en la mayoría de las entrevistadas. **¿Ha vivido en casa o cueva siempre?** El entrevistado y su mujer dicen que han vivido siempre en cueva o en casa.

***Manolo, nacido en Guadix en 1947.***

*“Puesto que padre era ferroviario mi infancia fue buena. Teníamos todo lo que necesitábamos por las ventajas de la profesión de mi padre.”*

Cuenta las ventajas de tener un economato solamente para los empleados de RENFE. El padre pasaba varios días fuera de casa pero nunca les faltaron alimentos. También dice que la mayoría de niños de su edad sí *“pasaban faltas”*.

En resumen, la niñez de gitanos y gitanas entrevistados ha estado caracterizada por la ausencia de vivienda, alimentación inadecuada en cantidad y calidad. Destaca el desempeño de actividades laborales de gran esfuerzo a edades muy tempranas a cambio de adquirir ciertos *alimentos* que, frecuentemente, eran desechados por la sociedad dominante. Frecuentemente, los niños y niñas gitanos estaban abocados a la mendicidad. Agregado a lo anterior, los procesos discriminatorios y estigmatizantes ejercían una tremenda presión desde edades muy tempranas, llegando incluso con cierta frecuencia a ser testigos oculares de los maltratos injustificados por parte de las autoridades hacia familiares o hacia su misma persona. Como niños, no pudieron disfrutar de ese período tan crucial para el desarrollo humano teniendo, por todo ello, consecuencias negativas de gran calado el resto de su vida. En el caso de los niños no gitanos, también tuvieron dificultades pero, generalmente, su niñez fue algo más favorable en todos los factores y casos estudiados.

## ¿QUÉ RECUERDOS Y EXPERIENCIAS ME PUEDE RELATAR DE SU JUVENTUD?

### MATRIMONIO, TRABAJO.

Como se ha explorado con el cuestionario, las costumbres relacionadas con distintos factores relacionados con el matrimonio son diferentes en gitanos y en no gitanos. A continuación, se citan los testimonios más representativos de gitanos/as y no gitanos/as participantes.

#### *Isabel, gitana nacida en Purullena en 1944.*

Madre de 5 hijos: *“Me casé con dieciséis y cuando tenía veintiuno tenía tres”* (hijos). *Hoy las mujeres son más lanzás que los hombres...que hoy no hay vergüenza. Mi madre me decía que hasta que no tuviera un motivo...Así aunque me hayan matado* (muestra resignación porque la vida matrimonial era muy sufrida para la mujer). *Yo no he echado a ver mi juventud...Siempre he estado como un hombre...criando mis hijos, trabajando para que coman porque él no ha podido, he tenido que sacar yo mis hijos adelante y mi casa de barrer de fregar de blanqueos...hasta que mis niñas han crecido y me han ayudado.* Refiere también de muchas vicisitudes en el tajo de trabajo: *“Y veíamos un nublo y era velo y tronar una miagilla y caer unas nubes que para que... con los niños arrastrando vámonos al cortijo...Así ha sido nuestra vida...segar mucho, arrancar mucho...trabajar mucho...hacer canastas...”*.

El padre de su marido era primo hermano del padre de ella, por lo tanto, el matrimonio se mantenía dentro del círculo próximo a la familia (eran primos segundos). El traje de novia era un delantal de peto. Como estaba mal visto que la mujer vistiera con pantalón, sufrían mucho al rozarse con los matojos secos al segar o al realizar otras labores agrícolas. Aunque se trabajaba mucho, echa de menos la unión que tenían antes lo gitanos aunque no tuvieran nada.

*“Iba, hinchaba al niño de teta y luego volvía a irme al trabajo y allí me comía un cacho pan con una manzana... o con lo que pillara...Mi casa la he llevao yo, he criaio a mis hijos yo, y lo he llevao a él...es mucho. Tenía mi Joseíllo...tenía siete u ocho u diez años y lo tenía al niño: ¡José tráete los sacos...José tráete las varas! Al otro, a las niñas ¡Cojed los suelos su mama! Ala a poquitapoco. Yo sola tirando de los fardos. Él (marido), cuando estaba, pues me ayuaba siquiera a tirar de los fardos...fardos que hasta había olivos que echaban cien kilos...que era a destajo to y alomejor tenía el fardo doscientos quilos y tenía que estar tirando de ellos...Pues así me salió una hernia...mírala (gesto de mucho tamaño) quebrá. Y embarazada de mi Juan y de mi José también, yo solté la vara (trabajo) para irme a parir. Y de mi Juan de 5 u seis meses y tirando de los fardos. Yo he tirado lo mío...”*

***Rosario, gitana nacida en Graena en 1939.***

Madre de siete hijos, se casó con 16 años: *“Yo muy joven he tenido que irme a trabajar teniendo a mis hijos muy chicos, lavar en los ríos, dormir en el campo con el añadido del racismo...le han pegado palizas a quien no ha tenido culpa” “Después de trabajar y criar a los hijos, ha venido el marido borracho maldiciéndote y pegándote”.*

***Antonia, gitana nacida en Diezma en 1935, madre de diez hijos.***

Antonia, señala que la mujer gitana ha trabajado mucho más que los hombres porque además de atender a la familia también tenían que estar dispuestas trabajar en el campo, en oficios artesanos y labores domésticas en casas de *“los señóricos”*. Recuerda los años de juventud vividos en Belerda, una pedanía perteneciente a Guadix. Vivían en una cueva situada sobre un precipicio de unos 40m de caída.

*“...me levanté temprano, porque el día antes ví un sitio de escaparrones (alcaparras) en la vuelta de pajarillo, cerca del*

*puente de Mesina (5 km desde su casa), y cogí a mi niño chiquitillo para ir a recogerlos. Como llegué muy pronto, tuve que recostarme, abrazando a mi niño por el frío, porque estaba de noche a esperar que amaneciera y nos quedamos dormidos.”*

***Antonio, gitano nacido en Pedro Martínez en el año 1928.***

*“Con diez u once años mis primeros trabajos fueron escardar trigo y cebada. Luego, a los catorce segar...eso era muy duro. Había un vecino que tenía un molino. Cuando hacía mal tiempo, ponía un saco de harina para repartirlo entre todos los pobres”.*

Un primo del encuestado, se acercó a pedir a un cortijo después de una jornada de trabajo. El dueño le dijo que si quería un trozo de pan se pusiera en frente. Metería una bala a la pistola y rodaría el tambor y dispararía. Si tenía la suerte de que no disparase la bala le llenaría un saco de comida y el gitano accedió.

***Rafael, gitano nacido en Huélago en 1932.***

*¿A qué edad y en qué empezaste a trabajar? “A los trece o catorce años, escardando en los trigos, siempre trabajando para otros. Mi papa era picador de cuevas y pregonero con un tambor por el pueblo”. ¿Con que edad te casaste? “Con 23 o 24 años”.*

Según estos testimonios y los resultados del cuestionario, el matrimonio en los gitanos se ha conformado a edades muy tempranas, especialmente en las mujeres. El número de hijos era también muy elevado y las gitanas estaban a cargo de la casa, los hijos, los maridos y el trabajo tanto artesanal como trabajo en el campo. Las actividades laborales como jornaleros en el campo, en oficios como la cestería y la fragua, eran una constante en los gitanos en la zona estudiada en ambos sexos. A continuación, se aportarán los testimonios de no gitanos relacionados con la misma cuestión.

***Sara, no gitana nacida en Guadix en 1943.***

*“A los 11 años, comencé a aprender a coser y como tostando café. Me casé con 19 años y siempre estuve en mi casa aunque cerca de mis suegros”. Comenta que se casó con 19 años y con 36 murió su marido, pero a los 3 años de morir éste, volvió a casarse con el hermano de su marido. “Mis hijos me han heredado en lo referente a la juventud de contraer matrimonio y tener hijos rápidamente”.*

En el caso de la entrevistada desde que se casó nunca más volvió a trabajar, porque se ha ocupado de las tareas domésticas, de su marido y sus 2 hijos.

***Silvia, no gitana nacida en Alamedilla en 1939.***

*“He trabajado como una burra, de aguadora, niñera, con 12 años guisaba para 20 hombres en un cortijo, lavaba la ropa en el río, labrar, segar o arrancar esparto”.*

Se casó con 21 años y desde hace 55 años vive en Guadix. El primero de sus 5 hijos lo tuvo al año pero en ningún momento dejó de trabajar. De niña su madre usó las cartillas de racionamiento.

***Manolo, no gitano nacido en Guadix en 1947.***

El entrevistado, comenta que ha recorrido todos los pueblos en un radio de 50km andando aunque después se compró una bicicleta, un burro y una furgoneta sucesivamente, recorriendo pueblos a más de 100km a la redonda. Llevaba la mercancía para vender a cuestras y luego venía cargado con el doble de peso porque la gente no tenía dinero y hacían intercambios por alimentos u otras cosas. Su único trabajo en la vida ha sido vender. No ha querido estar bajo el mando de ningún capataz.

*“Desde los 11 años comencé de aprendiz de barbero y hasta que me he jubilado he sido barbero”.*

Como se puede observar en los testimonios de los participantes no gitanos, aunque sus ocupaciones laborales eran diversas, algunas coinciden en sus ocupaciones con los gitanos, sobre todo en aquellas relacionadas con labores en el campo, pero los no gitanos optaban por oficios menos exigentes y con mejor remuneración económica. En el caso de las mujeres no gitanas, en general, sus actividades eran diferentes y con menos exigencias desde los distintos ámbitos en comparación con las mujeres gitanas.

En resumen, en este apartado los/as gitanos/as se han casado con mucha menos edad que los no gitanos, sobre todo las mujeres gitanas. Las gitanas, han soportado la realización de muchas más actividades tanto fuera como dentro del hogar, con menos recursos y con la presión añadida de los procesos discriminatorios por parte de la sociedad mayoritaria, en comparación con el resto de grupos estudiados. Los hombres gitanos han desempeñado sus actividades laborales principalmente como jornaleros y fragüeros, pero las mujeres, además han tenido que realizar las tareas del hogar, la crianza de los hijos, jornaleras o canasteras y sobrellevar los avatares de sus maridos. Las mujeres no gitanas también han afrontado circunstancias similares a las mujeres gitanas pero con menor nivel de exigencia y presión que las mujeres gitanas. En el caso de las ocupaciones de los hombres no gitanos, generalmente, han sido distintas, más estables y con mejor remuneración que en el caso de los gitanos.

## SALUD, RELACIONES SOCIALES.

A continuación, se expondrán algunos testimonios representativos de los entrevistados respecto a recuerdos de su juventud relacionados con la salud y las relaciones sociales en general.

### ***Santiago, gitano nacido en Huélago en 1936***

*“Antes éramos todos una familia, nosotros íbamos, ellos venían a casa de mis padres y decían:<<Manuel, aunque no te lo creas, he venido a cosa hecha para veros>> Estábamos de juerga, se hacía de noche y decía:<<ea, pues esta noche no me voy>> y se quedaban a dormir. Hoy no es igual, tenemos mucha prisa por hacer cosas y enseguida decimos:<<me voy que tengo que hacer esto o lo otro>>”.*

El entrevistado recuerda que desde pequeños se decían “compadres” con el padre del que escribe, y al final bautizó uno de sus hijos. Dice que se llevaban, no como “primos”, sino como “hermanos”.

**¿Qué hacían cuando enfermaban?** *“Lo solucionábamos con remedios caseros. El médico nos aconsejaba tomar una aspirina, una pastilla de ocal, leche caliente o una copa de coñac y cama. Teníamos mucho conocimiento sobre ciertas plantas del campo como el tomillo, romero y otras...Antes no había café, la cebada la tostábamos y la molíamos y ese era el café. Para coger las medicinas, nos teníamos que ir a Moreda (a 5km) que es donde estaba la farmacia y las medicinas las teníamos que pagar. No teníamos seguro ni nada parecido”.*

### ***Isabel, gitana nacida en Purullena en 1944.***

*“Por las tardes, parecíamos todos hermanos con papas nuevas y con una carterilla (colorante alimentario) hacíamos un guisado. El fuego, eran cajoneras (excremento de caballo seco) porque no*



*dejaban coger leña del campo...Y llevarnos a arrancar con un tomate y un trozo de pan sin nada más”.*

***Antonia, gitana nacida en Diezma en 1935.***

*“Cuando íbamos al médico era porque ya estábamos muy mal. Teníamos un seguro que pagábamos cada año, uno o dos duros para que nos vieran pero no cubría la medicinas. A mi madre se le murió una niña con 2 años porque no tenía para las medicinas”*

La entrevistada manifiesta que no tenían facilidades para acceder a los servicios sanitarios que existían, por lo que gran parte de los remedios sanitarios utilizados, eran distintas infusiones de hierbas y remedios caseros como *“la flor de ánica para el dolor de cabeza, o la rama del olivo para la diabetes”*. La entrevistada cree que cuando estaba en período de amamantar a su bebé el beber vino o cerveza producía leche de calidad. Explica cómo un *“retal de tela de algodón”* servía al bebe de protección y para hacer sus necesidades fisiológicas.

*“Eso era todo, pañal y protección. Cuando se ensuciaba se le quitaba y se le ponía otro para lavarlo...Cuando llegaron las gasas (tejido de algodón absorbente) habían unos picos de plástico (forma cuadrada que permitían envolver la gasa en forma de pañal) y eso era la gloria”.*

Hablando sobre alguno de sus embarazos, menciona que cuando fue a dar a luz la asistió *“su prima Villa”* y una vecina del pueblo *“que estaba borracha y no dejaba de echarme sal hasta que le dije...mira no me echas más sal, y en seguida tuve a mi hija”*. Como provisiones de manera excepcional, tenían el techo lleno de *“tocino de marrano muerto y huesos salados”*, es decir, animales que se morían y los dueños (no gitanos) los daban para que los aprovecharan los gitanos. Puesto que no era frecuente dicha abundancia, salaban las diferentes partes para conservarlos. Días después, su madre también tuvo un hijo y aprovechó para llevarle algunos huesos para hacerle caldo. Menciona estos hechos con un sentimiento de alivio, porque eran frecuentes los partos donde *“no había nada que echarse a la boca”*. Ella

misma, asistió a su madre en el parto, de manera que *“la arregló...Ramona corta aquí...cose allí”*. Relaciona el amor de una madre con el sufrimiento que se tiene en el parto natural.

*“Una madre de ahora no tiene ese sufrimiento que antes hemos tenido y esa madre no quiere a ese hijo como es debido de quererlo...antes no teníamos tantos controles y salían los hijos con más salud”...“a mí no me ha visto mi cuerpo ningún hombre nada más que mi marido”*.

Como en otras partes de la entrevista, Antonia, recuerda que no tenían nada y *“estaban todos juntos en la cueva de Belerda”* cuando ya estaba casada. La familia estaba compuesta por los suegros, los cuñados y sus parejas, sobrinos y algunas cuñadas solteras. Antonia comenta que cuando se casó le hizo a su marido la camisa de sus enaguas porque la que tenía estaba rota.

A continuación, se recogen los testimonios más representativos de los no gitanos entrevistados respecto a las mismas dimensiones anteriores.

***Rosa, no gitana nacida en Guadix en 1958.***

*“Sí, desde su primera hora, he tenido supervisión del embarazo y a mis hijos los dí a luz en Granada. En esa época ya teníamos nuestro seguro médico por el que pagábamos la tercera parte de los medicamentos”*

***Antonia, no gitana nacida en Guadix en 1942.***

**¿Qué hacían cuando enfermaban?** *“Nos llevaban al médico del barrio y las medicinas las teníamos que pagar. ¿Utilizaban remedios caseros? “No”. En mi primer embarazo estuve controlada por el médico desde el principio. No era lo habitual, me hicieron cesárea y supuso un gasto muy importante”*.

***Silvia, no gitana nacida en Guadix en 1939.***

Comenta que en sus embarazos no tuvo supervisión médica hasta el momento del parto. Mientras que su marido, vendedor ambulante, se iba a sus recorridos, ella iba al campo a recoger la fruta y dejaba a sus hijos en la casa solos.

*“No teníamos médico. Teníamos el médico igualados por años. Pagabas cien pesetas al año y te veía en su casa. ¿Pero luego dónde tenías para las medicinas?”*

Relata una ocasión en la que su madre tuvo pulmonía doble y les tuvieron que prestar el dinero los Guardias Civiles para comprar las medicinas porque su estado de salud era extremadamente grave. La entrevistada habla de los papeles de beneficencia mediante los cuales recibían asistencia médica en el hospital de San Juan de Dios. Estos documentos, los hacían en el ayuntamiento a personas que no tenían absolutamente nada para poder tener asistencia médica. También relata los remedios caseros que su padre les hacía cuando tenían anginas.

*“Hoy los niños te hablan de cualquier manera, ellos quieren saber más que todo el mundo y tú te calla que no sabes. Antes era de usted y si había alguien no podías rechistar... la gente tiene mucho orgullo, sin tener nada, se creen que son algo y no somos nada en la vida ni el que tiene ni el que no tiene”.*

Continúa diciendo, que las relaciones sociales entre vecinos eran mucho más cercanas que en la actualidad. No era raro que una vecina después de hacer un caldo con huesos añejos, se lo dejara también a su vecina para que hiciera más caldo. En la actualidad, dice que los vecinos tienen envidia unos de otros

***Fernando, no gitano nacido en Guadix en 1933.***

Fernando relata que no le daba tiempo a ponerse enfermo y porque eran jóvenes y en cuanto a las relaciones sociales:

*“Hay muy pocos hijos para padres, hoy no hay hijos para padres”.*

***Manolo, no gitano nacido en Guadix en 1947.***

Manolo describe algunos remedios caseros que usaban para diversas enfermedades, pero que estaban asistidos por médico de barrio o médico de la RENFE y ya tenían seguro médico.

*“...nosotros tenemos vecinos que nos tratan como familia. Hoy lo que hay son intereses, no hay familia, ni amigos ni vecinos, solo intereses”*

Entre las características más relevantes de los entrevistados gitanos, destaca que frecuentemente no tenían asistencia médica y se valían de remedios caseros basados en el conocimiento de las propiedades medicinales de algunas plantas silvestres, para aliviar los síntomas de algunas enfermedades. Cuando por fin tomaban la decisión de ir al médico, la situación era insoportable, llegando a extremos de morir sin disponer de dicha asistencia, fundamentalmente, porque los servicios médicos y las medicinas existentes costaban dinero que no tenían. En el caso de las mujeres, la situación era mucho peor puesto que frecuentemente estaban en estado y dando a luz en condiciones higiénicas muy rudimentarias y precarias falleciendo muchas de ellas en dicho proceso.

Respecto a las relaciones sociales, el mayor número de ellas se producían en un contexto familiar donde confluían familiares de primer, segundo y tercer grado parental. El concepto de familia gitana, en esos años después de postguerra y décadas posteriores, era mucho más amplio de lo que hoy en día se concibe, aspecto del que prácticamente la totalidad de los entrevistados gitanos se quejan, *“hoy las familias no son lo que éramos antes. Antes había más unión, hoy ya no somos ni payos ni gitanos”*, haciendo alusión a un rasgo que se mencionará en las conclusiones que es la aculturación de los gitanos.

Los problemas de salud en no gitanos, generalmente, estaban mejor atendidos que en el caso de los gitanos. En muchos casos disponían de seguro médico y medicinas que podían pagar. En el caso de las mujeres no gitanas,

en comparación con las mujeres gitanas, parece que tenían mejor asistencia médica y seguimiento en el proceso de gestación y parto en hospitales. Aunque también encontramos casos que utilizaban los remedios caseros. En el caso de los gitanos tenían pocas alternativas más.

Todos los entrevistados recuerdan, con nostalgia, el cambio que han experimentado las relaciones sociales y familiares con el resto de personas. Manifiestan que en la sociedad actual existe una importante carencia de valores morales y respeto desde la infancia. En el caso de los gitanos, este hecho es más incisivo aún cuando las familias antiguamente eran muchísimo más extensas que en la actualidad, la calidad y cantidad de relaciones sociales es muy deficiente, repercutiendo especialmente en la base de valores culturales característicos de dicha minoría étnica.

#### **HÁBLEME DE SU ETAPA COMO PERSONA MAYOR.**

En el presente apartado, se recogerán los testimonios más representativos de gitanos/as y no gitanos/as respecto a algunos factores relacionados con la etapa de la vejez como ¿Desde cuándo se siente mayor la persona?, ¿Qué actividades realiza para beneficiar su estado de salud general? o el cuidado de los mayores y las diferencias que la persona percibe respecto a estas cuestiones en comparación con el *otro* grupo poblacional.

##### ***Antonia, gitana nacida en Diezma en 1935.***

**¿Cuándo comenzaste a sentirte mayor?** *Yo no me he sentido nunca vieja, ahora ya estoy mala y decaía, pero aún, no me siento mayor...he estado tan ocupada en mis hijos y en la vida, que no me ha dado tiempo a pensarlo".* **¿Por qué los gitanos no llevan a sus mayores a los asilos?** *"La condición del gitano es mas buena, no tiene mal corazón"* en comparación con el no gitano. Por ejemplo, *"los gitanos tienen otra clase de amor por sus padres y no los llevan al asilo...es otra educación y respeto"* **¿Por qué los gitanos no realizan actividades de ocio como bailar o viajar?** *"Porque a mí no me gusta eso, yo estoy en mi casa, digo de divertirme o de asarme*

*una papa y le digo a mi marido que coja la guitarra y me toque unos tangos y ya está” ¿Cómo se afronta la muerte en los gitanos? “Aunque veamos las cosas cercanas no podemos hacer otra cosa...el trance tenemos que sufrirlo y afrontarlo sin alarmarnos...esto tiene que suceder, la vida no la tenemos asegurada...tenemos que sufrir”.*

***Sergio, gitano nacido en Huélagu en 1935.***

***¿Los gitanos y los payos son iguales cuando se trata de cuidar a los mayores? “Ellos mismos lo dicen, que los gitanos somos más sangrinos para nuestros padres...ellos (los payos) tienen una cultura distinta a nosotros...los gitanos tenemos mejor condición que los payos porque cuando tenemos que hacer un beneficio a alguien lo hacemos, aunque sea un desconocido...si a alguno le hace falta algo***

***Isabel, gitana nacida en Purullena en 1944.***

***Qué cosas buenas y malas tiene ser mayor? Ser mayor no es malo mientras la persona sea autónoma “...que tú no les des que hacer a ninguno...que pueda decir que yo todavía me puedo manejar”.***

Ella no se siente vieja, y además no le gusta que le digan vieja. De hecho, le preguntaban la edad y durante mucho tiempo decía que tenía treinta y dos años (con esa edad tuvo al último de sus hijos). Se le comenta que es paradójico que ella no se sienta vieja pero hace pocas cosas para cuidar su salud, como practicar algún tipo de actividad física o limitar el consumo de ciertos alimentos. Comenta que cuida de los nietos de algunas hijas (como si fuera una actividad intrínseca a la vejez). Habla de su esperanza de que Dios resucite a su marido en un futuro no muy lejano y que ella se tiene que ganar el poder tener el favor de Dios aún. Eso le da fuerzas para afrontar el presente con una mentalidad más positiva.

*“...me hago la idea de que está trabajando en Palmas y no puede venir”.*

**¿Hay cosas que puedas hacer para sentirte mejor en la vejez?**

Comenta que le gustaría hacer más tareas de casa y familia, como la limpieza, la comida (aunque esta todo ordenado y limpio) y algo importante es que menciona que le gustaría “...mis hijos estuvieran unidos como antes, que tuvieran ese cariño ese querer, sin interferencias de nadie” (lo dice por sus parejas). Sigue preocupada por el bienestar de sus hijos(as) y describe el tipo de educación que les dio cuando eran pequeños.

***Santiago, gitano nacido en Huélago en 1936.***

**¿Cuándo nos hacemos mayores, los gitanos hacen las mismas cosas que los payos?** “No, los gitanos eso de ir a bailes, o de viajes no lo vemos bien ni nos gusta. Una juerga de gitanos sí, un ratico estás a gusto con la familia, llevar lo que puedas para compartir”. Estas actividades eran más habituales hace unas décadas porque las familias estaban más unidas. “Ayer mismo estuvimos en casa de nuestro hijo, nos juntamos 4 familias y nos hicimos unos <<hormigos>> y disfrutamos mejor que si tuviéramos un jamón....Mi mama que este en gloria llenaba la hoyo y pasaba cualquiera y le invitaba para que comiera...Los vecinos no hacen eso, cada uno va a lo suyo...El gitano es más castizo, mas familiar...tiene el corazón más abierto para la gente”.

**¿Desde cuándo se siente una persona mayor?** “Como no me siento mal de salud yo no me siento viejo. Yo salgo y para andar 10km no tengo que pensarlo mucho. **¿Qué cosas hace para tener buena salud?** “Andar, controlo la alimentación. Trabajo en el huerto de mi hijo”. **¿Qué consejos daría a los jóvenes para cuando sean mayores?** “No fumar, no beber porque les lleva a la muerte, es un mal camino y pensar en trabajar para vivir.” **¿Qué diferencias hay entre un gitano y un payo que son mayores?** “Ellos se creen que son más en todas las cosas, más importante que nosotros. Yo me junto con unos vecinos y me dan una cara falsa”.

**Rosario, gitana nacida en Darro en 1947.**

**¿Por qué los gitanos no salen y se divierten cuando son mayores?**

*“Porque miran más por su casa. ¿Me voy a disfrutar? ¿Y mis hijos? Si tengo un duro lo voy a malgastar, ¿y mi hijo con lo que está pasando?*

La entrevistada comenta el grado de implicación parental que supone el sacrificio personal a favor de la ventaja de los hijos. *“Si veo a mi hijo que está necesitado o está pasando faltas y tengo que comer unas patatas fritas o un guisado por ayudarlo, así lo haré”. La entrevistada aboga por una vida sencilla: “hoy tenemos de todo, sin lujos pero no nos falta de nada, lo que puedo usar. Pero si tienes un duro y a mis hijos les hace falta a todos les ayudo.*

**¿Qué diferencias hay en la mentalidad de los ancianos gitanos en comparación con los payos?** *“Los payos no miran la familia como los gitanos. Yo puedo tener una discusión con alguien, pero luego le pasa algo (enfermedad) y voy a verlo lo ocurrido”.*

Este es un pensamiento compartido, con distintos matices, por la mayoría de gitanos que se han entrevistado. Menciona un refrán que versa así: *“El payo se tapa con la capa del gitano”*, queriendo ilustrar que, la raíz del estereotipo negativo que se ha relacionado con los gitanos ha sido maquinado y manipulado por payos de mala condición. Otra diferencia fundamental es que, generalmente, los gitanos cuidan de sus mayores y los payos frecuentemente no, delegando el cuidado a alguna residencia o asistente interno. La entrevistada, pone el ejemplo con su marido que recientemente ha sufrido un ictus y es asistido en su propia casa por los hijos y por ella misma.

De los siete hijos/as que son, el menor se queda a atender a su padre y el resto viene frecuentemente. Hace unas décadas esta labor estaba relacionada casi exclusivamente con la esposa o las hijas. El hijo que les cuida en casa, comenta que la familia le ha encomendado cumplir con ese papel pero les dice a sus hermanos/as que es una responsabilidad de todos. El hijo comenta los cuidados que realiza con su padre, gran dependiente, que van desde darle de comer, asearle o vestirlo. Comenta que ha aprendido a cuidar de su padre a través de internet, preguntar a los enfermeros del hospital o de la experiencia diaria. Señala que sus hermanas no hacen el esfuerzo que él esperaría. Hemos encontrado varios casos de gitanos en situaciones parecidas, donde los hombres



cuidan al padre. Probablemente, guarde relación con que el hombre no acepta que una mujer (aunque sea su hija) toque sus partes íntimas.

**¿Cuántos gitanos se ven en unan residencia?** *“Nosotros tenemos aquí cerca la residencia, pero gitanos no hay ninguno. Payos hay muchos y están que pueden estar en su casa. Una vecina los lleva y los trae.”* **¿Si algún gitano llevara a sus padres a la residencia que pasaría?** *“Lo criticaría diciendo: este hombre o mujer que lleva a la residencia a su familiar ¿Es que no puede tirar de él/ella como su padre o madre lo ha hecho con él/ella? Si él ha caído malo y lo tengo aquí que es donde tiene que estar. Si lo llevo a una residencia, no lo veo y le hacen lo que quieran hacerle. Aquí le hacemos las cosas como lo que es. En una residencia, dicen que los atienden muy bien pero mi tranquilidad es cuidarlo nosotros”.*

**Antonio, gitano nacido en PedroMartínez en 1928.**

**¿La vejez es distinta para los gitanos en comparación con los payos?** *“El castellano cuida mucho los alimentos que compra, y los gitanos decimos”.* **¿Por qué cree que ocurre esto?** *“Porque nuestra inteligencia es más limitada”.* El entrevistado relaciona la inteligencia con la formación académica: *“éramos todos analfabetos aunque eso está cambiando porque ahora los mandamos a la escuela para que se enseñen pero todavía a las mujeres menos que a los hombres”.* **¿Desde cuándo se ha sentido usted mayor?** *“A partir de los 65 años me dí cuenta que ya no podía hacer na...pero tenía una casa de familia en pie y tenía que seguir trabajando”.*

**¿Tiene algo positivo ser mayor?** *“Sí porque ya no hay tanta hambre, cuando vas por cualquier sitio la guardia civil no te llama la atención. Ahora aunque tenemos menos salud tenemos esta uno más tranquilo”.* **¿Qué consejos daría usted a los jóvenes para cuando sean viejos?** *“Lo primero es tener un buen corazón, ayudar a cualquier persona que lo necesite”.*

**¿Usted ve bien que los mayores viajen o se diviertan?** *“No. De 65 años para arriba lo que haces es a la fuerza, aunque quieras no puedes”.* El entrevistado comenta que, aunque las circunstancias han mejorado para todo el mundo, las personas han evolucionado negativamente en las relaciones personales y valores morales entre otras cosas. Señala que sus hijas (no dice nada de sus hijos) se van relevando para quedarse a cuidarle cada 15 o 20 días, los payos también lo hacen pero con menos frecuencia. *“Los gitanos cuidan más a sus padres y los llevan menos a la residencia”.*

**Rafael, gitano nacido en Huélago en 1932.**

**¿Se siente viejo?** El entrevistado da por sentado que con su edad es viejo. **¿Qué consejo daría a la juventud para llegar a viejos lo mejor posible?** *“Que le de Dios a uno mucha salud para poder tirar de la vida. Yo voy todo el día de aquí para allá, como de todo y tengo alegría”.* **¿Sigue habiendo discriminación en nuestro tiempo?** *“Sí sigue habiendo, aunque hoy la vida es gloria bendita para lo que había antes. Había gente que se comía los gatos y por dar de comer a sus hijos se exponían a que les pegaran un tiro por coger un guisado de patatas”.*

**Sergio, gitano nacido en Huélago en 1935.**

**¿Los gitanos y los payos son iguales cuando se trata de cuidar a los mayores?** *“Ellos mismos lo dicen, que los gitanos somos más sangrinos para nuestros padres...ellos (los payos) tienen una cultura distinta a nosotros...los gitanos tenemos mejor condición que los payos porque cuando tenemos que hacer un beneficio a alguien lo hacemos aunque sea un desconocido...si a alguno le hace falta algo”.*

Resumiendo, los gitanos/as entrevistados, en general no aceptan la vejez como una etapa que tenga algo positivo. La vejez para los gitanos/as se comienza a concebir cuando hay problemas de salud, entrando en una especie de fase de resignación. Entienden que las actividades que realizan los no gitanos no están incluidas dentro de su argot cultural y, por lo tanto, salir, viajar o bailar lo ven como algo no propio. Divertirse en familia con música (si se sabe), comilonas, cuidar de los nietos, sí está dentro de esas actividades propias de la vejez para los gitanos. Los gitanos entrevistados perciben que los no gitanos cuidan su alimentación, viajan y realizan actividades de ocio para su propio beneficio.

Por otro lado, el cuidado que algunos gitanos/as perciben, lo comprenden como obligado cumplimiento en la minoría étnica. Además, reafirman que los gitanos, en ese ámbito, corresponden más y mejor que los no gitanos, calificándose de *“más sangrinos, mejor condición,”*. Aún así, los gitanos/as no son laxos para recibir cuidados hasta que se ven muy impedidos, prefiriendo vivir en sus propios hogares en vez de irse donde sus hijos. En la mayoría de los casos, los cuidados son realizados por todos los hijos, salvo varios casos conocidos, donde los principales cuidadores son hijos varones.

A continuación, rescataremos algunos de los testimonios más representativos en no gitanos entrevistados respecto al apartado al que se da atención.

***Rosa, no gitana nacida en Guadix en 1958.***

**¿Cuidaste a tu padre mayor?** La entrevistada relata que desde que su padre quedó viudo lo ha cuidado, sobre todo ella. Reconoce que no es lo habitual en la gente joven que cuiden de sus mayores, al menos que no tengan dinero. Además, ha cuidado a su suegra, a la hermana de su suegra sin interés alguno. Nos cuenta las vicisitudes de los cuidados que ha tenido que afrontar con su padre, suegra y tía-suegra”. **Háblame de las relaciones entre familia y amigos.** Comenta que han cambiado, porque en la actualidad hay mucha envidia y falsedad.

**¿Cuáles son las razones por las que los jóvenes no cuidan a sus mayores?** *“Porque estorban, por comodidad. Mi madre fue mi ejemplo. La clave es que ya no hay unión”.* **¿Ocurre igual entre los**

**gitanos?** *“No, los gitanos están muy unidos. La mayoría los cuidan a sus padres. Entre los payos prefieren pagar a alguien para que los cuiden”. ¿Realizas actividades para cuidar tu salud? “Salgo a andar todas las mañanas, por cuestión de salud y de estética. También voy dos veces en semana al gimnasio donde hay una gitana de mi edad”.*

Desde el punto de vista de la entrevistada, hay gitanas jóvenes que participan de actividades como viajes y el gimnasio pero, en comparación con las “payas”, muy pocas. También dice, que muchas gitanas van a cursillos y algunas actividades porque les pagan una compensación económica. Al final de la entrevista, surge un tema de conversación relacionado con familias gitanas que desde hace unos años vienen siendo el foco de atención de mucha gente, puesto que realizan actividades de mendicidad y algunos hurtos.

**¿Qué consejos darías para tener una buena vejez?** *“Vivir la vida, hacer deporte, comer sano y sentirse joven, no conformarse”.*

**Isabel, no gitana nacida en Guadix en 1928.**

**¿Desde cuándo se siente usted mayor?** *“Yo no me siento mayor, no me gusta que me digan abuela”. “Me he cargado los haces de leña desde Esfiliana (6km) hasta aquí con la barriga hinchada y ahora no hay cosa que no la pille”. ¿Qué cosas podemos hacer para cuidar la salud? “Comer y ya está. Nunca me he divertido y ahora ya no puedo tirar de mí. Nunca he ido a fiestas ni a ferias”.*

La entrevistada dice que hacerse mayor no depende de nosotros sino de no prestar mucha atención, callarse y seguir hacia adelante. Nos cuenta varios chistes demostrando una actitud alegre y con mucho humor.

**¿Son apreciados los mayores hoy?** *“No, para lo que hemos pasado no. Antes no llevaban a un viejo a un asilo. No saben que los viejos han sufrido por ellos. Nosotros cuidamos a mi padre porque mi madre murió muy joven”. ¿Los gitanos son distintos? “Los gitanos cuidan más a sus mayores que los castellanos”.*

***Antonia, no gitana nacida en Guadix en 1942.***

**¿Se siente mayor?** *“Si, sobre todo, a la hora de hacer mis labores puesto que ya no las hago con la energía de antes. Esto me pasa desde hace más o menos 5 años”.* La entrevistada nos cuenta que ella se prepara para cuando se sienta con menos fuerzas irse a una residencia. Nos expone su situación familiar donde, en la actualidad, no recibe ayuda de ninguno de sus hijos. *“Antiguamente, los payos también tiraban con sus mayores y mi padre lo he cuidado veintitantos años hasta que falleció...Aún estando trabajando, yo he continuado cuidando de mi padre. Con mi marido me ha pasado lo mismo. Como en mi casa no voy a estar, pero allí tendré todo lo necesario. No quiero ser un cargo para mis hijos”.*

**¿Qué consejos nos daría a la juventud para nuestra vejez?** *“No tener vicios fumar y beber. No es bueno para el hombre ni la mujer. Cuando uno es joven no se da cuenta, pero al llegar a la vejez se nota. La naturaleza de cada uno, también tiene mucho que ver con estar bien de salud. He estado de viajes organizados cuando estuve viuda por el colegio de mayores ahora ya no me encuentro con ánimo. En estos tipos de actividades no se ven gitanos. Yo voy al hogar del pensionista a bailar los fines de semana cuando he podido”.*

***Silvia, no gitana nacida en Guadix en 1939.***

**¿Cuidaban de sus mayores en casa?** *“Sí. Mi madre cuidó a mis abuelos. Hoy ni con dinero quieren a los ancianos, no quieren cargas. Sacarte todo lo que pueden, sólo quieren que les hagas cuanto más mejor”.* **¿Entre los gitanos pasa igual con sus mayores?** *“No, los gitanos están muy unidos. Son otra raza que cuidaban a sus mayores y hoy los siguen cuidando”.* **Si antes cuidaban los payos de sus mayores, ¿Qué razón daría usted para que eso haya cambiado?** *“Antes como había tan poco, se valoraba todo más que hoy. Hoy como lo tienen todo, no valoran nada”.*

*“Hemos vivido unos años muy buenos, se han criado con mucha abundancia y no tienen sentimientos por nadie, ni respetan a nadie...se desentienden. Antes un viejo era como un Dios...De unos años atrás aquí, ni ricos ni pobres querían a los viejos los llevaban a asilo. Ahora, como estamos volviendo a los tiempos de atrás, están sacando a los viejos para poder comer. Ahora sí son padres, antes no eran...A mis padres no los hubiera llevado jamás en la vida a un asilo. Aunque hubiera tenido que pedir limosna en la puerta de catedral. Mis padres sufrieron mucho para criarme. Mis padres eran mis padres”.*

**¿Los gitanos son distintos?** *“Antes no eran distintos, porque yo conozco a gente que ha cuidado muy bien de sus padres. Pedían para darles de comer a sus padres”* (refiriéndose a familias payas). *“Son más unidos los gitanos que los castellanos”.* Comenta que ella ha vivido y sus hijos se han criado junto con los gitanos y menciona que la condición del gitano es más apegada que la de los payos *“tienen otro apego distinto...Hijo eres, padre serás, según lo que hagas con tu padre contigo harán”.*

**¿Qué hace para mantenerse saludable durante la vejez?** La entrevistada señala que controla su alimentación, tiene un aseo facial basado en agua y alcohol. Cuando estaba casada no tenía actividades de ocio y tiempo libre pero sola sí, sobre todo, visitar a la familia diseminada por varios puntos de España.

**¿Los gitanos también viajan así?** *“A los gitanos no los tengo vistos que viajen así, son más ahorrativos que nosotros. Yo creo que ellos miran más por el dinero, porque como hemos pasado tanto, lo que tienen no lo quieren gastar por miedo [a que vuelvan los malos tiempos]”*

**Sara, no gitana nacida en Guadix en 1943.**

**¿Hace actividades en su tiempo libre?** *“Ir de viaje me gustaría si no me sentaran tan mal, pero viajes de un día me sienta fatal. Con mi marido salgo de paseo a menudo y nos vamos de bares”.* **¿Qué**

**consejos nos daría a la juventud para un buen envejecer?** *“Eso depende de que no desarrolles enfermedades, de que la persona tenga una naturaleza fuerte”.* **¿Los gitanos son diferentes a los payos en la vejez?** *“Los gitanos cuidan a sus mayores, no abandonan a sus mayores hasta que los entierran. Los castellanos antiguamente también los cuidaban pero la juventud trabaja y quiere más libertad. Las mujeres de antes cuando te casabas tenías aprendido el papel que tenías que cumplir, pero hoy la mujer también trabaja y no tiene el tiempo para cuidar a sus mayores”.*

**Manolo, no gitano nacido en Guadix en 1947.**

**¿Desde cuándo se siente mayor?** *“Desde que tengo problemas de espalda desde hace unos 10 o 12 años por la postura en mi trabajo y desde entonces ya veo que no tengo las mismas fuerzas”.* **Recomendaciones para una buena vejez.** *“Abstenerse del alcohol y las drogas”.*

El entrevistado diferencia entre “viejo” y “mayor”. Viejo se refiere al estado de salud, es decir, una persona que tenga muy deteriorada su salud podría ser alguien joven, las enfermedades son lo que envejecen. En cambio una persona mayor teniendo salud puede llegar a tener más de 80 años. Otro consejo que da es mantener una alimentación equilibrada y evitar los excesos.

**¿Los gitanos cuidan más de sus mayores que los castellanos?** *“Sí, el cuidado al patriarca ha sido hasta que ha fallecido. En cambio, algunos castellanos han llegado hasta a maltratar un hijo a su padre...Los gitanos no hacen eso”.* **¿Por qué los castellanos han dejado de cuidar a sus padres como antes?** *“Intereses, la persona mayor es un estorbo. Quieren salir y entrar. Ellos quieren estar cómodos. Según lo que tenga esa persona (dinero) lo cuidan o no”.*

Comenta experiencias donde los padres repartieron la herencia a sus hijos con excepción de su casa hasta que vivieran. La hija les visitaba muy de cuando en cuando para decirle a la madre que se saliera y le dejara su casa.

*“Antes era cariño y amor, hoy hay solo interés. Hay muchos mayores con falta de cariño”.*

Las citas más relevantes de este apartado, sugieren que los no gitanos entrevistados hace unas décadas sí tenían la sana costumbre de cuidar de sus mayores cuando lo necesitaron. Algunos entrevistados, plantean con resignación y cierta rabia el cambio en los valores morales y la exigencia de las actividades laborales como principales motivos para que las generaciones actuales no cuiden de sus mayores. La concepción relacionada con las personas mayores también es citada como radicalmente distinta, puesto que antes (décadas atrás), los mayores eran tenidos como dignos de respeto y cuidado, hoy son *un estorbo*. Actualmente las familias de no gitanos emplean a personas internas ajenas a la familia para que realice dichas tareas o, si pueden, envían a las residencias de tercera edad a sus padres envejecidos. Los no gitanos reconocen que entre los gitanos no pasa eso. Los gitanos cuidan de sus mayores en el seno familiar y les tienen un respecto muy intenso. La mayoría de los no gitanos entrevistados cuidan su alimentación, realizan algunas actividades de ocio y tiempo libre y cierta actividad física regular. También son conscientes que la mayoría de gitanos no tienen en cuenta la mayoría de estas cosas, salvo en algunos casos, sobre todo, gitanas (muy pocas).





# CAPÍTULO V

# CONCLUSIONES

## CONCLUSIONES.

### 1. Conclusiones sobre las cuestiones incluidas en el cuestionario.

Antes de exponer las conclusiones de este trabajo, es fundamental mencionar que se trata de un primer esfuerzo por poner en conjunto aquello que percibimos. Los modelos que continuamos pergeñando son todavía insatisfactorios, pero somos constantes en nuestra firme determinación por acercarnos a la realidad de dos comunidades que, compartiendo un mismo contexto envejecen de formas claramente diferenciadas. Se trata de dotar de sentido a un material que hemos recogido y entendemos que es muy rico, desde la experiencia etnográfica o psicológica, entre otras. La complejidad que supone el abordaje del estudio de un proceso como la vejez y los efectos de multitud de factores que podrían estar vinculados en cualquier población, es labor más ardua cuando se contextualiza en personas mayores pertenecientes a minorías étnicas, porque, en la mayoría de los casos, arrastran y soportan desventajas en multitud de áreas. El estudio de la vejez en una minoría étnica como la gitana, en un contexto específico como es Guadix y su comarca, ha conllevado una tremenda dificultad a la hora de encontrar a los participantes y poder obtener la información que se necesitaba. Por todo lo anterior, se sugiere manejar con cautela los indicios hallados y la conveniencia de poner en marcha nuevas investigaciones más abarcadoras que puedan corroborar los resultados hallados.

La población gitana, se caracteriza por una enorme heterogeneidad, compuesta por realidades endo- y exgrupales muy diversas y en el ámbito del envejecimiento no iba a ser menos. Este pequeño trabajo exploratorio, pretende sintetizar, cual único fotograma en la inmensa cinta de una película, la realidad dinámica y en continuo proceso de cambio/adaptación que supone el proceso de la vejez en general y, especialmente, en gitanos y gitanas de una zona geográfica concreta.

A continuación, se ofrecerán de manera resumida las conclusiones del estudio, distribuidas en distintos apartados y subapartados incluidos en el trabajo. A lo largo del texto, se irán sugiriendo posibles explicaciones que podrían estar vinculadas con los indicios encontrados, de manera que, permitan esclarecer, mínimamente, dichos resultados en base al modelo teórico propuesto en la introducción.

**-Estado civil.**

La mayoría de los encuestados dicen estar casados. Hay un porcentaje superior de gitanos/as solteros, viudos, y un menor porcentaje de separados, en comparación con los no gitanos. El subgrupo con mayor porcentaje de viudos/as es el de las mujeres gitanas.

El matrimonio en la cultura gitana se concibe “para toda la vida”, explicación por la que encontramos menos separados y más viudos que entre los no gitanos. En la época cuando se casaron los que hoy tienen más de 50 años, la concepción sobre la durabilidad, responsabilidad y obligaciones relacionadas con el matrimonio era similar en ambas poblaciones estudiadas. La población dominante, en “su progreso”, comenzó a adoptar una visión distinta, provocando un aumento en el número de divorcios y separaciones, en parte, elicitada por la incorporación de la mujer a la formación y el mundo laboral. En el caso de los gitanos y las gitanas, persisten modelos familiares más conservadores aunque también ha habido cierta apertura hacia otros modelos familiares comunes con los no gitanos.

Por otro lado, la llamada “feminización de la vejez”, también se percibe entre los gitanos, de manera que los hombres viven menos años que las mujeres gitanas, razón por la que el subgrupo con mayor porcentaje de viudos/as es el de las mujeres gitanas. Las pautas culturales, todavía ejercen gran influencia en la población gitana anciana. Nos referimos a hecho de que, cuando uno de los dos cónyuges fallece el otro componente de la pareja, generalmente, queda viudo hasta su fallecimiento con más frecuencia que entre los no gitanos. En pocas ocasiones, hemos encontrado casos en los que personas mayores gitanas han vuelto a tener otra pareja tras perder a su cónyuge.

**-Número de hijos.**

Los gitanos participantes dicen tener más hijos como promedio (4,8 vs 3,1) y sus familias son más extensas que en el caso de los no gitanos. Los gitanos, en general, han estado sometidos a fuertes procesos de natalidad y mortalidad, pero aún así, la familia extensa es un rasgo cultural muy representativo, particularmente, de los más mayores. Aunque en este tiempo

las familias de los gitanos son menos numerosas que antaño, el promedio continúa siendo muy superior al de los no gitanos. Esto reporta un sobreesfuerzo laboral y económico a los padres y madres gitanos. Hemos percibido directamente en nuestras visitas, un peor estado de salud general y un menor nivel de recursos cuando los gitanos son *viejos*.

## SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA.

### -Nivel de estudios.

Encontramos más de 2 veces y media más analfabetos en gitanos que en no gitanos. Más del 90% son analfabetos o solo saben leer y escribir. El subgrupo donde hay más nivel de analfabetismo es el de las mujeres gitanas. El nivel de estudios es inversamente proporcional a la edad de los participantes. Este dato, está en línea con los encontrados en encuestas españolas donde la población gitana sobresale por un déficit en formación reglada (Gamella, 2011; Laparra, M. et *al.*, 2011; FSG, 2011; La Parra, D. et *al.*, 2016).

Los años en los que los participantes fueron niños (años 30 a los 60), la escuela fácilmente era sustituida por actividades laborales que no demandaban formación específica y se aprendían las habilidades necesarias rápidamente, constituyendo una fuente económica rápida pero precaria. Satisfacer las necesidades básicas se antepone a la formación. Además de lo anterior, la mayoría de gitanos tenían la concepción de que la escuela era para “los payos” y el gitano que estudiaba se le consideraba “apayado”. En este contexto, las presiones de discriminación por parte de los no gitanos también reforzaban estas creencias erróneas, completando el círculo estereotípico donde los gitanos solo “valían” para el campo, los tratos y hacer canastas, entre otros, constituyendo un elenco de atribuciones y profecías autocumplidas. Este pensamiento erróneo, se sigue perpetuando con relativa frecuencia, aunque parece haber cierta superación y como consecuencia directa encontramos que la escolarización en la actualidad es prácticamente total en niños y niñas gitanos. Otra cosa muy distinta es el nivel al que se abandonan los estudios. Entre los participantes hay una brecha demasiado extensa en el nivel educativo entre gitanos y no gitanos. El nivel de estudios de la muestra estudiada, en

general, es menor cuanto mayor es la edad, aunque en el grupo de menor edad sobresale el porcentaje de personas que solo saben leer y escribir, sugiriendo que un alto porcentaje de ambas poblaciones de similar edad preconizaban las actividades laborales frente a las formativas aún a edades relativamente recientes.

Las mujeres gitanas están sobrerrepresentadas de nuevo en el porcentaje de analfabetismo y, hasta cierto grado, no es extraño porque además de la fuerte presión machista, la crianza de los hijos, las tareas del hogar y el trabajo en el campo, no les quedaba tiempo para ningún tipo de formación académica.

Para nuestro modelo de envejecimiento, la formación durante toda la vida es una de las columnas de apoyo para disfrutar de una vejez satisfactoria. La formación es muy escasa, especialmente, entre los más mayores y sobre todo entre las mujeres y hombres gitanos. Algunas de las razones que hemos propuesto como posible explicación del bajo nivel educativo que hemos encontrado entre gitanos/as, tienen que ver con que la educación seglar era algo secundario puesto que las necesidades básicas como la comida o un lugar digno donde vivir, con demasiada frecuencia, no estaban cubiertas.

Es necesaria una especial intervención en este campo que permita a los ancianos y ancianas gitanas aprender a leer y escribir, lo que abrirá las puertas a infinidad de nuevos aprendizajes. Por nuestra experiencia, es indescriptible la alegría de gitanos y gitanas de estas edades que aprenden a ligar “dos letras”, incluso derramando lágrimas de agradecimiento. El proceso de aprender a leer incrementa la seguridad, la autoestima de los individuos y focaliza el pensamiento una tarea novedosa (leer) y significativa, induciendo un estado de positividad y de empoderamiento personal. Por tanto, es necesario poner en marcha proyectos de alfabetización en los hogares de gitanos y gitanas ancianos.

### **-Ocupación.**

El tipo de ocupación predominante entre los gitanos entrevistados es pensionista/jubilado y parado sin prestación, en una proporción muy superior que en no gitanos. Por el contrario, el porcentaje de no gitanos que trabajan, ya sea por cuenta propia o ajena, es muy superior al de gitanos. La evolución de

tipo de ocupacional, según la edad en ambas poblaciones, sigue un patrón decreciente, es decir, a mayor edad menor nivel de actividad laboral.

Los gitanos participantes, por lo general, llegando a cierta edad tras una vida laboral precaria que les ha demandado mucha exigencia física y un nivel de desgaste y agotamiento extremo, cuando han tenido la posibilidad de acceder a una fuente económica estable (subsidios/prestaciones), abandonan las actividades laborales a cambio de percibir algún tipo de prestación estatal. De ahí, que muchos de los encuestados gitanos no manifiesta seguir trabajando, a diferencia de un porcentaje importante de no gitanos donde, probablemente, su vida laboral haya sido más “benigna” y continúan manteniendo vigor y facultades físicas y psíquicas para el desempeño de actividades laborales, sobre todo, en el grupo de edad más joven.

#### **-Ingresos.**

El promedio de ingresos en gitanos, es casi un 70% inferior al de los no gitanos. Hay tres veces más gitanos que no gitanos que ingresan menos de 400€ al mes. Los hombres gitanos son los que menos ingresan seguidos de las mujeres gitanas, de las mujeres no gitanas y quienes más ingresan son los hombres no gitanos. El paso de la edad confirma y amplía las diferencias de ingresos entre gitanos y no gitanos, es decir, cuanto mayor es la persona gitana menos ingresos tiene, en comparación con los no gitanos.

Remitiéndonos a las encuestas realizadas en España y en minorías del resto del mundo, en nuestro estudio se corrobora un inferior nivel de ingresos en gitanos que en no gitanos. No nos extraña puesto que el nivel de formación académica, generalmente, está relacionado directamente con el tipo de ocupación e ingresos. Puesto que en el caso de la mayoría de gitanos participantes tienen menor nivel académico, hay una correlación positiva con un menor nivel de ingresos derivados, frecuentemente, de prestaciones estatales que, en el caso de los gitanos, están elicidas por ocupaciones laborales precarias y mal remuneradas, planteando bases de cotización muy bajas y consecuentemente derivando en prestaciones muy escasas. Nuestros datos revelan que todos los gitanos/as participantes, menos dos casos, están por debajo del umbral de pobreza estimado por el INE en 2016 en 667€ (INE, 2016).

Los procesos de discriminación y racismo junto con la falta de formación, han condicionado durante todo el ciclo vital el campo laboral especialmente a los gitanos y, sobre todo, a las gitanas haciendo que en su vejez no tengan un alto nivel de ingresos. Esto provoca inseguridad y en numerosos casos la ausencia de ningún tipo de ingresos afectando muy negativamente la calidad del envejecimiento de los gitanos y gitanas.

#### **-Situación de la vivienda.**

Aunque la mayoría de los entrevistados manifiestan que en sus barrios todo está bien, teniendo en cuenta que viven en entornos residenciales similares, los gitanos señalan con más frecuencia que los no gitanos deficiencias en farolas, pavimento y pasos adaptados.

Los gitanos que sí manifiestan necesitar firmes (suelos) en buen estado en la calle, iluminación y pasos adaptados, tienen peor salud y ciertas necesidades especiales al depender, en mayor proporción que los no gitanos, de instrumentos ortopédicos y ayudas para la deambulación tanto en la calle como en sus hogares. Los gitanos, al disponer de un menor poder adquisitivo y nivel económico inferior, aunque los barrios estudiados son similares, probablemente no han podido acceder a viviendas mejor situadas que las de los no gitanos. Por otro lado, los gitanos parece que dan menos importancia a la señalización vial y al nombre de la calle, probablemente, porque tengan cierta dificultad para leer, variables donde el porcentaje de no gitanos es superior.

#### **-Percepción del barrio donde reside.**

La mayoría de los participantes manifiestan no vivir en un barrio marginal. Del pequeño porcentaje que sí perciben su barrio como marginal, más del 60% son gitanos y de éste porcentaje, las gitanas suponen el 60%.

Aunque la mayoría de gitanos que participaron no vivían en barrios marginales, de la pequeña muestra que sí dicen vivir en un barrio marginal, el porcentaje de gitanos es muy superior al de no gitanos. Recurriendo como principales razones explicativas a factores como un bajo nivel económico, las casas de los gitanos están ubicadas en zonas de peor calidad y/o marginales,



donde los servicios públicos están relativamente desatendidos, concentrando a familias de similares características precarias en zonas específicas. Podrían sugerirse otras razones de tipo perceptual o discriminatorio para que los entrevistados respondieran afirmativamente a dicha cuestión, pero la justificación sería mucho más compleja y extensa de lo que nos proponemos para este apartado.

**-Servicios básicos presentes/ausentes en el hogar.**

Más del 90% de los entrevistados manifiestan tener todos los servicios básicos en el hogar, pero del porcentaje restante, los gitanos suponen 2 veces más que los no gitanos cuando hay ausencia de alguno de estos servicios básicos en el hogar. Las gitanas que manifiestan la ausencia de algunos servicios básicos domésticos, suponen 2 veces mayor porcentaje que las no gitanas.

En nuestras visitas, generalmente, hemos captado que todos los servicios básicos propuestos en el cuestionario para un hogar, estaban sustancialmente cubiertos en la mayoría de los casos. Solo un pequeño porcentaje, donde los gitanos superan a los no gitanos por varias veces, sí tenían algunos servicios básicos domésticos no cubiertos. Esto podría indicar que, aún en la actualidad, continúan habiendo déficits respecto a algunas necesidades básicas en el hogar de, sobre todo gitanos y gitanas. Puesto que, frecuentemente, la mujer gitana es la que más tiempo pasa en el hogar, son las más afectadas y las que más conciencia tienen respecto a este factor y, consecuentemente, suponen el mayor porcentaje respecto al resto de grupos que manifiesta deficiencias importantes en sus hogares.

**SALUD.**

Esta dimensión es de especial relevancia por sus implicaciones en el resto de apartados y viceversa, puesto permite conocer, a grandes rasgos, parte de las consecuencias derivadas de factores, tanto endógenos como exógenos, concurridos a lo largo del ciclo vital de los encuestados y también el estado de salud general que los participantes presentan en su vejez.

**-Enfermedades.**

- Hipertensión: 50% más de gitanos, sobre todo hombres gitanos.
- Colesterol alto: 2 veces superior en gitanos, sobre todo en hombres gitanos.
- Diabetes: 5% más en gitanos, sobre todo en mujeres gitanas.
- Mala circulación: 75% más en gitanos, sobre todo en hombres gitanos.
- Asma: más de 3 veces superior en gitanos, sobre todo en hombres gitanos.
- Enfermedades de corazón: 2 veces superior en gitanos, sobre todo en mujeres gitanas.
- Úlcera gástrica: 6 veces superior en gitanos, sobre todo en mujeres gitanas.
- Artrosis/problemas de huesos: más de un 50% superior en gitanos, sobre todo en gitanas.
- Depresión: 4 veces superior en gitanos, sobre todo en mujeres gitanas.
- Otras enfermedades: 80% superior en gitanos, sobre todo en hombres gitanos.
- Ninguna enfermedad: 5 veces superior en no gitanos, sobre todo en hombres no gitanos.

En todas las enfermedades propuestas, el porcentaje de gitanos/as es superior al de no gitanos/as. Destacan los porcentajes de hombres gitanos en hipertensión, colesterol alto, mala circulación, asma y otras enfermedades. En el caso de las mujeres gitanas destacan en diabetes, enfermedades de corazón, úlcera gástrica y especialmente los problemas de huesos/artrosis y depresión.

Tomando como referencia estudios que relacionan el tipo de alimentación deficitaria (hiperprotéica e hipercalórica, rica en grasas saturadas y deficiente en fibra y alimentos de origen vegetal) y estilos de vida relativamente sedentarios, entendemos que son los principales factores vinculados, en la mayoría de los casos estudiados, con las enfermedades de origen circulatorio, cardíaco y glucolípido. Posteriormente, corroboraremos

en los apartados de consumo de alimentos y estilo de vida, la correlación con esta y otras dimensiones (Whichelow & Toby, 1996; Haveman-Nies et al., 2003; De la Cruz & Pino, 2009; García-Laguna et al., 2012).

Para llevar una alimentación adecuada, es necesaria educación en salud y una mínima disponibilidad económica que permita la adquisición de alimentos adecuados, y en el caso de los gitanos, ésta circunstancia ha sido deficitaria recurrentemente, lo que ha supuesto la ingestión de alimentos “baratos” e inadecuados, con demasiada frecuencia. En muchos casos, solo han podido alimentarse de lo que la gente les daba a cambio de utensilios hechos en la fragua, artículos de cestería o de la mendicidad.

Evidentemente, en la actualidad no ocurre eso, en la mayoría de los casos, pero lo vivido en épocas pasadas, sobre todo en la niñez, tiene importantes repercusiones en el estado de salud actual. Tal como defendía la epidemiología auxológica, la privación alimenticia durante la niñez aumenta el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares o diabetes durante la vejez (Restrepo, S., et al. 2006, OMS, 2002). En lo referido al estilo de vida, especialmente durante el envejecimiento, en gitanos y gitanas la sedentariedad es un factor habitual. Como se verá posteriormente, participan muy poco en actividades de ocio y tiempo libre o ejercicio físico programado.

Por otro lado, los porcentajes de mujeres destacan en problemas óseos y depresión, especialmente en gitanas. Los problemas óseos como la artrosis dolor de huesos u osteoporosis, podrían tener relación directa con los múltiples embarazos que han tenido las mujeres. En ese proceso, el feto extrae grandes cantidades de calcio de la estructura ósea de la madre. Por tanto, a más embarazos mayor desgaste óseo y, en esto, las gitanas superan a las no gitanas. Como se mencionaba en la parte teórica, vinculadas con este desgaste osteoarticular, también se pueden mencionar la multitud de tareas tanto laborales como domésticas, donde la mujer gitana ha sido especialmente constante hasta edades muy avanzadas. La edad, la genética y degradación ósea por factores mecánicos, se relacionan directamente con el tipo de actividad laboral o el sobrepeso (Sociedad Española de Reumatología, 2011).

Lejos del estereotipo de que “los gitanos están siempre de fiesta y contentos”, en el caso de la muestra estudiada, la prevalencia de la depresión es especialmente relevante, donde el porcentaje de gitanos es exponencialmente superior al de no gitanos/as. Proponemos tres principales hipótesis como facilitadoras concretamente de la casuística depresiva.

La primera, sería la pérdida de identidad cultural por parte de los gitanos/as en general y de la zona en particular. Esta pérdida de identidad, en palabras de la mayoría de los entrevistados, “ya no somos ni payos ni gitanos”, estaría revelando una enorme inestabilidad emocional facilitando la aparición de síntomas relacionados con el estrés, ansiedad y depresión. La segunda hipótesis que postulamos, es la influencia de los procesos discriminatorios de los que secularmente han sido y son objeto los gitanos y gitanas. La exposición sostenida a situaciones discriminatorias directas o indirectas, tiene consecuencias básicamente negativas en distintas dimensiones en la vida de las víctimas (Smith et al. 2010). Y la tercera hipótesis señalaría como factores elicitanes de la casuística depresiva a la multitud de consecuencias derivadas de un peor estado de salud general y discapacidad asociada.

Podríamos mencionar otro factor vinculado con la depresión, especialmente en el caso de las mujeres gitanas. El radio de acción de las gitanas está muy limitado, principalmente al hogar, reforzado desde un punto de vista cultural especialmente a edades avanzadas. Esto produce aislamiento social. En cambio, los hombres gitanos, sí han continuado su deambular entre el hogar y “la calle” aun cuando han tenido mucha edad, lo que ha supuesto cierta protección ante dicho problema.

Como defiende el modelo de envejecimiento para este trabajo, una de las variables fundamentales para tener un envejecimiento satisfactorio es la salud, no solo como ausencia de enfermedad, sino el “*estado de completo bienestar físico, mental y social*” (OMS, 2015). En el caso de los gitanos y especialmente de las gitanas, el número de enfermedades físicas y psicológicas es superior al de los no gitanos. Además sufren dichas enfermedades a una edad inferior, lo que en algunos trabajos se ha venido a decir que la población gitana envejece prematuramente (La Parra, D., 2006, 2014). Estamos convencidos que la vejez de muchos gitanos está directamente afectada por factores como actividades laborales precarias, alimentación deficiente, estilo de vida poco saludable, deficiencias nutricionales durante la niñez y procesos de exclusión y racismo, entre muchos otros. Aunque continua habiendo cierta reiteración de dichos factores en la vida de muchos gitanos jóvenes, es muy positivo ver que en las nuevas generaciones comienzan a preocuparse más por su salud debido a mejoras en su situación socioeconómica y sanitaria

aumentando la concienciación para llevar a cabo hábitos de vida más saludables.

#### **-Medicamentos.**

El consumo promedio de medicamentos en gitanos, es significativamente inferior al de los no gitanos. Por grupos, las gitanas son quienes menos medicación dicen tomar.

Es muy relevante que los gitanos y gitanas participantes, constituyen un porcentaje muy superior al de no gitanos en todas las enfermedades propuestas, pero consumen un promedio del 20% inferior de medicamentos. Este dato apoya la idea propuesta en la parte teórica, donde referíamos que los gitanos conciben los procesos de enfermedad como algo circunstancial, dando atención a la enfermedad cuando los síntomas son incapacitantes pero, una vez “curados”, continúan su vida anterior, abandonando en un porcentaje muy significativo los tratamientos, haciendo que la enfermedad se instaure y provoque cada vez más daños en el organismo del individuo.

#### **-Visitas al médico.**

Entre los participantes, los gitanos tardan menos que los no gitanos entre visita y visita al médico, acudiendo principalmente con cita concertada. Los gitanos acuden al médico, principalmente, para renovar recetas y, en menor proporción que los no gitanos, por revisiones periódicas. El número de visitas a los servicios de urgencias médicas, son similares en ambas poblaciones, reprobando con las precauciones que requiere dicha afirmación, los datos de otras encuestas nacionales sobre población gitana donde se aseguraba que los gitanos hacen un uso excesivo de las urgencias (La Parra, D., et al. 2016, 2006; Gamella, 2011; MSC-FSG, 2006; García, C., 2006). En el análisis por grupos, las gitanas son las que más acuden al médico por tratamiento y/o diagnóstico, los hombres no gitanos por revisión, y los hombres gitanos por recetas.

**-Distancia al hospital más cercano.**

La distancia promedio al hospital más cercano, es más de dos veces y media superior en gitanos que en no gitanos. Por grupos, los más distantes son los hombres gitanos, seguidos de las mujeres gitanas, de los hombres gitanos y las que más cerca están son las mujeres no gitanas.

Debido a que la investigación se ha realizado en un área principalmente rural, se podrían esperar estos datos puesto que de Guadix dependen sanitariamente unos 32 municipios. La mayoría de los participantes, sobre todo gitanos, son de pueblos de la comarca de Guadix. La elección del sitio donde se reside, en este caso, cuenta con factores como el sentimiento de arraigo o el coste de la vivienda. En zonas rurales el coste de la vivienda es muy inferior al de Guadix. Muchos gitanos con bajo nivel económico, probablemente, han podido acceder a una vivienda más o menos digna, preferentemente, en pueblos de la comarca de Guadix puesto que en la ciudad el precio es mucho más elevado.

**-Ausencia de asistencia médica por privación de medios y personal.**

Aunque el número de casos es residual, un porcentaje muy superior de gitanos necesitaron asistencia médica y no la obtuvieron, sobre todo en el caso de las mujeres gitanas.

Este dato podría ser provocado por la ausencia de medios a través de los cuales avisar a los familiares más cercanos, la incapacidad física para viajar por sus propios medios, la falta de disponibilidad de las personas que podían realizar el traslado o la soledad en la que podrían encontrarse algunos entrevistados.

**-Razones por las que no se hizo uso de los servicios sanitarios a pesar de necesitarlos.**

Como en el apartado anterior, el porcentaje de casos es mínimo, pero casi todos son de gitanos/as. La razón más informada por la que se necesitaron los servicios sanitarios pero no pudieron tenerlos, fue porque había que esperar mucho tiempo.

Nos recuerda que muchos gitanos afrontan la enfermedad cuando se manifiesta esperando solucionar la situación cuando antes. De ahí, que los procesos preventivos en salud, tengan poco éxito generalmente en gitanos y en algunos casos no acudan a las citas concertadas por tener que esperar cierto tiempo.

#### **-Grado de satisfacción con los servicios públicos de salud.**

Los gitanos manifiestan menor grado de satisfacción con los servicios sanitarios (7% menor) en comparación con los no gitanos. Por grupos, las mujeres gitanas son las menos satisfechas con el sistema sanitario español.

Una explicación que proponemos, es la falta de conocimiento cultural por parte de los profesionales para ofrecer un servicio sanitario más adecuado, en detrimento de conocimiento basado en estereotipos, posibilitando un cierto trato inadecuado en temas sensibles hacia la comunidad gitana. Un dato que apoyaría esta hipótesis, es que las menos satisfechas con el sistema sanitario español son las mujeres gitanas. Conocemos que, por ejemplo, los temas sanitarios relacionados con las partes íntimas de la mujer, el centro en cuestión asigna aleatoriamente al profesional. Lo más adecuado, sería que una profesional (si la hay), fuera designada de manera específica para estos casos, evitando así un posible rechazo o la no asistencia por parte de la paciente. En comunidades como Asturias, algunos centros sanitarios han facilitado la figura de un mediador (gitano/a) que favorece el buen funcionamiento y satisfacción tanto de usuarios gitanos como de profesionales no gitanos, facilitando información a unos y otros en casos complejos.

#### **-Percepción del estado de salud.**

Casi tres veces más gitanos que no gitanos se sienten mal o muy mal de salud. El grupo de las mujeres gitanas, es especialmente el que dice sentirse peor, seguido del grupo de los hombres gitanos, mujeres no gitanas y hombres no gitanos.

Algunos datos generales apoyados por diferentes estudios, revelan que tienen una percepción más negativa de su estado de salud las personas con un menor nivel socioeconómico, un bajo nivel de estudios, los sedentarios, las mujeres, los mayores y las minorías (Jewell et al., 2007; González M. E. et al.,

2008; Vázquez et al., 2008; MSPSI-INE, 2009; Pérez-Fuentes et al., 2015). La percepción negativa del estado de salud, es un indicador muy fiable del estado de salud física, mental y social de los gitanos. Según nuestros datos, padecen un mayor número de enfermedades, tienen menos actitudes orientadas a la prevención y más la intervención cuando la enfermedad se manifiesta, viven a más distancia del hospital más cercano y tienen un menor grado de satisfacción con los servicios de salud, en comparación con los no gitanos. Si después de todo lo anterior, manifiestan sentirse significativamente peor de salud, se confirman las conclusiones de las principales encuestas de salud a comunidad gitana en España (Laparra, M., 2007; García, 2016; La Parra, D., et al. 2016, 2006).

#### **-Consumo de tabaco y alcohol.**

Más gitanos que no gitanos fuman, sobre todo, hombres (casi un 7%), dos veces más que en mujeres. Por grupos, las menos representadas son las mujeres gitanas. El promedio de consumo es un 45% superior en gitanos que en no gitanos, sobre todo el grupo de hombres gitanos sobresale por cantidad de cigarrillos/día y número de casos.

Es muy interesante que el promedio de fumadores en gitanos sea menor que en no gitanos, en cambio, los gitanos que fuman, consumen más cigarrillos por día. Estos indicios apoyan los datos encontrados en otras encuestas de salud en comunidad gitana. Por otro lado, los gitanos entrevistados manifiestan ingerir menos bebidas alcohólicas que los no gitanos, dato que contradice los principales estudios consultados hasta el momento en gitanos.

El consumo de tabaco y bebidas alcohólicas incluidas en el estilo de vida de las personas, son factores frecuentemente relacionados con diversas patologías que pueden desarrollarse, principalmente, en momentos postreros del ciclo vital. Según nuestra experiencia en la zona de estudio, en los últimos años hay un evidente incremento en patologías no recogidas en nuestro cuestionario como son los procesos cancerígenos. En este caso concreto, los hombres y, entre ellos, los gitanos, son los más afectados de los grupos estudiados, probablemente, porque son factores que en otras épocas estaban más asociados al rol masculino. En la actualidad, la mujer está en niveles



similares o superiores en comparación con los hombres, cuando se contabilizan los nuevos casos de consumidores de alcohol y tabaco.

#### **-ESTILO DE VIDA.**

##### **-Horas de sueño durante el día.**

Más de la mitad de los encuestados dice dormir siesta. Un 50% más de gitanos que de no gitanos duermen entre 2 y 4 horas durante el día. El grupo que más representación tiene en este intervalo son los hombres gitanos.

##### **-Actividad principal en el hogar.**

El porcentaje de gitanos que llevan a cabo conductas sedentarias en el hogar, suponen 2 veces más en comparación con los no gitanos. Por grupos, las mujeres gitanas están sobrerrepresentadas en dichas conductas, seguidas de los hombres gitanos, las mujeres no gitanas y los hombres no gitanos.

##### **-Actividad física programada.**

El porcentaje de gitanos que no hacen ejercicio físico programado es 3 veces más que los no gitanos. Por grupos, los hombres gitanos son los que más manifiestan no hacer ejercicio físico programado, seguidos de las mujeres gitanas, las mujeres no gitanas y finalmente de los hombres no gitanos.

Los resultados obtenidos, revelan que los gitanos en general realizan conductas sedentarias (dormir muchas horas en horario diurno, poca actividad en el hogar y muy poca o ninguna actividad física programada) en mayor proporción que los no gitanos. Las mujeres gitanas, son las más representadas en horas de sueño diurno y los hombres gitanos en inactividad física en el hogar o programada. Este tipo de hábitos poco saludables, influyen directa y negativamente en la salud general, sobre todo, en la epidemiología patológica cardiovascular y glucolipídica. La actividad física de intensidad moderada realizada regularmente, es beneficiosa para la recuperación, entre otros, en procesos depresivos. En la Encuesta de Salud para la Comunidad Gitana del año 2006/2016, más de la mitad de la población gitana no realizaba ninguna

actividad física durante su tiempo libre; los casos de obesidad, sobre todo, en mujeres gitanas fue muy superior que en población mayoritaria. Los datos que hemos encontrado están en consonancia con los hallados en dicha encuesta, si cabe, en algunas variables las diferencias son más importantes.

## **-ALIMENTACIÓN.**

### **-Desayuno.**

Encontramos un 6% de gitanos que dicen no desayunar. No representación de no gitanos. La composición del desayuno de los gitanos, es menos equilibrada que en no gitanos. El porcentaje de gitanos es superior que el de no gitanos en consumo de: bollería, zumo, té, mantequilla y fiambre. Por grupos, las que más equilibradamente desayunan son las mujeres no gitanas, seguidas de los hombres no gitanos, las mujeres gitanas y finalmente los hombres gitanos.

Como hemos considerado en la introducción de ese trabajo, el desayuno es una de las comidas más importantes en el día, suponiendo hasta el 25% de la energía necesaria para el funcionamiento del organismo. Una proporción importante de gitanos están privándose de los buenos efectos para su salud y facilitando una alimentación menos equilibrada.

### **-Consumo semanal de los principales grupos de alimentos.**

Los gitanos/as encuestados consumen semanalmente menos fruta fresca, pescado y menos verduras y hortalizas que los no gitanos. Por el contrario consumen más carne, huevos, pasta patatas y cereales, legumbres, fiambres y embutidos y más dulces que los no gitanos.

### **-¿Cree que come más de lo que debe? ¿Por qué?**

Casi dos veces más gitanos que no gitanos comen más de lo que deben. Por grupos, las mujeres gitanas son las más representadas seguidas de los hombres gitanos, los hombres no gitanos y finalmente las mujeres no gitanas.

Entre las principales razones que manifiestan los gitanos/as son: “Porque me gusta mucho comer” y “Porque tengo hambre”.

**-¿Cree que come alimentos que no debe por su estado de salud? ¿Por qué?**

Más del 50% de los gitanos/as contestan que sí a esta cuestión. Por grupos, las mujeres gitanas son las más representadas, seguidas de los hombres gitanos, de las mujeres no gitanas y finalmente de los hombres no gitanos. Como en el caso anterior, en respuesta al “¿Por qué?”, responden más frecuentemente: “Porque me gusta mucho comer” y “Porque tengo hambre”.

Según podemos observar en este apartado, se alinean varios factores negativos que afectarían especialmente la salud de los gitanos. En primer lugar, hay un alto porcentaje de gitanos/as que no desayunan. Los que sí desayunan, incluyen un alto contenido en grasas saturadas y azúcares refinados entre sus alimentos. Las mujeres gitanas, son las que menos equilibradamente desayunan.

Vimos la importancia de un buen desayuno y, en el caso de los gitanos/as, estas ventajas tienen menos incidencia por los hábitos deficientes que manifiestan tener. Además, en el consumo semanal de los principales grupos de alimentos, los gitanos/as también tienen deficiencias en la proporción de verduras y hortalizas, fruta, pescado y por el contrario destacan por un alto consumo de huevos, carne, embutidos y dulces. Por último, manifiestan comer más de lo que deben y alimentos no recomendados por su estado de salud, en mayor porcentaje que los no gitanos.

Como coloquialmente se dice, los gitanos y gitanas “tienen todas las cartas” a favor para padecer en mayor proporción que los no gitanos enfermedades cardiovasculares, diabetes, problemas de circulación, como, de hecho, lo hemos comprobado en apartados anteriores. Es destacable, que en todo esto, la mujer gitana despunta de manera especialmente negativa y, por tanto, las consecuencias son de mayor calado en su vejez.

Coloquialmente una frase dice: “*somos lo que comemos*”. En el caso particular de los gitanos, seguimos argumentando de manera acumulativa y reiterativa que, detrás de una mala alimentación pueden haber factores laborales, factores sociohistóricos y culturales, así como también factores

psicológicos y de género. Entre los factores laborales podemos decir que los gitanos, sobre todo, han tenido actividades laborales precarias con grandes esfuerzos sostenidos durante largas jornadas. Para poder dar respuesta a las exigencias, han consumido (cuando han podido), alimentos ricos en grasas, azúcares refinados y con alto poder calórico. Desde el punto de vista sociohistórico, los hábitos alimenticios, los alimentos y recursos disponibles en los años 40-70, eran muy distintos a los que tenemos en la actualidad para cualquier persona, pero especialmente para los gitanos. Los procesos de exclusión social, discriminación y racismo obligaban, especialmente en esa época a los gitanos, a trabajar en actividades laborales muy precarias. En esas décadas, los gitanos no comían lo que deseaban ni en cantidad ni en tipo de alimentos porque no tenían para costearlos. En la actualidad, practican lo que algunos vienen a llamar “el síndrome de hambre retrasada”, comiendo más de lo que deben ahora que precisamente no lo necesitan. Desde el punto de vista cultural, se tienen ciertas preferencias por unos tipos de alimentos sobre otros, como ya se apuntaba en la introducción. Por ejemplo, en la zona de estudio, una de las carnes preferidas por gitanos y no gitanos es la del cerdo, pero en el caso de los gitanos la diferencia es evidente. Los alimentos basados en harinas refinadas, forman parte de la vida de los gitanos y gitanas ancianos. Se hace muy difícil cambiar la dieta aun teniendo razones por necesidad sanitaria y muchos gitanos y gitanas se saltan la dieta con demasiada frecuencia. Desde el punto de vista psicológico, los procesos depresivos y la soledad, frecuentemente, se asocian a niveles elevados de ansiedad lo que podría estar detrás de los hábitos de ingesta excesiva. El elevado número de casos de mujeres gitanas con depresión, es especialmente alarmante, correlacionando directamente con la obesidad observada. Por otro lado, la creencia que se tenía antiguamente era que la mujer embarazada tenía que comer por dos. Las mujeres gitanas, al tener más embarazos que las no gitanas, probablemente desarrollen más obesidad a lo largo de su vida por una sobreingesta gestacional.

## **DEPENDENCIA Y SERVICIOS SOCIALES.**

### **-¿Tiene reconocido grado de dependencia?**

Cuatro veces más gitanos que no gitanos, dicen tener reconocido grado de dependencia, tres cuartas partes son mujeres gitanas.

### **-¿Qué grado de dependencia tiene reconocido?**

En todos los grados de dependencia propuestos, el porcentaje de gitanos es superior al de no gitanos. Las mujeres gitanas son las más representadas.

### **-¿Qué servicios está utilizando?**

Los servicios más utilizados por los gitanos son la ayuda a domicilio, la compensación económica y la Teleasistencia.

### **-¿Suplen estas ayudas sus necesidades?**

Muy pocos casos de ambas muestras, manifiestan que sí a esta cuestión. La mayoría contestan que “en parte”, pero un porcentaje relativamente alto contesta que “no”. Según los datos, la proporción de gitanos es la más representativa y entre éstos las mujeres gitanas.

### **-¿Conoce algún otro tipo de servicio que ofrece la ley de dependencia?**

Un porcentaje superior de gitanos que de no gitanos, conocen otros servicios que ofrece la ley de dependencia.

### -ÍNDICE DE KATZ.

Esta prueba nos permite corroborar relativamente los datos autoinformados sobre el grado de dependencia. Encontramos un porcentaje superior de casos (28,5% vs 8,1%) al hallado en el ítem autoinformado. De nuevo, las gitanas son las más representadas que ningún otro grupo estudiado.

Como hemos visto en este apartado, los gitanos entrevistados manifiestan tener, en mayor proporción que los no gitanos, algún grado de dependencia reconocido. Utilizan principalmente la ayuda a domicilio, la compensación económica y la teleasistencia. La inmensa mayoría no sienten que los servicios cubran sus necesidades (tanto gitanos como no gitanos).

El número de casos con alguna dependencia cribada por el Índice de Katz, es superior que los casos en respuestas autoinformadas, indicando que muchos de los participantes podrían tener algún tipo de dependencia graduable pero aún no están ni evaluados ni reconocidos por el sistema, desembocando en una consecuente situación de vulnerabilidad y necesidad. Todo este panorama, es diferencialmente incidente en los gitanos y especialmente en las mujeres gitanas. Los indicios de este apartado, pudieran ser el resultado de las consecuencias derivadas de una vida laboral precaria y con altos niveles de esfuerzos y peligrosidad, donde el gran número de enfermedades durante la vejez provoca ciertas incapacidades en el desempeño las actividades de la vida diaria en los participantes. Otra posible explicación, es la correlación de los altos índices de discapacidad en gitanos con un nivel formativo inferior, menor nivel económico, mayor número de enfermedades, peores ocupaciones laborales, peor estilo de vida y peor alimentación, en comparación con los no gitanos.

Como defendemos en nuestro modelo, la actividad significativa es un factor estructural para un envejecimiento satisfactorio y la dependencia limita las alternativas de actividad drásticamente. Aún así, la adaptación y el esfuerzo son necesarios para poner a aprovechar las alternativas que la situación personal permita. Para ello, es necesaria la ayuda de profesionales que evalúen y adapten las actividades según los recursos disponibles, trabajando especialmente junto a los ancianos y ancianas gitanas en sus domicilios.

## **GRADO DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA.**

Casi un 65% más de gitanos que de no gitanos se sienten poco, o nada satisfechos con su vida y, de nuevo, la mujer gitana destaca proporcionalmente sobre el resto de grupos. Con la edad, hay cierta convergencia en ambas poblaciones bajo esta variable, sobre todo, en el intervalo de “poca” o “ninguna satisfacción” con la vida.

Entre los factores que influyen en el grado de satisfacción negativa, se podrían mencionar un bajo socioeconómico, la edad, el sexo (ser mujer), un peor de salud y ciertos rasgos de personalidad. Las numerosas implicaciones de este factor extienden su influencia a la mayoría de procesos psicológicos, biológicos y sociales del individuo. Si el individuo está satisfecho con su vida es más probable que funcione mejor en la mayoría de éstas áreas (Meléndez, et al. 2009; Díaz & Alvarado, 2007).

Los gitanos entrevistados, teniendo un poder adquisitivo bajo, una gran cantidad de enfermedades, un estilo de vida poco saludable y altas tasas de discapacidad/dependencia, no es nos sorprende que estén menos satisfechos con su vida. A la sazón, estereotipos muy extendidos como “los gitanos con sus cantes y sus bailes siempre están felices”, se desmoronan sin correspondencia alguna con la realidad, y estos resultados muestran el crudo y triste escenario.

## **ACTITUD HACIA EL PROPIO ENVEJECIMIENTO**

**-¿Cree que los NO gitanos toman medidas ante el envejecimiento?**

La mayoría de los entrevistados concuerdan que los NO gitanos toman medidas ante el envejecimiento.

**-¿Cree que los gitanos toman medidas ante el envejecimiento?**

La mayoría de los entrevistados concuerdan en que los gitanos no toman medidas ante el envejecimiento.

Por parte de ambas poblaciones, hay una congruencia consistente respecto a las pocas medidas que toman los gitanos ante la vejez. En gitanos/as, las limitaciones económicas, concepciones culturales, las

enfermedades y el efecto de procesos discriminatorios, entre otros, refuerzan comportamientos que demandan poca actividad física, psíquica y social fuera y dentro del hogar durante la vejez, teniendo actitudes de resignación concibiéndola como proceso o antesala de la muerte. De esta forma desarrollan e interiorizan procesos que vendremos a llamar “incapacidad aprendida”. Este tipo de comportamientos, están claramente desaconsejados desde nuestro modelo de envejecimiento porque no facilitan la adaptación y la actividad en general y sus buenos efectos.

#### **-CUESTIONARIO DE ACTITUDES ANTE EL ENVEJECIMIENTO.**

Los resultados de este cuestionario específico sobre actitudes ante el envejecimiento, muestran que los gitanos y gitanas participantes , en general, tienen concepciones, esquemas y creencias sobre el envejecimiento distintas a los no gitanos. Destacan en aquellos esquemas y creencias que son negativas e interfieren con un envejecimiento exitoso.

El modelo que planteamos, entiende que las actitudes predisponen al individuo a reaccionar de manera positiva o negativa, según la valencia atribuida a los distintos estímulos internos y externos. Hemos encontrado que los gitanos, especialmente, tienen una visión negativa sobre la vejez, precedida por actitudes que favorecen conductas pasivas y menos saludables. Esta predisposición, podría estar elicitada por una secuenciación del ciclo vital distinta en las dos poblaciones estudiadas. Por ejemplo, la mayoría de gitano/as participantes tuvieron una niñez que no cumplió su papel tal como entendemos esa etapa psicólogos, antropólogos o médicos (entre otros), donde rápidamente comenzaron a trabajar y contrajeron matrimonio muy jóvenes. Los hijos llegaron relativamente pronto y, para cuando tuvieron unos 40 años, ya se podía decir que habían realizado la mayoría de las asignaciones vitales concebidas, sobre todo, desde el punto de vista cultural. A partir de la etapa de madurez/vejez los roles de gitanos se plantean muy diferenciados a los de los no gitanos. La vejez gitana, está vinculada a tareas familiares y transmisión de saberes dentro del hogar. Tradicionalmente, en gitanos, no se ha reforzado la realización de actividades de ocio y tiempo libre o hábitos de vida saludables como la actividad física regular. El envejecimiento en gitanos, generalmente, está asociado a actividades relativamente pasivas que facilitan un peor estado



de salud y dependencia, adoptando una actitud de espera como etapa próxima a la muerte.

Nuestro modelo de envejecimiento y diversos estudios, relacionan el tener una actitud positiva hacia el envejecimiento con el bienestar, la calidad de vida, longevidad y un buen funcionamiento cognitivo y físico. Por el contrario, las actitudes negativas están relacionadas con el efecto opuesto, produciendo estrés, ansiedad y un desempeño físico y cognitivo deficiente hasta el grado de disminuir la esperanza de vida (Levy et al., 2002; McGee et al., 2011; Castellano & De Miguel, 2010; Castellano, 2014).

## **REDES FAMILIARES Y APOYO PERSONAL.**

### **-¿Con quién convive usted?**

La forma de convivencia más frecuente en gitanos/as es en pareja e hijo(s) o en pareja, en sentido inverso que en no gitanos/as.

### **-Formas de comunicación con personas de su familia que no viven cerca.**

Los entrevistados gitanos y no gitanos mayoritariamente usan el teléfono y las visitas, en similares porcentajes, para comunicarse con familiares que viven fuera del hogar. El porcentaje de gitanos es significativamente inferior al de no gitanos, en el uso del correo postal y el uso de "Otro tipo de encuentros".

### **-Frecuencia de visitas de su entorno familiar.**

Los gitanos entrevistados dicen recibir más visitas frecuente o muy frecuentemente que los no gitanos, sobre todo, es muy significativo en el caso de las mujeres gitanas.

**-Por motivos de salud o limitación física, ¿Necesita ayuda para desenvolverse en la vida cotidiana, en casa o fuera de casa?**

El porcentaje de gitanos que necesitan ayuda, es más de dos veces superior al de no gitanos, especialmente en el caso de las mujeres gitanas.

**-¿De quien recibe ayuda?**

El porcentaje de gitanos que dicen recibir ayuda de familiares, amigos/vecinos, persona remunerada o ayuda a domicilio, es superior al de no gitanos.

**-¿Se siente valorado por su familia?**

Un 15% superior de gitanos y gitanas que de no gitanos, se sienten bastante o muy valorados por su familia. En el caso de los no gitanos de 76 años y más, encontramos hasta un 7% que manifiestan sentirse poco o muy poco valorados, en ausencia de casos de gitanos.

Hemos encontrado que la forma de convivencia principal en gitanos es con su cónyuge e hijo(s), ofreciendo dicho esquema de convivencia un factor de protección ante la soledad. Durante el trabajo de campo, hemos encontrado con relativa frecuencia personas ancianas no gitanas solas, circunstancia inexistente en gitanos.

La forma de comunicación principal que utilizan ambas poblaciones estudiadas son el teléfono y las visitas. En el caso de los gitanos, el correo postal es menos utilizado, probablemente porque la mayoría, sobre todo los más mayores, tienen dificultades para leer o escribir.

En gitanos, las visitas del entorno familiar son mucho más frecuentes que en no gitanos. Recordemos la importancia que consignan los gitanos a la familia más próxima (padres, hijos y descendientes, hermanos, tíos y primos-hermanos). En la actualidad, los contactos entre miembros de la familia gitana son menos numerosos que hace algunas décadas debido, entre otras causas, a obligaciones laborales o al cambio hacia una mentalidad más individualista. Entre los gitanos se sigue perpetuando el valor fundamental de cuidar y visitar

a los mayores, especialmente, si son los padres o abuelos. Estas visitas sobre las que hemos preguntado, están contextualizadas hacia personas con un nivel de desempeño relativamente “normal”, libre de enfermedades graves e incapacidad limitante. En el caso de hospitalización relacionada con enfermedades terminales o incapacidad/dependencia grave, el número de visitas se intensifica y muchos miembros de la familia, más o menos cercana, se personalizan para ofrecer su apoyo incondicional, rememorando el valor y seguridad grupal como rasgo cultural.

No nos extraña por lo hallado en apartados como el laboral o dependencia, que el porcentaje de gitanos que necesitan ayuda para el desempeño en las actividades de la vida diaria es muy superior al de no gitanos, sobre todo, por mayores índices de discapacidad y dependencia.

Todos los factores incluidos en este apartado, apoyan la idea de que hay un porcentaje superior de gitanos y gitanas que se sienten muy valorados por su familia en comparación con los no gitanos. El apoyo y la atención a los ancianos gitanos realizados, principalmente, por redes familiares cercanas, influye positivamente al mejorando la calidad de vida de hombres y mujeres, sobre todo, en aquellos casos que tienen ciertas deficiencias de movilidad o cualquier otra, que impiden el desarrollo normal de las actividades de la vida diaria. La percepción positiva de los ancianos, sobre todo gitanos y gitanas que se sienten valorados por sus familias, es uno de los pocos factores protectores encontrados que facilitan una mejor vejez.

## **DEPRESIÓN. CUESTIONARIO GDS-ES.**

Según la puntuación del GDS-ES, los gitanos y gitanas en idéntico porcentaje, suponen casi 3 veces mayor proporción que los no gitanos en riesgo de depresión. Hay hasta un 46% de mujeres gitanas con puntuaciones clasificadas como “depresión subclínica”, donde podrían haber muchos casos de depresión establecida a falta de un análisis más exhaustivo, porcentaje muy superior que en cualquier otro grupo.

En nuestro modelo, la dimensión salud incluye el bienestar psicológico como una de las variables fundamentales. Cuando el individuo padece depresión, el organismo acaba somatizando los efectos de ésta, debilitando el

sistema inmunológico y exponiendo al resto de sistemas corporales a diversos tipos de infecciones y deterioros. Otra de las consecuencias de la depresión clínica es la degradación de las relaciones sociales y la soledad.

El número de casos identificados por el cuestionario GDS-ES, es menor que en las respuestas autoinformadas. Este cuestionario de efectividad comprobada, arroja resultados tremendamente reveladores detectando en gitanos y, sobre todo, en gitanas una alta probabilidad de padecer depresión. La mayoría de los gitanos y gitanas entrevistados padecen o podrían desarrollar problemas psicológicos importantes relacionados con la depresión durante su vejez. Algunos procesos estrechamente vinculados con la depresión son la tristeza patológica, apatía, desmotivación, desesperanza, impotencia, sentimientos de culpabilidad y hacer un especial énfasis en los hechos negativos vitales del pasado y del presente. La vejez por sí misma, es una etapa especialmente negativa para los gitanos, entre otros factores, porque una gran mayoría de los gitanos y gitanas padecen los efectos de muchísimas enfermedades crónicas y un alto grado de discapacidad, provocados por deficiencias y dificultades nutricionales en tiempos pasados, recurrentes actividades laborales precarias, una niñez difícil y afectados por seculares procesos discriminatorios y exclusión social. Si a lo anterior se añade el importantísimo proceso de pérdida de identidad social y cultural, donde los mayores se sienten relativamente aislados de las generaciones actuales desde el punto de vista de transmisión de saberes respecto a oficios, tradiciones o costumbres ancestrales, es comprensible la alta prevalencia de procesos depresivos, especialmente, en la población gitana. Esta hipótesis, viene a invalidar ideas estereotípicas erróneas como: que los gitanos, independientemente de la edad, “están siempre contentos con sus juergas y fiestas”.

## **DISCRIMINACIÓN PERCIBIDA: CUESTIONARIO "THE EVERYDAY DISCRIMINATION SCALE" (EDS)**

El porcentaje de gitanos que perciben algún tipo de discriminación, es superior al de no gitanos, especialmente las mujeres gitanas. Secularmente, los gitanos han sido y son víctimas de procesos de discriminación, exclusión y racismo. En la actualidad, este tipo de procesos no se manifiestan de manera abierta o frontal. Se percibe subyacente o eufemizada, bajo una nomenclatura políticamente correcta, aunque su influencia es tremendamente negativa en gitanos y especialmente en gitanas mayores.

Diversos estudios coinciden en señalar que la discriminación percibida es frecuentemente somatizada en enfermedades (físicas y psicológicas) y un bienestar más deficiente de las víctimas (Saavedra & Robles, 2016; Rask et al., 2016; Castaneda et al., 2015; Chun et al., 2015; Molero et al., 2013; Brondolo et al., 2010; Williams & Mohammed, 2009; Paradies, 2006).

El factor de la discriminación, por tanto, genera repercusiones negativas, sobre todo, en la población gitana estudiada, en todas las variables estudiadas. La mujer gitana, soporta una triple discriminación: ser anciana, ser mujer y ser gitana, por todo ello hay un mayor porcentaje de mujeres gitanas discriminadas que en ningún otro grupo estudiado.

## **ACTIVIDADES LABORALES REALIZADAS A LO LARGO DE LA VIDA.**

Las actividades laborales que han desempeñado, principalmente, los/as gitanos/as entrevistados de mayor a menor porcentaje son: jornalero agrícola, construcción, venta ambulante, ama de casa y limpieza. Los gitanos y gitanas, generalmente, han diversificado menos que los no gitanos sus actividades laborales, centrándose en los trabajos antes mencionados. Como se puede deducir, sobre todo, el trabajo en el campo y la construcción son actividades que demandan gran esfuerzo físico y expone a los/las trabajadores/as a condiciones climáticas generalmente muy duras y a frecuentes accidentes laborales. Como sabemos, la ausencia de formación y los procesos discriminatorios influyen también decisivamente para que los gitanos no puedan optar a mejores actividades laborales. Como hemos constatado anteriormente, algunas de las consecuencias durante la vejez en gitanos relacionadas con las actividades laborales realizadas durante su vida se

expresan en una mayor incidencia de enfermedades y discapacidad, asociadas tanto a accidentes laborales como a un mayor desgaste del organismo.

### **ACTIVIDADES QUE LOS NO GITANOS REALIZAN DURANTE SU VEJEZ A DIFERENCIA DE LOS GITANOS.**

Hay cierto consenso en ambas poblaciones estudiadas en que los gitanos realizan menos actividades lúdicas y de tiempo libre durante el envejecimiento. Por ejemplo, ambas poblaciones tienen sus máximos porcentajes bajo las categorías “Los no gitanos salen más que los gitanos” y “Los no gitanos hacen viajes lúdicos”. El modelo de envejecimiento que se articula a lo largo de todo este trabajo y numerosos estudios, asocian la realización de actividad física moderada y actividades lúdicas como pasear, viajar o visitar museos, entre otras, con menores tasas de dependencia y mejor estado de salud física y psicológica, especialmente, durante la vejez (Fernández-Ballesteros, 2010; Franco & Sánchez, 2008; Martín *et al.*, 2008; Giró, 2006; Muñoz, 2002). La mayoría de los/as gitanos/as participantes, no estarían obteniendo los beneficios que las actividades lúdicas y salir de casa a diferencia de los no gitanos donde hay un porcentaje muy significativo que sí dicen practicar dichas actividades.

### **FERTILIDAD EN LAS ENTREVISTADAS.**

Casi cinco veces más gitanas que no gitanas dijeron haber tenido algún aborto. Las gitanas entrevistadas, tuvieron su primer hijo siendo entre cinco y diez años menores que las no gitanas. Existe una relación inversa entre la edad y los riesgos durante la gestación, sobre todo en gitanas. (Bendezú *et al.*, 2015; Tapia *et al.*, 2015; Gómez *et al.*, 2011; Urbina & Pacheco, 2006; Nolazco & Rodríguez, 2006). La precaria situación que afrontaron las gitanas que ahora tienen más de 60 años, en épocas donde a duras penas se podían suplir las necesidades básicas, junto al desempeño de intensas actividades laborales y la ausencia de medios e información sobre planificación familiar o controles y seguimiento del embarazo, parto y post-parto, hicieron posible que muchas mujeres gitanas tuvieran un gran número de abortos o hasta murieran durante el proceso de gestación o alumbramiento. Las gitanas que pudieron sobrevivir

a tal situación, durante la vejez sufren las consecuencias directamente sobre su salud, con problemas osteoarticulares, diabetes, enfermedades del corazón y discapacidad/dependencia, entre otras.

## RELIGIÓN

La mayoría participantes dijeron practicar la religión católica. La religión evangélica o los testigos de Jehová también tienen representación, pero en proporción muy inferior en ambas poblaciones. A diferencia de la mayoría de regiones en España, donde la religión evangelista ha sido adoptada por la mayoría de los gitanos, incluso como seña de identidad, en la zona donde se ha realizado el estudio todavía tiene poco calado. Esta variable se incluyó en el estudio porque las creencias religiosas podrían tener una influencia positiva en el proceso de la vejez de las individuos (Quinceno y Vinaccia, 2009; Pérez, Sandino & Gómez, 2005; Jiménez, J., 2005).

Podríamos sugerir, que muchos gitanos de la zona, aunque profesan la religión católica, dicen no ser practicantes. El gitano generalmente es muy devoto y espiritual en temas religiosos, pero dado el desencanto con religiones como la católica, no se beneficia de la influencia positiva que tiene creer y practicar profundamente la adoración hacia alguna deidad. El culto evangélico, parece que está comenzando a tener influencia en pueblos como Darro o Iznalloz, pero como comentan algunos gitanos, “igual que entran se salen”, es decir, no se toman demasiado en serio esta religión, al contrario que ocurre en otras zonas de España donde el evangelismo es adoptado como condición asociada a la población gitana. Si eres gitano, eres del culto. En lo relacionado con el evangelismo, la muestra en este trabajo probablemente no sea representativa de las proporciones tanto de esta, como de cada una de las confesiones mayoritarias.

Por otro lado, según manifiesta el porcentaje de Testigos de Jehová que hemos entrevistado, parece que su religión influye profundamente en sus sentimientos y emociones, de manera que el cambio en sus vidas parece más estable que en el caso de las religiones antes mencionadas. Por ejemplo, esta religión, mediante la biblia, enseña a sus seguidores que pronto Jehová (nombre de Dios en el lenguaje hebreo), quitará las enfermedades, el sufrimiento y la muerte, instaurando un paraíso de paz y seguridad con gente

que viva eternamente en la Tierra. Gente de todas las naciones que moldeen su vida hacia las normas de Dios, tendrán cabida en este “Nuevo Mundo”. Estas y otras enseñanzas, ayudan al individuo a concebir el envejecimiento de manera positiva, y los procesos de enfermedad con actitud de “gozo” (no alegría, sino satisfacción de estar haciendo lo correcto ante Dios) confiando en el cumplimiento de las promesas de su Dios, Jehová (Revelación 21:3,4; Juan 17:3, Traducción del Nuevo Mundo de las Santas Escrituras).

Multitud de estudios realizados por médicos, psiquiatras, enfermeras o trabajadores sociales apoyan la conclusión de que, la práctica de la religión y la espiritualidad favorecen en última instancia la salud mental y física (Quinceno y Vinaccia, 2009; Pérez, Sandino & Gómez, 2005; Jiménez, J., 2005).

### **¿LLEVARÍA A SU FAMILIAR ANCIANO A UNA RESIDENCIA?**

Casi el 99% de los gitanos entrevistados dicen que no llevarían a sus familiares ancianos a una residencia, mientras que casi el 20% de los no gitanos dijeron que sí. Los gitanos siguen teniendo muy arraigado su deber hacia las personas mayores y, como manifiestan la mayoría, “Bastantes penas pasaron con nosotros para que ahora que es cuando más nos necesitan los abandonemos como hacen mucho payos”. Hay numerosos estudios que hablan de los efectos negativos que tiene sobre los ancianos desarraigarlos de su lugar de residencia para enviarlos a centros de la tercera edad (Rojas *et al.*, 2006; Cava & Musitu, 2000; Riquelme, 1998; Fernández-Ballesteros, 1997). En el caso de los gitanos y gitanas, defienden este factor de protección que es el cuidado y atención hacia sus familiares mayores.

### **¿CON QUÉ EDAD MURIÓ SU PADRE Y SU MADRE? Y PRINCIPALES CAUSAS.**

La edad media de fallecimiento de los padres de los entrevistados gitanos es de 78 años y en los no gitanos es de 75 años. Lo que pretendíamos explorar con este ítem, es que en la actualidad la media de edad al morir es muy superior tanto en una población como en la otra, pero sobre todo, la supervivencia a mayores edades, ha aumentado en los no gitanos. En los gitanos, las principales causas que manifestaron de la muerte de sus padres fueron: “muerte natural” o “enfermedad sin definir”. Estos datos podrían estar



relacionados con que los gitanos en general no son muy dados a hablar de temas relacionados con difuntos o enfermedad, por la creencia de que así atraen a la muerte o las enfermedades, ofreciendo respuestas relativamente poco definidas sobre las causas de dicho fallecimiento.

#### 4. CONCLUSIONES DE LAS HISTORIAS DE VIDA.

##### ¿QUÉ RECUERDOS Y EXPERIENCIAS TIENE DE SU NIÑEZ?

El trabajo cualitativo es tremendamente enriquecedor para este trabajo (principalmente cuantitativo), porque corrobora (con las limitaciones que ello implica) gran parte de la argumentación planteada en el modelo de envejecimiento defendido a lo largo de todo el trabajo. A continuación, pasaremos a recoger los principales aspectos de interseccionalidad en diferentes dimensiones de las entrevistas biográficas con otras partes del trabajo.

Todos los gitanos/as entrevistados han relatado como factores comunes durante la niñez, el hambre, falta de ropa y abrigo o la ausencia de viviendas. En muchos casos, vivían en “chozas” hechas con juncos y barro. En el caso de las niñas gitanas, acompañaban a sus madres a lavar la ropa en los ríos de heladas aguas, cargando grandes canastos de ropa o arrodilladas en los suelos donde realizaban tareas domésticas tanto dentro como fuera del hogar. En algunos casos, iban pidiendo de puerta en puerta para poder comer algo y en todos los casos cuando los entrevistados eran niños ayudaban en los trabajos de siega o arranque en el campo y en las tareas del hogar. Cuando realizaban los trabajos comunes de la agricultura, pasaban largas temporadas junto a sus padres a la intemperie trabajando y durmiendo en el mismo “tajo”.

En los años de la niñez de los entrevistados (décadas de los años 30-60), no permitían coger leña de los campos, por lo que en los crudos inviernos pasaban muchísimo frío. En la mayoría de los casos, los alimentos diarios eran aquellos que obtenían por trueques de herramientas de fragua, utensilios de cestería o la mendicidad. Cuando la estación era propicia (primavera/verano), se alimentaban de muchos tipos de plantas y frutos silvestres que recogían diariamente.

Un recuerdo común, son las muchas experiencias observadas o vividas respecto a la discriminación y el racismo frontal de parte de las autoridades o gentes afines que, frecuentemente, eran sus propios vecinos. Hablan con cierta rabia y desconsuelo de palizas, maltratos físicos o insultos denigrantes de manera constante. Incluso algunos no gitanos mencionan esos maltratos hacia gitanos inocentes.

En resumen, la niñez de la mayoría de gitanos/as entrevistados, se caracterizó por extremas necesidades de comida, abrigo y vivienda, el desempeño de actividades laborales y la continua presión discriminatoria, racista y excluyente por parte de las autoridades y de muchos de sus propios vecinos. Es importante señalar que en un contexto de postguerra, se hace especialmente complicado tener lo necesario para cualquier persona pero, en España, el impacto era muchísimo más negativo en el caso de los gitanos, en comparación con el resto de población.

En la mayoría de los casos, los no gitanos pudieron aprender a leer y escribir y, sobre todo en el caso de las niñas no gitanas, no tuvieron el mismo nivel de exigencia en su niñez o en la adolescencia que las niñas gitanas. En muchos casos, no pasaron muchas necesidades alimenticias o de vivienda, pudieron vivir su niñez realizando actividades propias como el jugar relativamente alejadas actividades laborales agrícolas. La mayoría de los entrevistados no gitanos concuerdan que los niños gitanos pasaron muchas más penalidades que ellos.

En el modelo de vejez que defendemos, las experiencias tempranas positivas tienen un carácter estructural para el posterior desarrollo en las siguientes etapas vitales y específicamente una vejez satisfactoria. Las deficiencias experimentadas en períodos de desarrollo temprano, sobre todo la escasez de alimentos básicos, la falta de escolarización, la realización prematura de actividades laborales o la falta de seguimiento y asistencia médica, tienen su fiel reflejo en un peor estado general de los gitanos ancianos.

### **¿QUÉ RECUERDOS Y EXPERIENCIAS ME PUEDE RELATAR DE SU JUVENTUD?**

#### **-TRABAJO.**

El tipo de ocupación laboral, está estrechamente relacionada con el nivel formativo, es decir, a mayor nivel formativo más probabilidad de realizar actividades laborales mejor remuneradas y, por ende, influye positivamente en el resto de áreas que implican un posterior envejecimiento satisfactorio.

En ambas poblaciones, las actividades laborales se comenzaron a ejercer desde edades muy tempranas en la juventud. En el caso de los gitanos y

gitanas desde la misma infancia. Algunos oficios tradicionales más representativos entre los hombres gitanos fueron: fragüeros, esquiladores, tratantes, canasteros y hojalateros, entre otros. Entre las gitanas, además de las actividades como jornaleras en el campo, trabajaban para “los señóricos” en labores de limpieza, cestería, enredando sillas, cosiendo y las labores del hogar propio. En aquella sociedad predominantemente machista, la mayoría de los hombres no realizaban tareas domésticas porque era concebido como algo denigrante. Por esto y por otras muchísimas razones, la mujer gitana tiene especial mención, puesto que se ha ocupado prácticamente de todo de manera incansable hasta bien entradas en edad.

En el caso de los no gitanos, las actividades laborales que realizaban estaban más diversificadas. Hemos encontrado peluqueros/barberos, vendedores ambulantes, construcción y hostelería, entre otros. Los trabajos de los no gitanos han requerido, generalmente, menos nivel de exigencia física que en el caso de los gitanos. Aunque han realizado ocasionalmente los mismos trabajos que los gitanos en el campo, no ha sido una constante en el transcurso del ciclo vital y en cuando han tenido la oportunidad han cambiado de actividad laboral.

Como hemos visto, la repercusión de una vida laboral, especialmente precaria en el caso de los gitanos y gitanas, ha trascendido consecuentemente de manera diferencial en el estado general de la vejez. Las ocupaciones laborales de los gitanos y gitanas, han exigido un nivel de esfuerzo extremo, en condiciones precarias y con necesidades básicas no cubiertas. En el caso de las mujeres gitanas, además de la mayoría de ocupaciones agrícolas y oficios desempeñados por los hombres, también eran las trabajadoras domésticas en los hogares de los pudientes y evidentemente en sus propios hogares. Si las condiciones de trabajo eran precarias para los hombres, para las mujeres eran mucho peores. Como consecuencia, tenemos que las gitanas sufren más enfermedades y mayor desgaste orgánico durante su vejez que ninguno de los cuatro grupos estudiados.

## **-MATRIMONIO.**

El matrimonio como institución insertada en el ciclo vital de la mayoría de personas, puede ejercer una influencia positiva como factor de seguridad contemplado en nuestro modelo. En la época en que los participantes de este estudio se casaron, había inclinaciones, ideologías y conductas machistas donde la mayoría de los hombres controlaban la vida de sus esposas, restringiéndoles multitud de derechos y cargándolas con un sinfín de deberes.

Una característica cultural atávica de los individuos de la minoría étnica de los gitanos, es el matrimonio entre jóvenes, por no decir niños/adolescentes (sobre todo las gitanas). Después de contraer matrimonio, principalmente por el rito gitano (cuando tuvieron conocimiento posteriormente de las ventajas sociales de casarse por la iglesia o por lo civil se registraron muchos matrimonios), vinieron rápidamente los hijos, los trabajos y la sujeción a sus esposos por parte de las gitanas, impidiendo su formación académica y condicionando su futuro en general. Estos datos corresponden con los encontrados en el cuestionario relacionados con el nivel formativo, donde la mujer gitana es el grupo con más representación de personas analfabetas.

Esta faceta del estudio, es especialmente conmovedora porque las mujeres gitanas, a menudo, tenían que trasladarse de un sitio para otro con sus hijos lactantes, alternando las actividades laborales o de mendicidad con una precaria alimentación mediante la que, a duras penas, podían alimentar a sus hijos. Generalmente, tanto los embarazos como la perinatalidad de los hijos, no estaban controlados facultativamente. Los partos o cualquier complicación antes o después de la gestación (eran muy frecuentes), eran tratados en los propios hogares, generalmente, mediante remedios caseros debido a la falta de medios económicos. En los casos más extremos, acudían al médico que podía estar a largas distancias sin vehículos para su traslado, iban en burro o andando. Durante las entrevistas, muchos participantes gitanos y no gitanos nos recuerdan, sobre todo, casos de gitanas fallecidas por razones relacionadas con la gestación y el parto.

La mujer gitana, es en sí misma una superviviente de una de las peores épocas históricas de España, para los gitanos en general y las gitanas en particular. Estas precarias circunstancias, se ven reflejadas cuando encontramos mayor número de enfermedades en gitanas que en ningún otro grupo, un menor grado de satisfacción vital, donde estas experiencias vitales

tan negativas han influido en el estado general y en la percepción subjetiva más negativa de la salud en su vejez.

El matrimonio en no gitanos/as, era contraído a edades significativamente superiores en comparación con los gitanos. Las mujeres no gitanas, aunque también trabajaron desde edades relativamente jóvenes, las tareas realizadas requerían menos esfuerzo que en el caso de las gitanas. Las no gitanas en menor número, también tuvieron hijos con relativa prontitud, pero en la mayoría de los casos, tuvieron supervisión médica tanto durante la gestación como en las etapas de más vulnerabilidad de los neonatos, todo ello, relacionado con un nivel económico más elevado y la posibilidad de pagar los tratamientos necesarios a diferencia de las gitanas. Encontramos más casos donde la mujer no gitana se encargaba de las tareas domésticas, pero en pocos casos también tenía que trabajar fuera de casa. En general, la vida de las mujeres no gitanas fue “más benigna” que la que tuvieron que vivir las mujeres gitanas.

## **-SALUD Y RELACIONES SOCIALES.**

### **SALUD.**

En las entrevistas biográficas hemos encontrado que los gitanos en mayor proporción que los no gitanos pasaron frecuentemente hambre y cuando padecían las enfermedades más o menos graves, se intentaban atajar mediante remedios caseros poco efectivos. Como no tenían bienes económicos para asistir a los servicios médicos o comprar medicinas, con mucha frecuencia, fallecían por enfermedades curables para la época. Los gitanos entrevistados tienen ciertos conocimientos relacionados con remedios naturales, basados en las propiedades medicinales de algunas plantas y recetas caseras.

Algunos de los participantes gitanos y gitanas entrevistadas nos comentaban que salían a buscar trabajo para poder comer aunque, frecuentemente, terminaban siendo víctimas de la mendicidad y *no les daba tiempo a ponerse enfermos*. Cuando los procesos de enfermedad eran de una gravedad extrema, si no disponían de los recursos económicos necesarios,

acudían a algún familiar para poder comprar las medicinas o desplazarse al médico más próximo. Pocos casos de gitanos tuvieron algún tipo de seguro médico, pero aun teniéndolo, los medicamentos tenían que ser adquiridos mediante pago en efectivo, circunstancia poco habitual en los gitanos ancianos.

Las mujeres gitanas fueron las más afectadas en los procesos de salud/enfermedad porque, con mucha frecuencia, si no estaban en período de gestación, tenían hijos muy pequeños que con asiduidad enfermaban y con demasiada frecuencia morían por enfermedades que para entonces ya eran curables, como simples resfriados. En las décadas 30-60 la mortalidad infantil entre los gitanos era altísima. Las gitanas que hoy son ancianas tenían la idea de que beber caldos, vino o cerveza facilita la creación de leche para amamantar a sus bebés, consejos que les dieron sus propias madres. En algunos casos, se asistían durante los partos las propias gitanas unas a otras. Uno de los recursos más utilizados durante la gestación era hacer caldo de algunos huesos rancios o tocino que les daban, porque “no tenían otra cosa para echarse a la boca”. Ante este panorama vivido durante muchos años de su vida, es comprensible que las gitanas que ahora son mayores tengan una peor salud en todas las áreas estudiadas, mayores niveles de dependencia y peor situación socioeconómica que ninguno de los grupos estudiados. En cambio, la mayoría de mujeres no gitanas, en todos estos mismos procesos tuvieron supervisión médica y dieron a luz sus hijos en su propio hogar, asistidas por facultativos o en hospitales de Granada. Los recursos económicos en la mayoría de los no gitanos/as también fueron relativamente suficientes para poder criar a sus hijos mínimamente saludables, teniendo un menor índice de mortalidad infantil en relación a las gitanas.

#### **-RELACIONES SOCIALES.**

Durante las entrevistas biográficas, ambas poblaciones se quejan de que “las familias no son lo que eran”, refiriéndose a la carencia de amor y valores morales en la actualidad. Este factor, es también incidente en el caso de los gitanos, donde asistimos a una importante ruptura entre los rasgos culturales definitorios de la minoría étnica y las nuevas actitudes y comportamientos de las generaciones recientes. Los constantes y positivos contactos familiares que antes se producían, se están limitando a ocasiones muy señaladas, “antes

parecíamos todos hermanos” dicen todos los entrevistados gitanos. Esto provoca en las personas gitanas mayores, una importante sensación de aislamiento social soledad e inseguridad personal.

En boca de los gitanos ancianos entrevistados “antes éramos todos uno, hoy no te puedes fiar ni de tu propia familia. Ya no somos ni payos ni gitanos”. Este sentimiento podría estar señalando que se está produciendo una pérdida de identidad cultural en gitanos exponiendo a los individuos, sobre todo ancianos, a un desencanto y tristeza emocional que repercute en todas las áreas del individuo. De ahí que en los apartados del cuestionario relacionados con la salud física y mental, los gitanos y, especialmente las mujeres gitanas, tengan resultados mucho más negativos que los no gitanos, todo ello apoyado en un importante soporte empírico referenciado en la parte teórica.

## **LA VEJEZ.**

La vejez es concebida diferencialmente en gitanos y no gitanos, teniendo como principal argumento los rasgos culturales. La mayoría de los gitanos entrevistados, mencionan que ocupan su tiempo durante la vejez en actividades distintas a los no gitanos, aceptando que los no gitanos se cuidan y se divierten más o salen de viajes lúdicos frecuentemente, actividades que “ellos” no hacen.

Los gitanos en general, contextualizan sus momentos de esparcimiento en el hogar junto a su familia, compartiendo comida y música flamenca, entre otras. La mayoría de los gitanos que hemos entrevistado, tienen conocimiento sobre recomendaciones de distintos programas de salud que una minoría ponen en práctica. Algunos gitanos, sobre todo los más ancianos, ponen su atención en practicar buenas cualidades como la amabilidad, la felicidad o la honradez: “ser buenos con todo el mundo” y “el resto” (por ejemplo su salud o las necesidades económicas), lo dejan en manos de Dios. Están convencidos que Dios tiene más parte en la recuperación de la salud que los posibles remedios que los médicos les facilitan. Sin embargo, muchos gitanos tienen miedo a depender de sus hijos o familiares y se resisten a admitir que están suficientemente enfermos como para necesitar ayuda. En cambio, critican que los no gitanos tienen menos amor por sus mayores, asociando su explicación



como parte de la personalidad intrínseca de los no gitanos. Es como si al hacer esta crítica negativa, estuvieran diciéndoles a sus propios hijos que ellos no dejen de ayudarles cuando sean mayores *so pena* a ser “peores que los payos”.

Resumiendo esta parte cualitativa del trabajo, los gitanos/as entrevistados en general, perciben la vejez como una etapa próxima a la muerte con una actitud de indefensión aprendida, pasividad y resignación. Un lema que los gitanos más ancianos han repetido es que: “mientras haya salud y algo que comer estamos en las manos de Dios”. La mayoría de gitanos ancianos, saben que ciertas actividades son beneficiosas para su salud y bienestar como el viajar, salir de paseo, divertirse o bailar, pero no aceptan como propias para su edad y valores culturales, sobre todo las mujeres gitanas. Las formas de diversión culturalmente interiorizadas y aceptadas para sus edades, son divertirse en familia con un acompañamiento de música flamenca, o cuidar de los nietos o familiares que lo necesiten.

Por otro lado, el cuidado del que son objeto algunos gitanos/as entrevistados/as es muy apreciado pero, al mismo tiempo, no quieren ser una carga para sus familiares, llegando a veces a rechazar la ayuda aún necesiéndola. Preferiblemente, eligen recibir los cuidados en sus propias casas y, casi siempre, son cuidados por familiares muy allegados, principalmente los hijos.

Los no gitanos entrevistados, recuerdan con tristeza que antiguamente, ellos también cuidaban a sus mayores en el entorno familiar cuando éstos lo necesitaban. Influidos, sobre todo por las exigencias laborales, envían a sus mayores a residencias de ancianos, argumentando que “*los mayores hoy son un estorbo*”. Dentro de este marco, los no gitanos también tienen asumido que los gitanos son radicalmente distintos, pues siguen cuidando de sus mayores en el seno familiar y les tienen un respecto muy intenso.

La mayoría de los no gitanos entrevistados cuidan su alimentación, realizan algunas actividades de ocio y tiempo libre y cierta actividad física regular como fuente de salud durante el envejecimiento. También son conscientes que la mayoría de gitanos no hacen mucho durante su vejez.

Apoyándonos en los datos tanto cuantitativos y cualitativos de la presente investigación, podemos decir que se acepta la principal hipótesis que se postulaba para este trabajo, es decir, que la vejez de los gitanos es muy distinta a la vejez de los no gitanos respecto a estado de salud general,

dependencia, alimentación, estilo de vida, procesos de discriminación y racismo o las actitudes y afrontamiento de dicha etapa.

También se acepta la hipótesis respecto a la “salud” en gitanos pues tienen un mayor nivel de morbilidad y discapacidad/dependencia, deficiente alimentación/nutrición, un mayor consumo de medicamentos, una menor proporción de estilos de vida saludables, una mayor incidencia de casos de depresión y una actitud más pesimista frente al envejecimiento, en comparación con personas mayores no gitanas.

Aceptamos además la hipótesis relacionada con la dimensión “seguridad”, pues encontramos en gitanos mayores un menor nivel de estudios, ocupaciones más precarias, ingresos inferiores, viviendas con más desperfectos, barrios residenciales con más deficiencias, mayores niveles de dependencia, mayor uso de servicios sociales, menor satisfacción con la vida, peor actitud ante el envejecimiento, mayor cantidad de redes sociales y mayor nivel de discriminación, en comparación con los no gitanos ancianos.

En lo que tiene que ver con la dimensión “participación”, también aceptamos la hipótesis, puesto que hemos encontrado que los gitanos ancianos tienen una menor participación en actividades lúdicas de ocio, tiempo libre y religión, en comparación con personas mayores no gitanas.

Aceptamos la hipótesis relacionada con la dimensión sexo/género, pues hemos observado que las ancianas gitanas, tienen niveles más negativos en casi todas las variables de estudio, en comparación con los hombres gitanos, y por ende, con el resto de los ancianos no gitanos.

Finalmente la hipótesis que postulamos para la dimensión “cultura” también la aceptamos, puesto que hemos encontrado diferencias en la percepción del proceso de senectud, los valores, creencias, costumbres y conductas diferenciales de gitanos mayores en comparación con los no gitanos de edad y características similares.

## 5. REFLEXIONES FINALES.

Después los muchos viajes, registro, clasificación y análisis de datos, entrevistas y el resto de trabajo realizado, hemos intentado ofrecer una imagen que, aunque relativamente parcial, es representativa de muchos más casos de gitanos y gitanas mayores de los que hemos podido incluir. La percepción con la que concluimos, es de habernos acercado a una realidad tremendamente negativa, compleja y casi desconocida para el campo de la investigación empírica.

Los gitanos y gitanas que han colaborado, muchos de ellos fallecidos en el transcurso de este estudio, son pedazos de historia viva deseosos de transmitir sus vivencias, experiencias y saber cultural que, por desgracia, muy pocos han valorado, quedando en silencio la memoria de la gitaneidad más pura. Los jóvenes gitanos de hoy, con demasiada frecuencia, dicen ser gitanos sin haber dedicado ni un minuto de su tiempo a conocer la historia de sus ancestros y del resto de gitanos que sufrieron vilipendio, represión, exclusión y maltrato de una sociedad que no les facilitó el desempeño de una vida favorable, consecuencias claramente visibles y potenciadas en su vejez.

La mayoría de los gitanos mayores defienden un valor fundamental, el matrimonio para toda la vida. Formadores de grandes familias, criaron a sus hijos en tiempos tremendamente difíciles para las clases bajas, pero terriblemente peores para la minoría étnica de los gitanos españoles.

Trabajadores y trabajadoras incansables, como canasteros/as, fragüeros, hojalateros, esquiladores, segadores/as y trabajos agrícolas varios, construcción u hostelería, entre otros. Dignas de mención especial, desde pequeñas acompañaron a sus madres en todas las actividades que ellas hacían, que no eran pocas. Además de trabajar frecuentemente en oficios propios de los hombres, también eran trabajadoras en las casas de los pudientes y todo ello con multitud de hijos, algunos de ellos llevados en brazos a dichos trabajos. Como la mayoría de gitanas dicen, “hacíamos de hombres y de mujeres” y a pesar de todo ello pudieron salir victoriosas.

La niñez para los gitanos que ahora son ancianos, se caracterizaba por el trabajo y las obligaciones domésticas. Debido a que desde niños ya estaban trabajando y se casaron prácticamente como adolescentes, la vida se les vino enseguida encima, cargándose de hijos y teniendo que acostarse muchas noches sin comer en camas que no eran más que montones de tomillos o paja. Muchos vivían en chozas de juncos trabados con barro. Los que mejor vivían estaban en cuevas que ellos mismos horadaban en laderas arcillosas, terrenos que algunos señoritos les cedían.

Perseguidos, humillados y vilipendiados por autoridades y vecinos racistas, xenófobos y excluyentes, donde el binomio gitanos=delincuentes era inseparable. Considerados como ladrones impenitentes o embaucadores insaciables, siendo rechazados por muchísima gente allí donde iban. Han sufrido en innumerables ocasiones castigos injustos como “chivos expiatorios”, palizas e insultos vejatorios. Los gitanos han estado y están siempre bajo una permanente sospecha, teniendo que demostrar continuamente que son honrados. El no gitano (*payo*), parte de la premisa de ser horado/inocente mientras no se demuestre lo contrario. En este tiempo, estos procesos han tomado nuevas formas más difícil de identifica pero con efectos perversamente similares.

Con bajos niveles de formación académica, priorizaron satisfacer la necesidad de alimentarse. La mayoría de gitanos, generalmente, tuvieron actividades laborales precarias con las que apenas podían subsistir, obligados frecuentemente a practicar la mendicidad. Cuanto tenían problemas de enfermedad no podían pagar los tratamientos ni ir al médico e intentaban solucionar la situación con remedios caseros y ungüentos hechos de plantas medicinales. Esta falta de asistencia médica tuvo un especial impacto en el caso de las mujeres y niños, motivo por el que muchas de ellas, bebés y niños pequeños morían sin el tratamiento por consecuencias derivadas de enfermedades curables para la época.

Respecto a los procesos de enfermedad, los gitanos mayores en la actualidad se adscriben, preferentemente, a acciones interventivas para tratar de curar los síntomas de la enfermedad lo más rápidamente posible, abandonando frecuentemente los tratamientos cuando dichos síntomas

remiten. Los procesos de prevención tienen aún relativamente poca aceptación, sobre todo en los individuos de mayor edad.

Las creencias, actitudes y concepciones de los gitanos sobre la vejez, son significativamente diferentes a las de los no gitanos en muchos aspectos. La vejez para los gitanos, es un proceso que está íntimamente relacionado con la proximidad de la muerte, manteniendo una actitud de relativa resignación que limita sus actividades y proyectos.

La mujer gitana es una excelsa superviviente viviendo bajo una sumisión aceptada y afrontando malas condiciones económicas, trabajadoras incansables fuera y dentro del hogar, sujetas a sus esposos y celosas guardadoras de las normas culturales. Dispuestas a desgastarse allí donde era necesario para que sus familias e hijos tuvieran algo que comer en el día. No hay halagos y adjetivos que expresen suficientemente el papel tan importante que representan las mujeres gitanas, tanto a nivel cultural como a nivel social y humano en esta población.

En conclusión, encontramos que, en general, los gitanos y gitanas mayores de contextos similares tienen menos recursos económicos, más enfermedades, más discapacidad, peor estilo de vida, peor alimentación, están menos satisfechos con la vida y tienen una actitud más negativa ante el envejecimiento, en comparación con los no gitanos. Sobre todo lo anterior, destaca que la mayoría siguen percibiendo y soportando altos niveles de discriminación y racismo. El estado general de los gitanos mayores, es mucho peor y les sobrevienen problemas de salud a edades más tempranas en comparación con los no gitanos. Es decir, la vejez acontece prematuramente en gitanos y con efectos negativos de mayor virulencia que en no gitanos.

Uno de los hallazgos más importantes y sorprendentes de este trabajo y que además hemos percibido durante las visitas, es la actitud pesimista y los altos niveles de tristeza en gitanos y, sobre todo, en gitanas mayores, factores característicos de los trastornos depresivos. Además de la influencia de todos los datos negativos a nivel biopsicosocial, que no es poco, una de las explicaciones que hemos ofrecido como facilitadora de la precaria situación de los gitanos en la actualidad, es el desarrollo del proceso de aculturación y pérdida de identidad social, consecuencia, entre otros, de la ruptura intergeneracional relacionada con valores y tradiciones culturales.

Este conglomerado que estamos resumiendo, produce una relativa deriva personal y tristeza patológica que desemboca en una crisis existencial, incluso en muchos gitanos y gitanas que no se consideran aún como personas mayores. Algunos gitanos de renombre manifiestan, que lo que no han conseguido los procesos de persecución, discriminación frontal, racismo o hasta el holocausto gitano (en romaní, Porrajmos, literalmente «devoración»), se está produciendo bajo una sociedad árida de valores morales, individualista, donde todo vale y las personas saben mucho de derechos pero poco de deberes. Los gitanos y gitanas, están siendo impregnados de este mismo ambiente y simplemente se dejan llevar en detrimento de sus valores y herencia cultural.

Esta es la imagen real que hemos encontrado en gitanos y gitanas mayores de la zona de estudio, pero la sociedad en general, solo conoce a los gitanos basándose en premisas que descansan sobre el perjurio de los estereotipos o el folclore, y en esto, los medios de comunicación tienen mucha responsabilidad.

Entre las limitaciones de la presente investigación, podríamos citar que el ámbito donde se realizó es una zona geográfica mayoritariamente rural a excepción de la ciudad de Guadix. Por otro lado, al tratarse de un estudio transversal descriptivo-comparativo, se restringe la información relacionada con la investigación longitudinal. El escaso tamaño de la muestra, también es otro factor que limita el alcance del estudio. Para el estudio de la depresión, podríamos haber utilizado otras herramientas, pero el trabajo explora muchas otras variables de distinta naturaleza y hemos utilizado una herramienta de cribaje.

Finalmente, terminaremos diciendo que es necesaria una investigación más abarcadora que facilite una imagen más completa sobre el tema estudiado y favorezca la puesta en marcha de programas y acciones específicas que permitan mejorar diferencialmente la situación de los gitanos y las gitanas mayores, tesoros de valor incalculable para sus familias y para el resto de la sociedad.

# CAPÍTULO VI

# BIBLIOGRAFÍA

- Abellán, A. (2003). Percepción del estado de salud. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13(5), 340-342.
- Abellán, A., & Ayala, A. (2012). Un perfil de las personas mayores en España, 2012. Indicadores estadísticos básicos. *Informes Portal Mayores*, (131), 1-25.
- Abellán, A., & Pujol, R. (2016). Un perfil de las personas mayores en España, 2016. Indicadores estadísticos básicos. Madrid: Informes Envejecimiento en Red, (14), 1-22.
- Abellán, A., Ayala, A., & Pujol, R. (2017). Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos. Madrid: Informes Envejecimiento en Red, 15, 1-48.
- Abellán, A., Esparza, C., Castejón, P., & Pérez, J. (2011). Epidemiología de la discapacidad y la dependencia de la vejez en España. *Gaceta Sanitaria*, 25, 5-11.
- Abellán, A., et al. (2012). Discapacidad y dependencia en Andalucía. Con base en la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD), 2008. *Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. CEIC*. 1-221.
- Aguerre, C., & Bouffard, L. (2008). Envejecimiento exitoso: Teorías, investigaciones y aplicaciones clínicas. *Revista de la asociación colombiana de gerontología y geriatría*, 22(2), 1147-1162.
- Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-107.
- Alfageme, A., & Martínez, M. (2004). Estructura de edades, escolarización y tamaño de la población gitana asentada en España. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 106(4), 161-174.
- Almagiá, E. (2014). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y salud*, 14(2), 237-243.
- Alonso, P., et al. (2007). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Revista Cubana Salud Pública*, 33(1), 1-17.
- Amani, M., et al. (2011). Black-White Differences in Self-Reported Disability Outcomes in the U.S.: Early Childhood to Older Adulthood. *Public Health Reports*. (126), 834-843.
- American Psychological Association (2017). La tercera edad y la depresión. Consultado en: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/edad.aspx>.
- Andradas, E., et al. (2015). Actividad Física Para la Salud y Reducción del Sedentarismo. *MSSSI-MECD*, 1-28.



- Andradas, E., et al. (2017). Patrones de mortalidad en España. 2014. *Información y Estadísticas Sanitarias. MSSSI*.
- Ansi3n, J., et al. (2007). *Educar en ciudadan3a intercultural: experiencias y retos en la formaci3n de estudiantes universitarios ind3genas*. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Cat3lica del Per3, 1-222.
- Antonucci, T., Jennifer, E., & Akiyama, H. (2001). Impact of positive and negative aspects of marital relationships and friendships on wellbeing of older adults. *Applied Developmental Science*, 5, 68-75.
- APA (American Psychiatric Association) (2014). *Gu3a de consulta de los criterios diagn3sticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®*. American Psychiatric Pub.
- Aparicio, J. M. (2006). Breve historia del Pueblo Gitano: desde su salida del Punjab, hasta la Constituci3n Espa3ola de 1978. Veinte hitos sobre la "otra" historia de Espa3a. *Revista Interuniversitaria de Formaci3n de Profesorado*, 20(1), 141-161.
- Aranibar, P. (2001). Acercamiento conceptual a la situaci3n del adulto mayor en Am3rica Latina. *CEPAL-CELADE*, (21), 1-70.
- Arber, S., & Ginn, J. (1996). *Relaci3n entre g3nero y envejecimiento: enfoque sociol3gico* (Vol. 4), (pp.170-173). Madrid: Narcea Ediciones.
- Arjona, A., & Checa, J. C. (1998). Las historias de vida como m3todo de acercamiento a la realidad social. *Gaceta de Antropolog3a*, 14(10). 1-14.
- Arroyo, A., et al. (2014). Una aproximaci3n demogr3fica a la poblaci3n extranjera en Espa3a. Madrid: Grafo, S.A.
- Arza, J. (2008). Comunidad Gitana y Salud. Conclusiones y recomendaciones. *MSC y FSG*, (43), 1-76.
- Arza, J., & Carr3n, J. (2015). Comunidad gitana: La persistencia de una discriminaci3n hist3rica. *Revista de Ciencias Sociales*, 10(2), 275-299.
- Ashton, M. C, & Lee, K. (2007). Empirical, theoretical, and practical advantages of the HEXACO model of personality structure. *Personality and social psychology review*, 11(2), 150-166.
- Ayestar3n, S., & P3ez, D. (1987). Representaciones sociales y estereotipos grupales. In *Pensamiento, individuo y sociedad: cognici3n y representaci3n social* (pp. 221-262). Bilbao: Editorial Fundamentos.
- Ballina, F, J., & Tornero, J. (2011). Enfermedades reum3ticas: las preguntas de los pacientes. *Sociedad Espa3ola de Reumatolog3a*, (1). 1-168.
- Ballina, F., et al. (2006). Artritis reumatoide: Gu3a de la enfermedad para el paciente. *Sociedad Espa3ola de Reumatolog3a*, (1), 1-161.

- Bancaja-IVIE (2008). Efectos del nivel educativo sobre las probabilidades de empleo. *Capital Humano*, (89), 1-8.
- Banegas, J. R. (2005). Epidemiología de la hipertensión arterial en España. Situación actual y perspectivas. *Hipertensión y riesgo vascular*, 22(9), 353-362.
- Banegas, J. R., et al. (2011). Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en 2006. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 136(3), 97-102.
- Barberá, E. (1998). *Psicología del género*. Barcelona: Ariel Psicología.
- Baron-Epel, O. & Kaplan, G. (2001). Self-Reported Health Status of immigrants from the Former Soviet Union in Israel. *The Israel Medical Association Journal*, 3(12), 940-946.
- Barrantes, M. (2006). Género, vejez y salud. *Acta bioethica*, 12(2), 193-197.
- Barraza, R., & Castillo, M. (2006). El envejecimiento. *Programa de Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar de la Serena, Módulo I Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria y Promoción*.
- Basoa, G., & Otero, A. (1994). Accesibilidad geográfica a los centros de salud y planteamiento urbanístico en Fuenlabrada (Madrid). *Rev San Hig Púb*, 68(4), 503-511.
- Bazo, M. T. (1992). La nueva sociología de la vejez: de la teoría a los métodos. *Reis*, 75-90.
- Bazo, M. T. (2004). Envejecimiento y Familia. *Arbor, ciencia y pensamiento*, 178(702), 323-344.
- Bazo, M. T. (2007). Consecuencias del envejecimiento en la sociedad española actual. In *Comunicación e persoas maiores: Actas do Foro Internacional* (pp. 239-256). Colexio Profesional de Xornalistas de Galicia.
- Bazo, M. T. (2012). *Envejecimiento poblacional y el reto de la dependencia. El desafío del envejecimiento en los sistemas sanitarios y sociales de España y Europa*. Valencia: Nau Llibres.
- Belando, M. (2008). Modelos sociológicos de la vejez y su repercusión en los medios. *Comunicación e cidadanía*, 127.
- Bendezú, G., et al. (2015). Características y riesgos de gestantes adolescentes. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 62(1), 13-18.
- Bermúdez et al. (2012). *Psicología de la personalidad*. Madrid: UNED.
- Bernis, C. (2004). Envejecimiento, poblaciones envejecidas y personas ancianas. *Antropo*, (6), 1-14.

- Bertaux, D. (1989). Los relatos de vida en el análisis social. *Historia y fuente oral*, 87-96.
- Bertaux, D. (1999). El enfoque biográfico: su validez metodológica, sus potencialidades. *Proposiciones*, 29, 1-23.
- Beyene, Y., Becker, G. & Mayen, N. (2002). Percetion of aging and sense of well-being among Latino elderly. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 17(2), 155-172.
- Bischoff, A., & Wanner, P. (2008). The self-reported health of immigrant groups in Switzerland. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 10(4), 325-335.
- Blanco, M. (2011). El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. *Revista Latinoamericana de Población*, 5(8), 5-31.
- Blasco, T., Capdevila, L. L., & Cruz, J. (1994). Relaciones entre actividad física y salud. *Anuario de psicología*, 61(2), 19-24.
- Blazkova, J., & Hlusickova, I. (2008). Cultivar and rootstock response to drip irrigation in sweet cherry tree vigour and start of bearing during the first three years after planting. *Horticultural Science-UZPI (Czech Republic)*.
- Bones, K., et al. (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema*, 22(3), 389-395.
- Bordignon, N. A. (2006). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista lasallista de investigación*, 2(2), 50-63.
- Bourdieu, P. (1997). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.
- Briñol, P., Falces, C., & Becerra, A. (2014). Actitudes. En Morales, F., et al., *Psicología Social* (pp. 457-490). Madrid: MacGraw-Hill.
- Brondolo, E., et al. (2011). Racism and hypertension: a review of the empirical evidence and implications for clinical practice. *American journal of hypertension*, 24(5), 518.
- Brown, T. H., O'Rand, A. M., & Adkins, D. E. (2012). Race-ethnicity and health trajectories: tests of three hypotheses across multiple groups and health outcomes. *Journal of Health and Social Behavior*, 53(3), 359-377.
- Buendía, J., & Riquelme, A. (1997). Residencias para ancianos:¿ solución o problema? In *Gerontología y salud: perspectivas actuales* (pp. 233-246). Biblioteca Nueva.
- Bursztyrn, M., Ginsberg, G., & Stessman, J. (2002). The siesta and mortality in the elderly: effect of rest without sleep and daytime sleep duration. *Sleep*, 25(2), 187-191.

- Cabanes, J., Vera, L., & Bertomeu, M. I. (1996). Gitanos: historia de una migración. *Alternativas: Cuadernos de trabajo social*, 4, 87-97.
- Cabedo, V., et al. (2000). Cómo son y de qué padecen los gitanos. *Atención Primaria*, 26(1), 21-25.
- Cabré, A., Domingo, A., & Menacho, T. (2002). Demografía y crecimiento de la población española durante el siglo XX. *Mediterráneo Económico*, 1, 121-138.
- Cabrera de León, A. C., et al. (2007). Sedentarismo: tiempo de ocio activo frente a porcentaje de gasto energético. *Revista Española de Cardiología*. 60(3), 244-250.
- Camarena, M. E., & Tunal, G. (2009). La religión como una dimensión de la cultura. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*. 22(2), 1-15.
- Campo, A., Oviedo, H. C., & Herazo, E. (2016). Escala de Discriminación en la Vida Cotidiana: Consistencia y estructura interna en estudiantes de medicina. *Revista Médica de Risaralda*, 22(1), 39-42.
- Campos, A. (2012). Racialización, racialismo y racismo un discernimiento necesario. *Universidad de La Habana*, 273, 184-199.
- Cano, A., et al. (2012). La depresión en atención primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento. *Papeles del psicólogo*, 33(1), 2-11.
- Carbajo, M. C. (2008). La historia de la vejez. *Ensayos*, (18), 237-254.
- Cárdenas, M., et al. (2007). Las nuevas formas de prejuicio y sus instrumentos de medida. *Revista de psicología*, XVI, 16(1), 69-96.
- Carmona, S. E. (2011). El apoyo y la convivencia como predictores de bienestar en la vejez. *Revista Kairós Gerontología*, 14(1), 27-41.
- Carone, G., & Costello, D. (2006). ¿Llega Europa a la tercera edad? *Finanzas & Desarrollo*. (Septiembre), 28-31.
- Carrasco-Muñoz, E. M. (1999). La estructura de la población gitana andaluza: notas introductorias. *Demófilo: Revista de cultura tradicional*, (30), 89-106.
- Carrión, A., Molero, R., & González, F. (2000). Estudio de la satisfacción personal según la edad de las personas. *Anales de psicología*, 16(2), 189-198.
- Casal, S. (2006). Los estereotipos y los prejuicios: cambios de actitud en el aula de L2. *ELIA*, (6), 135-149.
- Castaneda, A. E., et al. (2015). The Association between Discrimination and Psychological and Social Well-being A Population-based Study of Russian, Somali and Kurdish Migrants in Finland. *Psychology & Developing Societies*, 27(2), 270-292.

- Castanedo, C., & Sarabia, C. M. (2009). Envejecimiento exitoso y calidad de vida. Su papel en las teorías del envejecimiento. *Gerokomos*, 20(4), 172-174.
- Castellano, C. L. (2014). Análisis de la relación entre las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento y los índices de bienestar en una muestra de personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 49(3), 108-114.
- Castellano, C. L. (2014). La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y en envejecimiento en una muestra de ancianos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(3), 365-377.
- Castellano, C. L., & De Miguel, A. (2010). Estereotipos viejistas en ancianos: actualización de la estructura factorial y propiedades psicométricas de dos cuestionarios pioneros. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 259-278.
- Castellón, A., (2011). Biología del envejecimiento: Atención Sanitaria a la Población Mayor. *Máster Universitario en Gerontología, Dependencia y Protección de los Mayores*.
- Castro, M., et al. (2006). Factores de riesgo asociado a la depresión del Adulto Mayor. *Revista Neurología y Psiquiatría*, 39(4), 132-137.
- Cava, M. J., & Musitu, G. (2000). Bienestar psicosocial en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 10(4), 215-221.
- CCS, (2011). Programa servicio de acompañamiento personal. Aprobado junta general 28 de diciembre de 2011.
- Cebrino, F. C. (2012). Esperanza de vida en España. *eXtoikos*, (5), 135-137.
- Cecilia, J. H. (2006). La teoría del estereotipo aplicada a un campo de la fraseología: las locuciones expresivas francesas y españolas. *Espéculo: Revista de Estudios Literarios*. (32), 19, 1-22.
- Ceinos, M. (2001). Depresión en ancianos: un problema de todos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(4), 316-320.
- Cerquera, A. M., Flórez, L. O., & Linares, M. M. (2010). Autopercepción de la salud en el adulto mayor. *Revista Virtual Católica del Norte*, (31), 407-428.
- Cervera, M., & Crespí, M. (2010). Tratamiento farmacológico de la diabetes, de la obesidad y de otros componentes del síndrome metabólico. *Nutrición Hospitalaria Suplementos*, 3(1), 72-82.
- Cervera, P., Clapés, J., & Rigolfas, J. (2004). *Alimentación y dietoterapia*. Madrid: McGraw-Hill.

- Chun, H., et al. (2015). Does the experience of discrimination affect health? A cross-sectional study of Korean elders. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 27(2), NP2285-NP2295.
- CIS, (2015). Barómetro de Julio de 2015. Avance de resultados. *CIS*, (3104), 1-36.
- Coca, A., & De la Sierra, A. (2003). Estratificación y objetivos terapéuticos del riesgo cardiovascular. *Revista Clínica Española*, 203(7), 349-355.
- Commission European (2015). Attitudes of Europeans Towards Tobacco 2015. *European Commission*. (429), 1-214.
- Comisión Europea (2017). Integración de los gitanos: Es necesario un mayor esfuerzo para mejorar su acceso a la educación y el empleo. *Comision Europea, comunicado de prensa*.
- Conde, F. J. (2001). *Efectividad, Eficacia y Eficiencia de la Consulta Externa de Medicina Interna en un Hospital General Básico*. Universidad de Córdoba, España.
- Corena, A., Mahecha, E., & Losada, P. (2011). Relación entre educación para la formación de capital humano, crecimiento y desarrollo de los países. *Criterio Jurídico Garantista*, 56(4), 56-75.
- Cornachione, M. A. (2008). *Psicología del desarrollo Aspectos biológicos, psicológicos y sociales*. Argentina: Brujas.
- Craig, G., & Baucum, D. (2001). *Desarrollo psicológico*. México: Pearson.
- Cummings, S., & Galambos, C. (2016). *Diversity and Aging in the Social Environment*. New York London: Routledge.
- D´Ancona, M. A., & Valles, M. (2010). Evolución del racismo y la xenofobia en España. *Madrid: MTI-OBERAXE*.
- Damonti, P., & Arza, J. (2014). Exclusión en la comunidad gitana. Una brecha social que persiste y se agrava. *Madrid: Fundación FOESSA*, (7), 1-35.
- De la Cruz, E., & Pino, J. (2009). Estilo de vida relacionado con la salud. *Campus Universitario de San Javier*.
- De la Fuente-Rodríguez, A., et al. (2009). Servicio de urgencias de atención primaria. Estudio de calidad percibida y satisfacción de los usuarios de la zona básica de salud Altamira. *Rev Calid Asist*, 24(3), 109-114.
- De la Serna de Pedro I., (2003). *La vejez desconocida. Una mirada desde la biología a la cultura*. Madrid: Díaz de Santos.
- De la Torre, S., & Tejada, J. (2007). Estilos de vida y aprendizaje universitario. *Revista Iberoamericana de Educación*, 44, 101-131.

- De Lemus, S., Moya, M., Bukowski, M., & Lupiáñez, J. (2008). Activación automática de las dimensiones de competencia y sociabilidad en el caso de los estereotipos de género. *Psicológica*, 29(2), 115-133.
- De Pietri, D., et al. (2013). Indicadores de accesibilidad geográfica a los centros de atención primaria para la gestión de inequidades. *Rev Panam Salud Publica*, 34(6), 452-460.
- Del Olmo, M. (2005). Prejuicios y estereotipos. Un replanteamiento de su uso y utilidad como mecanismos sociales. *Revista de Educación*, (7), 7-23.
- DGDMI (Dirección General contra la Discriminación, Ministerio de Igualdad) (2009). Motivos de discriminación en España. Estudio exploratorio. 1-145.
- Díaz, E., & Alvarado, N. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la región de Maule. *Universum. Revista de Humanidades y Ciencias Sociales*, 2(22), 184-200.
- Doors, J. (2009) *Los gitanos*. Barcelona: Bellaterra.
- Dowd, J. J., & Bengtson, V. L. (1978). Aging in minority populations an examination of the double jeopardy hypothesis. *Journal of Gerontology*, 33(3), 427-436.
- Driedger, L., & Chappell, N. (1987). *Aging and Ethnicity. Toward an Interface*. Toronto and Bancouver: Butterwoeths.
- EC (European Commission) (2015). Attitudes of europeans towards tobacco 2015. *EC*.
- EESE (Encuesta europea de salud en España) (2014).
- Elosúa, R. (2005). Actividad física. Un eficiente y olvidado elemento de la prevención cardiovascular, desde la infancia hasta la vejez. *Revista Española de Cardiología*, 58(8), 887-890.
- Enciclopedia Jurídica Online (2017). Significado de "Estado Civil" consultado en: <http://www.enciclopedia-juridica.biz14.com/d/estado-civil/estado-civil.htm>.
- ENSCG (Encuesta Nacional de Salud a Comunidad Gitana) (2006).
- ENSE (Encuesta Nacional de Salud en España) (2012).
- ERTF (European Roma and Travellers Forum) (2016). Ficha informativa sobre la situación de los romá/gitanos en España. *ERTF*, 1-19.
- Escalona, A. I., & Díez, C. (2005). Retos y problemas de la accesibilidad a servicios en zonas despobladas: Un caso en la provincia de Teruel (España). *Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, 9(188), 1-35.

- Esparza, C. (2011). Discapacidad y dependencia en España. *Madrid, Informes Portal Mayores*, (108), 1-20.
- Espinosa, A., et al. (2007). Estereotipos, prejuicios y exclusión social en un país multiétnico: el caso peruano. *Revista de Psicología (Lima)*, 25(2), 295-338.
- EU-MIDIS, (2009). Encuesta de la Unión Europea sobre las minorías y la discriminación. *FRA*. 1-16.
- European Union Agency for Fundamental Right, (2013). Analysis of FRA Roma survey results by gender. *FRA*, 1-33.
- European Union Agency for Fundamental Rights (FRA), (2014). Roma Pilot Survey. *Technical report*, 1-128.
- EUROSTAT (2014). Living conditions in Europe. *Statistical books*. 1-134.
- EUROSTAT Statistics Explained (2016). Estadísticas de población a nivel regional. Consultado en [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population\\_statistics\\_at\\_regional\\_level/es](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_statistics_at_regional_level/es).
- Feixa, C. (1996). Antropología de las edades. *Ensayos de Antropología Cultural. Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat*. J. Prat & A. Martínez (Eds.). Barcelona: Editorial Ariel.
- Fernández de Larrinoa, P., et al. (2011). Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psicothema*, 23(3), 388-393.
- Fernández, L. (2013). ¿Sirve la formación para el empleo? *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, (51), 189-192.
- Fernández-Ballesteros, R. (1997). Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. *Anuario de Psicología*, (73), 89-104.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). Psicología de la vejez. *Humanitas*, (1), 27-38.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). Jubilación y salud. *Humanitas*, (37), 1-23.
- Fernández-Ballesteros, R., et al. (2006). Estudio Longitudinal sobre Envejecimiento Activo (ELEA). *Estudios I+D+I*, (38), 1-177.
- Fernández-Mayorales, G., et al. (2003). Envejecimiento y salud. Diez años de investigación en el CESIC. *Revista multidisciplinar de gerontología*, 13(1), 43-46.
- Ferrante, D., et al. (2011). Encuesta nacional de factores de riesgo 2009: evolución de la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles en Argentina. Estudio de corte transversal. *Rev Argent Salud Pública*, 2(6), 34-41.



- Ferrarotti, F. (2007). Las historias de vida como método. *Convergencia*, 14(44), 15-40.
- Ferrer López, I., Pérez Pozo, J. M., & Herrerías Gutiérrez, J. M. (2004). *Guía de seguimiento farmacoterapéutico sobre úlcera péptica*. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica (GIAF).
- Ferrer, F. (2003). El estado de salud del pueblo gitano en España. Una revisión de la bibliografía. *Gaceta Sanitaria*, 17(Supl. 3), 2-8.
- Flores, R., Gómez, M., & Renes, V. (2016). La transmisión intergeneracional de la pobreza: factores, procesos y propuestas para la intervención. *FOESSA*, 1-154.
- Foro Europeo de Romá/Gitanos e Itinerantes (ERTF) (2016). Ficha Informativa sobre la Situación de los Romé/Gitanos en España. *European Roma And Travellers Forum*, 1-19.
- FRA (European Union Agency for Fundamental Rights), (2014). Roma Pilot Survey. Technical report: methodology, sampling and fieldwork. *FRA*.
- Franco, et al., (2003). Dificultades en la evaluación de los trastornos afectivos del anciano. *Revista de Psicogeriatría*, 3(1), 12-16.
- Franco, P., & Sánchez, A. (2008). Saber envejecer: Aspectos positivos y nuevas perspectivas. *Foro de educación*, (10), 369-383.
- Freixas, A. (1997). Envejecimiento y género: otras perspectivas necesarias. *Anuario de psicología*, (73), 31-42.
- Fresno, M., & Chahin, A. (2011). La discriminación racial o étnica percibida por la población inmigrante. *Documentación Social*, (162), 31-56.
- FSG (2013). Informe anual. Discriminación y Comunidad Gitana. *FSG-MSSSI*, (111), 1-109.
- FSG, (2009). La comunidad gitana andaluza en 2009. *Informe anual '09 FSG Andalucía*, 28-32.
- FSG, (2009). Mapa sobre Vivienda y Comunidad Gitana en España, 2007. Conclusiones, recomendaciones y propuestas. *Pensamientos y Cultura Gitanos*, FSG, (3), 33-48.
- FSG, (2011). Población gitana, Empleo e Inclusión social. Un estudio comparado: Población Gitana Española y del este de Europa. *FSG. Serie de cuadernos técnicos*. (103), 1-188.
- Fuller-Thomson, E., et al. (2009). Black-White Disparities in Disability Among Older Americans Further Untangling the Role of Race and Socioeconomic Status. *Journal of Aging and Health*, 21(5), 677-698.

- Gabilondo, A., et al. (2012). Hacia un modelo colaborativo de la atención a la depresión en Euskadi: el Proyecto BTS Elkarlanean Depresión. *Norte de Salud mental*, 10(43), 60-71.
- Galarza, P. (2010). Inclusión de la variable etnia en las fuentes de información sociodemográfica del Ecuador. *CEPAL: Colección Documentos de proyectos*, 1-39.
- Gamella, J. F. (1999). Los gitanos andaluces. Una minoría étnica en una encrucijada. *Revista de cultura nacional*. (30), 15-30.
- Gamella, J., F. (2002). Exclusión social y conflicto étnico en Andalucía. Análisis de un ciclo de movilización y acción colectiva antigitana (1976-2000). *Gazeta de Antropología*. 18.
- Gamella, J. F. (2004). Exclusión social y diferencia étnica: el caso de los gitanos. Publicado en Jose Félix Tezanos (Ed.) *Tendencias de desigualdad y exclusión social* (pp.603-647). Madrid: Sistema.
- Gamella, J. F. (2006). Oficios gitanos tradicionales en Andalucía (1837-1959). *Gitanos: Pensamiento y Cultura*, (32-33), 64-73.
- Gamella, J. F. (2011). *Historias de éxito. Modelos para reducir el abandono escolar de la adolescencia gitana*. Ministerio de Educación.
- Gamella, J. F., & Martín, E. (2008). "Vente conmigo, primita". El matrimonio entre primos hermanos en los gitanos andaluces. *Gaceta de Antropología*, (24), 1-31.
- Gamella, J.F., Fernández C., Adiego, I-X. (2015). "The long agony of Hispanorromani. The remains of caló in the speech of Spanish Gitanos", *Romani Studies*, 5, 25 (1): 59-93
- Gamella, J. F., Gómez-Alfaro, A., & Pérez-Pérez, J. (2014). Nominal Assimilation: The Ethnic and National Identities of the Gitanos or Calé of Spain as Shown by their Surnames in the 1783-1785 Census. *Names*, 62(3), 147-164.
- Gamella, et al. (2017). Un conflicto silenciado: Procesos de segregación, retraso curricular y abandono escolar de los adolescentes gitanos. *Revista Paz y Conflictos*, 10(1), 35-60.
- García, A., & Sáez, (1998). *Del racismo a la interculturalidad: competencia de la educación*. Madrid: Narcea Ediciones.
- García, C. (2006). Guía para la actuación con la Comunidad Gitana en los Servicios Sanitarios. *Fundación Secretariado Gitano*.
- García, F. (2001). Midiendo la prevalencia de la <<depresión>>. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 36(3), 127-130.

- García-Laguna, D. G., et al. (2012). Determinantes de los estilos de vida y su implementación en la salud de jóvenes universitarios. *Hacia la Promoción de la Salud*, 17(2), 169-185.
- Gargallo, M., et al. (2012). Resumen del consenso FESNAD-SEEDO: recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos. *Endocrinol Nutr*, 59(7), 429-437.
- Gavidia, V., & Talavera, M., (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las ciencias experimentales y sociales*, (26), 161-175.
- Gayoso, M. (2004). Epidemiología y Clínica. En Gil, P., Martín, M. (Coord.), *Guía de Buena Práctica Clínica en Geriatría, Depresión y Ansiedad*. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología y Scientific Communication Management, 13-31.
- Gecas, V., & Schwalbe, M. L. (1983). Beyond the looking-glass self: Social structure and efficacy-based self-esteem. *Social psychology quarterly*, 77-88.
- Geis, P. P. (2001). *TERCERA EDAD. Actividad física y salud* (Vol. 31). Editorial Paidotribo.
- Gelfand, D. (2003). *Aging and Ethnicity*. Broadway: Springer Publishing Company, Inc.
- Gil, P., et al. (2004). Guía de buena práctica clínica en Geriatría. Depresión y Ansiedad. *Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Sociedad Española de Gerontopsiquiatría y Psicogeriatría*.
- Gilsanz, F. L., et al. (2014). VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España. *FOESSA*, (7), 1-686.
- Giner, S., & Sarasa, S. (1992). RELIGIÓN, POLÍTICA Y MODERNIDAD EN ESPAÑA. *Revista Internacional de Sociología. Tercera Época*, (1), 8-60.
- Giró, J. (2005). El envejecimiento demográfico. In *Envejecimiento, salud y dependencia*. Universidad de La Rioja, 17-42.
- Giró, J. (2011). *Envejecimiento Activo Envejecimiento en Positivo*. La Rioja: Universidad de La Rioja, 1-260.
- Girón P. (2010). *Los determinantes de la salud percibida en España*. Universidad Complutense. Madrid.
- Gómez Alfaro, A., (1993). *La Gran redada de Gitanos*. Madrid: Presencia Gitana.
- Gómez Alfaro, A., (2000). Gitanos: La historia de un pueblo que no escribió su propia historia. *Instituto de Estudios Almerienses*, 79-88.
- Gómez Alfaro, A., (2010). *Escritos sobre gitanos*. Cataluña: Impresa.es.

- Gómez, A., & Huici, C. (1999). Orientación política y racismo sutil y manifiesto: relaciones con la discriminación. *Revista de Psicología Social*, 14(2-3), 159-180.
- Gómez, C., Oliver, E., & Sordé, T. (2004). Tendencias en Europa: Exclusión e inclusión social y laboral de la comunidad gitana. *LAN HARREMANAK*/11, (2), 35-49.
- Gómez, P. I., Molina, R., & Zamberlin, N. (2011). *Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe*. T. O. Távora (Ed.). Promsex.
- Gómez, P., et al. (2007). 1ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España. Prevención de la dependencia en personas mayores. *MSSSI*, 1-49.
- Gómez-Berrocal, C., & Moya, M. (1999). El prejuicio hacia los gitanos: características diferenciales. *Revista de Psicología Social*, 14(1), 15-40.
- Gómez-Berrocal, C., & Moya, M. (2000). Predictores del prejuicio manifiesto y sutil hacia los gitanos. *Revista de Psicología Social*, 15(1), 3-30.
- Gómez-Restrepo, C., et al. (2004). Prevalencia de la depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16(6), 378-386.
- Gonzales, K. L., et al. (2016). Assessing the Everyday Discrimination Scale among American Indians and Alaska Natives. *Psychological assessment*, 28(1), 51.
- González Briones, E., et al. (2007). Alimentación saludable. Guía para las familias. *MSSSI*.
- González M. E., et al. (2008). DISTINTOS SEXOS, DISTINTA SALUD. *ArXius*, (19), 63-74.
- González, B. (1999). Los estereotipos como factor de socialización en el género. *Comunicar*, (12), 79-88.
- González, A. (1997). El concepto de "raza" y la estética en la antropología. *Ciencias*, (45), 62-68.
- González, B. (2009). Medicalización, Iatrogenia y Ética de las relaciones con la Industria Farmacéutica. *III Máster Interuniversitario de Bioética*.
- González, C. (2010). La integración y la migración de la población gitana en Europa. *Boletín Elcano*, (131), 1-9.
- González, F. (2005). *Vejez, envejecimiento y sociedad en España, siglos XVI-XXI*. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla-LaMancha.

- González, J. L., & Fernández, D. (2004). Racismo, discriminación y prejuicio. In *Psicología social, cultura y educación* (pp. 798-804). Pearson Educación.
- González, J., (2010). Teorías del Envejecimiento. *Tribuna del Investigador*, 11 (1-2). Consultado en Febrero de 2017 <http://www.tribunadelinvestigador.com/ediciones/2010/1-2/art-13/>.
- González, M. (2002). Las minorías étnicas en Canadá, Estados Unidos y México. *COMERCIO EXTERIOR*. 52(1), 80-91.
- Grau, M., et al. (2011). Factores de riesgo cardiovascular en España en la primera década del siglo XXI: análisis agrupado con datos individuales de 11 estudios de base poblacional, estudio DARIOS. *Revista Española de Cardiología*, 64(4), 295-304.
- Grieco E., et al. (2010). The Foreign-Born Population in the United States: 2010. *American Community Survey Reports*, (19), 1-22.
- Guallar-Castillón, P., et al. (2004). Actividad física y calidad de vida de la población adulta mayor en España. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 123(16), 606-610.
- Guallar-Castillón, P., et al. (2012). Magnitud y manejo de la hipercolesterolemia en la población adulta de España, 2008-2010: el estudio ENRICA. *Revista Española de Cardiología*, 65(6), 551-558.
- Guerrero, L., & León, A. (2008). Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica. *Fermentum*, 18(53), 610-633.
- Guralnik, J. M., et al. (1993). Educational status and active life expectancy among older blacks and whites. *New England Journal of Medicine*, 329(2), 110-116.
- Gutiérrez-Abejón, E., et al. (2012). Impacto del consumo de tabaco sobre la mortalidad en España en el año 2012. *Medicina Clínica*, 145(12), 520-525.
- Haro, J. M., et al. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina clínica*, 126(12), 445-451.
- Haveman-Nies, A., De Groot, L. C., & Van Staveren, W. A. (2003). Dietary quality, lifestyle factors and healthy ageing in Europe: the SENECA study. *Age and ageing*, 32(4), 427-434.
- Herce, J. A. (2016). El impacto del envejecimiento de la población. *Cuadernos de información económica*, 251(2016), 39-48.
- Hering, M. S. (2007). "RAZA": VARIABLES HISTÓRICAS. *Revista de Estudios Sociales*, (26), 16-27.

- Hermoso de Mendoza (2003). Clasificación de la osteoporosis. Factores de riesgo. Clínica y diagnóstico diferencial. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 26(Supl.3), 29-52.
- Hernández, C. D., et al. (2013). Teorías del envejecimiento. En *La vejez en movimiento. Un enfoque integral* (pp. 43-50). Laura Rocha Durán (Comp.). Buenos Aires: Editorial Dunken.
- Hernández, C., & Jiménez, D. (2011). Inequidad en la utilización de servicios sociosanitarios en España para las personas discapacitadas. *Gaceta Sanitaria*, 25(2), 85-92.
- Hernando, M. (2006). Teorías sobre el fenómeno del envejecimiento. In *Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo* (pp. 37-64). Universidad de La Rioja.
- Herrero, J., & Gracia, E. (2005). Redes sociales de apoyo y ajuste biopsicosocial en la vejez: un análisis comparativo en los contextos comunitario y residencial. *Intervención Psicosocial*, 14(1), 41-50.
- Higgins, E. (1996). Knowledge Activation: Accessibility, Applicability, and Salience, V in E. Tory Higgins and Arie W. Kruglanski, eds.
- Hopenhayn, M., & Bello, M. (2001). Discriminación étnico-racial y xenofobia en América Latina y el Caribe. *CEPAL*, (47), 1-68.
- Huenchuan, S., Guzmán, J. M., & Montes de Oca Zavala, V. (2003). Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. *CEPAL-CELADE: Notas de población*. (77), 35-70.
- Huisman, M. et al. (2013). Socioeconomic inequalities in mortality rates in old age in the World Health Organization Europe region. *Epidemiologic reviews*, 35(1), 84-97.
- Iáñez, M. Á., Miró, E., Catena, A., & Buena-Casal, G. (2014). Calidad de sueño en sujetos con diferentes patrones habituales de sueño. *Psicología y salud*, 13(2), 193-202.
- IEE (Instituto de Estudios Económicos) (2016). *IEE*.
- IESE-IRCO (2014). Actividad física y deporte: un nuevo enfoque de bienestar. La necesidad de una estrategia ambiciosa para una sociedad activa y saludable. *IESE-IRCO*, (345), 1-61.
- Inda, G., & Duek, C. (2005). El concepto de clases en Bourdieu: ¿Nuevas palabras para viejas ideas? *Revista de Ciencias Sociales*, (23), 1-20.
- INE, (2009). Demografía. *Anuario Estadístico de España 2010*, 1-45.
- INE, (2014). Encuesta de Condiciones de Vida 2013. Módulo de Bienestar. *INE, Notas de prensa*, 1-19.

- INE, (2015). Encuesta Europea de Salud en España año 2014. *Notas de prensa*, 1-11.
- INE, (2015). Movimiento Natural de la Población (Nacimientos, Defunciones y Matrimonios). Indicadores Demográficos Básicos año 2014. *Notas de Prensa*, 1-12.
- INE, (2016). Decil de salarios del empleo principal. Encuesta de Población Activa (EPA), año 2015. *Notas de prensa*, 1-21.
- INE, (2016). Movimiento Natural de la Población (Nacimientos, Defunciones y Matrimonios). *Indicadores Demográficos Básicos*, 1-40.
- INE, (2016). Un perfil de las personas mayores en España, 2016. Indicadores estadísticos básicos. *INFORMES envejecimiento en red*. (14), 1-22.
- IOÉ-FSG, (2003). Experiencias de discriminación de minorías en España. Contra inmigrantes no-conunitarios y el colectivo gitano. *European Monitoring Centre on Racism And Xenophobia, 2002/02(01)*, 1-46.
- Izal, M., & Fernández-Ballesteros, R. (1990). Modelos ambientales sobre la vejez. *Anales de psicología*, 6(2), 181-198.
- Izquierdo, A. (2006). Psicología del desarrollo de la edad adulta Teorías y contextos. *Revista complutense de Educación*, 16(2), 601-619.
- Jansà, J. M. (2006). Inmigración y envejecimiento, nuevos retos en salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 20(Supl. 1), 10-4.
- Jewell, T., Rossi, M., & Triunfo, P. (2007). El estado de salud del adulto mayor en América Latina. *Cuadernos de Economía*, 26(46), 147-167.
- Jiménez, J. P. (2005). La espiritualidad, dimensión olvidada de la medicina. *Rev GPU*, 1, 92-101.
- Jiménez, S., & Viola, A. A. (2014). El sistema de salud en España en perspectiva comparada. *FEDEA*, (1), 1-48.
- Jiménez-Hernández, Y., et al. (2010). Envejecimiento poblacional: tendencias actuales. *Psicogeriatría*, 2(4), 239-242.
- Katbanna, S., & Mattews, R. (2007). Ageing & Ethnicity in England. A Demographic Profile of BME Older People in England. *Age Concern England*. (February), 1-45.
- Kim, G., Sellbom, M., & Ford, K. L. (2014). Race/ethnicity and measurement equivalence of the Everyday Discrimination Scale. *Psychological assessment*, 26(3), 892-900.
- Kohler, I. V., & Preston, S. H. (2011). Ethnic and religious differentials in Bulgarian mortality, 1993-98. *Population studies*, 65(1), 91-113.

- Krieger, N. et al. (2005). Experiences of discrimination: Validity and reliability of a selfreport measure for population health research on racism and health. *Social Science & Medicine*, 61(7), 1576-1596.
- La Parra, D., et al. (2006). Hacia la Equidad en la Salud. Estudio comparativo de las Encuestas Nacionales de Salud a población gitana y población general de España, 2006. *MSPS y FSG*, 1-318.
- La Parra, D., et al. (2016). Segunda Encuesta Nacional de Salud a Población Gitana 2014. *MSSSI*, 1-256.
- La Parra, D., Gil-González, D., & Jiménez, A. (2013). Los procesos de exclusión social y salud del pueblo gitano en España. *Gaceta Sanitaria*, 27(5), 385-386.
- Lahoz, C. & Mostaza, J. M. (2007). La aterosclerosis como enfermedad sistémica. *Revista Española de Cardiología*, 60(2), 184-195.
- Laínez, M. T. (2002). *Envejecimiento, familia y vivienda: estrategias y prácticas residenciales de las personas mayores en Navarra*. Tesis. Universidad Complutense de Madrid.
- Laparra M., et al. (2007). Situación social y tendencias de cambio en la Comunidad Gitana. *Universidad Pública de Navarra, ALTER*, 1-226.
- Laparra, M. (2005). La Europa de los Gitanos: Identidad, participación y políticas sociales en la Europa ampliada y su incidencia en España. *Documentación Social*, (137), 15-36.
- Laparra, M., et al. (2011). Diagnóstico social de la comunidad gitana en España. Un análisis contrastado de la Encuesta del CIS a Hogares de la Población Gitana 2007. *MSPSI: Informes, estudios e investigación*, 2011, 1-316.
- Leblond, B. (1987). *Los gitanos de España: el precio y el valor de la diferencia*. Barcelona: Gedisa.
- Leblond, B. (1993). *Los gitanos de España*. Barcelona: Gedisa.
- Leblond, B. (2005). Gitanos y Flamenco. En Salinas, J. (Coord.). *Memoria de Papel*. Valencia: Asociación de Enseñantes con Gitanos.
- Lehman, D. R., Chiu, C. Y., & Schaller, M. (2004). Psychology and Culture. *Annu. Rev. Psychol*, (55), 689-714.
- Lesthaeghe, R. (2014). The second demographic transition: A concise overview of its development. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111(51), 18112-18115.
- Lévi-Strauss, C. (1993). Raza e historia. *Revista de la Universidad Nacional (1944-1992)*. (8), 68-108.



- Levy, B. R., et al. (2002). Longevity Increased by Positive Self-Perceptions of Aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(2), 261-270.
- Liao, Y., et al. (1999). Black-White Differences in Disability and Morbidity in the Las Yeras of Life. *American Journal of Epidemiology*. 149(12), 1097-1103.
- López, J. A. (2001). La depresión en el paciente anciano. *Revista electrónica de Geriatría y Gerontología*, 3(2), 1-17.
- López, R., et al. (2014). Hábitos de alimentación, salud y género en personas mayores. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(1), 31-40.
- Lorenzo, F., et al. (2014). VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España. *FOESSA*, (VII), 187-191.
- López, A. (2017). Análisis de los delitos de odio en España (2011-2015). *Pensamiento al margen. Revista digital*, 6, 25-54.
- Mallimaci, F., & Béliveau, V. G. (2006). Historias de vida y método biográfico. *Estrategias de investigación cualitativa*, 1, 23-60.
- Márquez-Sandoval, F., et al. (2008). Un patrón de alimentación saludable: la dieta mediterránea tradicional. *Artropo*, 16, 11-12.
- Martín, J., et al. (2008). Importancia del desayuno en el estado nutricional y el procesamiento de la información en escolares. *Universitas Psychologica*, 6(2), 371-382.
- Martínez C., et al. (2005). Polifarmacia en los adultos mayores. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21(1-2).
- Martínez de la Iglesia, J., et al. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam*, 12(10), 26-40.
- Martínez de la Iglesia, J., et al. (2005). Abreviar lo breve. Aproximación a versiones ultracortas del cuestionario de Yesavage para el cribado de la depresión. *Atención Primaria*, 35(1), 14-21.
- Martínez, M. P., et al. (2002). Visión histórica del concepto de vejez desde la Edad Media. *Cultura de los cuidados*, Año VI, (11). (semestre 2003), 40-46.
- Matud, P., et al. (2002). Apoyo social y salud: un análisis de género. *Salud mental*, 25(2), 32-37.
- Maya, O., Pernas, B., & Santiago, C. (2012). Análisis and valoración de las políticas de integración del pueblo gitano en España: ¿qué hemos aprendido? *KAMIRA*, 1-58.
- Mazzara, B. (1999). *Estereotipos y prejuicios*. Cádiz: Acento.

- McGee, H., et al. (2011). Quality Of Life And Beliefs About Ageing. *Fifty Plus in Ireland, TILDA*. 265-292.
- McLane, M. (1977). The Caló of Guadix: A surviving Romany lexicon, *Anthropological Linguistics*. (19), 303-319.
- Medrano, M. J., et al. (2005). Factores de riesgo cardiovascular en la población española: metaanálisis de estudios transversales. *Medicina clínica*, 124(16), 606-612.
- Meléndez, J. C., et al. (2009). La satisfacción vital en los mayores. Factores sociodemográficos. *Boletín de Psicología*, (95), 29-42.
- Méndez, R. G., & Pérez, A. R. (1994). El contenido de los estereotipos y su relación con las teorías implícitas. *Psicothema*. 6(3), 375-386.
- Mendizábal, I., & Comas, D. (2013). La historia de los gitanos europeos. *Investigación y ciencia*, (446), 13-15.
- MESS (Ministerio de Empleo y Seguridad Social (2017). Pensiones de la seguridad social. *MESS. Secretaria de Estado de la Seguridad Social*, 1-16.
- Millán, J. C. (2011). Envejecimiento y calidad de vida. *Revista Galega de Economía*, (20), 1-13.
- Miquel, J. (2006). Integración de teorías del envejecimiento (parte I). *Revista española de geriatría y gerontología*, 41(1), 55-63.
- Mira, J. J., & Aranaz, J. (2000). La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 114(Supl 3), 26-33.
- Miró, E., Lozano, C., & Casal, B. (2005). SUEÑO Y CALIDAD DE VIDA. *Revista Colombiana de Psicología*, 14, 11-27.
- Molero, F., et al. (2013). La relación entre la discriminación percibida y el balance afectivo en personas con discapacidad física: el papel del mediador del dominio del entorno. *Acta Colombiana de Psicología*, 16(1), 35-42.
- Monge, M., et al. (2015). La Siesta: Evidencia científica de sus beneficios. *Canarias Pediátrica*, 39(1), 30-33.
- Montes-Rodríguez, C. J., et al. (2006). De la restauración neuronal a la reorganización de los circuitos neuronales: una aproximación a las funciones del sueño. *REV NEUROL*, 43(7), 409-415.
- Montoro, R. B. (2007). Modelos sociológicos de la vejez y su repercusión en los medios. In *Comunicación e persoas maiores: Actas do Foro Internacional* (pp. 77-94).

- Moñivas, A. (1998). Representaciones de la vejez (modelos de disminución y crecimiento). *Anales de Psicología*, 14(1), 13-25.
- Morales, G. (2008). Metamorfosis del paradigma del reconocimiento: del racismo biológico al racismo cultural. *Universitas. Revista de Filosofía, Derecho y Política*, (7), 71-85.
- Morales, J. F., & Yubero, S. (1996). *Del prejuicio al racismo: perspectivas psicosociales*. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.
- Morcillo, V., et al. (2014). Desigualdades en la salud autopercebida de la población española mayor de 65 años. *Gaceta Sanitaria*, 28(6), 511-521.
- Moreira, V. F. & López, A. (2004). Úlcera péptica. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 96(1), 81-82.
- Moreno, J., & Sánchez-Oro, M. (2006). Un estudio cualitativo de la minoría gitana. La vigencia de los componentes de la estructura social. *Documentación social*, (143), 143-158.
- Moreno, A. B., & Campos, L. (2012). Historia de vida. *SAR-QUAVITAE*, 1-20.
- Moscovici, S. (1986). Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. Psicología social II. Barcelona: Paidós.
- Movimiento contra la Intolerancia (2016). *Informe Especial Raxen. Racismo, xenophobia, antisemitismo e intolerancia a través de los hechos*. Madrid: Movimiento Contra la intolerancia.
- MSC-AVALIA (2007). Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto.
- MSC-FSG (2005). Salud y Comunidad Gitana. *MSC-FSG*.
- MSC-FSG (2006). Guía para la actuación con la Comunidad Gitana en los Servicios Sanitarios. *MSC-FSG*.
- MSC-FSG (2006). Salud y comunidad gitana. Análisis de propuestas para la actuación. *MSC-FSG*.
- MSC-FSG (2006). Encuesta Salud y Comunidad Gitana 2006. *MSC-FSG*.
- MSPS (2010). Sistema Nacional de Salud España 2010. *MSC-FSG*.
- MSPSI-IMSERSO, (2011). Envejecimiento Activo. Libro Blanco.
- MSSSI-IMSERSO, (2015). Informe 2014. Las personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. *Colección de Documentos. Serie Documentos Estadísticos*, 22029, 1-371.
- MSPSI-INE (2009). Encuesta Europea de Salud en España 2009. *Instituto de Información Sanitaria*.

- MSSSI (2006). Encuesta Nacional de Salud de España 2006. *MSSSI*.
- MSSSI (2012). Estrategia Nacional para la Inclusión Social de la Población Gitana en España 2012-2020. *MSSSI*.
- MSSSI (2014). Encuesta Europea de Salud en España (ESEE), (2014). *MSSSI*.
- MSSSI (2014). Encuesta Nacional de Salud España 2011-12 (2012). *MSSSI*.
- MSSSI (2014). Estrategia Nacional para la Inclusión Social de la Población Gitana en España 2012-2020. Plan Operativo 2014-2016. *MSSSI*.
- MSSSI (2014). Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. *MSSSI*.
- MSSSI (2015). Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2015. *Informes, estudios e investigaciones*, 2015.
- MSSSI (2016). Manual de Cidificación. CIE-10-ES Diagnosticos. *MSSSI*.
- MSSSI-INE, (2014). Encuesta Nacional de Salud España 2011/12. Actividad física, descanso y ocio.
- Muñoz, J. (2002). *Psicología del Envejecimiento*. Madrid: Pirámide.
- Naska, A., et al. (2007). Siesta in Healthy Adults and Coronary Mortality in the General Population. *Arch Intern Med*, 167(3), 296-301.
- National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) (2016). Consultado en 2017: <https://www.nhlbi.nih.gov/>.
- Navas, M. (1997). El prejuicio presenta un nuevo rostro: puntos de vista teóricos y líneas de investigación recientes sobre un problema familiar. *Revista de Psicología Social*, 12(2), 201-237.
- Nkomo, V. T., et al. (2006). Burden of valvular heart diseases: a population-based study. *The Lancet*, 368(9540), 1005-1011.
- Nolazco, M. L. & Rodríguez, L. Y. (2006). Morbilidad materna en gestantes adolescentes. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, 156, 13-18.
- Norberto, J., et al. (2015). Informe 2014. Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. *IMSERSO, Serie Documentos Estadísticos*, (22029).
- Nuevo, R., Montorio, I., & Cabrera, I. (2006). Influencia del conocimiento sobre la vejez en la gravedad de la preocupación en personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 41(2), 111-116.
- O.C.D.E. (2016). ¿Cómo va la vida en España? *OECD. Better Life Initiative*, 1-8.

- O.M.S. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 37(2), 74-105.
- O.M.S. (2011). Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país. *OMS*, 1-6.
- O.M.S. (2014). Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. *OMS*, 1-2.
- O.M.S. (2015). Alimentación sana. *Nota descriptiva*, 394.
- O.M.S. (2015). Envejecimiento Activo. Marco Político ante la revolución de la longevidad. *EASP-ILCB*, 1-126.
- O.M.S. (2015). Obesidad y sobrepeso. *Nota descriptiva*, 311.
- O.M.S. (2017). Depresión. Consultado en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>.
- O.N.U. (2016). Envejecimiento. Consultado en <http://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>.
- Oddone, M. (2010). *Centro de día, la gerontología a través de una historia institucional*. Buenos Aires: Stern Ediciones.
- Oddone, M. (2013). Antecedentes teóricos del Envejecimiento Activo. Madrid, *Informes envejecimiento en red*, (4), 1-10.
- Oliva, J., et al. (2011). Desafíos en la autonomía y la atención a la dependencia de la población mayor. Síntesis. *Gaceta Sanitaria*, (25), 1-4.
- Olmo, M. (2005). Prejuicios y estereotipos: un replanteamiento de su uso y utilidad como mecanismos sociales. *En-clave pedagógica*, 7(2), 13-23.
- OMS (2017). Adolescencia. Consultado en: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)
- OMS, (2014). Global status report on alcohol and health, 2014. *OMS*.
- Ordóñez, G. A. (2000). Salud ambiental: conceptos y actividades. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 7(3), 137-47.
- Ortega, P. (2009). La investigación en la formación de actitudes: problemas metodológicos y conceptuales. *Teoría de la educación*, 1, 18, 111-125.
- Ortiz, M. A., & Ocaña, A. (2005). *Estudios sobre cultura gitana: aspectos históricos, sociológicos, educativos y folklórico-musicales*. Granada: Editores.
- Orueta, S., et al. (2011). Medicalización de la vida. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 4(2), 150-161.

- Osorio, P. (2006). Abordaje antropológico del envejecimiento y el alargamiento de la vida. *Papeles del CEIC*, (22), 1-16.
- Otegui, R. (2005). "Una cosa fea": VIH-SIDA y sistema de género entre los gitanos españoles. *Revista de Antropología Social*, (14), 145-172.
- Otero, A., et al. (2004). Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento en la población española. *Revista Española Salud Pública*, 78(2), 201-2013.
- Otero, A., et al. (2006). Relaciones sociales y envejecimiento saludable. *Documentos de Trabajo*. 9. Bilbao: Fundación BBVA.
- Palacios, D., (2010). Conceptos generales de Geriatria y Gerontología. En *Palacios Ceña D, Salvadores Fuentes P (coord.). Manual docente de enfermería geriátrica y gerontológica (I) Limitación funcional en las personas mayores. Intervención multidisciplinar (pp.15-24.)*. Madrid: Edita Servicio de Publicaciones Universidad Rey Juan Carlos.
- Paniagua, R. (2007). El proceso de envejecimiento y la intervención social. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 4(1), 57-75.
- Paradies, Y. (2006). A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. *International journal of epidemiology*, 35(4), 888-901.
- Pardo, A. (1997). ¿Qué es la salud? *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 41(2), 4-9.
- Pardo, G. (2003). Consideraciones generales sobre algunas de las teorías del envejecimiento. *Revista Cubana Investigaciones Biomédicas*, 22(1), 58-67.
- Parra, M. (2003). *Conceptos básicos en salud laboral*. Chile: OIT.
- Parra-Toro, I., Álvarez-Roldan, A., & Gamella, J., F. (2017). Un conflicto silenciado: Procesos de segregación, retraso curricular y abandono escolar de los adolescentes gitanos. *Revista de Paz y Conflictos*, 10(1), 35-70.
- Parry, G., et al. (2007). Health status of Gypsies and Travellers in England. *Journal of Epidemiol & Community Health*, 61(3), 198-204.
- Pascale, P. (2010). Nuevas formas de racismo: estado de la cuestión en la psicología social del prejuicio. *Ciencias Psicológicas*, 4(1), 57-69.
- Pedraz, M. (2007) La construcción de una ética médico-deportiva de sujeción: el cuerpo preso de la vida saludable. *Salud Publica México*, 49(1), 71-78.
- Peña, S., (2012). Envejecimiento normal y patológico. *Revista GPU*, 8(2), 192-194.
- Peñafiel, A. (2009). Los gitanos en España y la Región de Murcia: Seis siglos de marginación. *Anales de la Historia Contemporánea*, 25, 37-56.

- Peña-Solano, D. M., et al. (2009). Depresión en ancianos. *Revista de la Facultad de Medicina*, 57(4), 347-55.
- Perales-Quenza, C. J., & Vizcaíno-Gutiérrez, M. (2007). Las relaciones entre actitudes y representaciones sociales: elementos para una integración conceptual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(2), 351-361.
- Pérez Díaz, J. (2006). Demografía y envejecimiento. *Informes Portal Mayores*, (51), 1-21.
- Pérez, A., Sandino, C., & Gómez, V. (2005). Relación entre depresión y práctica religiosa: un estudio exploratorio. *Suma Psicológica*, 12(1), 77-86.
- Pérez, F. (1996). Nuevas formas de racismo. En Francisco Morales y Santiago Yubero, *Del prejuicio al racismo: perspectivas psicosociales*. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.
- Pérez, J. (2003). ¿Cómo ha mejorado tanto la vejez en España? *Políticas Demográficas y de Población*. pp. 81-107.
- Pérez, J. (2003). Feminización de la vejez y Estado del Bienestar en España. *Reis*, 91-121.
- Pérez, J. (2005). Consecuencias sociales del envejecimiento demográfico. *Papeles de Economía Española*, 104, 210-226.
- Pérez, J. (2010). El envejecimiento de la población española. *Investigación y Ciencia*, (410), 34-42.
- Pérez, L. (2006). Jubilación, género y envejecimiento. In *Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo* (pp. 89-112). Universidad de La Rioja.
- Pérez, M., & García, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13(3), 493-510.
- Pérez, S. (2001). La población de la Comarca de Guadix en los últimos años. *Boletín del Instituto de Estudios "Pedro Suárez"*, (14), 225-244.
- Pérez-Fuentes, M. C., et al. (2015). Salud percibida y salud real: prevalencia en las personas mayores de 60 años. *Enfermería Universitaria*, 12(2), 56-62.
- Pillemer, K., et al. (2000). *Social Integration in the Second Half of Life*. Baltimore MD: Johns Hopkins University Press.
- Pinazo, S., & Sánchez, M. (2005). *Gerontología: Actualización, innovación y propuestas*. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Pinheiro, A. C., & Atalah, E. (2005). Propuesta de una metodología de análisis de la calidad global de la alimentación. *Revista Médica de Chile*, 133(2), 175-182.

- Pisarello, G. (2003). *Vivienda para todos: un derecho en (de) construcción, el derecho a una vivienda digna y adecuada como derecho exigible*. Barcelona: Icaria Editorial.
- Planas, J. (2011). La relación entre educación y empleo en Europa. *Papers: revista de sociología*, 96(4), 1047-1073.
- Plaza, V., et al. (2003). Guía Española para el manejo del asma (GEMA). *Archivo Bronconeumología*, 39(5), 3-42.
- Porras, J. A., & Sánchez, J. C. (2015). Comunidad gitana: la persistencia de una discriminación histórica. *OBETS: Revista de Ciencias Sociales*, 10(2), 275-299.
- Posnansky, A. (1943). *Qué es raza*. Editorial del Instituto "Tihuanacu" de antropología, etnografía y prehistoria.
- Puga, M. D. et al. (2007). Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra. *Centro Centroamericano de Población Universidad de Costa Rica. CRELES*, 5(1), 1-22.
- Puig, M., et al. (2011). Calidad de vida, felicidad y satisfacción con la vida en personas ancianas de 75 años atendidas en un programa de atención domiciliaria. *Rev Latino-Am. Enfermagem*, 19(3), 467-475.
- Pulido, J., et al. (2014). Estudios poblacionales en España sobre daños relacionados con el consumo de alcohol. *Revista Española de Salud Pública*, 88(4), 493-513.
- Puyol, R., & Abellán, A. (2006). *Envejecimiento y dependencia. Una mirada al panorama futuro de la población española*. Madrid: Mondial Assistance.
- Querejeta, M. (2003). Discapacidad/Dependencia unificación de criterios de valoración y clasificación. Unificación de Criterios de Valoración y Clasificación. *MTAS-IMSERSO*, 1-163.
- Quijano, A. (1999). ¡Qué tal raza! *Familia y cambio social*. 15-20.
- Quinceno, J. M., & Vinaccia, S. (2009). La salud en el marco de la psicología de la religión y de la espiritualidad. *Diversitas*, 5(2), 321-336.
- Quiroga, D. (1999). Sobre razas, esencialismos y salud. En *Ecuador racista: Imágenes y identidades*, edited by Emma Cervone and Fredy Rivera. (pp.127-136). Quito: FLACSO ECUADOR.
- RAE (2017). Significado de la palabra "Estereotipo". Consultado en: <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=estereotipo>.
- RAE (2017). Significado de la palabra "Prejuicio". Consultado en: <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=prejuicio>.
- Ramírez, C. (2007). Sobre el Caló y los Gitanos en España. *OtroLunes*, 24-29.



- Ramírez-Ruiz, L., & Martínez-Martínez, O. A. (2011). Factores asociados a la depresión en las grandes urbes. El caso del Distrito Federal en México. *Revista de Gerencia y Políticas de Salud*, 10(20), 110-120.
- Ramos, J., et al. (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de Educación y Desarrollo*. 11, 47-56.
- Rask, S., et al. (2016). The ethnic gap in mental health: A population-based study of Russian, Somali and Kurdish origin migrants in Finland. *Scandinavian journal of public health*, 44(3), 281-290.
- Redondo, R. G., Maleras, R. G., & González, E. R. (2007). Envejecimiento, longevidad y salud. Bases demográficas en España. In *Envejecimiento saludable: aspectos biológicos, psicológicos y sociales* (pp. 41-76). Universitas Editorial, 41-76.
- Regidor, E., et al. (2009). La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España. *Gaceta sanitaria*, 23(1), 4-11.
- Reher, D. S. (2004). Población y sociedad en España durante el siglo XX. In *Informe sobre la situación demográfica en España* (pp.59-84). Fundación Abril Martorell.
- Restrepo, E. (2007). Racismo y discriminación.
- Restrepo, S. L., et al. (2006). Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud. *Revista chilena de nutrición*, 33(3), 500-510.
- Riquelme, A. (1998). *Depresión en residencias geriátricas: un estudio empírico*. Universidad de Murcia:EDITUM.
- Rodríguez, C. (2008). Factores implicados en el cambio de los estereotipos: Variables endógenas y exógenas. *Anales de psicología*, 24(1), 33-41.
- Rojas, M., et al. (2006). Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados. *Gerokomos*, 17(1), 08-23.
- Rojas, R. (2011). ¿Por qué las personas gitanas mayores de 45 años no participan en el PLIS? *Universidad de Castilla-La Mancha*, 1-32.
- Rojo-Pérez, F., et al. (2009). Población mayor, Calidad de Vida y redes de apoyo: demanda y prestación de cuidados en el seno familiar. *Madrid: MCI-ENS*, 1-127.
- Román, J., et al. (2007). Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. *Gaceta Sanitaria*, 21(1), 37-42.
- Ruiz-Ramos, M., et al. (2006). La diabetes mellitus en España: mortalidad, prevalencia, incidencia, costes económicos y desigualdades. *Gaceta Sanitaria*, 20, 15-24.

- Saavedra, J., & Robles, Y. (2016). La Discriminación y su Influencia en la Salud Mental. *Revista ANALES DE SALUD MENTAL*, 27(2).
- SAGE (Mexico - Study on Global Ageing and Adult Health) (2014).
- Salgado-de Snyder, V., & Wong, R. (2007). Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. *Salud Pública de México*, 49, 515-521.
- Salmerón, J. (2009). Orígenes, vicisitudes, realidad actual y retos del pueblo gitano en España y Región de Murcia. *Anales de la Historia Contemporánea*, 25, 116-131.
- Samet, J. (2002). Los riesgos del tabaquismo activo y pasivo. *Salud Pública de México*, 44(1), 144-160.
- San Román, T. (1976). *Vecinos Gitanos*. Madrid: Akal.
- San Román, T. (2010). *La diferencia inquietante: viejas y nuevas estrategias culturales de los gitanos*. Madrid: Siglo XXI.
- Sánchez, H. (1984). Hechizos y conjuros entre los gitanos y los no gitanos. *Cuadernos de la historia moderna y contemporánea*, 5, 83-135.
- Sánchez, J. A., & Serra, L. (2000). Importancia del desayuno en el rendimiento intelectual y estado nutricional de los escolares. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 6(2), 53-95.
- Sánchez, M. H. (1984). Hechizos y conjuros entre los gitanos y los no gitanos. *Cuadernos de la historia moderna y contemporánea*, 5, 83-135.
- Sánchez, M. H. (1994). Los gitanos españoles desde su salida de la India hasta los primeros conflictos en la península. *Espacio Tiempo y Forma. Serie IV, Historia Moderna*, 2(7), 319-324.
- Sánchez, M. H. (2005). Los gitanos condenados como galeotes en la España de los Austrias. *Espacio Tiempo y Forma. Serie IV, Historia Moderna*, (18-19), 97-104.
- Sánchez, M. H. (2009). La minoría gitana en el siglo XVII: Represión, discriminación legal e intentos de asentamiento e integración. *Anales de la Historia Cotemporánea*, 25, 75-90.
- Sanz, L. (2012). *Psicología evolutiva y de la educación*. Madrid: CEDE.
- Satorres, E., (2013). *Bienestar Psicológico en la Vejez y su Relación con la Capacidad Funcional y la Satisfacción Vital*. Universitat de València.
- Saz, P., & Dewey, M. E. (2001). Depression, depressive symptoms and mortality in persons aged 65 and over living in the community: a systematic review of the literature. *International journal of geriatric psychiatry*, 16(6), 622-630.

- Segato, R. (2011). Racismo, discriminación y acciones afirmativas: herramientas conceptuales. *Observatório da Jurisdição Constitucional*, 1(1), 1-16.
- Segato, R. (2007). *LA Nación y sus Otros. Raza, etnicidad y diversidad religiosa en tiempos de Políticas de la Identidad*. Buenos Aires: Prometeo.
- SEPSIQ, (2015). La depresión es, más que nunca, un reto para la salud pública en Europa. Consultado en: <http://www.sepsiq.org/informacion/noticia/2015-02-17/392>.
- Serrano-Del Rosal, R., & Loriente-Arín, N. (2008). La anatomía de la satisfacción del paciente. *Salud pública de México*, 50(2), 162-172.
- SHARE (The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) (2015).
- Smith, V., et al. (2010). Discriminación social, consecuencias psicológicas y estrategias de afrontamiento en miembros de grupos sociales estigmatizados. *Dominación, compromiso y transformación social*. San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica.
- Sociedad Española de Reumatología (2011). Enfermedades reumáticas: las preguntas de los pacientes. *Sociedad Española de Reumatología*, 1-168.
- Sokolovsky, J. (1985). Ethnicity, Culture and Aging: Do Differences Really Make A Difference? *Journal of Applied Gerontology*, 4(1), 6-17.
- Sosa, M., & Gómez, J. (2010). La osteoporosis. Definición. Importancia. Fisiopatología y Clínica. *Rev Osteoporos Metab Miner*, 2(Supl. 5), 3-7.
- Suriá, R. (2010). Tema 5: Estereotipos y prejuicios. En *Psicología Social*. Alicante: club universitario.
- Suso, A., & González de Chávez, I. (2011). Estudio anual sobre la discriminación por el origen racial o étnico: la percepción de las potenciales víctimas 2011. *Madrid: Consejo para la Promoción de la Igualdad de Trato y No Discriminación de las Personas por el Origen Racial o Étnico-MSSSI*, 1-216.
- Tapia, H., et al. (2015) Perfil obstétrico de adolescentes embarazadas en un hospital público: riesgo al inicio del trabajo de parto, parto, posparto y puerperio. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(5), 829-836.
- Toquero de la Torre, F., et al. (2008). Guía de Buena Práctica Clínica en Depresión y Ansiedad. *Madrid: OMC-MSD*, 1-237.
- Tornero, J. T., et al. (2010). Actualización del Documento de Consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre el uso de terapias biológicas en la artritis reumatoide. *Reumatología Clínica*, 6(1), 23-36.
- Trejo, C. (2001). El viejo en la historia. *Acta bioética*, 7(1), 107-119.
- Triadó, C. (2013). Envejecer en España y en Europa. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, (41), 110-126.

- Trichopoulos, D., et al. (1988). Siesta and risk of coronary heart disease. *Stress and Health*, 4(3), 143-148.
- Trigás-Ferrín, M. T., González, L. F., & Meijide-Míguez, H. (2011). Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicía Clínica*, 72(1), 11-16.
- Ubillos, S., Mayordomo, S., & Páez, D. (2003). Actitudes: definición y medición componentes de la actitud. Modelo de la acción razonada y acción planificada. En Páez et al. *Psicología Social, Cultura y Educación* (pp. 302-326). Madrid: Pearson.
- UE (2014). Roma Health Report: Health status of the Roma population. Data collection in the Member States of the European Union. *European Commission*, 1-152.
- UGR (2016). Programa de “Alojamiento de estudiantes con personas mayores y/o discapacitados”.
- United Nations (2013). World Population Ageing 2013. *Department of Economic and Social Affairs, Population Division*, 348, 1-114.
- Urbina Torija, J. R., et al. (2007). Síntomas depresivos en personas mayores: Prevalencia y factores asociados. *Gaceta Sanitaria*, 21(1), 37-42.
- Urbina, C., & Pacheco, J. (2006). Embarazo en adolescentes. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 52(1), 118-123.
- Urquidi, V. L. (2004). Perspectiva de la población mundial. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 20(1), 9-21.
- Valdeiglesias, S. (2004). Aspectos teóricos sobre el estereotipo, el prejuicio y la discriminación. *Seminario médico*, 56(2), 135-144.
- Vázquez, C., et al. (2008). Factores implicados en el cambio de los estereotipos: Variables endógenas y exógenas. *Anales de Psicología*, 24(1), 33-41.
- Vázquez, F., Muñoz, R., & Begoña, E. (2000). Depresión: Diagnostico, Modelos Teóricos y Tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, 8(3), 417-449.
- Vergara M. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12(1), 41-50.
- Villanueva, A. (2000). Sobre el envejecimiento: una perspectiva integral. *Revista Hospital General Dr. M. Gea González*, 3(3), 107-114.
- Villar, F. (1997). Estrategias para afrontar el envejecimiento y diferencias asociadas a la edad: una aproximación a través del análisis de contenido. *Anuario de psicología*, (73), 57-69.

- Villar, F., et al. (2003). Bienestar, adaptación y envejecimiento: cuando la estabilidad significa cambio. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13(3), 152-162.
- Vinuesa, J. (2004). Análisis del envejecimiento demográfico. *Revista de Encuentros Multidisciplinares de la Universidad Autónoma de Madrid*, 16 (VI) (enero-abril), 1-8.
- Vinuesa, M., et al. (2014). Encuesta Nacional de Salud España 2011/12. Consumo de Alcohol. *MSSSI Informes Monográficos*, 1-46.
- Wade, P. (2000). *Raza y etnicidad en Latinoamérica*. Quito: Abya Yala.
- Watch Tower Bible and Tract Society, (2008). Jehová cuida con ternura a sus siervos de edad avanzada. *La Atalaya*, (15/08), 17-21.
- Watch Tower Bible and Tract Society, (2014). Cómo invertir sabiamente el tiempo. *¡Despertad!* (2/14), 12-13.
- Whichelow, M. J., & Toby, A. (1996). Dietary patterns and their associations with demographic, lifestyle and health variables in a random sample of British adults. *British Journal of Nutrition*, 76(1), 17-30.
- Williams, D. R., & Mohammed, S. A. (2009). Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *Journal of behavioral medicine*, 32(1), 20-47.
- Williams, D. R., & Sternthal, M. (2010). Understanding Racial-ethnic Disparities in Health Sociological Contributions. *Journal of Health and Social Behavior*. 51(1), 15-27.
- Williams, D. R., Yu, Y., & Anderson, N. B. (1997). Racial differences in physical and mental health socio-economic status, stress and discrimination. *J Health Psychol*, 2(3), 335-351.
- Williamson, N. (2013). Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. *New York: UNFPA*, 1-132.
- WordReference (2017). Sinónimos de la palabra "Envejecimiento" consultado en <http://www.wordreference.com/sinonimos/envejecimiento>.
- Yudell, M. (2014). Breve historia del concepto de la raza. *Revista de pensamiento contemporáneo*. (44), 32-47.
- Zaidi, A. (2008). Características y retos del envejecimiento de la población: La perspectiva europea. *Policy Brief, European Centre*, (Marzo), 1-17.
- Zunzunegui, M. V. (2011). Evolución de la discapacidad y la dependencia. Una mirada internacional. *Gaceta Sanitaria*, 25, 12-20.



# CAPÍTULO VII

## ANEXOS





## CUESTIONARIO

### PUEBLO:

#### DATOS PERSONALES

1. Sexo:
2. Edad:
3. Estado Civil:
4. N° de hijos:

### I. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA.

#### A1. ¿Qué estudios tiene?

1. Analfabeto.
2. Solo leer y escribir.
3. Estudios primarios.
4. La E.S.O.
5. Bachiller o equivalente
6. Estudios universitarios

#### A2. ¿Cuál es su ocupación principal?

1. Pensionista/jubilado (incluye rentas sociales)
2. Parado cobrando alguna prestación
3. Parado sin prestación.
4. Trabajo por cuenta ajena.
5. Trabajo por cuenta propia.

#### A3. Elija el intervalo que más represente sus ingresos mensuales en euros.

1. Menos de 200.
2. De 200 a 400.
3. De 400 a 800.
4. De 800 a 1.000.
5. Más de 1.000.

### II. SITUACIÓN DE LA VIVIENDA.

#### A4. ¿Cuáles de los siguientes servicios están ausentes en la calle donde está la vivienda? (Multirrespuesta)

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 1. Farolas de iluminación.                |
| <input type="checkbox"/> | 2. Nombre de la calle.                    |
| <input type="checkbox"/> | 3. Pavimento en el suelo.                 |
| <input type="checkbox"/> | 4. Desperfectos importantes (socavones).  |
| <input type="checkbox"/> | 5. Pasos adaptados para sillas de ruedas. |
| <input type="checkbox"/> | 6. Señalización vial.                     |
| <input type="checkbox"/> | 7. Todo está bien.                        |

#### A5. ¿Considera que el barrio es marginal?

1. Sí.
2. No.

#### A6. ¿Cuáles de los siguientes aspectos encontramos en la vivienda? (Multirrespuesta)

- |                          |                              |
|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. Electricidad.             |
| <input type="checkbox"/> | 2. Cuarto de baño.           |
| <input type="checkbox"/> | 3. Pavimento en el suelo.    |
| <input type="checkbox"/> | 4. Desperfectos importantes. |
| <input type="checkbox"/> | 5. Todo está bien.           |

### III. ENFERMEDADES Y MEDICALIZACIÓN.

#### A7. ¿Cuál/les de las siguientes enfermedades padece? (Multirrespuesta)

- |                          |                                  |
|--------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. Hipertensión.                 |
| <input type="checkbox"/> | 2. Colesterol alto.              |
| <input type="checkbox"/> | 3. Diabetes.                     |
| <input type="checkbox"/> | 4. Mala circulación.             |
| <input type="checkbox"/> | 5. Asma.                         |
| <input type="checkbox"/> | 6. Enfermedades del corazón.     |
| <input type="checkbox"/> | 7. Úlcera.                       |
| <input type="checkbox"/> | 8. Artrosis problemas de huesos. |
| <input type="checkbox"/> | 9. Depresión.                    |
| <input type="checkbox"/> | 10. Otras.                       |
| <input type="checkbox"/> | 11. Ninguna.                     |

#### A8. ¿Cuántos medicamentos toma diariamente?

1. Ninguno.
2. 1-2.
3. 3-4.
4. 4-5.
5. más de 5.

### IV. CONSULTAS AL MÉDICO.

#### A9. ¿Cuánto tiempo hace que fue al médico?

1. En la última semana.
2. Más de 2 semanas.
3. Más de 1 mes.

#### A10. ¿Dónde tuvo lugar la última consulta al médico?

1. En el hogar.
2. En urgencias.
3. Médico de familia.

**A11. ¿Cuál fue el motivo de esa consulta?**

1. Diagnóstico y/o tratamiento.
2. Revisión.
3. Recetas.

**A12. ¿A qué distancia está el hospital más cercano?**

1. De 0 a 3 km.
2. De 3 a 10 km.
3. De 10-20 km.
4. De 20-30 km.
5. Más de 30 km.

**A13. ¿En los últimos meses ha necesitado asistencia médica y no la ha obtenido?**

1. Sí.
2. No.

**A14. ¿Cuál fue la causa principal por la que no obtuvo esa asistencia?**

1. No se pudo conseguir cita.
2. Nadie pudo dejar el trabajo para llevarle.
3. No tenía medio de transporte.
4. Había que esperar demasiado.
5. Otras.

**A.15. Indique cual es el grado de satisfacción con el sistema sanitario español donde 1 es muy insatisfecho y 5 es muy satisfecho.**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**V. PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD.**

**A16. Hablemos de su salud. En los últimos 12 meses ¿Cómo diría que ha sido su estado de salud?**

1. Muy bueno
2. Bueno.
3. Regular
4. Malo.
5. Muy malo.

**VI. CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL.**

**A17. ¿Fuma?**

1. Sí.
2. No.

**A18. ¿Qué cantidad de cigarrillos fuma?**

1. De 1 a 10 al día.
2. De 10 a 20 al día.
3. De 20 a 40 al día.
4. Mas de 40.

**A19. ¿Con que frecuencia toma bebidas alcohólicas?**

1. Nunca
2. Casi Nunca.
3. Una o dos veces al mes.
4. Una o dos veces a la semana.
5. Entre tres y cinco veces a la semana.
6. Todos los días.

**VII. HÁBITOS DE VIDA.**

**A20. ¿Cuántas horas duerme durante el día?**

1. Siesta.
2. 2 o 3.
3. Más de 4.
4. No duermo durante el día.

**A21. ¿Cuál de estas posibilidades describe mejor su actividad principal durante el día en el hogar.**

1. Sentado la mayor parte de la jornada.
2. De pie la mayor parte de la jornada sin efectuar grandes desplazamientos.
3. Caminando llevando algún peso, efectuando desplazamientos frecuentes que no requieren gran esfuerzo.
4. Realizando tareas que requieren gran esfuerzo físico.

**A22. ¿Qué tipo de ejercicio hace en su tiempo libre? Dígame cuál de estas posibilidades describe mejor la mayor parte de su actividad en su tiempo libre.**

1. No hago ejercicio. Mi tiempo libre lo ocupo de forma casi completamente sedentaria (leer, ver televisión, ir al cine, etc...).
2. La mayoría del tiempo lo dedico a las labores domésticas y hacer la compra.
3. Hago alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar, gimnasia suave, ligero esfuerzo, etc...)
4. Hago actividad física regular, varias veces al mes (deporte, gimnasia, correr, juegos de equipo).

**VIII. ALIMENTACIÓN.**

**A23. En relación a sus hábitos alimentarios ¿Qué suele desayunar habitualmente? (Multirrespuesta)**

Café	Leche	Zumo	Te	Chocolate	Yogurt	Tostadas	Galletas	Cereales	Bollería
Aceite	Mantequilla	Fruta	Huevos	Queso	Fiambre	Otras			

2. Nada, no suele desayunar.

**A24. ¿Con qué frecuencia consume los siguientes alimentos? (Multirrespuesta)**

- 1. Fruta fresca.
- 2. Carne.
- 3. Pescado.
- 4. Huevos.
- 5. Pasta, arroz, patatas, pan, cereales.
- 6. Verduras y hortalizas.
- 7. Legumbres.
- 8. Embutidos y fiambres.
- 9. Dulces (pasteles, mermeladas).

*Las frecuencias para cada ítem son:*  
 1. A diario.  
 2. Más de tres veces a la semana.  
 3. Una o dos veces a la semana.  
 4. Menos de una vez a la semana.  
 5. Nunca o casi nunca.

**A25. ¿Cree que come más de lo que debe?**

- 1. Sí.
- 2. No.

**A26. ¿Cree que come alimentos que no debe por su estado de salud?**

- 1. Sí.
- 2. No.

**A27. Si sabe que algunos alimentos no son recomendables para su(s) enfermedad(es), ¿Por qué los toma? (respuesta abierta)**

**A28. ¿Por qué come más de lo que debe? (respuesta abierta)**

**IX. DEPENDENCIA Y SERVICIOS SOCIALES**

**A29. ¿Tiene reconocido algún grado de dependencia?**

- 1. Sí.
- 2. No.

**A30. ¿Qué grado de dependencia tiene reconocido?**

- 1. Grado I
- 2. Grado II
  - a. Nivel 1
  - b. Nivel 2
- 3. Grado III
  - a. Nivel 1
  - b. Nivel 2

**A31. ¿Qué servicios está utilizando? Si tiene reconocido algún grado de dependencia.**

- 1. Teleasistencia.
- 2. Ayuda a domicilio.
- 3. Compensación económica para cuidador familiar.
- 4. Otros.

**A32. ¿Suplen estas ayudas sus necesidades?**

- 1. Sí.
- 2. En parte.
- 3. No.

**A33. ¿Conoce algún otro tipo de servicio que ofrece la ley de dependencia?**

- 1. Sí.
- 2. No.

**X. GRADO DE SATISFACCIÓN CON SU VIDA.**

**A34. En general podría decirse que estoy satisfecho con mi vida.**

- 1. Sí, a nivel general podría decirse que estoy satisfecho con mi vida.
- 2. No tanto como me gustaría.
- 3. No. Me siento desdichado normalmente.

**XI. ACTITUD HACIA EL PROPIO ENVEJECIMIENTO.**

**A35. ¿Cree que los no gitanos toman medidas de planificación para el envejecimiento?**

- 1. Sí.
- 2. No.

**A36. ¿Cree que los gitanos toman medidas de planificación para el envejecimiento?**

1. Sí.
2. No.

**A37. ¿Respecto a la vejez elija de las siguientes afirmaciones en las que está de acuerdo? (Multirrespuesta)**

1. La vejez es una etapa próxima a la muerte.
2. Las personas mayores tienen problemas para aprender algo nuevo.
3. Las personas mayores están muy interesados por el futuro.
4. A los ancianos sólo les queda descansar y no trabajar más.
5. A medida que nos hacemos mayores perdemos el interés por las cosas.
6. A medida que envejeczo las cosas me parecen mejor de lo que esperaba.
7. Me siento menos útil a medida que envejeczo.

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## XII. DEPENDENCIA/INDEPENDENCIA FUNCIONAL.

**A38. Índice de Katz (Índice de Independencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria)**

Actividad	Descripción de la dependencia
<b>BAÑARSE</b>	INDEPENDIENTE: necesita ayuda para lavarse una parte del cuerpo, o lo hace solo. DEPENDIENTE: incluye la necesidad de ayuda para entrar o salir de la bañera.
<b>BESTIRSE</b>	INDEPENDIENTE: puede lavarse y asearse por sí mismo sin ayuda, incluye el uso de la cadena de la aguja. DEPENDIENTE: no se viste solo.
<b>USAR EL RETRETE</b>	INDEPENDIENTE: no precisa ningún tipo de ayuda (incluye entrada y salida del baño). Usa el baño. DEPENDIENTE: incluye utilizar orinal o cama.
<b>MOVILIDAD</b>	INDEPENDIENTE: no requiere ayuda para sentarse o acceder a la cama. DEPENDIENTE:
<b>CONTINENCIA</b>	INDEPENDIENTE: control completo de la micción o defecación. DEPENDIENTE: incluye control total o parcial mediante enemas, sondas o el empleo regulado del orinal y/o cama.
<b>ALIMENTACIÓN</b>	INDEPENDIENTE: lleva la comida del plato o equivalente, a la boca sin ayuda. DEPENDIENTE: incluye no comer y la nutrición parenteral o enteral por sonda.

Por ayuda se entiende la supervisión, dirección o ayuda personal activa. La evaluación debe realizarse por lo que el enfermo realice y no sobre lo que sería capaz de realizar.

## XIII. REDES FAMILIARES

**A39. Con que personas convive usted. (Multirrespuesta)**

1. Pareja/cónyuge.
2. Hijo/s.
3. Otros familiares.
4. Solo.

**A40. ¿Mantiene usted relación con miembros de su entorno familiar con los que no convive a través de diferentes medios como...? (Multirrespuesta)**

<input type="checkbox"/>	1. Teléfono.
<input type="checkbox"/>	2. Correo postal.
<input type="checkbox"/>	3. Correo electrónico.
<input type="checkbox"/>	4. Visitas.
<input type="checkbox"/>	5. Otro tipo de encuentros (salidas, actividades de ocio y tiempo libre)

**A41. ¿Con que frecuencia recibe visitas de su entorno familiar?**

1. Muy frecuente.
2. Frecuentemente.
3. Poco frecuente.
4. Casi nunca.

**A42. ¿Por motivos de salud o limitación física, ¿necesita usted ayuda para desenvolverse en la vida cotidiana en casa o fuera de casa?**

1. Sí
2. No

**A43. ¿De quien recibe ayuda? (Multirrespuesta)**

<input type="checkbox"/>	1. Familiares
<input type="checkbox"/>	2. Amigos/vecinos
<input type="checkbox"/>	3. Persona remunerada
<input type="checkbox"/>	4. Ayuda a domicilio
<input type="checkbox"/>	5. Voluntarios
<input type="checkbox"/>	6. Ninguna ayuda

**A44. ¿Se siente valorado por su familia?**

1. Muy valorado.
2. Bastante valorado.
3. Poco valorado.
4. Muy poco valorado.



