

UNIVERSIDAD DE GRANADA

Facultad de Ciencias de la Salud de Ceuta

Departamento de Enfermería



**Análisis de la Calidad de Vida relacionada con la Salud,
en los mayores de 65 años en un entorno multicultural,
en la ciudad de Ceuta.**

Tesis presentada por la licenciada M^a Milagrosa Olmedo Alguacil para optar al grado de
Doctor en Antropología Social y Cultural.

Dirigida por los Doctores

Jesús Ramírez Rodrigo, Carmen Villaverde Gutiérrez y José Antonio Moreno Vázquez.

Ceuta julio 2010

Editor: Editorial de la Universidad de Granada
Autor: María Milagrosa Olmedo Alguacil
D.L.: GR 4249-2010
ISBN: 978-84-693-5975-4

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar a mi madre, que no está, pero me enseñó que una mujer debe ser independiente, sin que esta situación menoscabe el amor a la familia y la honestidad en el trabajo. A continuación a mi padre, pues sin él yo no estaría aquí y no sería quién soy.

Esta Tesis, ha tenido tres magníficos directores:, D. Jesús Ramírez, Dña. Carmen Villaverde y D. José Antonio Moreno. Tengo la impresión de haber sido la Campanillas de Jesús el tiempo que ha durado el proceso de la Tesis, fue mi profesor y ahora es mi amigo; a Carmen darle las gracias por haber estado siempre con una agilidad tremenda para evaluar mi trabajo y someterlo al control exigido, y a José Antonio darle las gracias por el apoyo en el conocimiento y la estructuración de los pasos de la Tesis.

No puedo pasar la oportunidad de dar las gracias al Departamento de Enfermería de la UGR y como cabeza visible a Dña. M^a Paz Caro por aceptar este trabajo y poder ser leído. A D. Rafael Guisado, el que fue Director de la EUE de Enfermería de Ceuta y hoy es Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de Ceuta, dependiente de la UGR, porque sin su apoyo, toda la tramitación burocrática hubiera sido más difícil.

Quiero expresar mis gracias a mi alumno D. Alejandro Ramírez por su apoyo informático y a D. Carlos de Mesa por la de correos que me ha devuelto explicándome las dudas informáticas.

A mis compañeros del Centro de Salud del Tarajal, pues en la época en que trabajé como enfermera fueron los que me ayudaron a realizar las entrevistas y a recoger datos de los actores, a todos ellos muchas gracias. A los primeros por su inestimable ayuda, y a los segundos por haber sido pacientes en rellenar tantas encuestas y en haberme permitido entrar en sus vidas.

A mis compañeros de La Faculta de Ciencias de la Salud de Ceuta, porque han soportado mis malos humores, cuando algo no salía, en especial a Pedro Marti, Juan Carlos López y a Vicente Martínez. No puedo pasar por alto al PAS: Ana, Quino, José

Luis, Cano, Teresa y Alberto y por supuesto a Pepe. Hay una persona que aunque hace tiempo que dejo la Secretaria siempre me he acordado de ella: M^a José.

A mis amigos Teo y Rosmary, gracias, por haber estado ahí.

A mi gran familia que si los enumerara a todos me quedaría sin Tesis, pero no puedo pasar por alto a mi madrina, mi tío Pin, a mi hermana y su marido, y por supuesto a mi marido: José Manuel que me ha apoyado en que esta Tesis saliera hacia delante, que me ha visto llorar y reir, tirar la toalla y recogerla y siempre he tenido al hombre donde apoyarme. Y como no a mis hijos: José Manuel y Rafael, a los cuales les dedico este trabajo, como símbolo de amor hacia ellos.

D. JESÚS RAMÍREZ RODRIGO, Doctor en Ciencias (Biológicas), y Profesor de Fisiología Humana y Bioquímica Humana en la Facultad de Ciencias de la Salud de Ceuta, de la Universidad de Granada,

DECLARA:

Que la tesis doctoral: **ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN CON LA SALUD, EN LOS MAYORES DE 65 AÑOS, EN UN ENTORNO MULTICULTURAL EN LA CIUDAD DE CEUTA**, que presenta la D^a. María Milagrosa Olmedo Alguacil, para optar al grado de Doctora en Antropología Social y cultural, ha sido realizada bajo su dirección.

Ceuta 12 de Julio de 2010

D^a. CARMEN VILLAVERDE GUTIERREZ, Doctora en Medicina y Cirugía, y Profesora titular de Fisiología Humana en la Facultad de Ciencias de la Salud de Granada, de la Universidad de Granada,

DECLARA:

Que la tesis doctoral: **ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN CON LA SALUD, EN LOS MAYORES DE 65 AÑOS, EN UN ENTORNO MULTICULTURAL EN LA CIUDAD DE CEUTA**, que presenta la D^a. Maria Milagrosa Olmedo Alguacil, para optar al grado de Doctora en Antropología Social y cultural, ha sido realizada bajo su dirección.

Ceuta 12 de Julio de 2010

D. JOSÉ ANTONIO MORENO VÁZQUEZ, Doctor en Medicina y Cirugía, y Profesor de Anatomía Humana en la Facultad de Ciencias de la Salud de Ceuta, de la Universidad de Granada,

DECLARA:

Que la tesis doctoral: **ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN CON LA SALUD, EN LOS MAYORES DE 65 AÑOS, EN UN ENTORNO MULTICULTURAL EN LA CIUDAD DE CEUTA**, que presenta la D^a. Maria Milagrosa Olmedo Alguacil, para optar al grado de Doctora en Antropología Social y cultural, ha sido realizada bajo su dirección.

Ceuta 12 de Julio de 2010

I. INTRODUCCIÓN	1
I.1. ENVEJECIMIENTO	2
I.1.1 CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL ENVEJECIMIENTO .-	2
I.1.2.- EL ENVEJECIMIENTO COMO FENOMENO SOCIAL EN LA UNIÓN EUROPEA .-	5
I.1.3.- EL ENVEJECIMIENTO EN LA SOCIEDAD ESPAÑOLA .-	12
I.1.4.- EL CONTEXTO CEUTÍ. DESCRIPCIÓN HISTÓRICO-GEOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN ACTUAL .-.....	20
I.2. ESTILOS DE VIDA EN LAS PERSONAS MAYORES	30
I.2.1.- ENVEJECIMIENTO ACTIVO .-	30
I.2.2 ENVEJECIMIENTO PATOLÓGICO. FACTORES DE RIESGO .-.....	35
I.3. CALIDAD DE VIDA	44
I.3.1.- CONCEPTO HISTÓRICO DE CALIDAD DE VIDA .-	44
I.3.2.- CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADO CON LA SALUD .-	52
I.3.3.- CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN LAS PERSONAS MAYORES: TERCERA EDAD .-	61
I.4. CONCEPTOS GENERALES. CRITERIOS DE MEDIDA DE LA CALIDAD DE VIDA	68
I.4.1.- DETERMINANTES DE LA CALIDAD DE VIDA EN LOS MAYORES. ABORDAJE DEL PROBLEMA: DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS .-.....	68
I.4.2.- IMPORTANCIA DE LA FUNCIÓN SOCIAL EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE LA PERSONA MAYOR .-.....	83
I.4.3. MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN LOS MAYORES .-.....	92
I.4.4.- CUESTIONARIOS DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA .-	102
II. JUSTIFICACIÓN	113
III. OBJETIVOS	117
OBJETIVOS :.....	118

IV. MATERIAL Y MÉTODO.....	119
4.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.-	120
4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.-.....	121
2.1 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE REFERENCIA.-	121
2.2 POBLACIÓN DE REFERENCIA.-	124
2.3. MUESTRA.-.....	125
2.4 FUENTES DE INFORMACIÓN.-	127
2.5 MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS.-	128
4. 3 VARIABLES.....	128
3.1 DEFINICIÓN Y MEDIDAS DE LAS VARIABLES.-	128
4.4 MÉTODOS.-	132
4.1 INSTRUMENTOS DE MEDIDA.-	132
4.2. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO.	147
V. RESULTADOS.	149
5.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA:.....	152
I. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.	152
II. VARIABLES CLÍNICAS.....	152
5.2. VALIDACIÓN DE LOS CUESTIONARIOS:	175
1. SF-36;	175
2. ESPECÍFICO DE CEUTA	175
5.3. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA,.....	185
MEDIANTE INSTRUMENTO SF-36.	185
5.3.1.- DATOS COMPARATIVOS	186
5.3.2.- RESULTADOS APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO	189

5.3.4.- REPRESENTACIÓN DE LAS DIMENSIONES DEL CUESTIONARIO SF-36 EN RELACIÓN AL DISTRITO DE RESIDENCIA Y GRUPO CULTURAL-RELIGIOSO	201
5.4. RESULTADO DEL CUESTIONARIO	213
ESPECÍFICO DE CEUTA.....	213
VI. DISCUSIÓN.....	222
6.1.- DISCUSIÓN SOBRE DESCRIPCIÓN DE LOS GRUPOS ESTUDIADOS.....	223
6.1.1. A PROPÓSITO DE LOS SUJETOS.-	223
6.2.- CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DE LOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS.	233
6.2.1.- EVALUACIÓN DEL CUESTIONARIO SF-36.-	234
6.2.2.- EVALUACIÓN DEL CUESTIONARIO ESPECÍFICO DE CEUTA.-	237
6.3.- ANÁLISIS DE PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN ADULTOS MAYORES DE CEUTA.-	239
6.4.- ANÁLISIS ETNOGRÁFICO.....	252
6.4.1. FASE DE OBSERVACIÓN.....	252
6.4.2. FASE DE ENTREVISTAS.....	254
6.4.3. ESTRUCTURA: CATEGORÍAS Y VALORES.....	268
6.4.4. CONFECCIÓN DEL CUESTIONARIO	271
6.5.- ANÁLISIS DE LAS DIMENSIONES ESPECÍFICAS DE CEUTA.	273
VII. CONCLUSIONES	284
VIII. BIBLIOGRAFÍA.....	291
RELACIÓN DE TABLAS, FIGURA y GRÁFICOS.....	337
ANEXOS.....	342

I. INTRODUCCIÓN

I.1. ENVEJECIMIENTO.

I.1.1 CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL ENVEJECIMIENTO.-

La combinación de tasas de fecundidad bajas con una mortalidad en descenso, ha provocado un envejecimiento general de las sociedades. La gran mayoría de transformaciones que afectan la vida de las personas son procesos íntimamente relacionados con el envejecimiento de las mismas, que a lo largo de la historia ha tenido diferentes paradigmas que han servido de guía. En este sentido se puede parafrasear a Abellán y Rodríguez (2000) cuando afirman que el siglo XIX estuvo marcado por: mortalidad catastrófica y derroche de vida (muchos nacimientos y una cifra muy alta de defunciones, sobre todo infantiles), el siglo XX marcado por el proceso de envejecimiento, el siglo XXI será el del cambio de la pirámide al pilar de la población. Esta situación lleva a los Estados a dar respuesta a las nuevas necesidades sociales emergentes que obligan a reorientar la actuación pública, pues, se sabe que a medida que sobrepasamos los 65 años de edad se aumenta progresivamente la probabilidad que en los próximos años aparezca una limitación en la funcionalidad: de todos los adultos mayores, el 60 - 70% son personas independientes, el 30% se clasifica como frágiles o en riesgo, y sólo un 3% son adultos mayores postrados o inválidos (Imsero, 2006).

El envejecimiento está condicionado en parte por factores genéticos, pero los factores externos juegan un papel muy importante en su modulación. Dentro de los factores no genéticos, el estilo de vida y los hábitos (alimentación, tabaquismo, ejercicio, trabajo, ambiente, etc.) son muy importantes, así como el desarrollo de enfermedades crónicas que aceleran el envejecimiento (como la diabetes mellitus). La modificación de los factores de riesgo puede atenuar el envejecimiento, de modo que en ausencia de enfermedad, la declinación de la reserva homeostática no causa síntomas y determina escasas restricciones en las actividades de la vida diaria, a

pesar de la edad. Por lo que se asegura que el envejecimiento no tiene una sola causa, y esto ha llevado a diferentes teorías acerca del envejecimiento de la persona, que Goldstein y colaboradores (1978) las han revisado extensamente y las han dividido en dos grandes categorías: Las que afirman que el proceso de envejecimiento sería el resultado de la suma de alteraciones que ocurren en forma aleatoria y se acumulan a lo largo del tiempo (teorías estocásticas), y las que suponen que el envejecimiento estaría predeterminado (teorías no estocásticas).

Además se da el hecho que el primer problema que se plantea a la hora de describir cualquier proceso relacionado con el envejecimiento parte de la extrema dificultad que existe para poder separar nítidamente el envejecimiento como un proceso biológico, del mismo tipo que el desarrollo y la maduración, de los procesos patológicos asociados a la edad. De hecho, para algunos investigadores, envejecimiento y patología asociada a la edad son dos hechos imposibles de separar. La misma definición de envejecimiento es difícil, y probablemente cada experto en el tema tenga la suya (López y cols. 1997). Se debe destacar que los conceptos en envejecimiento satisfactorio envejecer con éxito, o vejez competente han tenido una gran aceptación en contextos sociales y políticos, siendo impulsado por organismos internacionales públicos como la OMS (1998) o la Unión Europea (Fernández Ballesteros, 1998). Desde esta perspectiva se separa el proceso de envejecer de los efectos de la enfermedad y la discapacidad, manteniendo el funcionamiento físico y mental (Rowe y Khan, 1997) (recogido por Bazo Royo y Maiztegui Onate, 2006).

En esta situación de sociedades envejecidas, España representa actualmente el país con mayor esperanza de vida, esto en parte se debe a las mejoras socioeconómicas que se han implementado por parte de los gobiernos y al avance de la medicina y la tecnología. Por tanto una de las constantes de nuestro tiempo es el crecimiento de la población mayor. El sector poblacional de las personas de 65 o más años en el mundo desarrollado no sólo se ha incrementado en número, sino que al aumentar su longevidad han aumentado los ancianos frágiles (por definición).

Hoy en día las enfermedades del corazón son la causa más importante de mortalidad, seguidas del cáncer; ambas son a su vez importantes causas de discapacidad. Otros problemas como el accidente cerebrovascular, la enfermedad de Parkinson y las demencias han ido adquiriendo importancia. Por ejemplo, la demencia era antes una enfermedad rara, pero actualmente la padece una de cada cinco personas mayores de 80 años.

Este cambio en la morbilidad y la mortalidad debería obligar a un cambio de perspectiva tanto en el planteamiento de la prevención, como en el tratamiento y cuidado de estos pacientes. Los mayores de 80 años son, en la actualidad, una quinta parte del total de la población en determinadas zonas. Ante esta situación el principal desafío para un mundo que envejece consiste en reconocer el valor de envejecer y en encontrar maneras de asegurar ingresos suficientes, estables y sustentables, una calidad de vida razonable, y los servicios sociales y de salud que requerirá la población mayor, conforme a la etapa de evolución demográfica y desarrollo socioeconómico en que se encuentra cada país (BID, 2002).

La percepción del estado de salud es un indicador muy sensible a los factores sociales que originan una distribución desigual de la salud. Además de la edad y el deterioro fisiológico asociado a ésta, suele mostrarse relacionado con el sexo, el nivel de ingresos, el nivel de instrucción y otros factores del entorno personal, como la soledad o la viudez. Los resultados de la ENSE-97 corroboran también dichas diferencias. Así, como puede observarse en la las mujeres mayores que perciben su salud como regular, mala o muy mala superan en más de un 8% a los hombres con dicha percepción (el 61,4 frente al 53%). Tanto en las mujeres como en los hombres se observa un claro gradiente según la clase social, y presentan una peor salud percibida los integrantes de las clases más desfavorecidas (Gonzalo y cols., 2004). Pues no se puede obviar que la identidad es un sentido de pertenencia fundamental para que las personas se sientan integradas, valoradas, cuidadas y amadas (Cobb, 1976; Walker, y otros, 1977; Chappel, 1992, citado por Montes de Oca, 2003). Las personas construyen diversas identidades, que corresponden a diferentes etapas de

sus vidas y a los variados roles que adoptan o se les adjudican. Estas identidades se forman a partir del ambiente, las actividades, los roles y una serie de acondicionamientos relacionados con el género, la generación, el grupo étnico y la clase social, entre otros.

Como indica González Jiménez y cols. (1999) es importante destacar la influencia de la edad en el deterioro de algunos componentes de la salud al igual que ocurre con el género y la clase que afectan desfavorablemente a la salud (García y cols, 2001). De hecho se conoce que las desventajas sociales se acumulan en las mujeres más ancianas. Ellas tienen niveles de instrucción y renta inferiores a los hombres, y con mayor frecuencia que ellos se enfrentan a la soledad y a la viudez (Bonita R., 1998), a pesar de su mayor esperanza de vida, se ven afectadas por la enfermedad y la discapacidad con mayor intensidad que los hombres, presumiblemente debido a factores de riesgo ligados al género a los que se han ido exponiendo durante la vida.

Se ha intentado en estas consideraciones generales realizar un esbozo somero sobre la argumentación de la tesis, donde se estudiará a un grupo de personas mayores de la ciudad de Ceuta de distintos niveles socioeconómicos, culturales, y religiosos para de esa forma atender a una característica importante del envejecimiento que es su heterogeneidad.

I.1.2.- EL ENVEJECIMIENTO COMO FENOMENO SOCIAL EN LA UNIÓN EUROPEA.-

La media de personas de más de 65 años en la UE alcanzará el 29,9 por ciento en 2050, casi el doble del 16,4% que hay en la actualidad, mientras que los menores, de entre 0 y 14 años, se reducirán del 16,4 por ciento al 13,4.


Este envejecimiento conllevará un descenso en las personas en edad de trabajar, que pasarán del actual 67,2 al 56,7 por ciento, lo que, en términos absolutos, será una reducción de 52 millones de personas (de 306,8 a 254,9 millones). Por países, tras España, la población en edad de trabajar será menor en Italia, con un 53,5 por ciento sobre el total; Portugal, un 55, y Grecia un 55,2, mientras que los países con más ciudadanos activos serán Luxemburgo, con un 61,3 por ciento; Malta, un 60,8, y Holanda, 60,7. Las poblaciones más jóvenes serán las de Luxemburgo, con un 16,6 de menores de 14 años; Suecia, 16,3, Francia y Holanda, 15,8.

En términos absolutos, la población de la UE disminuirá en 6,9 millones de ciudadanos entre 2004 y 2050, a pesar de que para 2025 se habrá producido un incremento de 13,2 millones respecto a los valores actuales gracias a los saldos migratorios.

Sin embargo, la inmigración no impedirá la caída de la población a partir de 2025, con lo que la disminución será del 1,5 por ciento para 2050, resalta Eurostat. La mayoría de los países de la UE verán disminuir su población en las próximas décadas, especialmente en los nuevos Estados miembros, como Letonia, donde caerá un 19,2%; Estonia (-16,6%); Lituania (-16,4%) y República Checa (-12,9%), mientras los aumentos más importantes serán en Luxemburgo (42,3%), Irlanda (36%) y Chipre (33,5%). En términos absolutos, las disminuciones más importantes de población se darán en Alemania, que perderá 7,9 millones de habitantes e Italia, con 5,2 millones, y las mayores subidas serán en Francia, con 5,8 millones y Reino Unido, 4,7 millones.

Respecto a la edad, los inmigrantes actuales según Eurostat (2006) se distribuyen el 80% entre 25 y 34 años, el 10% supera los 65 años, lo cual tiene su explicación ya que inmigrar es un riesgo y supone una inversión que tienen que rentabilizar en el tiempo. Aunque las tasas de paro son altas, muchos de ellos trabajan en economías sumergidas y aunque oficialmente están parados, no lo están

en la práctica. Tienen similares tasas de participación y similares niveles educativos que la población autóctona, de hecho los niveles educativos incluso son ligeramente superiores en cuanto a titulaciones académicas. El porcentaje de inmigrantes que llegan con titulación universitaria es más alto que en España, donde el porcentaje de personas con titulación universitaria es alrededor del 20% y en los inmigrantes del 25%. En 20-30 años estas personas entrarán en el rango de personas mayores con una aculturación mantenida pero con situaciones particulares, dependientes de su cultura madre, como los actuales inmigrantes de más de 65 años que no participan de las ofertas del IMSERSO (2004). Esta situación está siendo estudiada por el Grupo de Investigación Eur-IN&EN que en colaboración con investigadores del Plan Andaluz de Investigación Desarrollo e Innovación han creado el término *gerontoinmigración* para definir el complejo de la movilidad transfronteriza de las personas mayores. Donde su complejidad deriva del intrincado marco político, psico-social, sanitario, jurídico y económico en el que se inserta y de la complejidad, a su vez, de los fenómenos de los que depende:

- Envejecimiento
 - Turismo
 - Inmigración
- 
- Marco y proceso de la construcción europea.

Un estudio de la fundación BBV (Durán H., 2002) recuerda que, en España, sólo el 12% de los cuidados a las personas mayores dependientes se llevan a cabo por profesionales, y que el 88% lo ejecutan las familias, los vecinos o los amigos, sobre todo mujeres mayores inmigrantes. Si ese 88% que cuidan enfermos, niños o viejos se declarara en huelga, el sistema de salud español entraría en un colapso. Según este informe, el cuidador principal de una casa de edades entre 64 y 74 años dedica un promedio de 200 minutos al día a una persona enferma, tiempo que asciende a 318

minutos en la franja que va de 75 a 84 años de edad. En la actualidad existen 600 millones de personas en el mundo mayores de 60 años, en 2025 habrá el doble, y en 2050, dos mil millones. De los 600 millones actuales, sólo 200 viven en los países más desarrollados. Pero en 2050 de los dos mil millones sólo 300 millones vivirán en los países ricos. El envejecimiento en los países pobres va a ser brutal y con una rapidez sin precedentes (Kalache, 2004).

Esto nos lleva a comprender que las enfermedades actualmente no tienen fronteras, por lo tanto no pueden ser concebidas en términos locales, sino como problemas conectados con la pobreza, la marginalidad y los modos de vida trasladados por los inmigrantes a todos los países del mundo, por lo que la propuesta pensar la salud en términos globales (Benatar, 2004) parece aceptable en este mundo global. Las necesidades de salud vinculadas al envejecimiento de la población inmigrante, se constituyen en buena medida por factores complementarios a estas mismas necesidades identificadas en la población autóctona. Así, a la ausencia de los hijos, la jubilación, el nuevo papel como abuelos, la muerte de amigos y familiares próximos, el empeoramiento de la salud y el sentido anticipatorio de la muerte debe añadirse la inexistencia o debilidad de redes sociales de apoyo, la aculturación o falta de identidad respecto de sus culturas de origen y una menor capacidad económica (Akthar, 2004; recogido por Jansá en 2006).

Esta consideración de la salud global e integral obliga, por una parte, a detectar los impedimentos que dificultan crear condiciones de salud mundial y, por otra parte, buscar las vías y diseñar las estrategias necesarias para superar los obstáculos y alcanzar las cotas de salud que se entiende constituyen la calidad de vida relacionada con la salud (Chaib, M, 2005).

En muchas partes del mundo, la pobreza es cada vez más pobre, la salud y la extensión de las enfermedades infecciosas, no decrece y, además, se agravan por las carencias alimentarias y por la falta de economía para productos farmacéuticos

(Fundación para la Investigación y desarrollo de la Salud Pública, 2008). Son así factores constantes la desnutrición, la falta y el acceso restringido al agua, la degradación ecológica, las diásporas intermitentes, y la privación de fármacos e instalaciones sanitarias adecuadas. A grosso modo este es el diagnóstico de la situación, siendo difícil conocer cuál es la respuesta que dan las naciones a estas situaciones y qué calidad y probabilidades de éxito tienen para resolver estos problemas (Eyzaguirre, 20001).

En este sentido, es importante tener en cuenta quién y desde que instituciones se definen los problemas de salud. Y, sin duda, para definir los problemas tienen que incorporarse los propietarios del problema, desde su cultura y su rango de edad, conociendo de esta forma cuales serán los determinantes en la CVRS de las personas mayores. En caso contrario no sólo se produce un secuestro de experiencias culturales, sino que difícilmente se resuelven los problemas porque la gente no se siente implicada, no entiende, no colabora y de ello resultan más efectos colaterales que estrategias reguladoras para aprender a vivir con los problemas (Piñas, 2004).

Conviene recoger con técnicas etnográficas las fórmulas de desarrollo y las intervenciones a las que los países optan según sus necesidades pero también requerimientos culturales –sean restricciones religiosas, conocimientos tradicionales- Sin duda las creencias religiosas juegan un papel fundamental en la aceptabilidad de las innovaciones, y de acuerdo con esos principios no todos los grupos culturales definen y aceptan los cambios en las prácticas sanitarias y alimentarias de la misma manera (Chaib M, 2005). La primera responsabilidad es la supervivencia, que no quiere decir ni conservadurismo ni inmovilismo, sino mantener la integridad del sistema ecológico y cultural. De ahí que la salud global sea una priorización de los Estados.

Algunas personas o grupos pueden enfrentarse a riesgos adicionales para la salud debido a un entorno socioeconómico determinado en gran parte por valores

culturales dominantes que contribuyen a la perpetuación de condiciones tales como la marginación, la estigmatización, la pérdida del valor del idioma y la cultura, la falta de acceso a la atención de salud y a los servicios culturalmente apropiados.

El inmigrante, comúnmente, piensa que sus parientes les atenderán de forma tradicional, como ellos atienden a sus padres y familiares, cuando lleguen a la vejez. O, en el mejor de los casos, que regresaran a sus países de origen cuando sean viejos, lo cual no es demasiado probable si se piensa objetivamente, ya que aunque muchos manifiestan actualmente su deseo de regresar, o estén ahorrando para comprarse, o hacerse, una casa en el país de origen, la tendencia que se observa es que una vez se asientan en el país de acogida ya no regresan al de origen salvo en vacaciones. Esto indica claramente que no son conscientes de los problemas a los que deberán enfrentarse en relación a la vejez y a sus cuidados (Tarrés, 2002).

La desestructuración de la familia tradicional forma parte del proceso migratorio de estas personas, el cambio de valores en los hijos que se educan en el país de acogida, el ejercicio de una actividad laboral fuera del hogar de todos los miembros de la familia, unas viviendas demasiado pequeñas que no se acomodan a los tipos de familia extensa, etc. dificultan en gran medida el tipo de cuidados tradicionales que estos inmigrantes han conocido en sus países de origen. Esto hace muy complicado el cuidado de sus familiares ancianos en la actualidad. Cuando estos jóvenes sean pensionistas o jubilados en la sociedad en que han optado por vivir los cuidados que recibirán, probablemente, no sean aquellos que creen ahora, si bien es algo que en este momento ni siquiera se plantean (Tarrés, 2002).

Wilkinson y Marmot (2003) han abordado el tema de los principales determinantes sociales de la salud: la calidad de vida, el gradiente social, el stress, el comienzo de la vida, la exclusión social, el empleo, el desempleo, las redes de apoyo social, la adicción, la alimentación y la transportación, factores de los que se tienen mayores posibilidades para explicar los niveles de salud y el envejecimiento.

Palomba (2002) presenta el siguiente cuadro que identifica muy bien lo dicho hasta ahora.

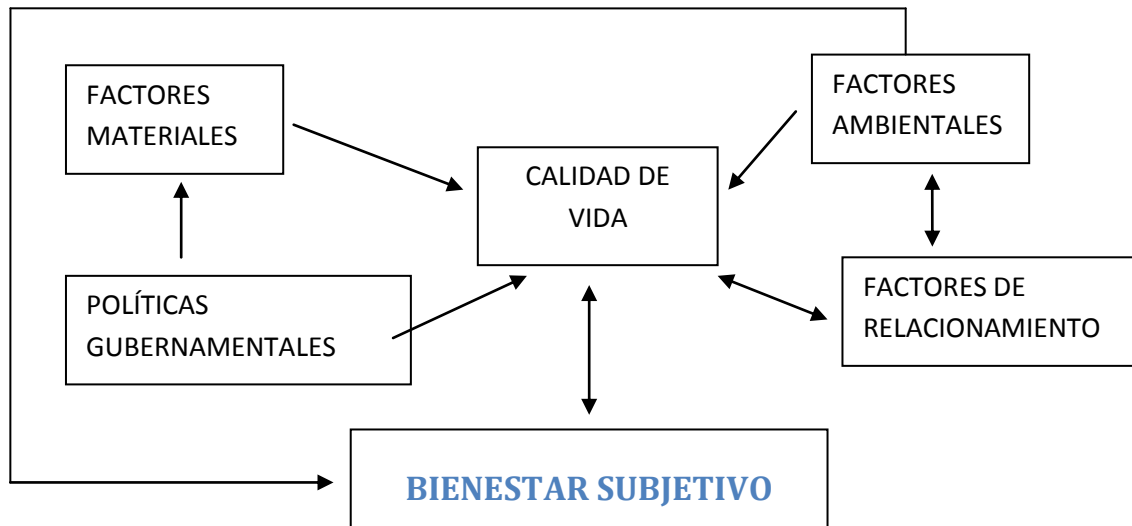


Figura 1: Factores determinantes de la Calidad de vida (Palomba, 2002)

De esta forma se asume que determinantes de la salud junto con la edad son los nombres como colectivo que le han sido asignado a los factores y a las condiciones que se cree que influyen en la salud, que estos factores determinantes no actúan aisladamente y que las interacciones complejas entre estos factores tienen una repercusión aún más profunda en la salud, aunque esta situación cambia en el colectivo inmigrante de España

El Comité Consultivo sobre Salud de la Población de la OMS (2004) identificó un grupo de criterios para seleccionar una o más áreas prioritarias en las cuales enfocarse. El primero de ellos es la importancia nacional, el segundo criterio es el impacto, o sea si tiene un potencial claro, basado en resultados sólidos de investigación, que mejore significativamente la salud de la población y reduzca las disparidades de salud. El tercer aspecto, es el de las direcciones comunes y que cuestiona si esa área es consistente con las direcciones y prioridades de salud de la población. El cuarto criterio es el de la capacidad, o sea si existe la capacidad para

tomar acciones efectivas sobre la estrategia, a costo razonable, por ejemplo, conocimientos suficientes para proceder, probabilidad de apoyo sostenido, capacidad para medir el progreso y buenas oportunidades de acción intersectorial. El quinto criterio aborda el rendimiento sobre la inversión, que analiza si podría realizarse con un gasto razonable de los recursos. El último criterio es el de la flexibilidad, mediante el cual se otorga plasticidad a cada jurisdicción y socios para implementar su propia estrategia de salud.

I.1.3.- EL ENVEJECIMIENTO EN LA SOCIEDAD ESPAÑOLA.-

Existen dos grandes dimensiones que reflejan la existencia material y conceptual del envejecimiento como fenómeno social: la edad y la estructura social, que representa dos caras de la misma moneda (Pérez 1997; Aranibar 2001), que en España está cambiando debido a los movimientos migratorios. En España la inmigración representa el 3,8% de la población (1.570.000 personas), de acuerdo con el censo de 2001. Mientras que 2,2 millones de españoles están fuera del país, residen fuera. España todavía es un país de origen: los que entran menos los que salen, todavía resultan en una migración negativa. Somos un país que en una década, y sobre todo en los últimos 5 años, estamos a la cola, en tasa de inmigración, respecto de los países de nuestro entorno, aunque dicha tasa haya crecido muchísimo. A principios de los años 90 apenas alcanzaba el 1% y en 10 años ha pasado a ser el casi el 4%, pasando de 350.000 inmigrantes a 1.570.000 en 10 años y esa aceleración se ha producido principalmente en los últimos 5 años, lo cual hace que el fenómeno migratorio sea un fenómeno de gran actualidad. Si continuáramos con estas tasas dentro de otros 10 años, posiblemente estaríamos a la altura de países como Austria o Alemania. El 23% de los inmigrantes pertenecen al régimen comunitario y el resto,

que son 1.250.000, son sobretodo africanos, latinoamericanos, PECOS (terminología que se utiliza para los países del centro y del este de Europa) y asiáticos. En Cataluña y en Madrid se concentra el 52% de la inmigración. Solamente por curiosidad, si observamos la densidad de inmigrantes en nuestra población, la ciudad española que tiene más inmigrantes es Alfás del Pi, de acuerdo con el censo del 2001, que tiene un 49%, sobretodo jubilados alemanes. En referencia solo a los inmigrantes no comunitarios, son las ciudades de Murcia (Fuente Álamo) y Almería las de mayor densidad. La distribución sectorial de la inmigración se centra básicamente en servicios, agricultura y construcción, y menos en la industria. Los asiáticos, fundamentalmente, en servicios; los africanos, en la agricultura; los latinoamericanos, en servicios; y los europeos del este, en todos los sectores.

En el ámbito de la salud, considerando que se trata de un fenómeno relativamente reciente, caracterizado por población joven y sana, todavía no se dispone de datos que caractericen sus necesidades en salud y principales trastornos vinculados a su envejecimiento (Jansá, 2006).

La información procedente de otros países con una tradición migratoria más dilatada apunta que los problemas de salud mental y los factores vinculados al desarraigo sociocultural son los elementos que deben añadirse a los principales determinantes de salud de las poblaciones de mayor edad.

Durante el siglo XX, España ha vivido un momento clave en su evolución demográfica, en el que la población ha crecido en un 7 por mil, si bien este incremento de población no ha sido uniforme (Tarrés 2002). Los picos de mayor crecimiento se encuentran en la década de los años 20 por una parte, y entre 1960 y 1975 por otra. Mediada la década de los 70, el crecimiento de población ha ido disminuyendo progresivamente, hasta alcanzar los mínimos a finales de siglo, con un crecimiento de tan solo el 2 por mil. Características del momento demográfico en el que estamos son el envejecimiento progresivo de la población, actualmente el 17%

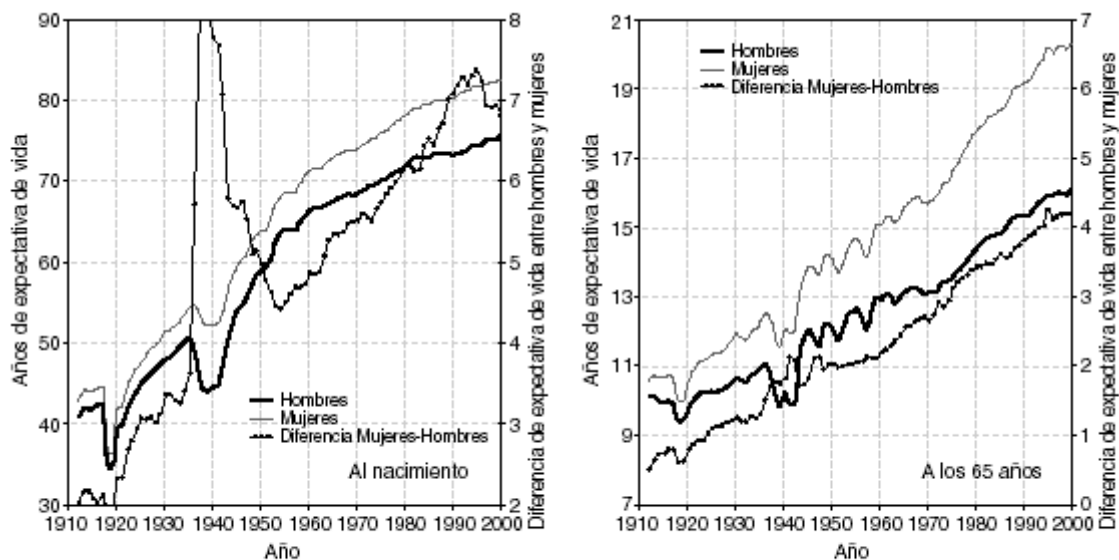
supera los 65 años de edad, una pérdida de peso relativo de la población inferior a los 15 años, una alta esperanza de vida como ya se ha mencionado, una caída de la tasa de nupcialidad y un descenso espectacular de la tasa de natalidad que nos sitúa en el país con la tasa de natalidad más baja del mundo (ONU, 2004).

Una de las consecuencias de este envejecimiento de la población es el aumento de la tasa de dependencia. Determinados estudios demográficos, como los que se han realizado desde el Centro de Estudios Demográficos de la Universidad Autónoma de Barcelona, estiman que en 2026 la mayoría de la población dependiente será mayor de 65 años, aproximadamente un 58% de la población total con lo que esto implica, como son las repercusiones sociosanitarias de esta nueva situación de aumento de costes sanitarios y sociales, y el aumento de capital social que se debe destinar a la población anciana.

No obstante, y a pesar de este envejecimiento y de la baja tasa de natalidad de los españoles la población sigue creciendo, ello es debido, fundamentalmente a dos factores: por una parte el crecimiento vegetativo propio de la población y por otro el flujo de inmigrantes comentado en el apartado anterior.

Durante los años ochenta y hasta mediados de los noventa aumentó la diferencia entre mujeres y hombres, debido sobre todo, al incremento en la mortalidad de los hombres jóvenes a causa de los accidentes de tráfico y las enfermedades relacionadas con el uso de drogas por vía parenteral, como el SIDA (Solsona, M, 2008). La esperanza de vida al nacer de los hombres y las mujeres alcanzó su máxima diferencia en 1995 (7,5 años), momento a partir del cual empezó a reducirse (en el año 2000 era de 6,9 años) (fig. 1). Sin embargo, la diferencia en la esperanza de vida a los 65 años ha seguido creciendo hasta la fecha. Así, entre 1960 y 1990 la diferencia se ha duplicado, pasando de 2 a 4 años. En otros países europeos la diferencia máxima se alcanzó hace 5 años (Italia), 10 años (Finlandia, Francia) e

incluso 15 años (Bélgica y Países Bajos). Grecia y Portugal, además de España, siguen teniendo una tendencia creciente.



Fuentes: Elaboración propia a partir de las estadísticas históricas del Movimiento Natural de Población y de los Censos de Población del siglo xx (Viciana, 1998 y 2003).

Figura 2.: Evolución de la esperanza de vida al nacer y a los 65 años por sexos (España, 1911-2000).

Tanto la demografía como la epidemiología han insistido en la búsqueda de nuevos indicadores capaces de reflejar no solamente la duración de la vida, sino también la calidad de los años vividos, introduciendo conceptos como el de años de vida libres de discapacidad, obtenidos a partir de las prevalencias de discapacidad. Por ejemplo, la Encuesta de Discapacidades realizada en España en 1999 muestra que la prevalencia de la discapacidad es mayor para las mujeres y las clases sociales con un nivel de ingresos más bajo.

Tal y como se está estudiando la población mundial está envejeciendo, y a pasos agigantados la española. Según el *International Plan of Action on Ageing* elaborado por la ONU en 1982, se preveía que el índice de envejecimiento de los países desarrollados pasara de un 15% experimentado en 1975 a un 23% para el año

2025, y para los países en vías de desarrollo, se pasara de un 6% en 1975 a un 12% en 2025. Teniendo en cuenta que cuando este índice supera el 15% se entiende que la población está muy envejecida y envejecida si varía entre 11% y 14%, las expectativas para un futuro inmediato son claramente de una población mundial envejecida, con mucho tiempo que vivir todavía tras la llegada a la fatídica edad de 60-65 años. Estas cifras se han modificado un poco hacia un futuro más envejecido según la II Asamblea Mundial del Envejecimiento. Concretamente la transformación demográfica del planeta se espera que suponga el paso de 600 millones de “personas de edad” en la actualidad a casi 2000 millones en el año 2050, de modo que antes de que llegue el año 2050, en la Tierra habrá más personas de 60 y más años que personas menores de 15. Globalmente, la proporción de personas mayores de 60 años se duplicará entre 2000 y 2050, exactamente se pasará de un 10 a un 21%, mientras que la proporción de niños se prevé que disminuya un tercio, pasando de un 30 a un 21%.

Respecto al género de esa población anciana, las ratios “mujeres: hombres” previstas para el año 2025 son las siguientes: en los países desarrollados 100:53 con 80 y más años, y 100:78 con 60-69 años; para los países en vías de desarrollo, las ratios, respectivamente, serán 100:78 y 100:96. Se observa que hay una clara influencia del tipo de país en el índice de mortalidad: en proporción fallecen menos hombres en los países en vías de desarrollo que en los países desarrollados. En España, según el INE (2000), las ratios son 100:88 para 60-69 años y 100:34 para 80 y más años. En nuestro país, la mortalidad de los hombres es un poco mayor que en el resto de países occidentales, siendo la esperanza de vida de 81.9 años para las mujeres españolas y para los hombres de 74.9 años. En comparación con los países que conforman la Unión Europea, España es el país con mayor esperanza de vida para las mujeres (Dinamarca es el último, con una esperanza de 78.4 años) y el tercero, de un total de 15 países, en la esperanza de vida para los hombres (Portugal es el último, con 71.6 años de esperanza de vida).

Con este volumen de población, no parece muy acertado afirmar que los ancianos conforman un grupo homogéneo, compartiendo muchas similitudes. Más bien al contrario, las diferencias individuales psicológicas, biológicas y sociales existentes en las otras etapas del ciclo vital, deben mantenerse al llegar esta última, determinadas por multitud de factores, desde el género y la edad cronológica comentados más arriba, hasta los ingresos que tienen, pasando por el efecto cohorte, la salud física y el grupo religioso cultural al que pertenecen. Por ejemplo, a nivel nacional, en el año 2000 había 7.966.899 personas que cobraban una pensión (incluyendo todos los tipos de pensión) pero también entonces había en España 9.249.170 personas con 60 y más años (INE, 2000). Claramente no todos los ancianos tenían ingresos económicos procedentes del Estado, por lo tanto, no hay similitud en esta variable. Se puede prever que tampoco habrá similitud en las consecuencias sobre el bienestar psicológico, económico y social de estas personas.

Sirvan las variables demográficas anteriores (tamaño de la población, género, ingresos económicos y fecha de nacimiento-cohorte) como ejemplo, de las muchas características que hacen de la población anciana un grupo heterogéneo. Antes de diseñar y poner en práctica programas de evaluación e intervención con ancianos, de una manera “protocolizada”, para todos por igual, deberíamos aceptar que por llegar a viejos no perdemos nuestra individualidad, seguimos teniendo capacidades, necesidades y deseos diferentes. También la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento apunta como primicia en el borrador del *International Plan of Action on Ageing 2002* la siguiente afirmación entresacada del punto 12: “... reconociendo que las personas mayores no son un grupo homogéneo” (ONU, 2002).

Un hecho que se debe destacar es el estado civil de la población por sus repercusiones con el estado anímico y de enfermedad, que según el INE 2006, las medias son los que se detallan a continuación:

	SOLTERO	CASADO	VIUDO	SEPARADO/DIVORCIADO
AMBOS SEXOS	6.05	49.85	19.82	1.18
VARONES	5.95	64.75	10.42	1.2
MUJERES	7.1	44.25	36.4	1.15

Tabla n° 1: Datos del INE año 2006

Como se puede observar es más alta la media de mujeres viudas que de hombres viudos.

Siempre ha existido una forma de contemplar la religión como una forma de sentir y expresar sentimientos que recalcan en la cultura de un país o ciudad y que de alguna manera se extrapola a las condiciones sociales que se perpetúan. La religión es un recurso que se usa con frecuencia en el envejecimiento (Reyes Ortiz, CA, 1998). Los ancianos suelen usar la religiosidad intrínseca en varios momentos durante el día, y cuando se sienten enfermos es el primer recurso disponible antes que los fármacos, otras personas, o profesionales de salud. En un estudio longitudinal durante 17 años sobre la religiosidad en los ancianos, Blazer y Palmore (1976) mostraron que la religiosidad intrínseca permanece durante toda la vida, mientras la religiosidad extrínseca disminuye en los últimos años de la vida, relacionada con disminuciones funcionales. Hay que tener en cuenta que tanto la espiritualidad como la religiosidad surgen de una interrelación entre factores culturales (Moadel y cols, 1999; Taylor, 2001) y experiencias personales (Taylor, 2001).

La religión se ha incluido como variable de estudio en sólo 2% de las publicaciones en revistas de geriatría o gerontología, de psiquiatría, y de cuidado en atención primaria. Paradójicamente, 80% de los psicoterapeutas tienen algún tipo de

preferencia religiosa, hasta Freud en sus últimos años acudió a la oración como mecanismo adaptativo ante su deterioro físico (Reyes Ortiz, CA, 1998).

El anciano necesita elegir según sus propios valores y creencias, necesita y nadie puede negarle el mantenimiento de sus convicciones personales frente lo bueno y a lo malo, por la cultura, ideología o religión, frente a la propia vida o muerte. Es capaz de opinar y de mantener actitudes que evidencien su forma de pensar, necesita vivenciar y exteriorizar su concepto de trascendencia, esta en su derecho de asistir a actos representativos de sus creencias y es capaz de encontrar un significado a su asistencia. En esta independencia que necesita el anciano pueden influir los siguientes factores:

- Estado físico: Será un factor determinante a la hora de satisfacer autónomamente la necesidad de energía, ya que podrá exteriorizar su forma de pensar a través de gestos y expresiones.
- Estado psíquico: El estado mental y el mantenimiento de las capacidades intelectuales permitirán al anciano actuar y vivir según sus creencias, la exteriorización de sus emociones expresará la forma del anciano de vivir sus experiencias y determinará sus intereses, la expresión del deseo de búsqueda o de la esencia de la propia vida, de la naturaleza y de la energía.
- Situación social: Factores culturales, educacionales, y de grupo serán la base de sus creencias y de sus valores sobre la vida, la religión podrá influir en la forma de actuar ante diferentes situaciones

I.1.4.- EL CONTEXTO CEUTÍ. DESCRIPCIÓN HISTÓRICO-GEOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN ACTUAL.-

La ciudad es Ceuta, una pequeña ciudad situada en el norte de Marruecos perteneciente al Reino de Castilla desde 1640, ratificado en 1668 mediante el Tratado de Lisboa, donde se declara su independencia de Portugal.

Actualmente Ceuta tiene la denominación de *Ciudad Autónoma*, denominación derivada de la aprobación de su Estatuto de Autonomía, ex Ley Orgánica 1/95, de 13 de marzo, publicada en el Boletín Oficial del Estado (B.O.E.) de fecha 14 de marzo de 1995, y entrando en vigor al día siguiente de su publicación. Hasta entonces, fue parte administrativa de la provincia de Cádiz.

La ciudad de Ceuta posee una heterogeneidad marcada y a la vez difundida de forma parcial y sectorial por los medios de comunicación que cada comunidad asume de una forma específica. Esta ciudad es pequeña: está circunscrita a 19 Km, y queda rodeada por mar y por dos fronteras políticas, simbólicas y geográficas con Marruecos. El ayuntamiento por cuestiones burocráticas tiene dividida la ciudad de Ceuta en seis distritos, que a su vez se dividen en subdistritos, y éstos en barriadas.

Si bien la planificación macrosocial, la estandarización inmobiliaria y vial, y en general el desarrollo unificado del mercado capitalista tienden a hacer de las ciudades dispositivos de homogenización, esos tres factores no impiden que la fuerza de la diversidad emerja o se expanda, en esta ciudad limitada en el territorio físico.

Por la privilegiada situación geográfica de Ceuta en la embocadura oriental de una vía marítima de tanta importancia estratégica como es el Estrecho de Gibraltar. Ceuta estaba predestinada a desempeñar un papel relevante en la Historia. Quienes se han ocupado del estudio de su pasado (casi siempre siguiendo una línea episódica)

ofrecen múltiples ejemplos del protagonismo de la ciudad en acontecimientos trascendentes (Posac, 1987).

Ceuta es una ciudad española situada en el norte de África, donde conviven personas de diferentes religiones, básicamente cristianos, musulmanes, Judíos e hindúes. Los cristianos han vivido desde el medioevo compartiendo con musulmanes el asentamiento. En los grandes periodos de la historia de Ceuta, los judíos han estado relacionados con esta tierra por el comercio, pero será en el S. XIX cuando empiece el asentamiento más importante, tras el saqueo de sus barrios en Marruecos por la tropas del Sultán que aumentará con la Independencia de Marruecos (Gonzalbes, 1988).

En Ceuta no hay un modelo ecuánime ni formal de estilos pero si hay en la población un sentimiento de *modelos de* (Geertz C,1998) con respecto a la estructura social y cultural de la ciudad de la que todos formamos parte. Podríamos decir que las personas que vivimos en Ceuta tenemos un modelo conceptual de las relaciones y de las personas que forman la ciudad.

Dentro de la disciplina de la Antropología, autores posmodernos muestran que el estilo antropológico “de conocer” tiene algo peculiar que revelarnos sobre las formas de multiculturalidad que proliferan en la globalización. Pudiendo ser éste un caso como el de Ceuta. Hay que añadir que desde hace varias décadas trascendió el estudio de pueblos campesinos no europeos o no occidentales, en los que se especializó al comenzar su historia como disciplina. Esta disciplina ha desarrollado investigaciones sobre las metrópolis, se fue ocupando de todo tipo de sociedades: complejas, tradicionales, modernas, de ciudades y redes transnacionales y por tanto de la Interculturalidad. Castells (2004), indica en relación a este concepto: “Nuestro mundo es étnica y culturalmente diverso y las ciudades concentran y expresan dicha diversidad. Frente a la homogeneidad afirmada e impuesta por el Estado a lo largo de la historia, la mayoría de las sociedades civiles se han constituido históricamente a partir de una multiplicidad de etnias y culturas que han resistido generalmente las

presiones burocráticas hacia la normalización cultural y limpieza étnica. Incluso en sociedades, como la japonesa o la española, étnicamente muy homogéneas, las diferencias culturales regionales (o nacionales, en el caso español), marcan territorialmente tradiciones y formas de vida específicas, que se reflejan en patrones de comportamiento diversos y, a veces, en tensiones interculturales.

Al mismo tiempo, así como las cuestiones urbanas fueron reconfigurando el proyecto de la Antropología, hay cuestiones que no solamente son trascendentes en ella, sino que, además, lo son en la Demografía y empiezan a serlo en la Medicina. Estas tres cuestiones son: la heterogeneidad multicultural, la segregación intercultural y social, y la desurbanización (García Canclini, 2002).

Esa heterogeneidad e hibridación provocadas por la contigüidad de construcciones y modos de organizar el espacio, iniciado en distintas etapas históricas, se multiplica con la coexistencia de emigrantes de zonas diversas del mismo país y de otras sociedades. Estos emigrantes incorporan a las grandes ciudades lenguas, comportamientos y estructuras espaciales surgidos en culturas diferentes. Se observa este proceso con rasgos semejantes en las metrópolis y en los países periféricos, anulando hasta cierto punto las diferencias que el evolucionismo marcaba en otro tiempo entre ciudades de regiones desarrolladas y subdesarrolladas (García Canclini, 1997).

La aculturación que esta tierra ha sufrido a lo largo de los años, ha dado lugar a una pequeña ciudad donde las personas viven con pasados que se hacen presentes en algunos rincones, pero mirando a la modernidad en otros muchos que intentan convertirla en una ciudad diferente conservando su estilo mediterráneo.

En esta tierra se desarrolla una sociedad multicultural, que cuenta con una población mayor de 65 años de 3500 personas de ambos sexos según el INE, en sus datos publicados en el año 2000. Lo que no se puede determinar es la religión que profesan al ser España un país aconfesional, pero podemos asegurar que: es de

mayoría católica, seguida de musulmanes, después de judíos e hindúes. De ahí el logotipo que utiliza la consejería de turismo. *Cuatro culturas: Un mundo por descubrir*.

Para desarrollar este propósito de heterogeneidad, que lleva una multiculturalidad asociada, y que se da en Ceuta, debemos hacer una presentación sucinta de ella. Tal y como ya hemos dicho se trata de una pequeña ciudad de 19 Km. de perímetro, rodeada por el Mar Mediterráneo y Océano Atlántico y unida a Marruecos por un istmo. Esta ciudad es de Soberanía Española desde el bajo medioevo, pero ello no implica que en Ceuta no hayan coexistido diferentes culturas durante todos los tiempos, bien por la cercanía con el Magreb, bien por las diferentes contiendas que marcaron el S. XIX y S. XX con Marruecos (Gozalbes, 1988; Salafranca, 2004). Se hace necesario destacar la Primera Guerra de África (1859-1860), porque a partir de este momento la vieja ciudad “presidio y fortaleza”, que serviría como base principal de operaciones de las tropas españolas, va a conocer las primeras transformaciones que la llevarán a convertirse en una ciudad moderna y burguesa (Instituto de Estudios Ceutíes, 2009).

Existen zonas de la ciudad que se han recuperado al uso público, al haber quitado el chabolismo que había en ellas, como es el caso de las murallas reales. Hay barrios de la ciudad donde la población existente es el 100% musulmana, al principio de su formación sobre los años 30, del siglo pasado, estaba formado por mayoría de personas de confesión cristiana, pero al ir entrando inmigrantes de Marruecos, la población autóctona se fue desplazando hacia barrios menos periféricos. Debe destacarse el barrio del Príncipe Alfonso situado en el distrito nº 6, donde en la actualidad sólo residen dos personas de cultura cristiana (exceptuando los que viven en la casa-residencia de los Hermanos Franciscanos de la Cruz Blanca). En 30 años este barrio ha sufrido los mayores cambios demográficos que se han producido en la ciudad (Censo de 1970, censo de 2004), de tal manera que está sobrehabitado, siendo sus pobladores de opción religioso-cultural musulmana. Junto con la población en

situación de legalidad coexiste un número importante no determinado de individuos fronterizos, así como un grupo de personas indocumentadas que viven en situación irregular.

Esta heterogeneidad se produce por la forma de convivencia de las propias personas que viven en la ciudad. Aunque la mayoría están aculturizados por la occidentalización (pudiéndose observar en los comportamientos, en el uso de vehículos, la forma de desenvolverse, etc.), en su forma privada, las costumbres y ritos se realizan sin perder las formas antaño utilizadas. Es el caso de la comunidad judía, donde en su forma externa es occidental, pero en su ámbito privado realizan todas las ceremonias que la Torá prescribe. Los hindúes (entre los que cada vez menos mujeres visten el sari, traje típico de la India), aun manteniendo rituales privados o en público dentro de su comunidad religiosa, se han adaptado al medio y se han occidentalizado en sus formas y acciones. Otros pobladores que se encuentran en Ceuta son los musulmanes; algunos, descendientes de hasta tres generaciones en Ceuta, pero otros muchos llegaron como emigrantes que se han quedado. De hecho, se ha observado por parte de profesores del Colegio Reina Sofía, situado en la Barriada El Príncipe, que muchos niños en edad escolar tienen problemas con el idioma español, porque sus madres no son de Ceuta, sino que han venido para casarse con hombres musulmanes de esta ciudad y, por tanto, la madre, que es quien ostenta el rol de educadora, lo que les enseña es su lengua materna, distinta del español.

La segregación intercultural, se produce cuando las personas que habitan en la ciudad o en un pueblo, ven al otro no solo diferente sino molesto, porque no comparte su propia cultura. Este hecho acontece más de una vez en Ceuta, y cantidad de ellas se convierte en xenofobia o racismo por parte del que segrega, ya que este último no reconoce la libertad del otro, dando lugar, en ocasiones, a conflictos de apreciación, como sucede en el mobbing o acoso moral, donde, en determinados momentos, el acosador pasa por acosado porque en eso basa su estrategia para que el

otro abandone, y lo que sucede es la expropiación de los derechos elementales de la persona. El interculturalismo, como modelo de ordenamiento de la diversidad surgido desde el paradigma intercultural y al que se pretende llegar con el desarrollo de la acción intercultural, supera a valores como la tolerancia y la solidaridad (Soriano, 2004), puesto que va más allá de la constatación de la diversidad y el respeto a las diferencias (en el caso de la tolerancia) y supera a la ayuda y colaboración que puede ejercerse de los que pueden a los necesitados (en el caso de la solidaridad).

Otras veces se produce cuando, algunas personas que llegan a un lugar por primera vez, no se identifican con el grupo al cual creían pertenecer. Porque no es suficiente sólo con tener la misma religión o la misma lengua materna -pensemos que todos nos aculturizamos y unos en mayor medida que otros-. Se debe tener conocimiento de la vida social y pública de la ciudad y del uso y disfrute de ella.

Cuando se habla de segregación intercultural, siempre se acusa de que esto ocurra a un grupo contrario. Pero en Ceuta, la segregación sucede especialmente por falta de conocimientos básicos sobre comportamiento cívico, ya que muchos inmigrantes no han tenido la posibilidad de ser educados ni en una escuela, ni en su seno familiar.

Esta situación quizás sea la más notoria. Además de darse con el lenguaje y con el desconocimiento de la estructura social, se aprecia también con el de las estructuras públicas que son desconocidas, incluso, por parte de ciudadanos que no son ni emigrantes, ni incultos. Otros sectores justifican la segregación como respuesta al agravamiento del caos, expansión de las bandas, terror urbano, acoso sexual, o como simple ocasión para que los poderes empresariales y aun las asociaciones de vecinos se apropien de espacios públicos y excluyan o discriminen a los demás. “El ejercicio local de la democracia puede, por lo tanto, producir resultados antidemocráticos” (Holston y Appadurai, 1996). Se podría resumir como que el punto de partida de la actuación intercultural es entender que las relaciones

que se producen entre sujetos de origen diverso en un mismo contexto no se pueden analizar sin tener en cuenta las condiciones que afectan a dichas relaciones, las cuales, se ven afectadas por cuatro aspectos diferenciados (Vázquez y cols. 2001):

1. Las relaciones de igualdad/desigualdad que pueden existir entre los afectados.
2. La posición que cada uno de ellos ocupa en la estructura social.
3. Las nociones, preconociones, ideas y construcciones previas que los actores tengan sobre sí y el otro y que condicionan la relación
4. La situación y características personales de cada cual.

El tercer aspecto a destacar es la desurbanización. Aparentemente esta ciudad ha mejorado en infraestructuras y viviendas, los barrios han mejorado su aspecto y la limpieza de calles y plazas es notoria. Un logro importante ha sido la solución al problema de los residuos urbanos, y en definitiva se han ido produciendo con el tiempo mejoras de prestancia y aparente calidad, pero, sin embargo, se da la paradoja que cada vez hay menos campo, se está urbanizando el pequeño Monte Hacho, y eso conlleva a la desurbanización del centro, y a tendencias de vida ecologistas equivocadas. El hombre no para de urbanizar para desurbanizar el entorno donde vive, las políticas de expansión componen territorios que son vivibles en ambiente privados, difícilmente públicos, probablemente por el miedo al otro.

Se hace necesario hablar de religión en una tierra como Ceuta. Como se ha dicho antes se desconoce la cantidad de personas pertenecientes a una religión u otra por motivos democráticos y al ser reconocida España como un país laico. Tal como indica González y Pérez (2008), en un informe realizado para el Instituto Elcano: Desde 1986 sólo existen estimaciones no sistemáticas sobre el crecimiento de la población de origen marroquí, realizadas a partir de los apellidos inscritos en el Padrón y los nombres de la población escolarizada. El porcentaje del 40% se ha convertido en la estimación más comúnmente utilizada para hablar de la población total, y el 60% respecto a la infantil. Pero podemos afirmar que en Ceuta hay dos grandes religiones monoteístas que son las más profesadas: Cristiana y Musulmana.

Esta situación de convivencia entre estos grupos no es nueva ni llamativa, pero si partimos de que la religión es un sistema de símbolos que obra para establecer vigorosos, penetrantes y duraderos estados anímicos y motivaciones en los hombres, formulando concepciones de un orden general de existencia y revistiendo estas concepciones de un orden general de existencia y revistiendo estas concepciones con una aureola de efectividad tal, que los estados anímicos y motivaciones parezcan de un realismo único (Geertz,2001), podemos comprobar que los actores sean distintos, y motivados por la religión tengan diferentes formas de percibir la calidad de vida en relación a la salud. Este hecho se materializa en la historia de la humanidad, pues el hombre ha buscado llenar con la religión el vacío espiritual que siente. En el siglo pasado, Galton planteó las relaciones entre la religión y la salud. En la medicina de este siglo, el modelo reduccionista había predominado, pues al separar la enfermedad física de lo mental y de lo espiritual, se pensaba que la religión tenía poca relación con la ciencia. Este enfoque reduccionista de la medicina ha sido incompleto para tratar a los seres humanos. Por ello, en las últimas décadas, con el modelo holístico de la medicina y la visión del ser humano en su totalidad, se ha visto la necesidad de reconsiderar la religión para completar el modelo biopsicosocioespiritual. La religión no reemplaza pero sí complementa una buena práctica médica.

Es difícil valorar cuánto influye el ser muy religioso en la vida. Pero existen dos orientaciones de la religiosidad en las personas, una es la intrínseca y otra es la extrínseca. Ambos tipos de religiosidad se relacionan entre sí, pero se pueden estudiar por separado y ello ayudará a los estudiosos a resolver la pregunta. La religiosidad intrínseca incluye un compromiso de vida y una relación personal con Dios, es decir, las actitudes o creencias, la fe, la oración personal, la lectura personal de las Escrituras. Por ejemplo, la religiosidad intrínseca se asocia con una alta satisfacción de vida en pacientes ancianos enfermos, con una alta autoestima y baja depresión en ancianos en la comunidad, y con unos bajos niveles de estrés y depresión en ancianos en duelo conyugal. La religiosidad extrínseca incluye las

actividades religiosas comunitarias (p.e., grupos de oración) y las rituales (p.e., ceremonias, celebraciones).

La religión se ha incluido como variable de estudio en sólo 2% de las publicaciones en revistas de geriatría o gerontología, de psiquiatría, y de cuidado en atención primaria como ya hemos comentado. En un estudio con médicos familiares, 64% creían en Dios y 89% expresaban su deseo de discutir la religión con sus pacientes. En un estudio longitudinal durante 17 años sobre la religiosidad en los ancianos, Blazer y Palmore (citado por Reyes, 1998) mostraron que la religiosidad intrínseca permanece durante toda la vida, mientras la religiosidad extrínseca disminuye en los últimos años de la vida, esto relacionado con disminuciones funcionales. Koenig (1988, recogido por Reyes Ortiz, 2000) informó que 98% de los ancianos creían en Dios, 95% oraban con regularidad y 81% creían que las actividades religiosas les ayudaban durante las épocas críticas.

En la ciudad de Kuwait (Abdel-Khalek AM, 2008) se ha realizado un estudio donde se ha medido la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud (SF-36) y la religión donde el análisis de los componentes principales de la matriz de correlación ha dado sólo un factor destacados que los autores han denominado “El bienestar, la salud y la religiosidad”, que explicó 52,7% y 56,5% de la varianza para los hombres y mujeres, respectivamente, de donde una de las conclusiones ha sido que la religiosidad es un elemento importante en la vida de la mayoría de la actual muestra de Kuwait, los empleados musulmanes.

Siempre ha existido una forma de contemplar la religión como una forma de sentir y expresar sentimientos que recalcan en la cultura de un país o ciudad y que de alguna manera se extrapola a las condiciones sociales que se perpetúan. Esta situación en Ceuta es demostrable (aunque no sea la base de este estudio), pero si nos sirve para comprobar que algunas culturas han cambiado los poderes religiosos por poderes sociales como en el caso de los cristianos, en contra de la opción religiosa

musulmana que sigue manteniendo el cuidado de sus ancianos como parte de la tradición religiosa y social de sus enseñanzas.

La revista *Neurology* ha publicado un estudio que analiza la influencia de la religiosidad y la espiritualidad en la progresión del deterioro cognitivo en la enfermedad de Alzheimer. El estudio incluyó 70 pacientes con enfermedad de Alzheimer probable. Se utilizó la escala Mini-Mental para determinar la tasa de deterioro cognitivo. La religiosidad y la espiritualidad se evaluaron con escalas estandarizadas (Kaufman y cols, 2007). Tras determinar el nivel inicial educativo, la edad y el sexo, se comprobó que la espiritualidad y la práctica religiosa se asociaron con una menor tasa de deterioro cognitivo. No se observó ninguna correlación entre la calidad de vida y la tasa de deterioro cognitivo. Los autores concluyeron que la espiritualidad y las prácticas religiosas se asociaron a una progresión más lenta en la enfermedad de Alzheimer (Kaufmann, 2007).

Es claro que la población de Ceuta es heterogénea y también la población mayor que en ella reside, esta situación nos ha llevado a intentar conocer las peculiaridades que conforman la Calidad de Vida relacionada con la Salud en la población mayor de Ceuta. Para ello se han utilizado diferentes técnicas de investigación que se concretan en Material y Métodos, pero se debe destacar dentro del marco teórico que los que tratamos es de analizar las funciones que cumplen los espacios de la ciudad y cuál es su valor dentro de la memoria personal y/o colectiva de la gente que lo frecuenta (Ricoeur, 1999; Cea, 1996). Tanto desde un punto de vista práctico como teórico, la calle permite observar las negociaciones del espacio en el orden institucional, así como las interacciones entre individuos y agrupaciones con intereses comunes hacia determinadas zonas dentro de este espacio social.

I.2. ESTILOS DE VIDA EN LAS PERSONAS MAYORES.

I.2.1.- ENVEJECIMIENTO ACTIVO.-

Envejecimiento ACTIVO es sinónimo de envejecimiento saludable, es sinónimo de envejecimiento sin discapacidad (Fernández X, y cols. 2007). Este ha sido asociado a mejoras en la nutrición, la actividad física y al control adecuado de factores de riesgo como el hábito de fumar, consumo de bebidas alcohólicas, así como el evitar o reducir el aislamiento social y mental (Fernández X, y cols. 2007; Fernandez X 2008). El estilo de vida constituye uno de los determinantes que más influencia ejercen en el estado de salud de una población. Teóricamente, la adopción generalizada de un estilo de vida saludable podría reducir la mortalidad global hasta en un 43%. De hecho, en el origen de muchas de las causas de morbilidad y de mortalidad se encuentran conductas de riesgo, como el consumo abusivo de sustancias tóxicas (alcohol, tabaco y drogas ilegales), dietas nutricionales incorrectas, o el sedentarismo (Plan de salud 2002-2010, Gobierno Vasco).

Envejecer es un proceso universal, progresivo, irreversible y, tarde o temprano, deletéreo en cuanto a los sistemas corporales; sin embargo, la expresión final es sumamente heterogénea ya que es posible encontrar personas en muy buen estado físico a edades avanzadas de la vida y personas deterioradas físicamente a edades más tempranas (Pérez, 2000); no ocurre en forma uniforme en los diferentes individuos de una misma especie, ni tampoco en los distintos órganos de una misma persona, por lo que, como se ha dicho, es característicamente heterogéneo.

El envejecimiento no es una enfermedad sino parte del ciclo vital humano al igual que la niñez, la adolescencia y la edad adulta y, a pesar de ser un evento que ocurrirá a todas las personas, el resultado individual dependerá de lo actuado durante la vida, de los riesgos a los que se ha expuesto la persona, de las enfermedades, de

los factores protectores, tanto individuales como sociales y de la respuesta que de la sociedad en su conjunto a las necesidades y problemas de las personas mayores.

Estudiar la vejez supone profundizar en un concepto que es muy diferente según la cultura y la época (García F, 2005), además con muchas acepciones. La pregunta a qué edad comienza a considerarse viejo un ser humano no tiene una respuesta unilineal: podemos hablar de vejez cronológica, biológica, psicológica o sociológica. Por otro lado nos referimos a un concepto vinculado a muchos tópicos que, como no podían ser de otra forma, también han cambiado con el tiempo, ya que la edad no es un concepto neutro ni estático. Esta visión de la vejez se conforma como se ha expresado desde las siguientes visiones:

1. Cronológico: Es contar el tiempo transcurrido desde el nacimiento. En ciertas personas la transición ocurre gradualmente y en otras es casi repentina. Tanto como el número de aniversarios, influyen las enfermedades y los factores socio-económicos.
2. Biológico: La edad biológica si se corresponde a etapas en el proceso de envejecimiento. El envejecimiento biológico es diferencial, es decir de órganos y de funciones; es también multiforme pues se produce a varios niveles: molecular, celular, tisular y sistémico, y es a la vez estructural y funcional.
3. Psíquico: Estas modificaciones no sobrevienen espontáneamente sino son el resultado de acontecimientos vitales como el duelo y la jubilación. Ciertamente hay diferencias entre jóvenes y viejos en dos esferas: la cognoscitiva, que afecta la manera de pensar y las capacidades, y la psicoafectiva sobre la personalidad y el afecto.
4. Social: Comprenden los papeles que se supone han de desempeñarse en la sociedad. Es cierto que ciertas variables sociales evolucionan con la edad, pero sin seguir necesariamente a la edad cronológica. El ciclo dependencia/

independencia que afecta a muchos individuos de edad avanzada es un ejemplo.

5. Fenomenológico: Es la percepción subjetiva de la propia edad, se refiere al sentimiento de haber cambiado con la edad a la vez que se permanece en lo esencial.
6. Funcional: El estado funcional en las diferentes edades es la resultante de la interacción de los elementos biológicos, psicológicos, y sociales y constituye probablemente el reflejo más fiel de la integridad del individuo a lo largo del proceso de envejecimiento.
7. Envejecimiento exitoso: En el que se observa solo el decremento funcional atribuible a la edad y donde ni la enfermedad, ni los factores ambientales o adversos del estilo de vida complican o acrecientan el deterioro. Esto representa una mayor reserva fisiológica y menor riesgo de enfermedad. Implica cambios prevenibles o reversibles en el proceso de envejecimiento.

Al hablar de envejecimiento de una población se hace referencia al aumento proporcional de personas mayores de 60 años con respecto al total de la población, pero cuando buscamos la definición de vejez y el proceso de envejecimiento, esta suele referirse a los aspectos biológicos, así la vejez es la calidad de viejo, está asociada al deterioro físico y psíquico, y se refiere al último periodo del ciclo vital (Aranibar, 2003). Si se reúnen las distintas definiciones, desde un punto de vista biologicista, la vejez aparece como resultado de un proceso de envejecimiento, entendiendo este último como el conjunto de modificaciones inevitables e irreversibles que se producen en los seres vivos cuyo final es la muerte. Pero una cosa es la definición de la vejez y otra es su conceptualización, qué es lo que significa para nosotros, y qué es lo que se asocia a este término. Y es aquí donde encontramos una gran diversidad y relatividad en cuanto a elementos y concepciones respecto a qué es lo que engloba este concepto, ya que el proceso de envejecimiento no es igual para todos los seres humanos ni en todas las épocas históricas.

En Shangai se ha realizado un estudio de Calidad de vida relacionada con la salud en personas diabéticas mayores (Tang WL y cols, 2006), donde la evaluación general de la salud percibida es peor, en comparación con el normal de las personas de edad avanzada, la puntuación media de múltiples dimensiones del tema de evaluación se ha disminuido, el nivel más bajo y más alto de las puntuaciones que el SF-36, respectivamente, fueron la salud en general y dolor corporal (osciló de 42,08 a 77,00), siendo las mujeres quienes ostentaron valores más bajos.

Las definiciones de salud más comúnmente aceptadas señalan que se trata de una variable dependiente de diversos factores, entre los que destacan los de tipo biológico o endógenos, los relacionados con el entorno, con los hábitos de vida y con el sistema sanitario (Otero A, 2006). Se estima que en los países occidentales alrededor de un 40% de las muertes son consecuencia de estilos de vida poco saludables. Entre estos se incluyen pautas de nutrición inadecuadas, escasa actividad física, descanso insuficiente, consumo de tabaco, de alcohol o de otras drogas, y la conducción temeraria de vehículos (Actis W, y cols, 2004). Estos hábitos de vida no deben entenderse como una pura opción personal de los sujetos, puesto que están fuertemente influenciados por las condiciones de vida, que dependen de factores estructurales o supra individuales (Evans R y Barer M, 1996). Otro 20% de los fallecimientos se atribuye a problemas ambientales (calidad del agua y del aire, problemas de higiene alimentaria, etc.) y a riesgos laborales. Por otra parte, las características del sistema sanitario (su accesibilidad, eficacia y eficiencia) son un condicionante importante del estado de salud de la población (Ministerio de Sanidad, 2004). En Croacia en el año 2005 se realizó un estudio sobre calidad de vida relacionada con la salud en personas que tuvieran factores (obesidad, tabaco, aumento de colesterol vida sedentaria) de enfermedad cardiovascular y otro grupo que no tuvieran estos factores, se detectó una disminución de las dimensiones del SF-36 en las personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (Kwaśniewska M. y cols).

Hawthorne K (2008) ha realizado un estudio sobre el conocimiento de la diabetes en grupos minoritarios llegando a la siguiente conclusión: El conocimiento cultural apropiado sobre la diabetes ayuda a la educación para la salud pues parece tener efectos a corto plazo sobre el control glucémico y el conocimiento de la diabetes y estilos de vida saludables. Este estudio corrobora el que hace Lumetra (2008) en Méjico cuando mejora la hemoglobina glicosilada de los latinos en 4 condados de Méjico respecto a los blancos, adaptando un programa de salud donde se tenía en cuenta el grupo cultural al que se pertenecía.

La valoración positiva (estado de salud bueno o muy bueno) desciende a medida que aumenta la edad: es máxima para el grupo entre 16 y 24 años (87%) y mínima para los mayores de 65 (41%). Lo contrario ocurre con las valoraciones negativas: sea para los que opinan que es regular (11% los más jóvenes y 42% los mayores) o malo o muy malo (2% y 17%, respectivamente). Esta pauta se ha mantenido a lo largo de la década 1993-2003 como se muestra en la siguiente tabla (Ministerio de Sanidad, 2004):

AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO SE SALUD, SEGÚN SEXO.

Estado de salud	Sexo	1993	2003
Bueno- Muy bueno	Hombres	73.3	72.4
	Mujeres	63.8	62.5
Regular	Hombres	20.8	20.1
	Mujeres	27.9	25.9
Malo-Muy Malo	Hombres	5.8	7.5
	Mujeres	8.3	11.6

Tabla nº 2: Auto percepción Estado de Salud. Ministerio de Sanidad. Año 2004

I.2.2 ENVEJECIMIENTO PATOLÓGICO. FACTORES DE RIESGO.-

Los estilos de vida están íntimamente relacionados con la Calidad de vida relacionada con la salud y con las enfermedades crónicas o no transmisibles, definidas como enfermedades que se caracterizan por una etiología incierta pero de origen no infeccioso (OMS, 1979). Tener múltiples factores de riesgo, largos períodos de latencia, sufrimiento prolongado, puede asociarse con daños o discapacidad funcional. Entre las principales enfermedades crónicas no transmisibles figuran las enfermedades cardiovasculares (enfermedades cardíacas y enfermedades cerebro-vasculares), el cáncer, la diabetes, el asma, la enfermedad mental y las lesiones por accidentes y violencia. Aunque las enfermedades crónicas están entre las más comunes y más costosas de muchos países, también están entre las enfermedades más prevenibles. Si bien es cierto que existen factores de riesgo no controlables como lo son la edad, el sexo y la predisposición genética, existen otros factores relacionados con la conducta del individuo, con las culturas o los ambientes que si pueden ser modificados. Según los reportes de la OMS del 2002, los mayores factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles son:

- Tabaco
- Alcohol
- Presión sanguínea
- Inactividad física
- Colesterol
- Sobrepeso/obesidad
- Dietas inadecuadas

1. Nutrición: Está estrechamente relacionada junto con la inactividad con los principales factores que provocan la morbimortalidad en relación a enfermedades cardiacas, cerebrovasculares, obesidad, diabetes, algunos cánceres, etc., (Eurodiet Project, Health Statistics 2002; eurodiet.med.uoc.gr). Las dietas inadecuadas tienen repercusión por tanto en la morbilidad, mortalidad y en los sistemas públicos sanitarios, cuyos gastos pueden crecer, pues las enfermedades crónicas motivadas por inadecuada alimentación crecen con la edad, y se espera un acentuado proceso de envejecimiento. Existe un evidente riesgo de que hábitos alimenticios inapropiados añadan años de vida en mala salud en vez de bienestar a los años ganados a la muerte. En el estudio SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, 50+; 2004) se ha examinado la relación entre obesidad, salud general, la discapacidad y condiciones de salud crónicas en los mayores europeos. El vínculo entre el exceso de peso corporal y la salud es una preocupación importante para las políticas de salud pública, porque la obesidad tiene unas implicaciones importantes para la morbilidad y la calidad de vida de las personas obesas, y un consiguiente aumento de los costes sanitarios (Andreyeva T, y cols 2006).

En general, la población española de todas las edades suele tomar una media diaria de más de 3.300 calorías (3.461 media de la UE-15), muy por encima de las 2.900 como máximo recomendado (*op. cit.*). Estas cifras obviamente varían según la edad, el sexo y las actividades principales desarrolladas. Pero destaca el incremento notable en España (junto con Portugal e Italia) de las calorías provenientes de alimentos grasos; entre 1970 y 1999, el incremento español ha sido el mayor de la UE, aunque una parte importante procede de grasas vegetales (en mayor medida que en otros países); Italia, Grecia y España consumen el mayor porcentaje de aceite vegetal “per cápita”. Algunos autores detectan en estos estilos nutricionales la llamada “dieta mediterránea”, completada con más consumo de fruta y verdura. Los españoles son conscientes de que su dieta está más equilibrada. Un 86% de los mayores toman fruta fresca a diario, y sólo lo hace el 59,3% de los que tienen 16-44

años. La carne a diario es consumida por el 14,4% de las personas de edad, pero la consumen el 22,8% de los jóvenes y adultos, de los que más de la mitad declaran consumirla tres o más veces a la semana y no a diario. Los mayores también ingieren más verdura y hortalizas y mucho menos embutidos y fiambres, que se suelen caracterizar por su alto contenido en grasas y sal. En un estudio realizado por Cuervo (2008) sobre una población española de 22.007 personas, sobre desnutrición en mayores encuentra que los varones presentaron una tasa más elevada de sobrepeso (49,4 por ciento frente a 39,3 por ciento), mientras que las mujeres alcanzaron mayores cotas de obesidad (33 por ciento frente a 25,5 por ciento).

Esta dieta aparentemente más saludable entre los mayores puede ser debida a hábitos tradicionales adquiridos en etapas anteriores de su vida, y mantenidos ahora, a una disponibilidad del tiempo que les permite la preparación de comidas más sanas, a posibles dietas recomendadas por personal sanitario para tratar enfermedades o condiciones de salud crónicas, pero también es posible que el descenso de ingresos en el hogar repercuta en la dieta elegida (verduras, hortalizas y fruta suelen ser más baratas que carne o pescado). Si a los españoles se les asigna el patrón de dieta mediterránea, éste es más claro entre las personas de edad, aunque el peso corporal parece no acompañar a este estilo de ingesta de alimentos.

El índice de masa corporal es un indicador sintético que relaciona la altura con el peso del individuo y permite clasificar a éste en varias categorías. Es un buen indicador para la población adulta y mayor. Por encima de 30 se habla de obesidad, 25-29,9 sobrepeso, 18,5-24,9 peso normal, y por debajo, peso escaso; no existe un consenso internacional pero suele respetarse esta clasificación. La obesidad puede ser moderada (hasta 34,9), severa (hasta 39,9) o mórbida o muy severa, por encima de esa cifra.

Con la edad suele aumentar la proporción de personas con un índice alto de masa corporal, por una relajación de hábitos alimenticios; aumenta entre las personas

de 50-74 años y vuelve a atenuarse entre los muy mayores (75 y más años). En la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2003, entre 65-79 años, más de tres cuartas partes de la población tienen un índice superior a 25 kg/m² (sobrepeso) distribuidos el 20% en hombres y el 22% en mujeres. La obesidad desciende entre los muy mayores exactamente 17% en hombres y 27% en mujeres, muchas veces asociada a peores estados de salud (fragilidad), o a dietas estrictas seguidas por motivo de enfermedad. En la ENS 2006 los datos de obesidad se traducen en la población mayor de 65 años en 40,6% para hombres y 51.1% en mujeres

Los datos de la ENS 2003 confirman las cifras globales de obesidad, 12,9% de toda la población está por encima de 30 del índice. Aunque difiere de los datos de 2001, parece repetirse el patrón comentado: aumento del peso con la edad hasta los 74 años y descenso en las edades más avanzadas.

Varones y mujeres presentan patrones de obesidad diferentes. Entre 16 y 34 años, en ambos sexos aumenta por igual; a partir de esa edad, y asociado a peores estilos de vida (quizá más tabaquismo, consumo de alcohol, que reflejan ya en sí unos hábitos alimenticios más desequilibrados), o vida menos saludable, los varones con obesidad superan a las mujeres. Pero a partir de los 50 años, ya el 17,8% de las mismas superan el umbral de la obesidad, coincidiendo con una etapa de cambios hormonales. A partir de esa edad siempre registran índices más elevados que los varones, que aumentan su porcentaje justo en torno a las edades de jubilación; en edades avanzadas, en ambos se produce un descenso de la obesidad por varios motivos como se apuntó más arriba. (Informe Imsero, 2004).

2. Tabaco.- El efecto perjudicial del consumo de tabaco se deja notar ya en las generaciones adultas, pero puede incrementarse en el futuro como consecuencia del cambio en la estructura por edades, y por el impacto retrasado del tabaquismo sobre la salud.

El tabaquismo se asocia con las principales causas de muerte, las producidas por enfermedades del sistema circulatorio y cáncer. Se relaciona con enfermedades que van desde infecciones respiratorias agudas (catarros, tos, etc.) hasta problemas como enfisema pulmonar y enfermedades cardiovasculares. La causa de morbilidad y mortalidad más relacionada con el tabaco es el cáncer de pulmón y tráquea (18.214 defunciones de todas las edades en 2001, de las que 16.254 correspondieron a varones) (ENS, 2003).

España se sitúa ligeramente sobre la media europea de fumadores a diario, con Italia, Grecia y Dinamarca ocupando los primeros puestos de la lista. Sin embargo, España presenta porcentajes de mujeres fumadoras de 25-34 años más altos que los varones, de la misma forma que Italia (según el Eurobarómetro 43.0; las cifras difieren de las de la Encuesta Nacional de Salud: ENS 2003).

El hábito de fumar se empieza a adquirir desde una edad muy temprana, los 16 años (ENS 2001). El 50% de los que ya no fuman pero han fumado, ya se habían iniciado en el hábito a los 16 años o antes; entre los fumadores esporádicos (no a diario) el 35% se había iniciado a los 16, y entre los fumadores a diario el 53% declara que había empezado a fumar a los 16 ó antes.

En la ENS 2006, entre las personas mayores las diferencias de sexo son notables: el 15,3% de los varones de 65 ó más años fuma diariamente (18,9% los de 65-74 años; 9,6 los de 75 y más años), y sólo lo hace menos de dos mujeres de cada cien (1,5%). También es muy elevado el número de varones de edad que han dejado de fumar; algo más de un millón y medio (1.556.415) se encuentra en esta situación. Esto puede ser debido a restricciones por razón de enfermedad (consejo médico) o bien, además, por razón de menores ingresos tras la jubilación (Sociedad Nacional de Neumología, 2004, recogido por la sociedad de Medicina Familiar y comunitaria, 2005).

3 .Alcohol.- El abuso del alcohol se asocia con efectos adversos tales como accidentes, violencia, problemas sociales y familiares, y otros riesgos a medio y largo plazo, como peores condiciones de salud y algunas enfermedades concretas, y efectos cognitivos. El alcoholismo se relaciona con el riesgo de enfermedad cardiovascular y la mortalidad en general; se asocia estrechamente con el riesgo de padecer cáncer de hígado, cirrosis y algunas enfermedades digestivas y del tracto respiratorio, y es posible que algunos cánceres de colon (Eurostat: *Key data on health, 2000*, recogido en Imsero, 2004)). Como sucede con el tabaco, los anuncios y promociones del consumo de alcohol son un riesgo para la salud. Entre los varones de 15-29 años, una de cada cuatro muertes en la UE puede ser achacada al consumo de alcohol (Eurostat: *Health Statistics, 2002*, recogido en Imsero, 2004).

El patrón de consumo difiere del de tabaco. Uno de cada cuatro mayores beben vino diariamente (los varones en proporciones que triplican o cuadruplican a las mujeres). La población más joven suele beber también otros productos alcohólicos, como la cerveza (el 10% de los menores de 65 años bebe cerveza con alcohol a diario; apenas un 3% de los mayores).

Los varones consumen alcohol más habitualmente que las mujeres (40,2% a diario, por 18,6% de mujeres), que lo suelen hacer de forma esporádica. Con datos de la ENS 2003, se puede afirmar que el 35,8% de los mayores consume casi todos los días vino, pero son más los que nunca lo consumen; un 70% tampoco consume cerveza nunca y sólo un 4,4% casi todos los días. Según la encuesta Nacional de Salud de 2006, el promedio de hombres mayores de 65 años que beben con riesgo para la salud está situado en un 12%, y en mujeres en un 2,9%. En la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2003 el consumo de alcohol en los últimos 12 meses entre las personas de 65 a 74 años es del 46,42%, un porcentaje que disminuye hasta el 34,91% entre los mayores de 74 años. Estas cifras están por debajo de la media de consumo en los últimos 12 meses del total de la población, que se sitúa en el 56,10%.

Entre los mayores de 65 años, el consumo de alcohol es más elevado en los hombres que en las mujeres.

Los mayores consumidores de alcohol tienen más riesgo de mortalidad por enfermedades como la cirrosis hepática (quinta causa de muerte en el grupo de 55-64 años, varones) y algún tipo de cáncer e hipertensión, como se ha dicho. Entre los 65 y 74 años aún es importante la cirrosis hepática, entre varones, y ocupa la séptima posición entre las mujeres. A partir de esa edad no alcanza ya ni el 1,5% de las causas de muerte en ningún grupo de edad y sexo.

4. Actividad física.- En el Informe 2002 (ENS) se decía que la población española en general realiza habitualmente una actividad física suave, de carácter rutinario y para la satisfacción de necesidades básicas como hacer compras o ir a pasear. No obstante existe una ligera tendencia en los últimos años hacia una mayor implicación en actividades físicas de carácter regular en el periodo de ocio. Los varones (21% de ellos) son más proclives al ejercicio físico regular que las mujeres (11%), los más jóvenes (18%) en relación con las personas de edad (sólo el 3% de éstas) y también los que han alcanzado mayor nivel educativo (25%). La práctica de ejercicio es más alta entre los habitantes de regiones de más nivel económico, debido también a un nivel de instrucción más alto y a las ofertas que ofrece el medio urbano para hacer actividades físicas. En la Encuesta Nacional de Salud (2006), el grupo etario de más de 65 años de edad realiza actividad física moderada, que en valores porcentuales es hombres 52,74% frente a 47,26% que no hacen nada de ejercicio, y en las mujeres es 49,83% frente a 50,17% que no hacen ejercicio.

La actividad física beneficia la salud en general de las personas; el sedentarismo puede ocasionar peores estados de salud. La actividad física regular controla el peso, reduce la morbilidad y evita pérdida de masa ósea y ayudará a una mejor salud mental si la actividad física es adecuada (Parker S.J., y cols., 2008)

El cambio en la naturaleza del trabajo condiciona el tipo de actividad principal de muchas personas. Se ha pasado de mayoría de trabajo en industrias manufactureras (incluso antes, el trabajo se desarrollaba fundamentalmente en la agricultura y ganadería) a una industria de servicios, y ha crecido notablemente la automatización de los procesos de trabajo. Por ello, la actividad principal (en centro de trabajo, centro de enseñanza, hogar, labores domésticas) refleja un alto porcentaje de sedentarismo. La ENS 2003 permite una aproximación a la actividad física de los españoles.

Un 35,6% de todos los españoles pasan la mayor parte del día sentados, en realización de su actividad principal, con comportamiento similar entre varones y mujeres. Sin embargo, los varones en edades adultas, con tareas (laborales) que requieren esfuerzo grande o moderado presentan patrones diferentes a las mujeres. Uno de cada tres, aproximadamente, desarrolla su actividad caminando o realizando tareas con esfuerzo; esto también es motivo de una mayor accidentalidad laboral masculina.

Entre los mayores, los hábitos se hacen más sedentarios, tanto para la actividad principal como para las de ocio, y éste ocupa una buena parte de su tiempo. Las mujeres cambian sus hábitos sedentarios entre la primera vejez (65-74 años) y edades avanzadas; en aquélla, sólo un 26,0% pasa la mayor parte de su tiempo sentada, y en ésta alcanza ya el 61,7%. Se precisan estudios específicos para detallar los comportamientos diferenciales de varones y mujeres según edad. En la ENS 2001, se apuntaba que el 55,1% de los mayores pasaban sentados buena parte de su tiempo libre y muy pocos (3,3%) hacían actividad física regular. En la ENS 2003, la pregunta iba dirigida a conocer la actividad principal y cómo se desarrollaba (centro de trabajo, centro de enseñanza, etc.); es posible que los jubilados interpreten su actividad principal como tiempo libre, al que se dedicaba otra pregunta.

Otra forma de conocer el estilo de vida es detallando el número de horas que duermen las personas. A falta de estudios de detalle, las personas mayores aparecen con unos patrones de sueño/vigilia diferentes a la población en general. Son muchos más (en torno a un 15% de los mayores) los que declaran dormir menos de seis horas diarias (por debajo de 34 años, apenas un 1% dice lo mismo); además, a partir de los 75 años, un 22,3% dice dormir diez o más horas, porcentajes que sólo se encuentran en los niños más pequeños. La mayor parte de los adultos jóvenes (hasta 34 años) duermen entre 8-9 horas; los adultos maduros (hasta 64 años) en torno a 6-7, pero los mayores se distribuyen entre todas las categorías en que se ha dividido el recuento, pero con un modelo de extremos, comparado con los demás grupos. Los comportamientos entre varones y mujeres son similares, pero éstas declaran en mayor porcentaje que duermen muy poco; (en teoría, las respuestas se refieren al número total de horas que duermen durante todo el día, sin limitarse sólo a la noche y en cama). (Imsero, 2003).

En un estudio realizado (Guallar, P., y cols., 2004) en población mayor de 60 años (3066 personas), que medían la relación entre actividad física y CRVS, resultó que el 42,7% de los sujetos realizaba actividad sedentaria; el 54,2%, ligera, y el 3%, moderada/intensa. En comparación con la actividad sedentaria, la actividad física ligera se asoció a mayor puntuación en todas las escalas del cuestionario SF-36, excepto para el rol físico y el rol emocional, tanto en varones como en mujeres. Igual sucede con el estudio realizado por Banegas donde el 42,7% de los sujetos realizaba actividad sedentaria; el 54,2%, AFTL ligera, y el 3%, AFTL moderada/intensa. En comparación con la actividad sedentaria, la AFTL ligera se asoció a mayor puntuación en todas las escalas del cuestionario SF-36, excepto para el rol físico y el rol emocional, tanto en varones como en mujeres. El aumento en la puntuación en los sujetos con AFTL ligera fue superior a 3 puntos en la mayoría de las escalas, lo que se considera habitualmente una modificación de la CVRS con relevancia clínica. Los resultados no variaron de forma apreciable con la edad, el

nivel de estudios, la obesidad o la presencia de enfermedades crónicas. A mayor intensidad de AFTL, mejor CVRS (p de tendencia lineal $< 0,05$ en la mayoría de las escalas del SF-36). Conclusiones: La AFTL ligera se asocia a mejor CVRS que la actividad sedentaria. El hecho de que esta relación no se vea modificada por las principales variables sociodemográficas y clínicas induce a pensar que la gran mayoría de la población adulta mayor puede mejorar su CVRS realizando, al menos, AFTL ligera. El aumento en la puntuación en los sujetos con actividad física ligera fue superior a 3 puntos en la mayoría de las escalas, lo que se considera habitualmente una modificación de la CVRS con relevancia clínica. Los resultados no variaron de forma apreciable con la edad, el nivel de estudios, la obesidad o la presencia de enfermedades crónicas. A mayor intensidad de actividad física, mejor CVRS (p de tendencia lineal $< 0,05$ en la mayoría de las escalas del SF-36).

I.3. CALIDAD DE VIDA.

I.3.1.- CONCEPTO HISTÓRICO DE CALIDAD DE VIDA.-

Calidad de vida, bienestar, estilos de vidas saludables, salud, vejez con éxito, etc..., son términos que en el ámbito de la modernización con los cambios económicos, institucionales y culturales han penetrado en la sociedad actual, donde los valores, actitudes e idearios, varían notoriamente en el tiempo y en el interior de las esferas y estratos que conforman las estructuras sociales. La calidad de vida es un constructo histórico y cultural de valores, sujeto a las variables de tiempo y de espacios imaginarios (European Foundation, 2005), con los singulares grados y alcances de desarrollo de cada época y sociedad. La calidad de vida es un elemento mediador en todo lo competente a lo ambiental y al desarrollo personal y social, donde este concepto asiste a una apreciación más amplia y holística de la humanidad.

La OMS (1994) define calidad de vida como la "percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones". Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como un conjunto de variables subjetivas y objetivas en relación con los elementos esenciales del entorno de la persona, y como indica Lolas (1997) en esta definición se hace evidente el carácter subjetivo, multidimensional y complejo de la calidad de vida.

Sabemos como nos indican varios autores (Gomez Vela 2001; Schwartzmann (2003),) que la calidad de vida ha ido paralela con los estudios sobre el hombre y lo que lo conforma e interesa. El concepto Calidad de Vida se ha desarrollado en paralelo a las condiciones de la vida y en los último 30 años ha hecho que anualmente se publiquen en revistas médicas más de 2.000 artículos, poniendo de manifiesto tanto el gran interés como la amplia gama de acepciones del término (Gómez Vela y cols, 2001). Debemos hacernos eco del siguiente planteamiento (Mones, J, 2007), que plantea a modo de resumen de la cuestión que desde entonces, estos temas han adquirido un importante papel, lo que se demuestra por:

1. El desarrollo y la publicación de numerosos cuestionarios de calidad de vida.
2. La publicación de muchos artículos en que estos cuestionarios se utilizan como un parámetro objetivo de evaluación.
3. La creación de sociedades científicas interesadas específicamente en este tema (International Society for Quality of Life Research).
4. La aparición de revistas médicas específicas (Quality of Life Research).

La vida actual, caracterizada, entre otras cosas, por un aumento en la longevidad, no está necesariamente asociada a mejor calidad de vida (Schwartzmann,

2003). Debido al aumento constante de la cantidad de personas que llegan a edades cada vez más avanzadas, se produce un incremento de su grado de vulnerabilidad ante diferentes estresores y como consecuencia de ello, de su nivel de dependencia (Rodríguez F, 2007). Comienzan a aparecer desórdenes físicos y mentales que conducen finalmente a un aumento de los internamientos geriátricos. En opinión de Passanante (2005), “aumentar la probabilidad de un envejecer saludable, vinculado a la autonomía y a la calidad de vida, es un tema de interés social”. Sin obviar los cambios que llegaron con el postmodernismo como son las tecnocracias, la individualidad y el diseño de las ciudades actuales de espacios habitables reducidos, familias nucleares de nexos flojos, dejan en desamparo a los viejos que viven en soledad (Plan Integral de la Generalitat de Catalunya, 1997).

Sin embargo, la aparición del concepto de calidad de vida como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. El término “Calidad de vida” se empleó por primera vez en el año 1964, en un discurso del entonces presidente de los Estados Unidos de Norteamérica, Lyndon B. Johnson, con un carácter absolutamente programático. Así, pues, su origen es sociopolítico, con implicaciones económicas y ello ha lastrado siempre este concepto, relacionado con los de bienestar, eficacia, eficiencia, belleza, placer, y otros por el estilo, enfatizando en primera instancia las necesidades-deseos-metas, y descuidando la dimensión espiritual, hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general.

En un primer momento, la expresión Calidad de Vida aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de la vida urbana. Durante la década de los 50 y a comienzos de los 60, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a

través de datos objetivos, y desde las Ciencias Sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales, estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población. Estos indicadores tuvieron su propia evolución siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para en un segundo momento contemplar elementos subjetivos (Arostegui, 1998).

Tal ha sido la importancia del concepto que la ONU, en 1954, propuso como indicadores de calidad de vida la salud, alimentación, vivienda, seguridad, condiciones de trabajo, medio ambiente, educación y tiempo libre. En 1961, este Organismo reformuló parcialmente esta lista considerando las siguientes opciones: salud, alimentación, características de alojamiento, seguridad social, educación, ocupación y condiciones de trabajo, formas de vestir, tiempo libre y derechos humanos (Casas, 1996, 1999). Otros autores señalan que se pueden considerar conceptos afines a la calidad de vida el bienestar psicológico, la calidad ambiental, la promoción y la participación social y la autorrealización; y como contravalores, la marginación social, la desadaptación psicosocial y la exclusión social; digamos también que en los últimos años los países han valorado como -índices de calidad- la cantidad de recursos económicos empleados por el estado y la cuantía y la calidad de productos materiales y los servicios que consume una población (educación, sanidad y vivienda), “produciéndose, pues, una reducción hacia lo económico y medible, con el objetivo puesto en la búsqueda de la prosperidad económica y social de los individuos y las familias” (Colom, Pérez y Vázquez, 2001, 2005).

El desarrollo y perfeccionamiento de los indicadores sociales, a mediados de los años 70 y comienzos de los 80 del siglo XX, provocará el proceso de diferenciación entre éstos y la Calidad de Vida. La expresión comienza a definirse como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida (carácter multidimensional) y hace referencia tanto a condiciones objetivas como a

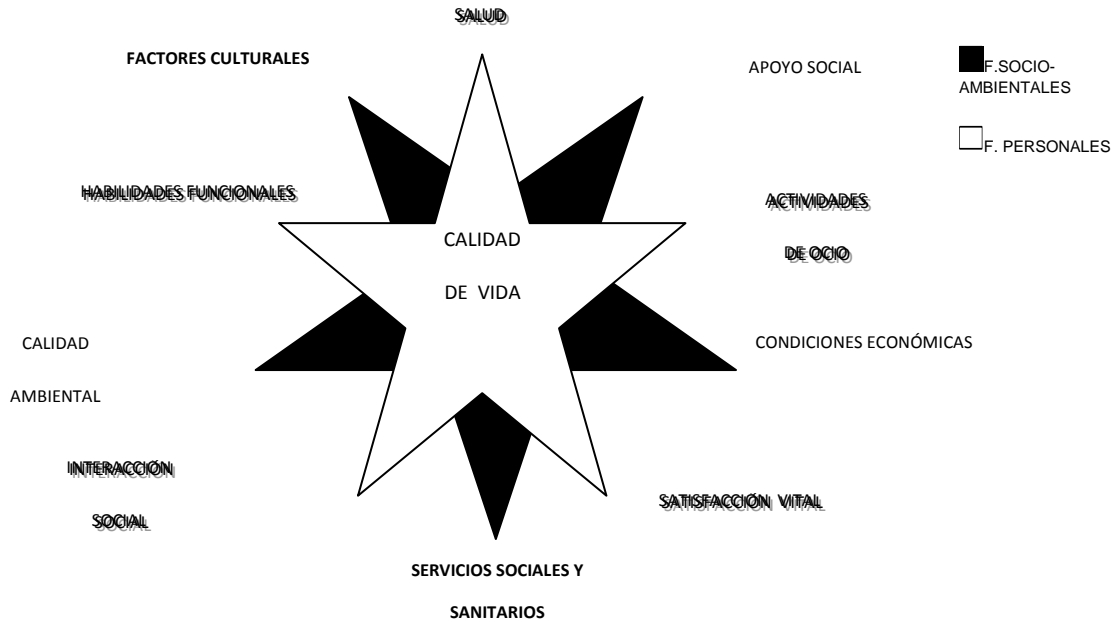
componentes subjetivos. La inclusión del término en la primera revista monográfica de EE UU, "Social Indicators Research", en 1974 y en "Sociological Abstracts" en 1979, contribuirá a su difusión teórica y metodológica, convirtiéndose la década de los 80 en la del despegue definitivo de la investigación en torno al término (Aranibar, 2001; Oliveira, 2007).

Transcurridos algo más de 20 años, aún existe una falta de consenso sobre la definición del constructo y su evaluación. Así, aunque históricamente han existido dos aproximaciones básicas: aquella que lo concibe como una entidad unitaria, y la que lo considera un constructo compuesto por una serie de dominios.

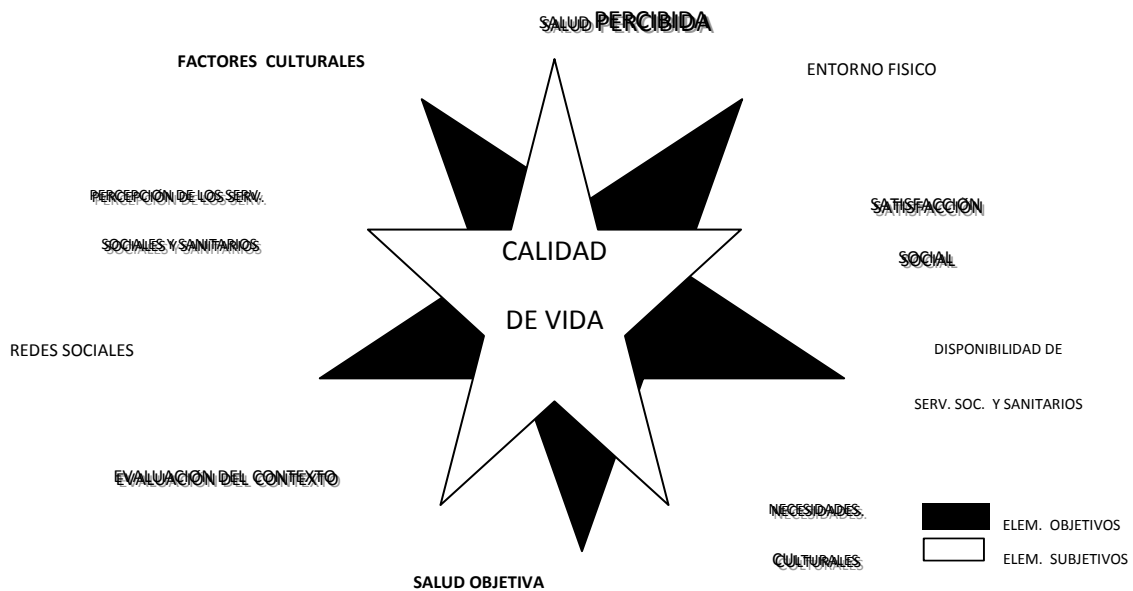
Dennis, Williams, Giangreco y Cloninger (1994), convinieron que los enfoques de investigación de este concepto son variados, pero podrían englobarse en dos tipos: Uno, enfoques cuantitativos, cuyo propósito es operacionalizar la calidad de vida. Para ello, han estudiado diferentes indicadores: Sociales (se refieren a condiciones externas relacionadas con el entorno, como la salud, el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario, la vivienda, etc.); Psicológicos (miden las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales); Ecológicos (miden el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente). Y dos, enfoques cualitativos que adoptan una postura de escucha a la persona mientras relata sus experiencias, desafíos y problemas y cómo los servicios sociales pueden apoyarles eficazmente.

Pero en lo que parece que existe consenso por parte de los autores que estudian el término y sus componentes es la propuesta de las estrellas de la Calidad de Vida desarrollada por Fernández Ballesteros R. (1993):

MULTIDIMENSIONALIDAD DE LA CALIDAD DE VIDA (Figuras n°3)



FACTORES OBJETIVOS Y SUBJETIVOS DE LA CALIDAD DE VIDA. (Figura n° 4)



En 1995, Felce y Perry encontraron diversos modelos conceptuales de Calidad de Vida; de este modo a las tres conceptualizaciones que ya había propuesto Borthwick-Duffy en 1992, añadieron una cuarta. Según éstas, la Calidad de Vida ha sido definida como:

1. La calidad de las condiciones de vida de una persona.
2. La satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales.
3. La combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, Calidad de Vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta.
4. La combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

La investigación realizada sobre Calidad de Vida (Sharlock, 1996, citado por Schwartzmann 2003) pone de manifiesto la importancia del concepto porque está emergiendo como un principio organizador, que puede ser aplicable para la mejora de una sociedad como la nuestra, sometida a transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas. En estos términos cada tipo de proyección representa siempre un compromiso, en este caso con la sociedad, sin obviar que los métodos científicos son argumentos cuya secuencia y técnica de presentación son competencia del científico. No obstante, la verdadera utilidad del concepto se percibe sobre todo en los servicios humanos, inmersos en una "Quality revolution" que propugna la planificación centrada en la persona y la adopción de un modelo de apoyos y de técnicas de mejora de la calidad (Gómez V. y cols, 2001).

En este sentido, el concepto puede ser utilizado para una serie de propósitos, incluyendo la evaluación de las necesidades de las personas y sus niveles de satisfacción, la evaluación de los resultados de los programas y servicios humanos, la

dirección y guía en la provisión de estos servicios y la formulación de políticas nacionales e internacionales dirigidas a la población general y a otras más específicas, como la población con discapacidad y anciana, ya que esta población está presionada por una sociedad que se resiste cada vez más a aceptar el envejecimiento y la muerte como procesos naturales e inevitables. La ciencia está inmersa en una larga y encomiable batalla que exige enormes esfuerzos para conocer los mecanismos que regulan la duración de la vida. La limitación de la vida y la declinación de las facultades que conlleva el paso del tiempo obedecen a leyes y procesos biológicos que, poco a poco, están siendo desentrañados.

La calidad de vida tiene su máxima expresión en la calidad de vida relacionada con la salud. Las tres dimensiones que global e integralmente comprenden la calidad de vida son (Badía, 2002):

- 1. Dimensión física:** Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.
- 2. Dimensión psicológica:** Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.
- 3. Dimensión social:** Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente y el desempeño laboral.

I.3.2.- CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADO CON LA SALUD.-

El concepto de Calidad de Vida relacionado con la salud abarca una amplia gama de disciplinas y temas, se mide mediante un conjunto igualmente amplios de indicadores objetivos y subjetivos (Yanguas, 2004). Además en la literatura especializada predomina un enfoque pragmático: por lo general se pasa por alto todo intento de conceptualizar la calidad de vida en lo que se refiere a su carácter abstracto.

Al estudiar la calidad de vida de las personas de edad se recomienda por parte de los investigadores del observatorio europeo de la inmigración, tener presente toda la trayectoria de vida puesto que ella resulta muy esclarecedora en lo que toca a las diferencias entre los grupos de personas mayores. Pasaron los tiempos en que los demógrafos y los analistas sociales podían examinar la población de 65 años y más como si se tratara de un grupo homogéneo.

Tal y como se ha dicho los cambios económicos, sociales, políticos y culturales que se iniciaron con la modernización y que se han expandido con la globalización se han introducido en el concepto de calidad de vida, de tal manera que, se redefine en consonancia al concepto con el que se relaciona, en este caso con el de salud. En 1992 Lowatt (citado por Ferrer M., 2007) define la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) como “el nivel de bienestar y satisfacción asociado a la vida de un individuo y cómo ésta es afectada por la enfermedad, los accidentes y los tratamientos, desde el punto de vista del paciente”. Sin embargo, el lenguaje utilizado para describir los diferentes conceptos en el campo de los resultados percibidos por los pacientes está todavía lejos del acuerdo universal y, por este motivo, denominaciones con significados diferentes son usadas frecuentemente como sinónimos: “salud percibida”, “estado de salud”, “calidad de vida relacionada con la salud” y “calidad de vida” entre otras (Wilson IB, 1995, y cols). La distinción

entre “calidad de vida” y “calidad de vida relacionada con la salud” es importante, porque la primera incluye un amplio rango de constructos, como por ejemplo la satisfacción con el entorno y el sistema político que quedarían fuera del concepto de “calidad de vida relacionada con la salud” que es un indicador de resultados de salud y por lo tanto cubre un concepto más restringido que la calidad de vida general (Ferrer, M, 2006).

La calidad de vida en relación a la salud “Health – Related Quality of Life” (Guyatt y cols, 1993) es un término que se ha creado como concepto para estudiar la percepción que las personas tienen de su calidad de vida y de su salud, relacionadas con aquellos aspectos que afectan directamente su vida en conjunto, haciendo que ésta sea mejor o peor en la percepción personal de cada persona en particular y en relación a un grupo, en este caso que nos ocupa. Para Patrick y Erickson (1993, citado por Casas y cols, 2001) : “La calidad de vida en relación con la salud, es el valor asignado a la duración de la vida modificado por la minusvalía, el estado funcional, las percepciones y las oportunidades sociales debido a una enfermedad, un accidente, un tratamiento o la política”

Se debe tener en cuenta no sólo el estado o funcionamiento físico, psicológico, y social- cultural, sino también el bienestar mental, las percepciones y la satisfacción con los niveles que en estos aspectos se hayan alcanzado (Aranibar, 2006). Un ejemplo de esto sería el estudio realizado en Pensilvania donde las diferencias culturales explican la interpretación y la respuesta a la enfermedad crónica (insuficiencia cardíaca) de pacientes hispanos, pues poseen una mejor CVRS en comparación con pacientes blancos y negros (Riegel B, 2008)

A escala comunitaria o social la CVRS incluye también recursos, condiciones, políticas y prácticas que influyen sobre las percepciones que la población tiene de su salud y estado funcional. El componente subjetivo de la calidad de vida mediante conceptos como bienestar y satisfacción, implica el estudio de la valoración de la salud desde la perspectiva del propio individuo con el fin de obtener

un diagnóstico de su estado general de salud (G. Tonon, 2005). Este diagnóstico quedará matizado por las características socioeconómicas de la población, constatándose que el principal factor de desigualdad en la percepción de la salud es el nivel de conocimientos e instrucción. La enfermedad y sus consecuencias, desde un punto de vista social no individual, es otro factor definitorio del estado de salud de una población y el grado de utilización de un sistema sanitario es un indicador de la necesidad percibida de estos servicios, así como una prueba efectiva de accesibilidad (Fernández M, 2007). En un estudio de caso controles realizado en Luton (Sinclair 2008) donde se estudia la Calidad de vida relacionada con la salud en diabéticos, encuentran que el estado de salud relativas a la función física se redujo en el caso de sujetos (SF36 60 vs 40, $P < 0,0001$) concluyendo que las personas mayores con diabetes tienen considerable deterioro funcional asociados con la reducción del estado de salud. Esta población puede beneficiarse de la evaluación geriátrica completa y adaptada diabetes.

Esto nos lleva a una evaluación subjetiva que descansa en el balance entre aspiraciones y realidad de cada individuo, Esto se puede comprobar en un estudio (Tajvar M, y cols 2008) realizado en 400 ancianos de Teheran, donde a través de la encuesta SF-36 se encuentra un 63,8 en componen ente mental frente a un 55,3 del componente físico, estando esta disminución asociada a la edad, el sexo, la educación y la situación económica, cuando se encuentra dotado de los elementos culturales y de la libertad de pensamiento para dicho análisis, de tal manera que los criterios de valoración para calificar la calidad de vida son construidos biográficamente e históricamente variando entre comunidades, siendo el referente común la satisfacción de las necesidades básicas (Bigelows y cols, 1991). Para Flanagan (1978), los componentes de la calidad de vida relacionada con la salud son:

CONFORT MATERIAL	RELACIÓN CONYUGAL	COMPRENSIÓN DE UNO MISMO	AYUDA A LOS DEMÁS
ACTIVIDADES DE DESCANSO	ACTIVIDADES RECREATIVAS	AUTOEXPRESIÓN CREATIVA	SOCIALIZACIÓN
SALUD Y SEGURIDAD PERSONAL	AMISTADES	TRABAJO	PARTICIPAR EN ASUNTOS PÚBLICOS
RELACIONES FAMILIARES	APRENDIZAJE		

Tabla n° 3: Componentes de la Calidad de Vida según Falangan (1978)

De otro lado, la medición y valoración de la calidad de vida está regida, en gran medida, por apreciaciones subjetivas e ideológicas correspondientes al particular contexto donde se desenvuelven las colectividades. Así, pues, para medir un determinado tipo de calidad de vida es necesario contar con otros referentes que nos sirvan de contraste. Es preciso diferenciar los diversos modos de vida, aspiraciones e ideales, éticas e idiosincrasias de los conjuntos sociales, para distinguir los diferentes eslabones y magnitudes, pudiendo así dimensionar mejor las respectivas variaciones entre unos y otros sectores de la población. Explicado de otra manera, es de momento presuntuoso como apunta Blanco aspirar a unificar un único criterio de calidad de vida en relación a la Salud. Los valores, apetencias e idearios varían notoriamente en el tiempo y el interior de las esferas y estratos que conforman las estructuras sociales (Blanco A, 1988). En un estudio realizado en Estados Unidos en un grupo multiétnico de mujeres menopáusicas, se ha visto la relación existente entre la falta de aculturación con un mayor dolor corporal $p < 0,001$ (Avis y cols, 2007). Referido al dolor se ha realizado un estudio en Lugo en pacientes que acudían con dolor a las consultas de Atención primaria, se les pasó la encuesta SF-36 y encontraron las siguientes puntuaciones: FF (52,8; DS:30,6), FS (57,4; DS: 30), RF(41; DS: 43), RE (73,6 ; DS: 40,3), SM (57; DS: 23,3), Vt (43,5; DS 24,7), BP (34,5; DS: 23.5), SH (34,7; DS: 21.1).

Siempre ha existido una controversia en la estimación de la contribución de la asistencia sanitaria a la salud de la población, sin olvidar que el desarrollo del estudio de la calidad de vida y de la CVRS correspondió a la necesidad de más y mejores indicadores clínicos (Alleyne GAO, 2001). Se entiende por indicador clínico a una variable susceptible de medición que evalúa el nivel de salud y sus cambios, en un individuo o en una población determinada. Esta necesidad se ha asociado con causas primarias derivadas de cambios ocurridos en los sujetos y en los objetos que intervienen en el proceso de salud-enfermedad. Uno de estos cambios lo constituye la transición epidemiológica (Omram AR, 1971).

Pero resulta evidente que: Una buena parte de las intervenciones se dirigen más a la calidad que a la cantidad de vida (Casas y cols, 2001). En esta afirmación es donde entraría a formar parte la Teoría de la comorbilidad de Fríes (1989), donde la cantidad de vida terminará marcándola el reloj biológico corporal, al margen de muertes por accidentes o patologías terminales, la compresión de la morbilidad de las poblaciones será cuestión estatal para que los mayores de edad mantengan una vida adecuada y con dignidad. De ahí que resulte fundamental medir la CVRS, ya que las medidas tradicionales son de limitada utilidad, siendo importante en la medición, el impacto global de la enfermedad y/o el tratamiento, aportando una medida de resultados que incorpora la percepción del paciente (Cardenas R., y cols., 2006).

Esta situación planteada por algunos sectores en torno a la CVRS (Calidad de vida relacionada con la salud), se debe en parte a los diferentes indicadores utilizados para la medición, no habiendo estado estandarizados a nivel internacional. Esta cuestión parece que empieza a preocupar menos, debido al auge que ha tenido en los últimos años; tan solo en 1991 se publicaron 161 nuevas medidas (Spilker y cols, 1992, citado por Padilla, 2005)).

Las razones de este incremento son múltiples, pero sin duda ha sido fundamental su cada vez más frecuente inclusión en los ensayos clínicos y en la

investigación de los servicios sanitarios como medida de resultado en detrimento de los indicadores clínicos tradicionales (Hussey PS y cols, 2004). La realización de estudios internacionales que utilizan instrumentos de CVRS como medida del resultado sanitario, de eficacia en los ensayos clínicos, ha creado la necesidad de que las medidas sean comparables entre distintos países y, por lo tanto, de adaptar medidas desarrolladas en una cultura a otra cultura (Badia y cols, 1996). Esta situación sería de interés para destacar la importancia de tomar en cuenta la percepción del paciente, sus deseos y motivaciones en el proceso de toma de decisiones en salud, así como en la evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria, pues “la calidad de vida no es el reflejo de las condiciones de los escenarios físicos, interpersonales y sociales, sino cómo dichos escenarios son evaluados y juzgados por el individuo” según Andrews y Witney (1999). Para George y Bearon (1980), satisfacción por la vida es “autoestima, nivel general de salud y capacidad funcional”.

Solapando las dos definiciones expuestas podemos decir que el término (Olmedo M., 2002):

“Calidad de vida en relación con la salud, es una construcción personal que conforme la persona se hace mayor, o su envejecimiento le produce reducciones fisiológicas, psicológicas y sociales, va adaptando sus nuevas necesidades a la salud que los mantiene vivos y en algunos casos incluso volviendo a una semijuventud reviviendo o viviendo de nuevo situaciones que se habían olvidado, perdido o no utilizado”.

La esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal.

Esto nos lleva además a la aceptación de que las evaluaciones de CVRS asumen que las personas son capaces de analizar aspectos de su estado de salud en forma aislada, separándolos de otros aspectos de la vida humana (ingresos, situación laboral, relaciones interpersonales, estrategias personales de afrontamiento). Sin embargo se dan situaciones como la enfermedad que provocan que a medida que la enfermedad progresa, ocurren ajustes internos que preservan la satisfacción que la persona siente con la vida, por lo que podemos encontrar personas con grados importantes de limitación física que consideran que su calidad de vida es buena (Leplège y Hunt, 1998).

La confusión entre estado de salud, calidad de vida, bienestar, han dado origen a dilemas éticos, técnicos y conceptuales, propugnado múltiples definiciones, pero el concepto de calidad de vida en relación a la salud no puede ser de ningún modo independiente de las normas culturales, patrones de conducta y expectativas de cada persona o grupo (como se ha visto hasta el momento). De esta manera el seguimiento de la calidad de vida relacionada con la salud en diferentes poblaciones puede permitir la identificación de subgrupos que tienen una salud física o mental delicada y ayudar a orientar las políticas o las intervenciones para mejorar su salud, así se puede considerar como un determinante del nivel de salud de la comunidad (Arostegui, 1998).

Siguiendo estas acepciones se debería destacar que se entiende por salud total para unificarla al concepto de calidad de vida: Habría que considerarla entonces como el límite más avanzado que pueden alcanzar los individuos frente a situaciones que no contribuyen a un estado de bienestar completo. En este sentido, deberíamos entenderla como un momento transitorio de la vida humana que puede alternar con

interrupciones de enfermedad, malestar, dolor, etc. a lo largo de una vida. Precizando que tales interrupciones pueden ser más o menos superables según los recursos biológicos, las capacidades personales, las condiciones sociales y económicas y la calidad ambiental, es decir, los factores que representan el patrimonio de cada individuo (2ª Asamblea del Envejecimiento, 2002).

La Organización Mundial de la Salud retoma el tema, al crearse en 1991 un grupo multicultural de expertos que avanza en la definición de Calidad de Vida y en algunos consensos básicos que permitan ir dando a este complejo campo alguna unidad. Esta definición y puntos de consenso fueron la base de la creación del instrumento de Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL-100), que, a diferencia de otros instrumentos, parte de un marco teórico para su construcción, desarrolla el instrumento en forma simultánea en distintas culturas, utiliza metodologías cualitativas como los grupos focales, para evaluar la pertinencia para los futuros usuarios de los aspectos incluidos en la evaluación.

La OMS define calidad de vida como la "percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones" (1994). El Grupo WHOQOL establece además una serie de puntos, en relación a las medidas de calidad de vida relacionada con la salud, aceptadas por diversos grupos de investigadores. Las medidas de CVRS deben ser:

1. Subjetivas: Recoger la percepción de la persona involucrada.
2. Multidimensionales: Relevar diversos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físico, emocional, social, interpersonal etc.
3. Incluir sentimientos positivos y negativos.

4. Registrar la variabilidad en el tiempo: La edad, la etapa vital que se atraviesa (niñez, adolescencia, adultez, adulto mayor), el momento de la enfermedad que se cursa, marcan diferencias importantes en los aspectos que se valoran.

La definición de la OMS, adicionalmente, hace un aporte extremadamente valioso, al enfatizar la importancia para la auto-evaluación de los factores culturales.

El siguiente diagrama (Sharon Wood, 1999) muestra la complejidad de la articulación de las diversas dimensiones de referencia, temporales y de experiencia (Schwartzmann, 2003):

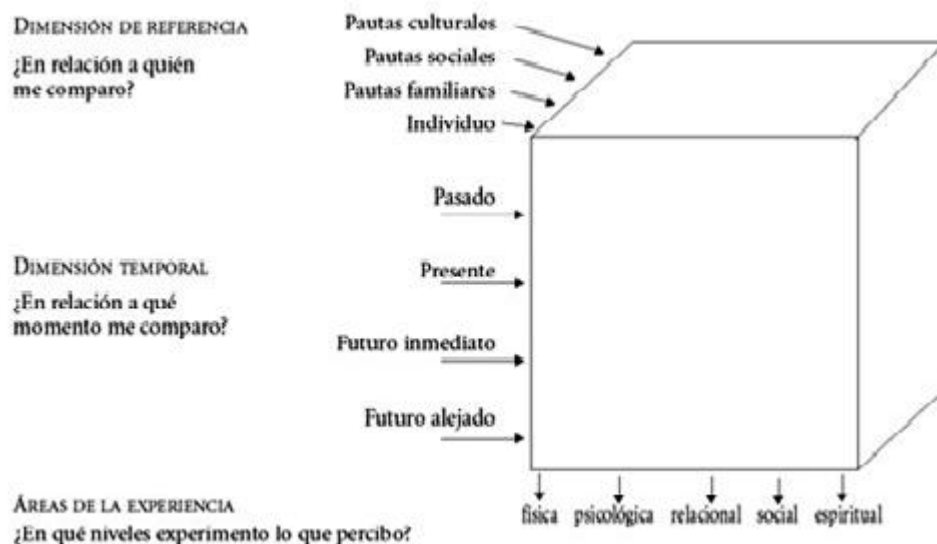


Figura n° 5: Diagrama de Word (1999) recogido por Scharzmann (2003): Dimesniones de la Calidad de vida relacionada con la Salud.

I.3.3.- CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN LAS PERSONAS MAYORES: TERCERA EDAD.-

La Calidad de vida asociada al término tercera edad, debe estudiar términos como son: salud, estado funcional, predicción de incapacidad y algo que se deja de lado con frecuencia que son los factores de riesgo en general y los cardiovasculares en particular (Quintero G y cols, 1999).

El término envejecimiento ha sufrido cambios considerables en su definición a lo largo de los últimos años debido principalmente a que ha aumentado la esperanza de vida al nacer y a la disminución de nacimientos, pero el envejecimiento y la calidad de vida de éste en relación a la salud, ha interesado desde siempre como se puede observar en la obra Aristotélica o en la de su fiel discípulo Cicerón en el libro *De Senectute*, que es la única obra latina exclusivamente consagrada a los ancianos; George Minois (1989) afirma sobre este libro: "puede parecer extraño que la civilización romana, tan severa con los ancianos, haya producido esta extraordinaria apología de la vejez, única por muchos conceptos. Por el lugar que ocupa en la literatura, por la calidad de su estilo y su argumentación, la obra representa un hito esencial en la historia de los ancianos."

También ha sido llamativo como aparece el término cuarta edad (Sánchez Vera, P. 1996) para encuadrar en ella todas aquellas personas mayores de 80 años donde el proceso de envejecimiento es claro pero el de senectud aún no ha comenzado, aunque en esta cuarta etapa también se incluyan los que han entrado en la senectud como un paso no desarraigado del proceso de envejecimiento. El aumento de la esperanza de vida en las sociedades industrializadas ha ocasionado un cambio importante en las pirámides demográficas, produciéndose una transformación y alcanzándose lo que se conoce como el efecto pirámide truncada (Chirosa, et al., 2000). A finales del siglo XX y en el actual se está viviendo una situación singular cada vez más personas sobrepasan la barrera cronológica en la que el hombre ha

situado la vejez, este hecho sin precedentes está causando un reto en la sociedad (Prieto O y cols, 1996). Este hecho se transformará de un logro a un problema si no se es capaz de brindar soluciones adecuadas a las consecuencias que del mismo se derivan. La vejez supone uno de los contextos en los que más importancia se está dando a la calidad de vida. Ocuparse y preocuparse por una vida de calidad está pasando a ser en la actualidad la meta gerontológica más perseguida y valorada (Reig, 2000).

La definición cronológica de la edad es un asunto sociocultural. Cada sociedad establece el límite de edad a partir del cual una persona se considera mayor o de edad avanzada; sin embargo, la frontera entre la etapa adulta y la vejez está muy relacionada con la edad fisiológica (Gutiérrez, 2006). En general, la edad establecida se correlaciona con la pérdida de ciertas capacidades instrumentales y funcionales para mantener la autonomía y la independencia, lo que si bien es un asunto individual, tiene relación directa con las definiciones normativas que la cultura otorga a los cambios ocurridos en la corporalidad, es decir, la edad social (Elder y Cob, 1993). En este contexto, la vejez puede ser tanto una etapa de pérdidas como de plenitud, todo depende de la combinación de recursos y la estructura de oportunidades individuales y generacionales a la que están expuestos los individuos en el transcurso de su vida, de acuerdo a su condición y posición al interior de la sociedad. Esto remite a una conjugación de la edad con otras diferencias sociales tales como el género, la clase social o la etnicidad que condicionan el acceso y disfrute de dichos recursos y oportunidades (Guzmán, JM., 2006).

Existen varias razones por las que se atiende al concepto de CRVS en la vejez y surge la necesidad de evaluarlo. En primer lugar, el concepto calidad de vida ha rescatado la importancia de las experiencias, preocupaciones y puntos de vista de las personas de interés (ancianos, cuidadores, etc...) (Reig y Bordes, 1995). En segundo lugar, los instrumentos de calidad de vida posibilitan, entre otros contenidos la

identificación de problemas no evaluados con otros procedimientos, la evaluación con regularidad del grado de competencia funcional al objeto de mantenerla o mejorarla, una ayuda para establecer en determinados casos diagnósticos diferenciales y recibir la atención adecuada, valorar los efectos de una intervención sociosanitaria o proporcionar medidas de resultado en investigación y prácticas clínicas. (Reig, 2000, citado por Yanguas, 2004).

Hablar de Calidad de Vida relacionada con la salud, es hablar del equilibrio entre expectativas, esperanzas, sueños y realidades conseguidas o posibles. Una buena calidad de vida se expresa generalmente en términos de satisfacción, contento, felicidad y capacidad para afrontar los antecedentes vitales con el fin de conseguir una buena capacidad de adaptación o ajuste, (Páez D y cols., 2003). La clave del envejecimiento feliz radica ineludiblemente en la capacidad de adaptación del anciano a los cambios físicos que se van produciendo y a los agentes externos estresantes (factores psicosociales) que le acosan. Es precisamente esa capacidad de adaptación el mejor antídoto contra el proceso inexorable del envejecimiento y del deterioro psicoorgánico más o menos acusado.

Aunque “La vejez no es un hecho estadístico; es la conclusión y la prolongación de un proceso” (Beauvoir, 1983). Todos los intentos por aclarar cual es ese límite teórico en los seres humanos se han visto superados poco después por la propia realidad. Lo cierto es que, a medida que mejora la duración media de la vida y la pirámide de población se va engrosando por su cúspide, los casos corroborados de longevidad extraordinaria son cada vez más longevos. El asunto interesa a la demografía porque, de existir un límite biológico para la supervivencia, dicho límite también determinaría la esperanza de vida máxima que pueden alcanzar las poblaciones humanas. Interesa igualmente a los Estados y, en general, a los sistemas sanitarios y de pensiones, necesitados de elementos aclaratorios en que basar sus previsiones de gastos y prestaciones. En consecuencia, el debate actual entre

demógrafos, geriatras, biólogos y genetistas está alcanzando una viveza y profundidad sin precedentes (IMSERSO, Madrid 2006).

De acuerdo con la información disponible, en el año 1998 España se sitúa entre los seis países más envejecidos de los quince que forman la Unión Europea, detrás de Italia, Suecia y Grecia, que presentan los mayores porcentajes de población de 65 y más años, y prácticamente a la par con Alemania y Bélgica, con una cifra próxima al 17 por ciento (Instituto Nacional de Estadística, 2000).

Las proyecciones de población vigentes, actualizadas con las cifras de nacimientos, defunciones y migraciones disponibles en el año 2001, conllevan una continuación en la tendencia creciente de la población de mayores y de su participación en el total. Si en el año 2000 se calculan 6,8 millones de personas con 65 y más años, en el año 2020 se tendrán 8,6 millones. En las dos siguientes décadas se incorporan 1,8 y 2 millones de individuos, alcanzándose 12,4 millones de personas con 65 y más años en el año 2040. En el año 2050 se han obtenido 12,8 millones.

La esperanza de vida al nacer es un índice que muestra el número de años que de manera estadística vivirá probablemente un individuo de una población que nace en un momento determinado; dependiendo ésta de las condiciones de bienestar en la sociedad. En efecto los avances socio-sanitarios, en especial los de la medicina preventiva, y también la aparición de los antibióticos junto con los grandes progresos en la nutrición, han logrado que la esperanza de vida al nacer, que era de 50 años a principios de siglo, sea en los países desarrollados de 75 años en la actualidad. Esta situación hace que las personas mayores constituyan una parte importante dentro del entramado social y propicien un vuelco en las políticas social y educativa. Esta preocupación es compartida por los países miembros de la Unión Europea, los gobiernos nacionales de los países miembros y los autonómicos de España (Pérez G, 2004). En España en conjunto y en Ceuta en particular, la esperanza de vida al

nacer según datos del Instituto Nacional de Estadística, ha seguido la siguiente evolución:

	<u>1990</u>	<u>1995</u>	<u>1998</u>
<u>NACIONAL</u>	76.94	78.03	78.71
VARONES	73.40	74.44	75.25
MUJERES	80.49	81.63	82.16
<u>CEUTA</u>	73.01	75.33	78.05
VARONES	68.91	71.99	74.9
MUJERES	77.21	78.59	81.2

Tabla nº 4: Datos obtenidos INE 2004. Elaboración propia

Tales cambios demográficos, “el envejecimiento de las sociedades”, provoca una realidad social hasta ahora desconocida: el incremento de la longevidad y del peso específico como grupo social de los ancianos (debido, entre otras razones, a la disminución de la natalidad y de la morbi-mortalidad), de manera directamente proporcional a las mejoras en la calidad de vida de las personas. Coherentes con modelos positivistas y competenciales en cuanto al último tramo del ciclo vital (Baltes y Baltes, 1990) y con la realidad social en la que se ven inmersos la actual generación de mayores; es desde donde parece oportuno valorar dimensiones de calidad de vida y salud entre la población mayor de 65 años, edad que por situación legal (edad de jubilación) se elige como base para definir tercera edad o anciano. Ya que desde una perspectiva claramente positivista (valorando el bienestar), multidimensional (biológico, psicológico y social) y multidisciplinar se posibilitan intervenciones en el terreno de la promoción y prevención (Casas, 1999) de situaciones carenciales asociadas al incremento de dependencia, fragilidad o riesgo de la salud (Baztán, Valero, Regalado y Carrillo, 1997) en su sentido más amplio.

El envejecimiento es un proceso deletéreo, progresivo, intrínseco y universal que con el tiempo ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo y su medio ambiente (Gómez Rinesi, JF, 2000). Podría también definirse como todas las alteraciones que se producen en un organismo con el paso del tiempo y que conducen a pérdidas funcionales y a la muerte. Es difícil determinar el momento en que éste se inicia, algunos autores consideran que se manifiesta a partir del momento de la máxima vitalidad alrededor de los 30 años en el hombre.

En la actualidad el período de vida del ser humano se cuantifica con un máximo de 120 años, cuando los fenómenos intrínsecos del crecimiento y del envejecimiento se desarrollan en un medio adecuado. De no ser así, la duración cronológica de la vida humana se reduce proporcionalmente, aún cuando el espacio biológico sea en todos los individuos el mismo. Se comprende como espacio biológico la totalidad de ciclos completos de actividades celulares o de órganos que un individuo realiza desde que nace hasta que llega a su muerte fisiológica (Salgado, A y cols, 1994). Cuando se agota sucede la muerte. Existe un marcado interés por las personas mayores y la calidad de vida relacionada con la salud de éstas desde la Unión Europea que viene marcado por diferentes eventos y acontecimientos (Pérez, 2004):

1. 1991. Se creó el Observatorio Europeo sobre envejecimiento y personas mayores, con el objeto de vigilar las políticas sociales y económicas destinadas a este sector de cada Estado miembro de la Comunidad.
2. 1992. En Luxemburgo, se reunieron los representantes de los mayores de todos los países de la Unión Europea y presentaron la Carta Europea de los Mayores que reflejaba los siguientes derechos: autonomía, seguridad, dignidad y desarrollo de la

persona humana. En este mismo año, la Comisión de las Comunidades Europeas realizó un estudio sobre las actitudes de los europeos ante el envejecimiento de la población y las personas mayores.

3. 1993. Es el Año Europeo de las Personas de Edad Avanzada y de la Solidaridad entre Generaciones. Como objetivos primordiales: sensibilizar sobre la situación de las personas mayores, fomentar la reflexión y el debate sobre los cambios necesarios y asociar a las personas mayores con el proceso de integración comunitaria.
4. 1996. Fue declarado el Año Europeo de la Educación y Formación Permanente, para sensibilizar a los miembros de la Unión Europea de la importancia y necesidad de formarse a lo largo de toda la vida.
5. 1999. Año internacional de las Personas Mayores. El objetivo es el de la promoción de los principios de las Naciones Unidas para las Personas Mayores.
6. 2002. Segunda Asamblea Mundial sobre envejecimiento, realizada en Madrid, donde se desarrollan los derechos del Adulto Mayor, y en su artículo 20 dice: “ El Estado es el responsable directo de garantizar el respeto a los derechos generales enunciados, los cuales engloban a todos los demás derechos particulares, tanto de la comunidad como de los adultos mayores en particular”.

Las consecuencias de éstos cambios ya se han hecho sentir en los sistemas de salud en muchos países, debido a que la atención médica del paciente anciano implica cambios estructurales en los mismos para revertir las tendencias hacia la discriminación habitual en éste grupo de pacientes.

La solución a estos problemas debe comenzar con la inclusión de personas mayores en los estudios clínicos que evalúan la efectividad de nuevos procedimientos o medicamentos. La sociedad en general debe reconocer que el envejecimiento de una gran proporción de sus miembros le afecta como un todo y no es un fenómeno que concierna sólo a los mayores (Gómez Rinesi J., y cols, 2000). Sin embargo es algo por lo que los gobiernos luchan de forma internacional, como ejemplo más evidente son las Asambleas Internacionales sobre la vejez.

I.4. CONCEPTOS GENERALES. CRITERIOS DE MEDIDA DE LA CALIDAD DE VIDA.

I.4.1.- DETERMINANTES DE LA CALIDAD DE VIDA EN LOS MAYORES. ABORDAJE DEL PROBLEMA: DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS.-

El término calidad de vida relacionada con la salud, surge como un concepto que hace referencia a valoraciones de la percepción de la salud por parte del individuo, acumulando tanto aspectos objetivos como subjetivos, esto se debe en parte a el aumento de la expectativa de vida de la población general debido a la mejora de las condiciones sociales y al avance de la tecnología médica, ha hecho surgir en los últimos años un interés especial por estudiar la calidad de vida tanto en general como en determinados colectivos específicos: mujeres y ancianos entre otros. La forma ideal de medir la calidad de vida es usando como instrumento una escala de medición (cuestionario de calidad de vida). De esta forma las respuestas a una serie de preguntas relacionadas con el concepto que queremos medir se combinan y proporcionan un determinado valor numérico. Pero estas escalas de medición deben ser validadas desde diferentes aspectos (Bland y cols, 2002).

Se debe tener en cuenta que la selección de los cuestionarios más adecuados para un uso determinado debe basarse en la evaluación de sus atributos fundamentales (Valderas, y cols 2005), que incluyen: el modelo conceptual y de medida, las características psicométricas clásicas (fiabilidad, validez y sensibilidad al cambio), la interpretabilidad de las puntuaciones, y la carga que la administración del instrumento implica para el entrevistador y el entrevistado. Otra de las estrategias de interpretación más ampliamente utilizadas, sobre todo en cuestionarios genéricos, es la comparación con normas poblacionales de referencia, que dan sentido a la puntuación obtenida al situarla a una determinada distancia respecto del valor esperado (Ferrer M. 2006).

Además de estas estrategias un cuestionario valido para medir la CVRS debe tener en cuenta la transculturalidad, ya que la población cada vez es más heterogénea y nos encontraríamos con varios problemas además del desconocimiento del lenguaje, por ello debemos considerar que la relación entre un instrumento y el contexto cultural donde se ha desarrollado responde a ciertos parámetros específicos (Alonso y cols, 2000). Los hábitos, costumbres y creencias de una cultura condicionan en gran medida cómo preguntar, cuáles son los términos más apropiados, el sentido de las palabras y frases (Pane S y cols., 2005). Para adaptar un instrumento de CVRS a una cultura diferente a la original, es necesario llevar a cabo un proceso de adaptación transcultural estructurado, que reconstruya el concepto que se intenta medir encontrando un equivalente semántico y cultural al nuevo contexto de aplicación, logrando una equivalencia que permita hacer comparaciones con el original. Por lo tanto, esta adaptación cultural será necesaria no sólo cuando se utilice el cuestionario en un idioma distinto, sino también en los casos de diversidad cultural de una misma lengua.

La adaptación transcultural se realiza siguiendo una metodología sistemática de traducción directa e inversa (traducción-retrotraducción) internacionalmente consensuada (S. A. C., 2006) en la que intervienen el equipo de investigación, un

grupo de expertos, un mínimo de dos traductores bilingües y la población diana a la cual está dirigida el cuestionario. Una alternativa que permite hacer comparaciones internacionales y salvar algunas de las limitaciones que surgen de la adaptación transcultural es el desarrollo simultáneo de un instrumento en varios países, porque consiste en la elaboración común del marco teórico y sus contenidos (Aymerich M. y cols 2002). Se ha demostrado mediante un estudio realizado en Amsterdam en un grupo de ancianos de diferentes países de origen (entre ellos Marruecos), que se debe seguir indagando en la consistencia interna del SF-36 para la población marroquí (Reijneveld SA, 2007).

Se debe tener en cuenta que siempre es importante utilizar un cuestionario adaptado pues permite realizar comparaciones internacionales y valorar la experiencia adquirida, ahorrando coste y tiempo. Al igual que se hace necesario que se hayan evaluado las propiedades psicométricas, específicamente la sensibilidad al cambio, cuando se intenta evaluar la efectividad de una intervención, pues es importante reconocer que el concepto de calidad de vida en general y relacionado con la salud en particular, es una categoría que puede desglosarse en grados de particularidad hasta llegar a su expresión singular en el individuo al que le atañe, y a la colectividad como movimiento cultural donde se desarrolla el concepto (Arias, J., y cols. 2008).

Pero en definitiva se trata de del desarrollo de una nueva tecnología mediante la utilización de psicometría para crear “constructos” que no se habían utilizado en la evaluación tradicional de diferentes personas (Berraondo y cols 2000).

Observamos que la definición propuesta en 1993 por la OMS deja de lado, al menos en forma explícita, la palabra "bienestar" como parte de la definición. Sin embargo, en la medida en que éste es un campo dinámico, de reciente desarrollo, comienzan a aparecer otros conceptos, no necesariamente compartidos por todos los

investigadores, pero que tienen su anclaje en la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1948: "... un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no meramente la ausencia de enfermedad".

Se sabe que la calidad de vida es una construcción humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con diferentes situaciones personales, así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas. Esta sería una definición que obedecería a la reunificación de las líneas de investigación que se han seguido entorno al concepto, además es un aspecto determinante en cuanto repercute en el resto de los elementos y valores presentes en la calidad de vida total (Vinaccia y cols, 2005).

Los métodos actuales de evaluación de Calidad de Vida en Relación a la Salud se han desarrollado sobre todo a partir de tres tradiciones de investigación que se detallan a continuación (Angermeyer, MC.; Killian, R., 2000):

1. La investigación de la *felicidad*, proveniente de la tradición psicológica, definida en 1953 (Jones) como un constructo psicológico posible de ser investigado. La primera investigación en los EE.UU. en 1960 (Gurin y cols.) mostró que la «felicidad y el bienestar» no podían reducirse solamente al grado de humor positivo experimentado. Estudios como los de Costa y Mc Crae (1980) y Abbey y Andrwes (1985) mostraron la relación del afecto positivo con el control interno, la tendencia a la acción, el apoyo social y la extraversión, mientras los afectos negativos muestran mayor asociación con el estrés, la depresión y la neurosis.

2. La investigación en *indicadores* sociales, proveniente de las ciencias sociales, que se centró en los determinantes sociales y económicos del bienestar. En 1930 se realiza la primera evaluación de bienestar material (King) y en los años 50 aparece por primera vez el término *calidad de vida* (Ordway, 1953), siendo utilizado por influyentes políticos de la época. Los estudios posteriores comenzaron a mostrar la

escasa o nula relación entre indicadores objetivos de satisfacción con la vida y las apreciaciones subjetivas. A partir de entonces, las líneas de investigación en el campo social divergen, desde las que continúan centrándose en indicadores objetivos a las que se concentran en indicadores subjetivos.

3. En el *área de la salud*, la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue pionera en el futuro desarrollo de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud al definir la Salud, en un tono que aún hoy día todos los sectores no están de acuerdo en su definición pero en 1948 fue todo un reto.

Como se ha especificado el estado de salud de una población era medido tradicionalmente por la tasa de mortalidad y esperanza de vida (Freeman, H, y cols, 2000), a pesar de que, ya en los años 50, la tasa de mortalidad de los países desarrollados de Occidente alcanzó un equilibrio, volviéndose la tasa de mortalidad una medida ineficaz para diferenciar el estado de salud de las poblaciones de estos países. Por otro lado, Las mejoras en la salud y en particular en las enfermedades crónicas que son muy costosas se pueden alcanzar ahorrando costes en las prestaciones específicas, utilizando la medicina basada en la evidencia y en la prevención de factores de riesgo modificables a menudo la causa de enfermedades crónicas costosas (Goetzl RZ, 2009). A comienzos de los años 80 aparece un desarrollo de *perfiles de salud* (Perfil de Impacto de la Enfermedad (Bergner y cols., 1981); Perfil de Salud de Nottingham (Hunt y Mc Ewen, 1980); SF-36 (Ware y cols., 1981, citado por Swartzmann, 2003). Los economistas también hicieron aportes importantes al destacar la importancia de la evaluación de medidas de preferencia y/o utilidad.

Muchos investigadores toman un enfoque operativo y sugieren que sus instrumentos miden el constructo de Calidad de Vida, aunque lo más habitual es que en realidad midan algún aspecto de la capacidad funcional del sujeto, o de lo que siente o prefiere -Perfiles de Salud, Índice de Katz, Medidas de Bienestar

Psicológico, que son en realidad instrumentos de detección de psicopatología etc (Badia X, Salamero M, Alonso J, 2002). Muchos instrumentos están más centrados en las propiedades psicométricas (validez y confiabilidad de la información recogida) que en explicitar el modelo conceptual del que parten. Todo ello genera confusión a la hora de tener una definición consensuada de la CVRS. Pero no se puede obviar que la vida que cada uno vive dependerá de diversas necesidades, factores, educación recibida y desarrollada, de la espiritualidad sea o no religiosa, de la inteligencia, del poder económico y un largo etcétera, es decir será multidimensional y multifactorial, porque además cada persona construirá su espacio dependiendo de estas dimensiones que desarrolle. Partiendo de aquí y de la bibliografía podemos decir que la calidad de vida es un concepto difícil de definir, entraría en el mundo abstracto de las grandes teorías, aunque cada persona lo construya y defina dependiendo de los medios de que disponga

Investigaciones recientes en psico-neuro-inmuno y endocrinología comienzan a sentar bases empíricas que establecen relaciones entre estado de ánimo e inmunidad (Miró, 2006) y a su vez la influencia sobre el estado de ánimo de la esperanza, las ganas de vivir o, inversamente, el desaliento, la pérdida de sentido, la soledad. Desde el punto de vista clínico, es clásico observar que, para muchos pacientes sus valores personales o sus creencias religiosas, ideológicas, políticas, influyen sobre su estado de ánimo y pueden ser una fuente de fortaleza que influye sobre la salud. La necesidad de darle un sentido a la vida es un rasgo universal, que es esencial a la vida misma y la falta de sentido puede engendrar sentimientos de vacío y desesperación (Heker, 2003). La necesidad de esperanza y voluntad de vivir son importantes tanto para personas sanas como enfermas. Se ha demostrado que para los pacientes la esperanza y la voluntad de vivir son factores importantes en el proceso de recuperación. Para muchas personas la fe en sí mismos, en los otros o en un ser superior contribuye a dar sentido a la vida y puede tener influencia sobre el nivel de esperanza y el deseo de vivir. Con la investigación psico-neuro-inmuno-

endócrina comenzará a comprenderse mejor los mediadores fisiológicos que explican el papel de los sucesos vitales estresantes y el soporte social, en la salud y en la calidad de vida percibida (Ross, 1994; Hytko J, Kright S, 1999; O'Connell K, Lofty M, Fleck M, Mengech A, Eisemann M, Elbi H, Schwartzmann L, 1999; Brady MJ, Peterman AH, Fitchett G, Mo M, Cella D, 1999; Shosharah F, Maly R, 1999) citado y recogido por Schwartzmann (2003)

Según el Departamento de Psicología Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid (2002), la calidad de vida es como un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre el paciente y su medio ambiente. De acuerdo a este concepto, la calidad de vida en una persona enferma es la resultante de la interacción del tipo de enfermedad y su evolución, la personalidad del paciente, el grado de cambio que inevitablemente se produce en su vida, el soporte social recibido y percibido y la etapa de la vida en que se produce la enfermedad (Schwartzmann L, Olaizola I, Guerra A, Dergazarian S, Francolino C, Porley G, Ceretti T, 1999) recogido por Aranibar, 2006).

El medio ambiente es un controlador externo de la calidad de vida de una persona y su salud en palabras de Narbona (2006) la calidad de vida no se refiere sólo a la satisfacción de las necesidades materiales básicas de la sociedad (y la persona) sino también a la búsqueda de respuestas integrales ante la necesidad de realización y de autorrespeto del ser humano.

Esta situación se ve muy bien reflejada por Schwartzmann, (2003), ya que presenta un cuadro donde se expresa la medición de la percepción del grado de bienestar físico, psíquico y social y en la evaluación general de la vida que hace el paciente, teniendo en cuenta los cambios que estas situaciones pueden producir en el sistema de valores, creencias y expectativas



Figura n° 6: Factores que afectan a la Calidad de Vida. Schwartzmann 2003.

Desde el punto de vista clínico es posible intentar probar la relación entre el proceso de adaptación a la enfermedad, estudiando los mecanismos de afrontamiento (coping), así como los patrones en relación a los cuales la persona se compara y los valores y expectativas en relación a sus logros personales, modificados o no por el proceso de adaptación. La calidad de vida resultante dependería de la medida en que los mecanismos de afrontamiento y la adecuación de las expectativas permitiera que la brecha entre expectativas y percepción de la situación actual no fuese tan desproporcionada. Pero se siguen elaborando teorías donde las ciencias sociales encaminan sus estudios en la elaboración que las personas tienen del término y cómo afecta en su vida, buscando lo que ellos quieren encontrar; las disciplinas biologicistas utilizan parámetros objetivos y una metodología cuantitativa para la evaluación del término. Siguiendo en esta línea algunos autores de ciencias biologicistas mantienen un determinado escepticismo para crear el concepto calidad de vida como término científico, no ocurriendo lo mismo para los investigadores en las ciencias sociales.

La vejez ha sido objeto de interés casi exclusivo de las ciencias médicas y geriatría, incluso la perspectiva de la gerontología social no pierde su cariz medicalizante y biologicista (Gutiérrez y Ríos, 2006), como ejemplo de esta situación se indica un estudio realizado en el año 2007 donde se relacionaba el nivel

de hipertensión arterial con la zona de residencia (existencia o no de espacios verdes y densidad de la vivienda, alcohol delitos), entre grupos de marroquíes, turcos y holandeses; se demostró la relación existente en el grupo de marroquíes con el aumento de la presión arterial sistólica en personas que vivían sin zonas verdes, entre gran densidad de viviendas y delitos, está situación disminuía cuando donde vivan había más cantidad de zonas verdes (Agyemang C, y cols. 2007). Esto no ocurre al margen de que los individuos construyen parte de su identidad personal identificándose con el propio grupo, solo podrán conseguir este objetivo por el medio de experimentar sentimientos positivos hacia el grupo de pertenencia. Así, una forma de lograr esta identidad positiva, es encontrar diferencias que favorezcan al propio grupo (endogrupo) en relación con los otros grupos (exogrupos). Según este enfoque, los miembros de un endogrupo utilizarán preferentemente estereotipos negativos hacia el exogrupo, a través de los cuales harán juicios comparativos en beneficio del grupo de pertenencia, lo cual les va a facilitar la reafirmación de la propia identidad (Tajfel y Turner, 1986).

La comprobación empírica de que las personas están fuertemente motivadas para sostener estereotipos positivos del endogrupo y negativos del exogrupo, ha sido verificado en numerosos estudios en relación con la raza y el género (Braithwaite, 2002; Dovidio y Gaertner, 1986; Hogg y Abrams, 1988).

En este mismo sentido actuaría el soporte social percibido, mientras que la acumulación de sucesos vitales que producen estrés, además de la propia enfermedad, incidirían negativamente (pobreza, desempleo, duelos, etc.).

Como el modelo que se expresa a continuación recogido por Schwartzmann de Kuoak Fai (2002):

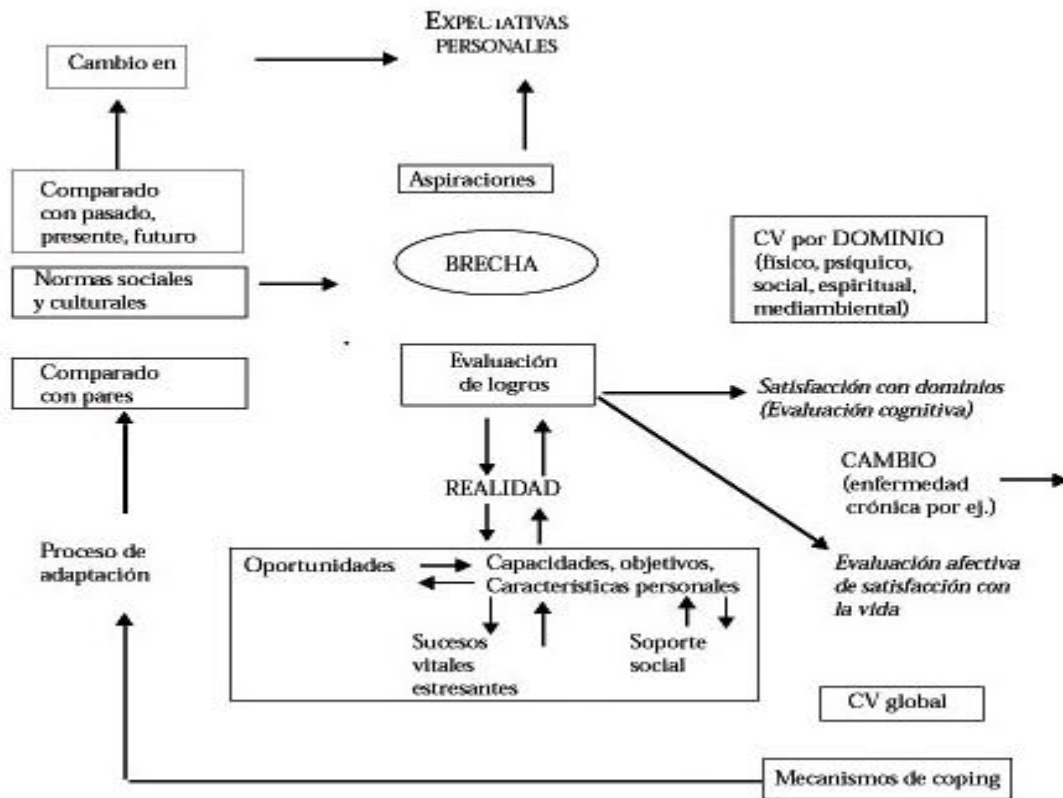


Figura n° 7: Modelo de Factores que intervienen en la Calidad de vida determinados por Kuoak Fai, recogidos por Schwartzmann.

La verificación empírica de este modelo permitiría contar con la evidencia científica para pasar del modelo biomédico que apunta fundamentalmente a los aspectos biológicos de la enfermedad (signos, síntomas) a un modelo integral bio-psico-social que, además de tomar en cuenta todos los aspectos clínicos relevantes, basados en la mejor evidencia disponible, agregue la consideración de los factores psicosociales, a través de intervenciones que, apuntando a mejorar el soporte social y flexibilizar mecanismos de afrontamiento, permitan promover la mejor calidad de vida posible.

Además es importante a la hora de estudiar los componentes objetivos y subjetivos estudiar la perspectiva semántica del término calidad que nos indica que

se refiere a ciertos atributos o características de un objeto particular mientras que el término vida es mas amplio y envuelve a los seres humanos, apareciendo aquí el primer y fundamental problema de su conceptualización, ya que la vida puede analizarse desde diferentes perspectivas (Fernández Ballesteros, 1998).

En la misma línea de trabajo, Espinoza Henao (2001) (recogido por Aranibar) anota que el termino vida se refiere única y exclusivamente a la vida humana en su versión no tan local como comunitaria y social, y requiere hacer referencia a una forma de existencia superior a la física, incluyendo el ámbito de las relaciones sociales del individuo, sus posibilidades de acceso a bienes culturales, su entorno ecológico-ambiental, y los riesgos a que se encuentra sometida su salud física y psíquica, por lo que un buen estudio de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), deberá englobar todos aquellos determinantes que conforman la vida de una persona, y si es mayor con todos aquellos componentes de su historia de vida que puedan aportar conocimiento a las políticas de actuación para los gobiernos.

Siguiendo esta cuestión, CEPAL (2007) (La Comisión Económica para América Latina y el Caribe) considera que un concepto operativo de calidad de vida debe contener tanto aspectos subjetivos como objetivos. Dicho de otra forma, deberían considerarse tanto las apreciaciones y valoraciones de los sujetos sobre los distintos ingredientes de su calidad de vida, por ejemplo, si están satisfechos con las relaciones afectivas que sostienen con sus amigos y familiares o si consideran que su salud es satisfactoria, como los aspectos objetivos de estas mismas dimensiones, por ejemplo, cuántos fármacos ingiere y otros indicadores objetivos de salud y la frecuencia con que se producen las interrelaciones sociales, ya que estas situaciones conforman su salud. Esto nos lleva de algún modo al carácter controversial del concepto que se ha traducido en amplios debates de cuyo análisis es posible obtener luces de lo que es la Calidad de Vida relacionada con la Salud (Arannibar, 2004):

1. Unidimensionalidad v/s Multidimensionalidad: En lo más primario, es posible diferenciar dos aproximaciones básicas: la que concibe la calidad de vida como una entidad unitaria, y la que la considera como un constructo compuesto por una serie de dominios. Esta controversia ha sido ampliamente superada en la literatura. Prácticamente existe consenso en la condición multidimensional de la calidad de vida, pues cualquier reducción de la calidad de vida a un concepto monofactorial de salud, ingreso o posición social resulta inadmisibles. *“La vida es antológicamente multidimensional y la evaluación de su calidad habrá de serlo también”* (Fernández Ballesteros, 1993). Lo anterior implica que, así como consideramos factores personales (la salud, las actividades de ocio, la satisfacción con la vida, las relaciones sociales y las habilidades funcionales) también habremos de considerar factores socio ambientales, o externos, ya que la salud está íntimamente asociada con los servicios sociales existentes y disponibles, las actividades de ocio con la calidad del ambiente, la satisfacción con factores culturales, las relaciones sociales con el apoyo social y las habilidades funcionales con las condiciones económicas de los individuos.

2. Carácter subjetivo v/s carácter objetivo: Otro tema de debate se refiere al carácter subjetivo u objetivo de la calidad de vida y de ésta en relación con la salud. Al respecto existe consenso en identificar cuatro modelos conceptuales de calidad de vida, según los cuales, a) se define la calidad de las condiciones de vida de una persona, b) como la satisfacción experimentada por la persona en dichas condiciones vitales, c) como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, Calidad de Vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta y, finalmente, d) como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones, expectativas personales y de salud (Gómez-Vela M, Sabeih E, 2001).

La vida establece unas condiciones objetivas y la existencia humana proporciona conciencia y reflexión, es decir, subjetividad. No se puede ignorar ningún tipo de condición en ninguna consideración de la calidad de vida de un sujeto o de un grupo de sujetos determinados (Fernández Ballester, 1998). Por ejemplo, mientras que podríamos considerar como incuestionable el ingrediente de apoyo social del cual disfruta un individuo, se refiere a un hecho objetivo, es decir, al número de relaciones que un sujeto dado establece o mantiene en un período de tiempo determinado; no menos importante, sin embargo, es la condición subjetiva de la satisfacción que siente el sujeto en sus relaciones sociales”. Al respecto Pedrero (2001) nos advierte que “la reducción de la calidad de vida a la subjetividad (percepción individual de un estado de cosas importantes para el sujeto) permite mantener la sospecha de que se puede ser perfectamente feliz en medio de la miseria y la ignorancia.

De hecho, la realidad muestra que sólo a partir de la posesión de un mínimo de recursos, es decir, cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas, es posible hablar de calidad de vida relacionada con la salud en términos subjetivos (Aranibar, P, 2003). O, por decirlo de otro modo, la perspectiva de la calidad de vida que, como podemos apreciar, se revela como muy amplia y permite incrementar los marcos donde se inscribe el bienestar en nuestras vidas, poco podría perfilarse si las condiciones básicas para que sea una realidad no se cumplen: vivienda, alimentación servicios básicos, entorno comunitario, etc., por mucho que se desarrollen las habilidades y conocimientos sobre el control de nuestras condiciones de vida. (Pedrero, 2001)

3. Conceptualización única v/s conceptualización ideográfica: Otra cuestión implicada en la definición conceptual de calidad de vida se refiere a si es deseable establecer un concepto único, o general, de calidad de vida que sea aplicable a todos

los individuos o, si mas bien se trata de una construcción ideográfica, es decir que debería ser el propio sujeto quien definiera el concepto. “Dado que la calidad de vida se refiere a los aspectos subjetivos, algunos autores mantienen que sólo el sujeto puede decidir los elementos que determinan la calidad de su vida (...) dado que las necesidades humanas básicas son bastante generales es bastante improbable que los componentes de calidad de vida señalados por dos seres humanos diferentes, difieran en gran medida; lo que es probable es que ciertos componentes tengan más peso que otros en determinados momentos o en determinadas situaciones”(Fernández Ballesteros, 1998) .

Nuevamente, no existe consenso en la literatura sobre la naturaleza de las dimensiones que componen calidad de vida ni sobre la forma de seccionarlos. Es decir, no hay acuerdo acerca del carácter objetivo o subjetivo de las dimensiones ni sobre su carácter ideográfico o único (Fernández Ballesteros, 1986).

No menos importante es el hecho de que “ *la calidad de vida se expresa en diferentes contextos las circunstancias en las que se encuentra una persona determinada permiten la explicación –al menos hasta cierto punto- de su calidad de vida particular*” (Fernández Ballesteros, 1995, 2003). Lo anterior se refiere a que, si bien es posible aspirar a establecer una serie de componentes comunes de la CRVS de una persona o población, estos factores variarán en su significado, es decir, se les atribuirá una significación diferente de acuerdo a variables contextuales tales como la edad, el género, la posición social, étnica, religión etc. Por ejemplo, la salud, componente consensuado de la calidad de vida, puede tener una importancia secundaria para una persona joven sana, sin embargo, para una persona adulta mayor probablemente cobre una relevancia prioritaria.

El Instituto de Asuntos Sociales de Madrid (2005) recoge de Lawton (2001) las siguientes categorías en las que se incluyen diferentes dominios específicos:

1. Calidad de vida física: Estados de salud y calidad de vida relacionados con la salud. Es el dominio más ligado a la biología. Dolor, síntomas, limitaciones funcionales, y función cognitiva aparecen en casi todas las listas de dimensiones físicas de la calidad de vida.
2. Calidad de vida social. Incluye indicadores relativamente objetivos de enganche con el mundo externo. El nivel óptimo varía claramente según los individuos, por lo que alcanzar el máximo no es necesariamente lo mejor para todos. Las medidas incluyen tamaño de la red social, frecuencia de contactos, participación en actividades y espacio social.
3. Calidad de vida percibida. Generalmente representa el análogo subjetivo de la calidad de vida social, como la calidad familiar, de los amigos, del tiempo y la seguridad económica.
4. Calidad de vida psicológica. Se compone de los afectos posibles y de los síntomas disfóricos y necesidades personales que tienen un efecto más generalizado en la calidad de vida global. En este sentido, Schulz y Heckhausen (1996, recogido por Aranibar en 2006) ofrecieron un modelo de bienestar psicológico en el que el sentido de control personal (primario o secundario) es el elemento central.

De todo lo dicho lo que no se debe olvidar por parte de los investigadores, en cualquier disciplina, es el lema del Instituto Carlos III: “El envejecimiento de la población es una realidad y la mejora en la calidad de vida un objetivo”. También se deben concretar los determinantes de salud en la tercera edad, para poder estudiar la Calidad de vida relacionada con la Salud desde una perspectiva más holística. Entre los determinantes del estado de salud se encuentran componentes menos reconocidos en general pero técnicamente convalidados, que en el caso de la Tercera edad son muy importantes reconocer (hay otros que en el caso que nos ocupa lo son menos): el nivel de ingreso y de educación, el estado de nutrición, de saneamiento ambiental básico, los estilos de vida y la función social que se ocupa (Vassallo C y cols, 2001).

Este conjunto de factores unidos a la biología y a la historia personal de cada ser humano (entre otros determinantes), determina la salud de las poblaciones.

Estos cambios aluden de manera diferente al envejecimiento de la población y a la visión que se está teniendo de la calidad de vida. Para ésto tendríamos que referirnos al término de *campo* introducido por Pierre Bourdieu (2000), donde:

“El Campo serviría de mediación entre lo individual y lo social, es una red de relaciones objetivas entre posiciones, es un espacio donde los agentes pero a la vez se encuentran limitados por las mismas reglas que conforman el campo”.

Este término introducido para el consumo y la percepción estética podría tener un uso para explicar ese espacio subjetivo personal que se intenta objetivar, como es el caso de la calidad de vida y si aún cabe más en la ancianidad. Por contrario, la salud, quizás, por ser un término más viejo, y más redefinido, pero no por ello con verdad absoluta ni con realidad matemática está más asentado en la realidad social, es más entendible o más definible en la población en general.

I.4.2.- IMPORTANCIA DE LA FUNCIÓN SOCIAL EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE LA PERSONA MAYOR.-

La red social (Lahuerta, 2004) es el tejido de relaciones sociales que los individuos tienen y, según Berkman y Glass (2000, citado por Lahuerta), se relaciona con la salud a través de diversos mecanismos psicosociales: *a)* por el hecho de proporcionar apoyo social, tanto emocional como instrumental o de ayuda en la toma de decisiones o en la facilitación de información; *b)* por la influencia social que existe entre los actores de la red; *c)* por la participación y el compromiso social; *d)*

por el contacto persona a persona, y *e*) por el acceso a recursos materiales. Estos mecanismos psicosociales tienen efecto en la salud a través de los cambios en los estilos de vida (p. ej., consumo de tabaco o alcohol), de mecanismos psicológicos (autoestima o autoeficacia) y fisiológicos (relacionados con el sistema inmunitario o la reactividad cardiovascular, entre otros factores). Otros autores han definido la red social y el apoyo social de forma similar, aunque no siempre han ofrecido el mismo modelo conceptual para ello (Cohen S, 1985; House, 1988). El estudio del apoyo social se despierta fundamentalmente por la asociación positiva entre esta variable e índices de salud, asociación repetidamente observada y que se ha reflejado en un abundante número de trabajos de investigación y revisiones que dejan pocas dudas con respecto a la importante asociación entre la percepción del apoyo social, la salud y el ajuste psicosocial (Gracia y Gracia, 1999, recogido por Maróis S. y cols., 2004).

La percepción social hace referencia a los juicios elementales que, sobre las características de las otras personas, elaboramos en un primer contacto, y que revisten gran importancia debido a su función como elemento de guía para interacciones posteriores (León y Gómez, 1998). De hecho constituye el proceso mediante el cual podemos conocer a los demás. A lo largo de dicho proceso tiene lugar, de modo estructurado, la creación de categorías de conocimiento, fijándose la atención sobre aquellos elementos que resultan más invariantes, otorgándole un significado, que hace posible su interpretación.

El envejecimiento satisfactorio o exitoso se define en términos de "ausencia de enfermedades y discapacidades, mantenimiento de un nivel alto de capacidades físicas y cognitivas con preservación de actividades sociales y productivas". También la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el envejecimiento activo como el proceso de optimización de las oportunidades para obtener bienestar físico, social y mental, y extenderla esperanza de vida saludable, productividad y calidad de vida. No hay un patrón oro de envejecimiento con éxito, cada cual es, en

parte, artífice del suyo, sin que ello exima a la sociedad de su contribución para transformar el envejecimiento habitual en satisfactorio.

Mantener la capacidad funcional en ausencia de enfermedades y una vida social activa rica en relaciones interpersonales, son los elementos que definen al envejecimiento saludable o exitoso (Baltes y Baltes, 1990).

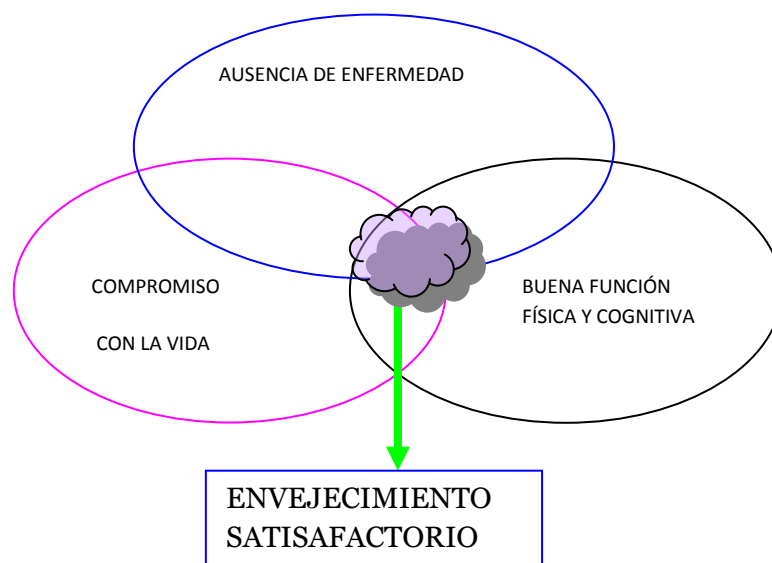


Figura n° 8: Diagrama de Envejecimiento Satisfactorio de Baltes y Baltes 1990

En contraposición, la fragilidad consiste en la disminución progresiva de la capacidad de reserva y adaptación de la homeostasis (homeostenosis) que se produce con el envejecimiento (Fries, 2001). Desde el punto de vista práctico, el término fragilidad representa un equilibrio precario entre componentes biomédicos y psicosociales que condicionarán el riesgo de institucionalización y muerte. Es por esto que podemos afirmar que el anciano frágil es el paciente diana de la medicina geriátrica, entendiendo por éste a con patologías que tienden a la incapacidad, con deterioro funcional o mental; con problemas sociales: pobreza, soledad, incomunicación..., o factores demográficos como ser mujer y mayor de 80 años. La OMS considera todos estos factores como de riesgo de dependencia, de institucionalización y de muerte.

En la actualidad es la norma discutir acerca de la existencia de diferentes marcadores biomédicos y psicosociales de fragilidad (Pérez S., 2004)

Ya, desde 1984 la Organización Mundial de la Salud (OMS) señaló diferentes situaciones para considerar ancianos en riesgo y dentro de ellas figuraron las siguientes de la esfera social: ancianos que viven solos, los de avanzada edad (mayores de 80 años), mujeres: ancianas, solteras y viudas, los ancianos que viven en instituciones, los que no tienen hijos, los que tienen escasos recursos económicos y las parejas de ancianos con uno de los cónyuges enfermo o discapacitado (Leturia y cols, 2001)

En lo esencial estos marcadores no han cambiado, sólo que actualmente distintos autores añaden o modifican algunos de ellos. En el anciano frágil domiciliario son los que a continuación se detallan: edad mayor de 80 años, vivir solo, viudez menor de un año, cambio de domicilio menor de un año y situación económica precaria. Por otro lado, los aspectos psicosociales que considera la escala GFI para medir fragilidad (Groningen Frailty Indicator) son: sentimiento de vacío, de abandono, de tristeza y la ansiedad los que podemos considerar como componentes psicológicos de la soledad (Leturia y cols, 2001).

Las personas mayores que han trabajado durante su vida y los que no lo han hecho, pero han vivido o convivido con personas que llegan al proceso de jubilación tienen un cambio en la función social que venían desarrollando hasta ese momento (Cardona y cols., 2003). La jubilación que en su momento supuso una de las conquistas sociales más importantes, ha alcanzado en la actualidad un significado distinto, más heterogéneo e incluso muy posiblemente una función social que difiere bastante de su sentido original. Durante el siglo XIX y aún a principios del siglo XX, la jubilación era contemplada como un derecho al que muy pocos terminaban accediendo, habida cuenta que la esperanza de vida oscilaba en torno a 33 años para los hombres y 35 para las mujeres a principios del siglo pasado. Actualmente, con un

envejecimiento poblacional progresivo en el que las personas mayores de 65 años cada vez son más, la jubilación ha dejado de ser únicamente un derecho de protección social, para convertirse también en un descanso impuesto y en un mecanismo de regulación laboral con un etiquetado social, “jubilado” (Buendía y Riquelme 1997, citado por Rodríguez F, 2007).

Las personas al envejecer se enfrentan a condiciones cambiantes, tanto de su propio organismo como del medio social en el que viven, el envejecimiento genera problemas comunes y retos similares para las personas (Saburido, 1999), pero no por ello se puede considerar un grupo homogéneo (Martínez B y cols, 2002).

Las medidas sociales son de gran importancia y su descuido son una de las causas más frecuentes del fracaso antidepresivo. Se debe favorecer en la medida de lo posible, la integración de la persona en su medio social, creando un soporte social o habilitándolo (familia, asociaciones de jubilados, asociaciones de barrio...), con ello se potencia el mantenimiento de una adecuada autonomía y de la autoestima. Este soporte social: “Percepción que tiene el sujeto, a partir de su inserción en las relaciones sociales de que es cuidado y amado, valorado y estimado, que pertenece a una red social de derechos y obligaciones (Turner 1983)”. No es la mera inserción objetiva en una red social densa, sino la existencia de relaciones con un significado de apoyo emocional, informacional y material.

Anteriormente la sociedad veía al adulto mayor con respeto y veneración, lo premiaba nombrándolo gobernante, pontífice y consejero (Gil C, 2003); hoy, con el surgimiento de la familia nuclear se crean una serie de mitos alrededor de la vejez que la asocian con enfermedad, inutilidad, impotencia sexual, aislamiento, pobreza, debilidad, depresión. Ese punto de vista moderno funciona como una profecía que se autopromueve; se considera al anciano de esta forma y ellos adoptan esa visión de sí mismos convirtiéndose en estereotipos legitimados por la sociedad; esta situación

crea una vulnerabilidad psicológica en los senectantes, definida como: no viene determinada solo por un déficit de recursos, sino por la relación entre la importancia que las consecuencias tengan para el individuo y los recursos de que disponga para evitar la amenaza de tales consecuencias (R. Lazarus, 1984).

Los acontecimientos traumáticos determinan un riesgo para la salud somática o psíquica. Existen tres órdenes de factores interrelacionados (Varela y cols, 2005)

- los sucesos vitales estresantes
- la falta de soporte social
- la vulnerabilidad de la organización psicobiológica individual.

Si realizamos un análisis de conjunto, tanto del envejecimiento individual como del poblacional podemos percibir sus consecuencias lo mismo a nivel microsocioal (familia) como macrosocioal (comunidad). A nivel individual se destacan las altas tasas de viudez, con mayor proporción de viudas que de viudos, lo que ha llevado a algunos a afirmar que "el mundo se está poblando de ancianas" (OMS, 1986).

La familia, como categoría histórica, es la célula de la sociedad y su vida y sus formas están condicionadas por el régimen económico - social imperante y por el carácter de las relaciones sociales en su conjunto (Rosental, 1981, recogido por Llanes en 2007).

La longevidad alcanzada en muchos países ha dado por resultado que surjan familias multigeneracionales, que incluyen como miembros a ancianos de por lo menos dos generaciones: abuelo y padre (Fernández y cols, 1999). La familia moderna difiere mucho de la familia de los siglos precedentes. La antigua familia patriarcal, estructurada como una pirámide, nucleada con todas las generaciones y el patriarca en el vértice de la pirámide, se caracterizaba por el respeto a los ancianos y

a su experiencia, por la ayuda de la familia a las personas mayores, y la utilización de estos en tareas productivas en el hogar. Por el contrario, la familia moderna se caracteriza por la fragmentación de su núcleo - los hijos y los nietos viven en hogares separados -, por el aislamiento de los ancianos, que en ocasiones no son soportados por los jóvenes (incompatibilidad, hábitos de vida, etc.) que lleva a la marginación y aislamiento de las personas de edad y al incremento de sus dificultades económicas, sociales y psicológicas (Incola, 1975, recogido por Ariza y cols en 2006).

El envejecimiento poblacional presupone una carga económica para la comunidad (Departamento de Estado y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EEUU, 2007):

1. Ha aumentado la razón de dependencia. Ésta es el reflejo de la dinámica social y de los valores sociales cuando se comparan los grupos dependientes con el productivo. Es un indicador del tamaño relativo de la población que no trabaja en relación con la edad y la que trabaja.

2. Los ancianos, al experimentar más problemas de salud que los jóvenes, incrementan los gastos por este concepto, lo mismo en consumo de medicamentos como en uso de servicios de salud y asistencia social.

Verbrugge y cols. (1994), plantean un modelo para explicar el proceso que conduce desde la enfermedad hasta la discapacidad o dificultad que una persona enferma tiene para desempeñar su rol social, siendo el grado de discapacidad uno de los factores que influyen sobre la calidad de vida de las personas y dependiendo éste de la interrelación entre la persona y su ambiente. La discapacidad para una determinada actividad ocurre cuando la capacidad personal para esa actividad no puede satisfacer la demanda del ambiente, de modo que la discapacidad puede

disminuir tanto aumentando la capacidad como disminuyendo la demanda (Aspiazu M y cols, 2002).

En las personas mayores la calidad de vida está principalmente determinada por la compleja interacción entre las características del individuo y su ambiente (Perlado, 1995; Aspiazu, 2001). En las personas de edad el nivel de salud y de bienestar parece estar estrechamente ligado al nivel de protección social ofertado, ya que sufren muchos problemas crónicos y discapacidades, consumiendo gran cantidad de recursos sanitarios y sociales, de forma directamente proporcional al grado de dependencia (Aspiazu y cols 2002).

La autonomía de los ancianos es un componente importante de su calidad de vida, de modo que el enfoque asistencial de la ancianidad debería dirigirse a la satisfacción de sus demandas y a la búsqueda de déficits encubiertos, con la instauración de las medidas correctoras pertinentes, incluyendo actividades de promoción y prevención (Benítez MR, 1992 recogido por Cid Ruzafa y cols , 1997; Aspiazu y cols 2002). Algunos estudios procuran esclarecer la relación existente entre las incapacidades funcionales de las personas mayores, el apoyo social de que disponen y la utilización de los servicios sanitarios y sociales (Béland F, 1995).

Entre las enfermedades crónicas de los mayores destacan la hipertensión arterial, la diabetes mellitus tipo 2, la hipercolesterolemia, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la artrosis, las neoplasias y las enfermedades mentales que afectan el estado del ánimo (síndromes ansioso-depresivos) (García FJ y cols , 2001). De ahí la importancia de todos los procesos asociados al envejecimiento o dependientes de la edad, tanto del punto de vista sanitario como económico. Algunas de estas enfermedades se ha demostrado que tienen relación con la afectación de la capacidad cognitiva y la probable aparición de una demencia (Hervas, A y cols, 2003).

La alta prevalencia de enfermedades psíquicas en los ancianos supone un importante problema de salud comunitaria (González C, M, 2001), cada vez más apremiante si consideramos que los estudios demográficos señalan un progresivo envejecimiento de la población, especialmente en los países desarrollados, tal y como se ha ido viendo a lo largo de la exposición. Las causas de esta situación hay que buscarlas, por una parte, en el propio deterioro o sufrimiento orgánico del cerebro, pero, en muchas ocasiones, las alteraciones psíquicas y más concretamente las depresiones, se asocian al estrés que experimenta este grupo de población, tanto a nivel económico, como social y psicológico.

De todos los trastornos psíquicos del anciano, el más frecuente es la depresión, que se puede definir como un estado de ánimo triste, decaído la mayor parte del día, con notable disminución de la sensación de placer o de interés en todas, o casi todas las actividades cotidianas (González C, M, 2001). Las depresiones en los ancianos muestran, en muchos casos, características especiales y, en ocasiones, resulta muy difícil establecer el tipo de depresión que presentan. Es habitual que estén más interesados por la evolución de sus síntomas físicos, por otra parte, frecuentes, que por su tristeza o melancolía. Esta situación hace que en la calidad de vida existan por un lado factores médicos, directamente relacionados con la salud y no médicos que comprenderían las circunstancias vitales relacionadas con la familia, trabajo, economía, relaciones sociales, religión, etc (Fernández Mayoralas, G, 2007), aunque todos están relacionados. La enfermedad y el deterioro no sólo afectan a la esfera física, sino que trascienden al aspecto psicológico, económico y a la vida familiar, laboral y social, del mismo modo que los factores externos pueden modificar el estado de salud (Orley y Kuyken, 1994).

La influencia de los factores sociales en el desarrollo de los trastornos mentales ha sido estudiada por la psiquiatría social (Bastide, 1988; Chanoit, Lermuzeaux, 1995; Rubiño 2007)) sirviéndose de la epidemiología descriptiva y

analítica y a través del establecimiento de relaciones entre las variaciones de prevalencia de un trastorno y los indicadores sociales (demográficos, culturales, temporales...). Aunque la diferencia transcultural de los rasgos puede ser pequeña, es una diferencia estadísticamente significativa, lo que posiblemente influya en las distintas prevalencias de los trastornos de personalidad según las distintas culturas (Kurtze, 1985).

I.4.3. MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN LOS MAYORES.-

Calidad de vida, salud y ancianidad son términos que han evolucionado a lo largo de la historia, por lo que el término en conjunto se evalúa en relación a los términos humanistas y científicos que existen en cada época en la que se estudia.

La Calidad de vida relacionada con la salud es algo casi novedoso, porque tal como se ha comentado los primeros textos aparecen en la edad clásica, aunque desde hace tres décadas se han retomado con nuevos bríos y con base científica. Como se ha venido exponiendo, quizás en parte, se deba a que el grupo de los ancianos han sido eliminados durante décadas de todos los estudios clínicos, en el caso de la hipertensión como ejemplo, porque se suponía que la tensión alta en el anciano era un remedio fisiológico para ayudar a algunos órganos deteriorados y no eran tratados (Gómez, F. 2004); en las tres últimas décadas esta situación ha ido cambiando gracias a los ensayos clínicos que se empiezan a realizar en la década de los 80.

La medición de la salud a lo largo de la historia se ha centrado en la enfermedad y en la muerte. A partir de las aportaciones de Graunt y Farr (recogido por Rosen, 1985), las estadísticas de mortalidad han sido los indicadores de salud poblacional utilizados con mayor frecuencia. Por otra parte la medición de la salud individual se ha basado en la de los diagnósticos médicos, aunque recientemente se

han desarrollado instrumentos más globales de salud y capacidad funcional percibida.

Algunos de estos instrumentos se utilizan tanto con fines individuales como poblacionales para medir la Calidad de Vida, relacionada con la Salud (CVRS) que es un concepto amplio y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno. (Grupo WHOQOL, 1994, 1996).

Existen múltiples razones para aplicar el Indicador de Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS) entre los que se destaca la preocupación actual de las personas, a medida que se incrementa su esperanza de vida. La transición demográfica actual con su disminución de los nacimientos y de la mortalidad, marcadamente en los países desarrollados, ha hecho que la esperanza de vida se incremente, lo que viene acompañado de un aumento de la discapacidad. Entre los distintos elementos a tener en cuenta, se encuentran los servicios de salud, que han de contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida (O'Shea, 2003).

El sector salud ha de dar su aporte desde distintos ángulos, para mejorar el Estado de Salud de la Población, el mejoramiento continuo de la calidad de la atención médica, el papel de la economía en la salud, mediante todos aquellos aspectos que inciden en la calidad de vida relacionada con la salud, o sea del "efecto de los tratamientos o intervenciones sanitarias en el bienestar de los pacientes", y es precisamente sobre este particular que realizamos el presente estudio.

Resulta entonces necesario medir la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), que no es posible hacerlo con los indicadores clásicos de morbilidad y mortalidad, y los científicos se ven obligados a utilizar otros instrumentos como las que se verán con posterioridad, de este modo, aplicada a la tercera edad debe estudiar aspectos tales como el estado de salud, el estado funcional, la predicción de

la incapacidad y la determinación de factores de riesgo. Para, partiendo de la información planificar programas preventivos, así como acciones concretas de salud (Dulcey- Ruiz y cols, 1999). Como ejemplo se exponen nuevas fórmulas de estudiar la Calidad de vida en relación con la salud, en el metaanálisis (Medrano y cols. 2005) realizado en población española encuentra que el porcentaje de obesidad/sobrepeso es del 48.3% (20% obesos) de la población estudiada. Es conocida desde hace mucho tiempo la asociación entre obesidad e hipertensión, así como entre el sedentarismo y las cifras tensionales, en el estudio realizado se ha demostrado la relación existente entre la disminución de cifras tensionales con el ejercicio (Whelton y cols. 2002). El estudio cuyo eje principal es la obesidad central, se acompaña además de HTA, de descenso de HDL, aumento de triglicéridos, hiperglucemia e insulinoresistencia (Alberti y cols, 2005. Recogido por sociedad andaluza de medicina de familia, 2006).

La prevalencia del Síndrome metabólico (SM) varía según los criterios utilizados como diagnóstico y la definición de SM utilizada. Esta prevalencia, se incrementa de manera continua con el aumento de edad y la obesidad. En España oscila entre el 19,3% (criterios OMS) y el 15,5% (criterios EGIR). Se considera que en población general puede existir una predisposición a la resistencia de la insulina del 40%. El SM afecta al 42% de las mujeres y el 64% de los varones con intolerancia a la glucosa y al 78% de las mujeres y el 84% de los varones con DM2 (Álamo A, 2008).

El estudio Hortera (MENA y cols, 2006), se ha estudiado la calidad de vida relacionada con la salud en un grupo de diabéticos, donde la edad media era de 66, 5 años, donde se ha demostrado que Entre los diabéticos el 6,39% no tenían ningún otro FRCV asociado, es decir eran no fumadores, presentaban un buen control de la tensión arterial (< 130/80 mmHg), estaban en situación de bajo riesgo según sus niveles de triglicéridos, HDL y LDL-colesterol (11) y su IMC era < 30 kg/m²; el

23,55% tenían un FRCV asociado, el 68,01% dos, y el 2,05% tres FRCV. El número de FRCV asociados se correlacionaba negativamente con la puntuación en las escalas de función social ($r_s = -0,391$; $p = 0,015$) y salud mental ($r_s = -0,359$; $p = 0,027$). La relación entre las escalas del cuestionario y los FRCV era evidente en el caso de la hipertensión arterial (HTA) y la obesidad: la TAS se correlacionaba negativamente con la puntuación en vitalidad ($r = -0,395$; $p = 0,022$), función social ($r_s = -0,493$; $p = 0,005$), salud mental ($r = -0,459$; $p = 0,007$) y MCS ($r = -0,403$; $p = 0,021$); por su parte el IMC se correlacionaba negativamente con la puntuación en rol físico ($r_s = -0,374$; $p = 0,023$), función social ($r_s = -0,496$; $p = 0,004$) y PCS ($r = -0,339$; $p = 0,045$); no había correlación entre las escalas del cuestionario y los niveles lipídicos. Donde concluyen que: las personas diabéticas, además de un peor estado general de salud y menos vitalidad, muestran puntuaciones inferiores en dos escalas físicas, función física y dolor corporal, afectando a las dimensiones físicas del concepto multidimensional de *calidad de vida relacionada con la salud*. Al igual que en el *Medical Outcomes Study*.

En el estudio de Hervás y cols., (2007), realizado en personas diabéticas, los autores han demostrado que los diabéticos tienen una peor percepción en su Calidad de vida relacionada con la salud, sobre todo en los conceptos de salud (relacionados con el grupo general) “Función Física”, “Salud General”, “Función Social” y “Rol Emocional”. Los pacientes diabéticos tienen una puntuación media inferior a la población general en todos los conceptos de salud, salvo en los apartados “Rol físico”, “Vitalidad” y “Salud Mental”. Otros conceptos de salud (“Rol Físico” “Vitalidad” y “Salud mental”) se encuentran igualados a los valores poblacionales.

Un hecho importante de constatar desde un inicio es que todas las mediciones de calidad de vida son medidas indirectas de una condición (Aranibar, 2006). Si la calidad pudiera ser cuantificada dejaría de ser una calidad (Cobb, 2000). Las medidas cuantitativas usadas en calidad de vida no deben ser juzgadas en términos de su

verdad o falsedad, sino en función a su adecuación para acercarnos a nuestro objeto de interés. Espinosa apunta que nunca se podrá comprobar directamente la calidad (Espinosa, 2000), pero no se deben obviar los métodos indirectos tanto biológicos como sociales, religiosos, culturales y mentales que acercaran a la situación con su realidad.

Las personas mayores no se pueden entender como un grupo homogéneo en el contexto social donde se circunscriben. Los diversos estudios demográficos resaltan su importancia numérica. Según los datos publicados (diciembre de 2002, sobre la base del censo elaborado en 2001), las personas mayores de 65 años en España suponen el 17% de la población, lo que supera a los menores de 16 años. En números absolutos: 6,9 millones frente a 6,3 millones.

Este dato estadístico que señala los cambios importantes que se están operando en nuestra pirámide de edad no puede suponer crear una conciencia de grupo aparte. Por otro lado esta relevancia numérica se presenta, hasta cierto punto, como un referente contradictorio. En las sociedades antiguas, aun siendo demográficamente minoritarios por las menores expectativas de vida, su estima era alta. Estas sociedades (Gil Calvo, 2003) eran proclives a la gerontocracia en detrimento de la valoración juvenil como edad subsidiaria y transicional de cara a una sociedad que estimaba a sus ancianos. Hoy por el contrario, sobre todo a partir de los años sesenta, el prestigio de lo juvenil está en alza. Asistimos a una cierta devaluación objetiva de lo que pueden aportar las generaciones mayores (Mederos y Puente, recogido por Pérez, 2004).

También se debe valorar el impulso que el Estado a través de distinto organismo hace para que esta salud sea un éxito en la población mayor desde diferentes situaciones tal y como recoge el Capítulo 3 del Informe 2006 de las Personas Mayores en España: Desde el ámbito académico se han destacado las diferencias en la génesis de los estados de bienestar europeos, que han dado lugar a

diferencias institucionales importantes y, sobre todo, a un reparto muy desigual de la provisión del bienestar entre distintos agentes. Se reconoce con ello que la protección social no es un asunto exclusivo del Estado o de las instituciones públicas; las familias, las instituciones sin ánimo de lucro y la Iglesia intervienen también en la satisfacción de las necesidades de los ciudadanos.

Ello no quiere decir, sin embargo, que el mismo hecho demográfico no suponga un referente en nuestra sociedad actual, tanto por el peso de los datos demográficos como por otras circunstancias (Moragas, 2001):

1. El referente económico: La existencia de una creciente población pasiva no productiva está generando preocupación política y social sobre como mantener el sistema de pensiones.
2. La incidencia política: En una sociedad democrática puede ser determinante el voto de los colectivos de electores que numéricamente están en alza.
3. La incidencia social: En los países con un cierto nivel de desarrollo, el interés y el esfuerzo por atender las necesidades de los mayores está presente. (Asamblea Mundial del Mayor, Madrid 2002). La propia sociedad, la familia, las interacciones sociales nos muestran el hecho evidente del colectivo mayor que, por otra parte, es el futuro al que todos nos encaminamos con el paso del tiempo.

A medida que en las sociedades desarrolladas se ha ido reduciendo la mortalidad prematura, los indicadores de “cantidad de vida”, han ido perdiendo sensibilidad para monitorizar la salud de la población (Casas y cols, 2001), pero resulta evidente que:

1. Una buena parte de las intervenciones se dirigen más a la calidad que a la cantidad de vida.

2. Que dicha ganancia es muy valorada por la población, y subyace en las preferencias sociales a favor de un sistema amplio y de calidad.
3. Que la perspectiva futura: epidemiológica y tecnológica, resaltarán el componente de mejora de la Calidad de vida relacionada con la salud (CRVS) en los avances e innovaciones de los servicios sanitarios.
4. Por tanto en una sociedad que envejece habrá servicios que se demandan más.

Es importante destacar qué conceptos básicos intervienen en la CRVS y qué instrumentos de evaluación miden mejor estos conceptos en las personas ancianas. Según Patrick y Erickson (1993) en el constructo CRVS intervienen los siguientes componentes:

1. la duración de la vida.
2. los síntomas o las lesiones
3. el estado de salud
4. la capacidad funcional
5. la oportunidad de salud

Este conjunto de componentes se estudian adecuadamente con la utilización de encuestas específicas que deben ser validadas para cada país. En el caso de España la SF-36 se ha validado y además se han hecho estudios por regiones donde el de Asturias (2004) arroja los siguientes resultados: nos muestra que los mayores niveles de calidad de vida relacionada con la salud entre la totalidad de las personas encuestadas se sitúan en los roles de Función Física (mediana 100, media 93,6 en la escala de puntuación (máximo posible de 100), de Función Social, y Rol Emocional. Por el contrario, aquellos roles que tienen las puntuaciones más bajas han sido la valoración de la Salud en general, el Dolor Corporal. En situación intermedia se

situaban los roles de Salud Mental, Rol Físico y el rol de Vitalidad. En el caso de la Hipertensión arterial la mayor afectación de calidad de vida en enfermos/as se encuentra en los roles Salud General (descenso del 39% de las puntuaciones) y Vitalidad (17%) así como los de Salud Mental y Rol emocional. En el caso de exceso de colesterol los/las afectados/as manifiestan mayores diferencias de niveles de calidad de vida en los parámetros de Salud General (28% menos) y Rol Físico (15%).

Las personas afectadas por diabetes mellitus manifiestan una pérdida de las puntuaciones de calidad de vida más marcada en el caso del Rol físico (27%) y Salud General (40%). Las personas que manifiestan tener enfermedades del corazón pierden sobre todo calidad de vida relacionada con el Rol Físico (35%) y Salud General (50%) además de Salud Mental (19%). Aquellas que manifestaron padecer o haber padecido depresión lo hacen también en Salud general (43% de descenso), y también en Salud Mental (48%), Rol Físico (33%), Vitalidad (32%) y Rol Emocional (30%). Todos estos componentes tendrían diferentes dimensiones, a las que corresponden indicadores directamente medibles, a través de observadores externos o del propio individuo o paciente (Alonso, 2000).

En un estudio realizado en Barcelona en personas asistidas (Ferrer O, y cols., 2005) encontraron que las personas institucionalizadas manifiestan tener peor calidad de vida asociada a la salud en las escalas Función Física, Rol emocional y Salud mental al tomar ambos sexos en conjunto y por separado, mientras que en las otras escalas se producen diferencias en función del sexo.

Como hemos venido viendo hasta el momento, los cambios demográficos producidos en las últimas décadas llevan a: “el envejecimiento de las sociedades”, provocando una realidad social hasta ahora desconocida: el incremento de la longevidad y el peso específico como grupo social de los ancianos (debido, entre otras, a la disminución de la natalidad y de la morbilidad), de manera directamente

proporcional a las mejoras en la calidad de vida de las personas. Un estudio realizado por Banegas y cols (2007) en población española adulta donde el propósito fue estudiar los efectos acumulativos de los factores de riesgo cardiovascular en todos los relacionados con la salud indica que los pacientes con obesidad o hipertensión o diabetes, o una combinación de estos factores están, en general, asociados con un peor estado de salud, relacionados con la calidad de vida, tanto en la escala física y mental, que aquellos sin esos factores, ($p < 0,05$). La obesidad en las mujeres (-2,9 a -6,7 puntos, según la escala) y la diabetes en los hombres (-6,1 a -16,4 puntos, según la escala) fueron los factores que más de cerca están asociados significativamente con la disminución de la salud relacionada con la calidad de vida. Las mujeres que tenían los tres factores fue el grupo que mostró la mayor disminución de la calidad de vida (-10,2 a -17,7 puntos, según la escala), y concluyen determinando que la obesidad en mujeres de edad y la diabetes en los ancianos son los factores que más afectan negativamente a la calidad de vida relacionada con la salud. La asociación con peor estado de salud, relacionado con la calidad de vida es especialmente marcada en mujeres con los tres factores, con lo que las hacen un grupo que requiere de especial atención y estudio (Banegas y cols 2007).

Existen diferentes modelos teóricos de evaluación de la Calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores, siendo escasos hasta hace poco tiempo. Pero la necesidad y demanda de evaluar la calidad de vida en personas mayores es igual que la de otros grupos de edad y está sujeta a los mismos requerimientos metodológicos (Reig, 2000). Han sido estudiados a través de diferentes diseños: transversales, longitudinales y experimentales; y en muy variadas poblaciones. A pesar de los aspectos subjetivos y la gran variabilidad entre poblaciones, hay algunos factores que permanecen constantes. Destacando entre ellos:

- Soporte social, es un elemento que favorece la calidad de vida independientemente de la fuente de donde provenga.
- Se ha sugerido que la calidad de vida en general pueden variar de acuerdo a la edad, el sexo, la condición de salud y la residencia.
- Los factores socioeconómicos y la escolaridad son elementos de importancia, pero no del todo determinantes para la calidad de vida de los ancianos.
- Aspectos relacionados con la salud; cualquier enfermedad en general afecta la calidad de vida, y en mayor medida los problemas de salud mental: desordenes de ansiedad, depresivos y afectivos.

Es importante destacar que existe un espectro de indicadores para la medición de dichos resultados, que incluyen cinco dominios principales:

- Mortalidad
- Morbilidad
- Discapacidad
- Incomodidad
- insatisfacción

Estos resultados que se obtienen son importantes, pero no se puede obviar que el lenguaje utilizado para describir las necesidades y los desafíos a los que las personas mayores se enfrentan expresa aspectos clave de la calidad de vida y muestra la información necesaria (Katz y Gurland, 1991, recogido por Yanguas, 2004). Este lenguaje incluye subsistencia y seguridad, preocupación por la dependencia y por el desarraigo del domicilio, pérdidas de autoestima, afecto, papel en la toma de decisiones y poder social y familiar que perciben y se les otorga, además del factor social vinculante con su estado de ánimo como se muestra en encuestas realizadas a varios grupos de personas mayores en Ceuta, divididos por edad, sexo y religión (en prensa).

I.4.4.- CUESTIONARIOS DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA.-

En 1994, en una reunión de expertos en Londres, patrocinada por la Unión Europea para el programa BIOMED, se dieron sugerencias para el uso de instrumentos para medir el nivel de salud y el de calidad de vida de una población entre otros aspectos, además de los resultados de una investigación sobre enfermedades cardiovasculares. El desarrollo de medidas de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) ha aumentado considerablemente en los últimos años, debido al impulso de programas como este, que han establecido dinámicas de investigación y marcos conceptuales de las mismas..

Las razones de este incremento son múltiples, pero sin duda ha sido fundamental su cada vez más frecuente inclusión en los ensayos clínicos tradicionales (Badía X y cols., 2000). En la actualidad existe un gran auge del enfoque de la enfermedad dentro de un contexto más "personal", en el que se considera tanto los factores psicológicos, como los sociales, y la implicación que la presencia de la misma tiene en la vida del paciente, o más concretamente en su "calidad de vida", aunque algo menos eufemísticamente tendríamos que hablar del deterioro o pérdida de calidad de vida causado por la presencia de la enfermedad. Esta nueva perspectiva intenta situar la enfermedad desde el punto de vista del paciente y, lógicamente, donde cobra más importancia es en aquellas patologías de carácter crónico como pueden ser la diabetes, enfermedades renales que precisan diálisis, la hipertensión arterial, la enfermedad de Parkinson, las enfermedades cardiacas etc. Por ello, se han desarrollado diferentes cuestionarios en los que el objetivo, es la medida de la salud percibida por el paciente, y cuya utilidad dependerá de su fiabilidad y validez, así como de las posibilidades de interpretación de los resultados desde la óptica clínica, psicológica y social (Molinero, 1998).

Los instrumentos desarrollados para medir calidad de vida se clasifican en instrumentos genéricos y específicos. Los primeros son útiles para comparar

diferentes poblaciones y padecimientos, pero tienen el riesgo de ser poco sensibles a los cambios clínicos, por lo cual su finalidad es meramente descriptiva. Los instrumentos específicos se basan en las características especiales de un determinado padecimiento, sobre todo para evaluar cambios físicos y efectos del tratamiento a través del tiempo (Velarde, y cols.2002)

Hablando de calidad de vida relacionada con la salud, no se pueden obviar los cuestionarios de salud, que cada vez son más generosos en la búsqueda intrínseca de los factores que afectan a la persona en su calidad de vida y en su salud. Prueba de ello son las diferentes cuestiones que se plantean y cada vez son más los instrumentos de CRVS adaptados para su uso en España (Badia, y cols. 1996), siendo importante la adaptación cultural. Las propuestas de adaptación cultural son las siguientes (Badia, y cols. 2002):

1. Es indispensable dominar qué significa y cómo se expresa en la cultura española el concepto que debe medir el cuestionario.
2. Seguir una metodología adecuada para la traducción del cuestionario de la lengua original a la cultura de la población a la que se va a estudiar.
3. Comprobar las propiedades métricas del cuestionario adaptado mediante el reescalamiento de los ítems y dimensiones en la cultura adaptada. La importancia relativa de los ítems puede ser distinta entre culturas.
4. Comprobar las propiedades psicométricas del cuestionario: la validez y la fiabilidad.

En España cada vez son más los cuestionarios adaptados siguiendo la metodología expuesta: El cuestionario de Salud de Goldberg y Williams, el Nottingham Health Profile, el Sickness Impact Profile, el SF-36, etc...(Vilagut y cols, 2005)

Los investigadores españoles deben utilizar estos instrumentos exigiendo los estándares científicos habituales en otras medidas utilizadas en la investigación y práctica clínica (Aymerich, y cols. 2005).

Estos dominios aparecen en diferentes sistemas evaluativos que se han utilizado en las dos últimas décadas produciendo diferentes instrumentos de medición de calidad de vida (Reig, 2000). Sin embargo, la literatura evidencia un escaso desarrollo de instrumentos específicos para personas de edad. A continuación se detallan brevemente los instrumentos para medir la calidad de vida en adultos usualmente utilizados en estudios relacionados con la vejez y los instrumentos diseñados para personas mayores más ampliamente utilizados (Aranibar, 2003):

1. Instrumentos genéricos: (Leturia 2001; Aranibar, 2005; Pane y cols, 2006)

A- Escala de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-100/WHOQOL-BREF), (WHOQOL Group, 1998): La OMS inició en Febrero de 1991 un proyecto para el desarrollo de un instrumento (WHOQOL) de medida de calidad de vida fiable y válido, que permitiera comparaciones transculturales, que se basó en las siguientes asunciones:

- 1) Se observa una amplia entidad englobada bajo el término «calidad de vida»
- 2) Puede construirse una medida cuantitativa de calidad de vida que sea fiable, válida y sensible.
- 3) Esta medida de calidad de vida puede ser aplicada a distintas poblaciones.
- 4) Cualquier factor que afecte a la calidad de vida debería influir sobre varios de los componentes del instrumento, y el instrumento debería, por tanto, servir como medida del efecto de las enfermedades y de las intervenciones de salud específicas sobre la calidad de vida.

En este contexto, se decidió diseñar un instrumento que: Uno, fuera desarrollado transculturalmente (15 centros a de todo el mundo colaboraron en su desarrollo), Dos, pudiese aplicarse tanto para medir la calidad de vida en una determinada cultura como para comparar la calidad de vida entre diferentes culturas, Tres, concediese importancia a la percepción del individuo, Cuatro, tuviese una aplicación potencial alta para la evaluación de la calidad de vida en distintas situaciones y diferentes grupos de población, y Cinco, tuviese rigor psicométrico y un desarrollo sistemático. Los ítems de que consta han sido obtenidos a partir de respuestas realizadas por pacientes con un amplio espectro de enfermedades, por personas sanas y por profesionales de la salud. Se han desarrollado dos instrumentos: el WHOQOL-100 y el WHOQOL-BREF.

El WHOQOL-100 consta de 100 ítems que evalúan la calidad de vida percibida por el sujeto. Estructuralmente, se compone de 6 áreas, las cuales a su vez están subdivididas en un total de 24 facetas (además de otra que integra la calidad global de vida y la salud general), que son: Salud Física, Funciones Psicológicas, Independencia, Relaciones sociales, Entorno y Espiritualidad/religión/creencias personales. El WHOQOL-BREF es una versión reducida del WHOQOL-100 que consta de 26 ítems. Tanto el WHOQOL-100 como el WHOQOL-BREF tienen una buena validez discriminante y de contenido y una adecuada fiabilidad test-retest. Las puntuaciones en las áreas del WHOQOLBREF se correlacionan con un coeficiente de 0,9 con las del WHOQOL-100. Ambos instrumentos están disponibles en más de 20 idiomas diferentes. La versión idiomática apropiada en cada país, y el permiso para usarlo, puede obtenerse en cada centro nacional de la OMS.

B. Agenda para la evaluación de la Calidad de Vida Individual (The Schedule for Evaluation of Individual Quality of Life, SEIQol): Su propósito es evaluar la calidad de vida desde una perspectiva individual (O'Boyle et al, 1995). Esta diseñada para ser aplicada en adultos (18 a 95 años) enfermos o sanos. No se puede aplicar a

personas con discapacidad cognitiva. La primera parte del SEIQol es una entrevista semiestructurada donde el individuo nomina las cinco áreas de vida que considera más importante para su calidad de vida general. Para ponderar la importancia dada por el individuo a cada área de vida seleccionada se utilizan 30 ítems.

C. MOS SF-36 (Medical Outcomes Study, 36-Item Short Form): Desarrollado en E.E.U.U. dentro del marco del «RAND Health Program», es uno de los instrumentos genéricos de calidad de vida más utilizados en pacientes crónicos en el mundo (Ware, 1992). Evalúa ocho conceptos de salud seleccionados en función de su amplia utilización en los estudios de salud o su fuerte soporte empírico, que son: Funcionamiento físico, Rol físico, Dolor corporal., Salud general, Vitalidad, Funcionamiento social, Rol emocional, Salud mental. Es autoadministrado y consta de 36 ítems. Requiere unos 5-10 minutos para su cumplimentación, proporcionando un perfil del estado de salud basado en la puntuación alcanzada en cada una de las ocho escalas o conceptos de salud. Éste es uno de los instrumentos genéricos más recomendable por diferentes razones:

- 1) Su universalidad, ya que es uno de los instrumentos genéricos más utilizados, no sólo en los Estados Unidos, sino en otros muchos países,
- 2) Su exhaustivo y riguroso estudio psicométrico,
- 3) La facilidad de su manejo, tanto por parte del clínico como del paciente y
- 4) La facilidad, rapidez y utilidad de la interpretación de los resultados.

Además es importante por su contenido, que incluye tanto salud física como mental, su robustez psicométrica y su relativa simplicidad son factores que pueden facilitar su utilización en la investigación. Dichos factores, unidos a la existencia de un proyecto internacional de adaptación del cuestionario original en quince países (International Quality of Life Assessment -IQOLA- Project) están convirtiendo al SF-36 Health Survey en uno de los instrumentos genéricos de medida del estado de salud con mayor potencial de uso internacional en la evaluación de los resultados clínicos (Alonso J. y cols. 1995)

D. Cuestionario de calidad de vida (Ruiz y Baca, 1991): El cuestionario de calidad de vida de Ruiz y Baca consta de 35 ítems evalúa la satisfacción del individuo en las siguientes dimensiones: Apoyo social (9 ítems), Satisfacción general (13 ítems), Bienestar físico/psíquico (7 ítems), Distensión laboral/tiempo libre (6 ítems). El instrumento permite obtener puntuaciones en cada una de las cuatro subescalas, así como una puntuación global

E. Inventario de Calidad de Vida, ICV (García Riaño e Ibáñez, 1992): El instrumento fue diseñado prestando especial atención a las dimensiones de salud mental así como a la evaluación de la calidad de vida en los enfermos físicos crónicos. Se identifican 13 dimensiones: Afecto positivo integral, Control emocional/conductual, Cultural, Económica, Física, Relaciones emocionales, Sexual, Ansiedad, Depresión, Familiar, Laboral, Religión, Social. Consta de 195 ítems constituidos en afirmaciones que hacen referencia a diferentes aspectos de la vida, en los que los sujetos deben manifestar su acuerdo o desacuerdo (escala de cinco niveles que oscila desde el total acuerdo al total desacuerdo).

F. Inventario de actividades y actitudes (Activity and Attitude Inventory, AAI), (Cavan RS et al. 1949): El inventario de actividades consiste en 20 preguntas que se ocupan de cinco áreas: Salud, Familia y amigos, Ocio, Seguridad económica y Actividad religiosa. El inventario de actitudes consiste en 56 ítems (acuerdo-desacuerdo) sobre la satisfacción con 8 áreas de la vida; Salud, Amigos, Trabajo, Seguridad económica, Religión, Utilidad, Familia, y Felicidad general. Análisis de aspectos psicométricos en: Palmore EB (1968).

G. Perfil del Impacto de la Enfermedad (The Sickness Impact Profile, SIP), (Bergner et al, 1976): Bergner concibió el instrumento para medir el status de salud mediante la evaluación del impacto de la enfermedad sobre las actividades cotidianas y la conducta (individual, social y de cuidados de salud). Este instrumento fue diseñado para ser aplicado a todo el espectro de enfermedades y grados de severidad, así como

a los diferentes subgrupos culturales. Está constituido por 136 ítems que se agrupan en las siguientes 12 categorías: Sueño y descanso, Alimentación, Trabajo, Manejo del hogar, Recreo y pasatiempos, Deambulacion, Movilidad, Cuidado corporal y movimiento, Interacción social, Grado de vigilancia, Conducta emocional y Comunicación. Cada una de los ítems considera un cambio en la conducta y especifica el alcance de la limitación. Puede ser administrado por un entrevistador en, aproximadamente, 20-30 minutos. También puede ser auto-administrado.

H. Índice de Bienestar Psicológico general (The Psychological General Well-Being index, PGWB Index), (H. Dupuy, 1978): Escala de evaluación de los sentimientos del individuo acerca de su «estado personal interior». Evita referencias a síntomas físicos o estrés emocional, por lo que no presenta problemas de interpretación tal como sucede con otras escalas de este tipo. Refleja sentimientos positivos y negativos que cubren cinco dimensiones: Estado de ánimo (ansiedad-depresión), Vitalidad, Autocontrol, Salud y Bienestar psicofísico. Se trata de un cuestionario auto-administrado, constituido por 22 preguntas, tanto positivas como negativas. Cada ítem se refiere a las últimas tres semanas, y el rango de respuesta es de 1 a 5 puntos que representan intensidad o frecuencia.

I. Perfil de Salud de Nottingham (The Nottingham Health Profile, NPH), (Hunt et al, 1981): Proporciona indicaciones sencillas acerca de problemas físicos, sociales y de salud emocional percibidos por el sujeto. Aunque influido en su desarrollo y diseño por el Sickness Impact Profile, Hunt (1981) establece las diferencias entre ambos instrumentos en que en su perfil, se pregunta directamente acerca de sentimientos y estados emocionales, y no indirectamente a través de modificaciones conductuales como hace el Sickness Impact Profile. Se trata de un cuestionario auto-administrado, constituido por 38 ítems que se agrupan en 6 secciones: Movilidad física (8 ítems), Dolor (8 ítems), Sueño (5 ítems), Aislamiento social (5 ítems), Reacciones emocionales (9 ítems), Nivel de energía (3 ítems). La interpretación de los resultados

se puede hacer tanto en base a un perfil (resultado de la puntuación obtenida en cada una de las secciones) o a partir de la puntuación global.

J. Cuestionario de Calidad de Vida (Quality of Life Questionnaire, QLQ), (Evans D, y Cope W, 1989): Se creó con la intención de evaluar de forma directa la calidad de la vida de un sujeto en un amplio espectro de áreas específicas de la vida. La aproximación del QLQ se basa en la asunción de que ciertas acciones o conductas de un individuo en respuesta a unas áreas específicas de la vida pueden ser consideradas como representativas de una buena calidad de vida contrastando con otros esfuerzos de medir calidad de vida como los indicadores sociales o las medidas de satisfacción con la vida.

Conceptualiza una estructura de calidad de vida en cinco áreas principales, constituidas, a su vez por una serie de subáreas. Además incluyó una escala de discapacidad social para permitir valorar la influencia de la misma en las respuestas de los sujetos. Estas áreas son: Bienestar general (Bienestar material, Bienestar físico, Desarrollo personal), Relaciones interpersonales (Relaciones maritales, Relaciones filiales, Relaciones familiares, Relaciones sociales), Participación en organizaciones (Política, Altruismo), Actividad laboral (Características trabajo, Relaciones en el trabajo, Satisfacción con trabajo), Ocio y actividades recreativas (Actividad creativa, Actividad deportiva, Vacaciones). Se trata de un cuestionario sencillo de 129 ítems, auto-aplicado, de fácil comprensión y cuyo tiempo de administración es aproximadamente 30 minutos. Existe una versión computerizada para su corrección e interpretación, y que a juicio de los autores resulta paradigmática por su grado de utilización y extensión en el mundo angloparlante. El QLQ es un instrumento válido tanto para evaluar la calidad de vida de un paciente como para medir el impacto que los programas comunitarios de salud general y mental tienen sobre la calidad de vida.

2. Instrumentos geronto-geriátricos de medición de calidad de vida

A. Cuestionario Breve de Calidad de Vida, CUBRECAVI (Fernández Ballesteros et al, 1996): Fue concebido para ser administrado mediante entrevista o auto administrado a personas mayores. Contiene 17 elementos agrupados en 9 áreas: Salud (salud subjetiva, objetiva y psíquica), Integración Social, Habilidades Funcionales, Actividad y ocio, Calidad Ambiental, Satisfacción con la vida, Educación, Ingresos y Servicios Sociales y sanitarios. Con el fin de poder ponderar la importancia subjetiva e ideográfica de cada uno de los componentes, el CUBRECAVI contiene también una pregunta en la que se interroga sobre el orden de importancia que el sujeto atribuye a los distintos determinantes de la calidad de vida

B. Escala MGH de Calidad de Vida (Álvarez M, Quintero G, Bayarre H), (Reyes C, 2002): Escala dirigida a evaluar la calidad de vida de los adultos mayores. Fue diseñada, validada y utilizada en Cuba por especialistas de la Facultad de salud Publica del Instituto de Ciencias Medicas de la Habana y el Centro Iberoamericano de la Tercera Edad. Esta conformado por 34 items. Las dimensiones que mide este instrumento son Salud, Condiciones socioeconómicas y Satisfacción por la vida.

C. Índice de Salud (Health Index), (Rosencranz y Pihlblad, 1970): El índice contiene dos componentes. Primero, los sujetos examinan una lista de 40 enfermedades o de condiciones médicas comunes entre las personas mayores y reportan la que tienen actualmente. En segundo lugar, los sujetos reportan los problemas de salud específicos experimentados en las últimas cuatro semanas y el grado y duración del confinamiento derivado de dichos problemas. El tipo de enfermedad, la duración y el tipo de confinamiento se ponderan en el cálculo de la puntuación del índice. (Psicométricos en: George y Bearon, 1980)

D. Índice de actividades de la vida diaria (Index of Activities of Daily Living), (Katz ST et al. 1963). Ha sido descrito como “más antigua, extensamente usada y más importante medida de calidad de vida”. Incluye escalas que describen seis funciones: Bañarse, Vestirse, Ir al baño, Traslado, Continencia y Alimentación. Para cada categoría se hace un juicio sobre si la persona es dependiente o independiente.

E. Cuestionario funcional multidimensional (Older Americans Resources and Services, OARS), (Duke University Center for the Study of Aging and Human Development, 1978): Este cuestionario es un componente de un instrumento más amplio (Pfeiffer E, 1975).

El cuestionario fue diseñado para medir el estado funcional de individuos o poblaciones en cinco dimensiones: Recursos sociales, Recursos económicos, Salud física, Salud mental, y Capacidad para el auto cuidado e independencia instrumental para actividades de la vida diaria. Cada dimensión produce un puntaje de estado funcional que se ubica en un continuo de seis puntos que va desde “excelente” a “totalmente deteriorado”.

La escala consiste en 72 preguntas contestadas por el entrevistado, 10 preguntas adicionales contestadas por un informante, 14 preguntas referidas al sujeto contestadas por el entrevistador, y 5 escalas principales calculadas por el codificador. (Análisis Psicométrico en: Pfeiffer E, 1975 y Fillenbaum GG 1978).

3. Otros instrumentos geriátricos.

MEDIDA**OBJETIVOS**

Medida del Control Deseado (Desired Control Measure, DCM): Reid Y Ziegler, 1980.	Determina si las personas mayores sienten que poseen control sobre eventos de importancia de su vida diaria.
Escala de Depresión Geriátrica (Geriatric Depression Scale, GDS): Yesavage et al, 1983.	Mide la depresión en personas mayores.
Escala de Satisfacción con el estilo de vida (Lifestyle Satisfaction Scale): Heal LW & Chadsey-Rusch, 1985.	Utilizado para medir la calidad de vida subjetiva en personas con discapacidad intelectual
Escala de Calidad de la vida en el retiro (Quality of Life in Retirement Scale): Maule AJ et al.,1996.	Se utiliza para evaluar calidad de vida en personas jubiladas.
Inventario de eventos estresantes (Inventory of Stressing Life Events): Bieliauskas LA et al., 1995.	Mide estrés en personas mayores. Lista de comprobación de 54 ítems.
Medida de Satisfacción con la Vida (Life Satisfaction Measure): Meadow HL, 1992.	Mide satisfacción con la vida entre personas mayores
Escala de Red Social de Lubben (Lubben Social Network Scale) Lubben JE, 1988.	Es usado para medir redes sociales en personas mayores.
Escala Moral (Moral Scale) Pierce RC & Clark, 1973.	Usada para medir la moral en personas de 60 y mas años
Escala de Depresión de Schwab-Gilleard (Schwab-Gilleard Depression Scale, SGDS): Gilleard et al, 1981.	Mide depresión en personas mayores.
Cuestionario de Selección, Optimización y Compensación (Selection, Optimization and Compensation Questionnaire) Baltes PB et al., 1990.	Mide los constructos mencionados en personas mayores.
Escala de Auto evaluación de funcionalidad (Self Evaluation of Life Function Scale, SELFS): Linn & Linn, 1985.	Evalúa la funcionalidad en personas mayores
Escala del sentido de la utilidad (Sense of Usefulness Scale): Stevens ES, 1993.	Determina la percepción de utilidad en la última etapa de la vida.
Escala de Recursos Sociales (Social Resources Rating Scale): M Powell Lawton, 1986.	Utilizado para evaluar los recursos sociales de las personas mayores.
Escala geriátrica de Stockton (Stockton Geriatric Rating Scale, SGRS): Meer B & Baker, 1966.	El SGRS fue diseñado para medir la severidad del deterioro en personas mayores institucionalizadas.
Escala de Salud Subjetiva (Subjective Health Rating): Suchman EA et al., 1958.	Se utiliza para evaluar el grado de salud subjetiva de las personas mayores.
Entrevista de “carga” de Zarit (Zarit Burden Interview): Zarit SH et al., 1980.	Se utiliza para medir la carga subjetiva de brindar cuidados a un adulto.

Tabla nº 5 : Diferentes Escalas geriátricas para la medición de la Calidad de vida y la Salud.

II. JUSTIFICACIÓN

La Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2008) advierte a España que, entre todos los países europeos, es el que tiene el problema más serio respecto al envejecimiento de la población y, por lo tanto, respecto al futuro de la protección social. En España, los cambios demográficos y sociales están produciendo un incremento progresivo de la población en situación de dependencia. Por una parte, es necesario considerar el importante crecimiento de la población mayor de 65 años, que se ha duplicado en los últimos 30 años, pasando de 3,3 millones de personas en 1970 (un 9,7 por ciento de la población total) a superar los 6,6 millones en el 2000 (16,6 por ciento). A ello hay que añadir el fenómeno demográfico denominado «envejecimiento del envejecimiento», es decir, el aumento del colectivo de población con edad superior a 80 años, que se ha duplicado en tan sólo 20 años (Ley de dependencia, BOE nº 299).

Por lo tanto, España se enfrentará a este desafío, y a los problemas que surjan a raíz de él, mucho antes que los demás países europeos, con la necesidad de reaccionar con políticas públicas. Además existe un gran error generalizado con el que viven muchas personas, entre ellas muchos ancianos, es el prejuicio de creer que la vejez es un período necesario y fatalmente de declinación, deterioro, enfermedad y caos, en todos los sentidos. Los resultados de las investigaciones actuales en el campo de la gerontología han demostrado lo incierto y falso de esta idea.

Los países occidentales, especialmente los más desarrollados, experimentan un proceso de envejecimiento demográfico progresivo, y España el que más en el contexto de Europa. Esto se debe principalmente a un aumento de la longevidad gracias al crecimiento de la expectativa de vida que ofrecen los adelantos de la ciencia. Pero también se observa una disminución de la natalidad, lo cual vuelve "viejas" a esas sociedades.

Hasta hace pocos años las políticas sanitarias de éstos países tenían como objetivo primordial disminuir la morbi-mortalidad y elevar la expectativa de vida en

las poblaciones, sin tener en cuenta aquellos aspectos cualitativos y subjetivos que forman parte de la percepción que las personas mayores tienen de su situación. En los últimos años ha cobrado un interés especial el concepto de calidad de vida, cómo medirla en las personas concretas y en los grupos poblacionales y cómo mejorarla. Aunque en la actualidad el concepto de calidad de vida da lugar a controversias y discrepancias, tanto entre los profesionales médicos como sociólogos, investigadores, responsables de políticas sanitarias y entre los propios pacientes, ya que se trata de un constructo en el que intervienen diferentes dimensiones y factores que la conforman: social, cultural, económica, sanitaria, religiosa y política, no siempre tenidos en cuenta.

A partir de la definición que la OMS (Organización Mundial de la Salud) propone de Calidad de Vida, se vienen desarrollando instrumentos de medición que permiten una valoración integral de las personas y de su salud. Resulta interesante aplicar esos instrumentos a las personas mayores, para conocer sus necesidades, entre otras, el impacto de las enfermedades y sus tratamientos y de los factores socioeconómicos y culturales de su entorno, para valorar las posibles mejoras se pueden ofrecer desde las instituciones socio-sanitarias, pues debemos reconocer que la imagen de la vejez, varía también según quien la observe, ya sea un niño, un adolescente, un adulto o un anciano, por lo que es interesante saber que concepción tienen los propios ancianos de su **Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)**.

Todo ello nos lleva a plantearnos en esta Memoria de Tesis Doctoral, la CVRS en la población mayor de Ceuta, estudiando tanto los aspectos objetivos como subjetivos, ambos del máximo interés para concluir acerca de la percepción global de la CRVS, utilizando cuestionarios y/o escalas para tal fin, validadas en España. Ello nos permitirá observar y conocer las analogías y divergencias que existan con la población del mismo tramo de edad en el resto de las comunidades autónomas.

Hemos decidido trabajar con personas de diferentes clases sociales, opciones religiosas y barriadas, con el fin de conformar un grupo nutrido de realidades diferentes y por ello más cercano a la representatividad de la población ceutí.

III. OBJETIVOS.

Las dimensiones que conforman la calidad de vida relacionada con la salud en las personas mayores se ven afectadas por diferentes factores: culturales, sociológicos, antropométricos y biológicos; En el presente Proyecto de Tesis Doctoral, nos proponemos estudiar la CVRS en la población de personas mayores de Ceuta (España). Se trata por tanto de un estudio multidimensional y observacional de la CVRS de los mayores ceutíes, teniendo en cuenta una serie de variables antropométricas, de estilos de vida y clínicas, en función de la multiculturalidad y multiconfesionalidad de los mayores.

OBJETIVOS:

1. Desarrollar un estudio etnográfico previo, para conocer las características de la Ciudad (marco geográfico).
2. Elaborar un cuestionario específico para recoger las diferencias culturales, religiosas y sociales, como posibles factores diferenciales de la CVRS.
3. Seleccionar los instrumentos de CVRS (genérico y específico) y comprobar sus características psicométricas en la población de estudio.
4. Describir y analizar las puntuaciones obtenidas en las diferentes dimensiones de CVRS, en función del sexo, grupo religioso-cultural y distrito donde residen los mayores.
5. Comparar las puntuaciones de CVRS en los mayores ceutíes con la población española de referencia, en relación con el grupo religioso-cultural
6. Comparar las puntuaciones de CVRS de la población general de mayores con un grupo activo del aula de mayores de la Ugr en Ceuta.
7. Analizar los resultados del cuestionario específico de Ceuta en función del grupo religioso-cultural y distritos de residencia de los mayores.

IV. MATERIAL Y MÉTODO.

4.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.-

Para responder al problema planteado se ha considerado adecuado utilizar un diseño observacional correlacional, en el que se han recogido los datos directamente de los sujetos investigados, sin manipular o controlar ninguna variable. Se han utilizado además datos secundarios, sobre todo los provenientes de fuentes bibliográficas, a partir de los cuales se desarrolló el marco teórico del estudio.

Los datos se recogieron en un tiempo determinado, y sobre una muestra de población general multicultural de Ceuta de personas mayores con un límite de edad comprendido entre los 65 y 80 años de edad; de la cual se han delimitado dos grupos en relación con la decisión de participar en el Aula de Formación Permanente de la Universidad de Granada por parte de algunos actores, que han quedado consignados como: Grupo General y Grupo Activo. Desde este momento es importante señalar que, habida cuenta de la composición del Grupo Activo como grupo de comparación se han considerado tan sólo los individuos de cultura cristiana de ambos sexos, ya que en el Aula de mayores sólo hay alumnos de este grupo cultural-religioso.

En la investigación llevada a cabo se han utilizado técnicas cuantitativas y cualitativas, entre esta última destacar el desarrollo cuasi-etnográfico que se ha desarrollado, ya que aunque empleando conceptos y métodos etnográficos tradicionales se han combinado con otros métodos y marcos teóricos diferentes a la propia etnografía en un enfoque interdisciplinario (Wolcott, 1985).

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.-

2.1 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE REFERENCIA.-

El territorio de la Ciudad Autónoma de Ceuta posee 19,3 km² de superficie donde conviven cristianos, musulmanes, judíos, y en menor medida paquistaníes e indios. Esta superficie se divide en seis distritos (éstos a la vez en subdistritos y en barriadas), a saber:

1. Zona centro,
2. Monte Hacho,
3. Zona de las Puertas del Campo,
4. La franja de terreno que va desde la Playa Benítez a la Playa del Chorrillo,
5. Las barriadas de los Rosales y Juan Carlos I,
6. Las barriadas del Príncipe Felipe, Príncipe Alfonso y el campo exterior.

Los distritos más populosos son:

- Núm. 4: 17.821 habitantes,
- Num. 3: 17.082 y
- Num. 1: 12.719.

En la tabla que aparece a continuación se detalla la población total de hecho por cada distrito, sin distinción de grupos etarios, ni opción religioso-cultural ni si son válidos o inválidos.

	AÑO 2003			AÑO 2004		
Barriada	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Distrito 1	6.267	6.177	12.444	6.379	6.340	12.719
Distrito 2	4.155	4.085	8.240	4.170	4.110	8.280
Distrito 3	8.708	8.407	17.115	8.687	8.395	17.082
Distrito 4	8.977	8.977	17.620	9.046	8.775	17.821
Distrito 5	5.254	4.915	10.169	5.176	4.913	10.089
Distrito 6	5.132	4.619	9.751	5.109	4.608	9.717
TOTAL	38.493	36.846	75.339	38.567	37.141	75.708

Tabla n° 6: Distribución de la población de Ceuta por distritos

MAPA DE CEUTA CON LOS DIFERENTES DISTRITOS.



Figura n° 9: Mapa de Ceuta con división manual de los 6 distritos burocráticos de la ciudad.

Al analizar la población en función de la edad observamos que es muy joven, puesto que el 62% tiene menos de cuarenta años (la población se ha rejuvenecido

dado que en el año 2003 ese porcentaje era del 60%). Tenemos una fuerza de trabajo importante, ya que el 67,6% de la población está en edad laboral, ratio similar al 2003.

Población total según edad y sexo en el año 2004

	Total	Varones	Mujeres
0-10 años	11.228	5.688	5.540
11-20 años	10.421	5.321	5.100
21-30 años	12.967	6.978	5.989
31-40 años	12.533	6.533	6.000
41-50 años	10.666	5.521	5.145
51-60 años	7.095	3.749	3.346
61-70 años	5.566	2.719	2.847
71-80 años	3.799	1.568	2.231
81-90 años	1.284	450	834
+ 90 años	149	40	109
Total	75.708	38.567	37.141

Tabla n° 7: Distribución por edad de la población.

2.2 POBLACIÓN DE REFERENCIA.-

La edad que se ha seleccionado comprende desde los 65 hasta los 80 años de edad. El límite inferior del intervalo se corresponde con la edad de jubilación en España y el superior con lo que algunos autores convienen en considerar como paso a la cuarta edad, donde se incluye el término de anciano frágil (OMS, 1984), que se ha visto en el capítulo de Introducción

El universo de la población, consta de un total de 7.078 personas, de la ciudad de Ceuta. Hay que constatar que aunque en Ceuta hay personas de varias religiones los más numerosos son los cristianos y los musulmanes, no haciéndose distinción en el estudio de sectas o religiones independientes dentro de un mismo grupo religioso.

Distribución de personas mayores de 65 a 80 años de edad ambos inclusive en el año 2006.-

DISTRITO	SEXO	TOTAL
1	M	815
	V	692
2	M	441
	V	341
3	M	931
	V	761
4	M	920
	V	699
5	M	499
	V	353
6	M	323
	V	303

Tabla nº 8: Personas mayores de 65 años en la ciudad de Ceuta. Año 2006

La población total es de 7.078 individuos en el momento del estudio, dividida en 3.929 mujeres y 3149 varones.

2.3. MUESTRA.-

2.3.1. GRUPO GENERAL

Los criterios de inclusión de la muestra fueron: personas de ambos sexos, con rango de edad igual o superior a 65 años e inferior o igual a 80 años, que fueran válidos (según la descripción realizada), pertenecientes a los distintos grupos religioso-culturales, y que vivieran en Ceuta al menos los últimos 20 años.

El tamaño muestral se ha obtenido mediante el algoritmo de cálculo para análisis de diferencias en una muestra aleatoria simple procedente de una población de la cual se conoce el número de individuos que la integran:

$$n = \frac{z^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{e^2 \cdot (N - 1) + z^2 \cdot p \cdot q} = \mathbf{365 \text{ personas.}}$$

Donde:

n es el tamaño de la muestra;

Z es el nivel de confianza;

p es la variabilidad positiva;

q es la variabilidad negativa;

N es el tamaño de la población;

e es la precisión o el error

Estas se distribuyeron según sexo y edad, tomando como referencia la población total, y respetando el índice que corresponde a cada distrito poblacional. Como se detalla en la siguiente tabla:

DISTRITO	SEXO	TOTAL
1	M	42
	V	36
2	M	23
	V	18
3	M	48
	V	39
4	M	47
	V	36
5	M	26
	V	18
6	M	17
	V	16

Tabal nº 9: Cantidad de personas representativas por distrito y división por sexos

2.3.2. GRUPO ACTIVO.-

Este grupo está formado por 45 personas de cultura cristiana, de ambos sexos, con una media de edad entorno a los 70años. El criterio para incluirlos ha sido que estas personas pertenecen y acuden con asiduidad al Aula de Formación Permanente de la Universidad de Granada en Ceuta.

2.3.3. GRUPO DE COMPARACIÓN DEL COLECTIVO GENERAL DE CEUTA.-

Este grupo lo forman las personas de opción religioso-cultural cristiana, que pertenecen al grupo general y que se han utilizado para la comparación con el grupo activo, sólo se han incluido a estas personas pues en el grupo activo no hay nadie de otras opciones religioso-culturales.

2.4 FUENTES DE INFORMACIÓN.-

La información utilizada en este trabajo ha procedido de diferentes fuentes de información que a continuación se detallan.

2.4.1. INFORMACIÓN SOCIAL Y ANTROPOMÉTRICA.-

Para la recogida de datos se elaboró un cuestionario, que figura en el anexo 3, donde se anotaban los datos requeridos para el estudio, pertenecientes a cada participante. Una vez recogidos se pasaron a un libro de Microsoft Excel.

2.4.2. INFORMACIÓN CLÍNICA.-

Constituida por los datos incluidos en la historia clínica de la persona (en soporte informatizado). Quienes carecían de historia clínica en el Servicio Público de Salud (INGESA), se les realizó una extracción de sangre (datos recogidos en el anexo 3). Todos estos datos se volcaron en una tabla de Microsoft Excel confeccionada para este estudio.

2.4.3 INFORMACIÓN SOBRE PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y PROPIA DE CEUTA.-

Para la recogida de estos datos se utilizó la encuesta SF-36 y la propia de Ceuta elaborada por nosotros, la información obtenida se almacenó en Microsoft Excel para su posterior estudio. El formato de las dos encuestas utilizadas se presentan en los anexos 1 y 2.

2.5 MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS.-

La información obtenida mediante las fuentes anteriormente indicadas, como se ha señalado, se trasladaron de soporte papel a dos bases de datos (1. sociodemográficas y clínicos; 2. calidad de vida relacionada con la salud y propia de Ceuta). Disponían de campos correspondientes a las diferentes variables utilizadas y las elaboradas a partir de éstas.

Se debe destacar, que debido a que algunos participantes no sabían leer y escribir, y otros tenían problemas con el idioma, se tomó la decisión de que siempre hubiera alguien entrenado en el momento de la elaboración. De esta forma se podrían contestar dudas que tuvieran o solventar algún problema que surgiera. Había un equipo de 3 personas para esta función que fueron adiestradas para tal fin.

4. 3 VARIABLES.

3.1 DEFINICIÓN Y MEDIDAS DE LAS VARIABLES.-

Las variables utilizadas en el presente estudio se han agrupado según se indica, como:

1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

- Sexo: Cualitativa binaria; 1 = hombre 2 = mujer.
- Edad: Cuantitativa.
- Barriada donde reside: Cualitativa nominal.

- 1 = Zona centro,
 - 2 = Monte Hacho,
 - 3 = Zona de las Puertas del Campo,
 - 4 = La franja de terreno que va desde la Playa Benítez a la Playa del Chorrillo,
 - 5 = Las barriadas de los Rosales y Juan Carlos I,
 - 6 = Las barriadas del Príncipe Felipe, Príncipe Alfonso y el campo exterior.
- Opción religioso-cultural: Cualitativa ordinal.
 - 1 = Cristianos
 - 2 = Musulmanes.
 - 3 = Judíos
 - Estado civil: Cualitativa Nominal.
 1. = Casados
 2. = Viudos
 3. = Solteros
 4. = Separados

2. VARIABLES ANTROPOMÉTRICAS.-

- Peso: Cuantitativa (Kg).
- Talla: Cuantitativa (cm).
- IMC: Cuantitativa (Kg/m²)

Criterios: (Según el Expert Panel on the Identification, Evaluation and Treatment of Over weight y SEEDO 2000).

- Normopeso: hasta 25 Kg/m².
- Sobrepeso: de 25 a 30 Kg/m².
- Obesidad: 30 ó más Kg/m².

3. VARIABLES CLÍNICAS.-

A. Hábitos de riesgo:

- Fumador: Cualitativa binaria; 0 = no fumador o exfumador de más de 1 año; 1 = fumador.
- Bebedor: Cualitativa binaria; 0 = no bebedor; 1= bebedor(de más de tres copas de vino al día).
- Sedentarismo: Cualitativa ordinal; 0 = sedentario; 1 =moderado; 2=activo

B. Factores de riesgo clínico:

- PAS/PAD: Cuantitativas (mmHg);
 - Grupos de Presión arterial: Cualitativa ordinal (mmHg)(Criterio SEH-SEC, 2003, si no corresponden a la clasificación se sitúan en el rango más elevado).
 - 1 = Óptima: < 120 / < 80.
 - 2 = Normal: 120 -129 / 80 – 84.
 - 3 = Normal-Alta: 130 - 139 / 85 - 89.

4 = HTA grado 1 “leve”: 140 – 159 / 90 – 99.

5 = HTA grado 2 “moderada”: 160 -179 / 100 – 109.

6 = HTA grado 3-4 “grave”: $\geq 180 / \geq 110$.

7 = HTA “sistólica aislada”: $\geq 140 / \leq 90$.

- Determinación de glucosa en sangre: Cuantitativa (mg / dl).
 - Grupos de Hiperglucemia: Cualitativa ordinal (mg/dl). (Criterio de Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus 1997; 2003).
 - 1 = Normoglucemia: 100.
 - 2 = Glucemia basal alterada: ≥ 100 y ≤ 125 .
 - 3 = Diabético: >125 .

- Determinación de serie lipídica en sangre: Cuantitativa (mg/dl)
 - Colesterol total: Cualitativa ordinal (mg/dl), medida en tres niveles (Criterio de la NCEP-ATPIII).
 - 1 = Deseable: < 200
 - 2 = Normal- alto: de 200 a 239 mg/dl
 - 3 = Alto: ≥ 240
 - c-HDL: Cuantitativa (mg/dl).
 - c-LDL: Cuantitativa (mg/dl).
 - APO-B: Cuantitativa

4. VARIABLES DEPENDIENTES DE LAS ANTERIORES.

A. VARIABLES DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADAS CON LA SALUD.

Percepción del estado de salud, evaluada mediante el cuestionario de salud Short Form 36 (SF-36). Las 8 dimensiones que conforman la encuesta son variables cuantitativas continuas. Además incluye el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual y en la del año anterior, que son variables cuantitativas continuas.

B. VARIABLES ENCUESTA ESPECÍFICA DE CEUTA.

Medida de la influencia del hecho de vivir en Ceuta sobre la calidad de vida. Formada por tres dimensiones que conforman la encuesta. Son variables cuantitativas continuas.

4.4 MÉTODOS.-

4.1 INSTRUMENTOS DE MEDIDA.-

A. CUESTIONARIO DE SALUD SF-36.-

Es un instrumento desarrollado en la década de los 90, del siglo pasado, a partir de una extensa batería de cuestionarios utilizados en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS, Ware y Sherbourne, 1992) en

Estados Unidos. Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud, detectando tanto estados positivos de salud como negativos, siendo aplicable a la población en general mayor o igual a 14 años de edad.

Consta de 36 preguntas o items, que exploran 8 dimensiones o escalas del estado de salud: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud Mental. De forma genérica evalúa el perfil del estado de salud en población general al igual que en personas con diferentes diagnósticos médicos, que siguen la siguiente calificación:

Definición de las dimensiones y calificación de los temas:

1. Función Física (FF): Grado de limitación para hacer actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos (10 items).
2. Rol físico (RF): Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades (4 items).
3. Dolor corporal (DC): Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar (2 items).
4. Salud General (SG): Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse (5 items).
5. Vitalidad (VT): Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento (4 items).
6. Función Social (FS): Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual (2 items).
7. Rol Emocional (RE): Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias (3 items).
8. Salud mental (SM): Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general (5 items).

Estas ocho dimensiones se unifican en dos a modo de medidas resumen, ya que, no está diseñado para proporcionar un índice global, aunque en ocasiones se han propuesto puntuaciones resumen de salud física y de salud mental, mediante la combinación de las respuestas de los temas, que son:

1. Componente Salud física (CSF): formada por FF, RF, DC, SG, VT.
2. Componente Salud Mental (CSM): formada por: SG, VT, FS, RE, SM.

Las puntuaciones tienen unas características que a continuación se detallan:

- A) Los temas y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud; cuanto mayor sean, mejor estado de salud.
- B) El rango de las puntuaciones para cada dimensión oscila de 0 a 100.

Las escalas del SF-36 están ordenadas de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de salud. Para el cálculo de las puntuaciones, después de la administración del cuestionario, hay que realizar los siguientes pasos:

1. Homogeneización de la dirección de las respuestas mediante la recodificación de los 10 ítems que lo requieren, con el fin de que todos los ítems sigan el gradiente de: A mayor puntuación, mejor estado de salud.
2. Cálculo del sumatorio de los ítems que componen la escala (puntuación cruda de la escala).
3. Transformación lineal de las puntuaciones crudas para obtener puntuaciones en una escala entre 0 y 100 (puntuaciones transformadas de la escala).

A continuación se detallan, las preguntas en relación a las diferentes dimensiones a las que pertenecen:

<u>DIMENSIONES</u>	<u>ITEMS</u>
GH (Salud General)	1, 33, 34, 35, 36
HT (Salud Actual)	2
PF (Función Física)	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12
RP (Rol Físico)	13, 14, 15, 16,
RE (Rol Emocional)	17, 18, 19
SF (Función Social)	20, 32
BP (Dolor corporal)	21, 22
VT (Vitalidad)	23, 27, 29, 31
MH (Salud mental)	24, 25, 26, 28, 30

Tabla n° 10: Dimensiones SF-36 y los ítems que las componen

Para este estudio ha sido utilizada la “versión estándar 1.0”, que hace referencia al estado de salud en las 4 semanas anteriores al momento de pasar la encuesta. Ha sido autorrealizada, pero siempre había una persona a la que se le podía consultar en caso de duda, o si no entendían una pregunta. La fiabilidad de una medida se refiere al grado en que está se encuentra libre de errores aleatorios y proporciona, por lo tanto, resultados consistentes (Sarabia, 1999). De acuerdo a George y Mallery (1995), la fiabilidad se relaciona con el hecho de que el instrumento de medición produzca los mismos resultados cada vez que sea administrado a la misma persona y en las mismas circunstancias. Así, normalmente los instrumentos empleados en las ciencias sociales se pueden considerar fiables si, con independencia de quién los administre y del modo en que se haga, se obtienen resultados similares. En este trabajo, de cara a la valoración de la fiabilidad de las medidas se ha utilizado el alfa de Cronbach, que es el indicador más ampliamente utilizado para este tipo de análisis. Este coeficiente determina la consistencia interna de una escala analizando la correlación media de una variable con todas las demás que integran dicha escala. Toma valores entre 0 y 1, aunque también puede mostrar

valores negativos (lo que indicaría que en la escala hay ítems que miden lo opuesto al resto). Cuanto más se acerque el coeficiente a la unidad, mayor será la consistencia interna de los indicadores en la escala evaluada, aunque no existe un acuerdo generalizado sobre cual es el límite que demarca cuándo una escala puede ser considerada como fiable o no. Según George y Mallery (1995), el alfa de Cronbach por debajo de 0,5 muestra un nivel de fiabilidad no aceptable; si tomara un valor entre 0,5 y 0,6 se podría considerar como un nivel pobre; si se situara entre 0,6 y 0,7 se estaría ante un nivel débil; entre 0,7 y 0,8 haría referencia a un nivel aceptable; en el intervalo 0,8-0,9 se podría calificar como de un nivel bueno, y si tomara un valor superior a 0,9 sería excelente. De tal manera que cuanto más se aproxime a 1 el valor estadístico, mayor será la consistencia interna de los ítems que componen la escala de medida.

Esta versión fue validada para España por Alonso y cols (1998). Más tarde Vilagut y cols., (2005) realizaron un estudio para estudiar la validez y las características del test, exponiendo los siguientes datos:

En la mayoría de los estudios, el coeficiente de consistencia interna α de Cronbach superó el valor mínimo recomendado para las comparaciones de grupos (α de Cronbach = 0,7) en todas las escalas, excepto en la Función social. Las escalas Rol físico, Función física y Rol emocional obtuvieron los mejores resultados de fiabilidad y en la mayoría de ocasiones superaron el valor de 0,90, límite recomendado para las comparaciones individuales. En un estudio realizado en Holanda entre población turca y marroquí (Hoopman y cols 2006), se encontró una fiabilidad de 0,70 para la comparativa de los grupos, por lo que confirman el uso de la escala SF-36 en musulmanes, si bien los autores creen necesarios más estudios de psicometría en los grupos minoritarios de los Países occidentales. Un estudio publicado dos meses antes que el anterior, enfrenta a la población autóctona de Holanda con la primera generación de marroquíes y turcos y se concluye diciendo

que hay que hacer más estudios y dando mayor importancia a la investigación cualitativa, ya que se sospecha que para los grupos enfrentados el concepto de Salud percibida no es el mismo (Agyemang C, y cols 2006).

Con el fin de obtener una estimación conjunta del coeficiente α de Cronbach de cada escala a partir de todos los estudios, se llevó a cabo un metaanálisis para cada una de las escalas utilizando siempre el modelo de efectos aleatorios, dado que se observó heterogeneidad entre los estudios en todos los casos. Las estimaciones conjuntas obtenidas a partir del metaanálisis de los coeficientes α de Cronbach fueron $\geq 0,9$ para las escalas Función física, Rol físico y Rol emocional. Las estimaciones conjuntas del resto de las escalas superaron el valor de 0,7.

La reproducibilidad del cuestionario se evaluó mediante la comparación de las puntuaciones medias obtenidas en las 2 administraciones del cuestionario (t de Student) y el cálculo de los CCI (coeficientes de correlación interna) en el estudio realizado en pacientes con enfermedad coronaria estable. Las puntuaciones medias de la administración inicial y la realizada a las 2 semanas fueron muy similares, con una diferencia marginalmente significativa para la dimensión de Función física (-3,7; $p = 0,04$). Los CCI (coeficientes de correlación interna) fluctuaron entre 0,58 en la escala de Rol emocional y 0,99 en la escala de Rol físico.

Es necesario señalar que el SF-36 no incluye algunos conceptos de salud importantes, como los trastornos del sueño, la función cognitiva, la función familiar o la función sexual. Ello es especialmente relevante cuando se diseñan estudios en que los pacientes sufren enfermedades o efectos secundarios de tratamientos que pueden afectar a alguna de estas escalas o conceptos de salud. Esta situación es lo que nos ha hecho elegir esta encuesta y no otra, ya que el estudio está fundamentado en la población mayor en general y no específica en un tipo de individuos enfermos.

Es este estudio es importante destacar lo que apunta el investigador principal del cuestionario español: “en estudios en los que los aspectos sociales (Función Social: 2 ítems) deben medirse de manera detallada, es probable que se deba complementar este cuestionario con otras preguntas o escalas específicas de este concepto” . Sin duda, este hallazgo merece un estudio específico en poblaciones donde la prevalencia de los problemas de función social sea mayor (p. ej., ancianos). Aunque no se puede obviar como apuntan Tuesca (2005) y Alonso y cols. (1999) que en estudios españoles ha mostrado una evidencia importante sobre su fiabilidad, validez y sensibilidad, lo que hace que la versión española sea válida. Cabe destacar la necesidad de tener en cuenta la influencia cultural que existe en cualquier cuestionario de medida del estado de salud y, por tanto, la importancia de utilizar métodos que aseguren la equivalencia conceptual en el proceso de adaptación (Alonso, J, 1995), por cuya razón optamos por someterlo, a pesar de las evidencias previas respecto de su validación, a un análisis de Fiabilidad y Validez.

B. CUESTIONARIO ESPECÍFICO PARA LA POBLACIÓN DE CEUTA.-

Este cuestionario surge a partir del trabajo etnográfico que forma parte de la presente investigación, para construir una idea. Ésta era conocer la calidad de vida en relación con la salud de las personas que vivían en Ceuta y qué factores eran determinantes en esta percepción, lo que exigía la utilización o confección de herramientas de trabajo específicas que estuvieran validadas o que hubiera que validar, además de conocer las cuestiones que la población mayor valoran en su calidad de vida relacionada con la salud.

Para este estudio concreto se necesitaba efectuar un acercamiento al mundo social de la ciudad y de sus personas mayores, y por ello se hacía necesario determinar dónde estaban los actores principales y cuáles los lugares más oportunos

para observar y anotar todo lo que fuera importante para el posterior cuestionario y conocimiento de las percepciones y realidades que se buscaban. Para ello se fundamentó el estudio en los pasos indicados por Spindler y Spindler (1987). Antes de desarrollarlo se debe situar el marco geográfico de la ciudad donde se realiza el estudio, entre los años 2004-2006.

Los nueve criterios del rigor científico:

1. Las observaciones requieren contextualización: Ceuta año 2004, población mayor de 65 años y menor de 80, un universo de 7.078 personas. Hacía poco tiempo que asuntos bélicos y militares movieron al mundo árabe. España actúa de intercesor: julio 2002, la Isla del Perejil es tomada por el Reino de Marruecos, incertidumbre y sorpresa en la población de Ceuta, alegría por ser recuperada. Existe cercanía en el tiempo y es recordado. Se destaca que las observaciones se realizan en los diferentes distritos de la Ciudad, conformados todos ellos por diversas barriadas. Éstas son diferentes en cuanto a la forma de vida y a las personas que las viven, Existen barriadas tradicionales como son El Sarchal, San Amaro, Villajovita, y otras que están marcadas por el cambio urbanístico y socio demográfico que en ellas se han producido en los últimos tiempos, como son Haddú, Puertas del Campo y el propio centro de la ciudad, donde han desaparecido las formas urbanísticas tradicionales.
2. Las hipótesis emergen durante el estudio: teníamos claro que el estudio sería observacional donde se describiera la Calidad de Vida Relacionada con la Salud, utilizando el cuestionario SF-36, pero además queríamos incorporar al estudio un cuestionario específico para la población de Ceuta, por lo que a través de la observación participante y de entrevistas a grupos de discusión se llegó a realizar una encuesta para medir el aspecto de aislamiento geográfico respecto a las demás regiones españolas y el sentimiento de fronterización que suponíamos tenían algunos ciudadanos ceutíes, así como la

multiculturalidad que envuelve a las personas que viven en Ceuta, cómo la entienden y cómo la viven, y si estas situaciones intervienen en la Calidad de Vida relacionada con la Salud.

3. Las observaciones son prolongadas y repetidas: las observaciones se realizan en diferentes puntos de la ciudad, donde hay un mayor número de personas mayores, en el rango de edad planteada. Por un lado se realiza observación no sistematizada de la vida diaria desde el trabajo de enfermería y por otro lado se utiliza la observación sistematizada o controlada, en diversos lugares: Centros de Salud, Imserso, Jardines, Mercado Central y observación muy sistematizada utilizando preguntas categorizadas.
4. Con las entrevistas, observaciones y otros procedimientos se obtiene una mirada cercana a la realidad: la mirada cercana aparece con la secuencia de las entrevistas y con el manejo de las categorías observadas y previamente catalogadas.
5. Logra obtener conocimiento de los informantes de una manera sistemática: el propósito de los grupos de discusión era a través de preguntas estructuradas obtener información para realizar la encuesta específica de Ceuta.
6. Los instrumentos son resultados de la investigación: los instrumentos utilizados efectivamente son resultados de la investigación social desarrollada. Además en la fase de análisis se han utilizado instrumentos no previstos debido a la información acumulada.
7. Posibilidad de aplicación transcultural: Las personas observadas y las que han participado en los grupos de discusión y las posteriores encuestas pertenecían a las tres grandes religiones monoteístas que hay en Ceuta. Esto ha supuesto un abanico amplio de conocimiento transcultural. Las encuestas eran realizadas por personas que leían las preguntas y explicaban el significado si era requerido por los participantes, ya que muchos de ellos no escribían ni

leían en castellano. Se pensó en realizar una traducción al árabe, pero esto resultó imposible, ya que el dialecto que se habla en Ceuta, el *dariya*, no tiene lengua escrita. Por lo que se decidió pasar unas encuestas previas para conocer si darían algún problema las preguntas y a los entrevistadores se les preparó adecuadamente.

8. Se hace evidente lo implícito y lo tácito de los informantes: Se han hecho evidentes algunas situaciones relativas al sentimiento de aislamiento geográfico según la religión que profesan.
9. Riesgos de sesgo del entrevistador al direccionar las respuestas, como la verdad o el difícil acometer de una investigación sociosanitaria cuando el investigador principal es de la ciudad estudiada. Pero analizándolo retrospectivamente, los datos que se han obtenido hacen de este sesgo un riesgo muy poco significativo.

En primer lugar se procedió a pedir información al centro Nacional de Estadística con el fin de obtener el universo de la población de Ceuta, a continuación se solicitó del ayuntamiento a solicitar la población distribuida por distritos, distintos grupos etarios y división por sexo. Una vez concretada la población que iba a ser estudiada, se definieron las técnicas que se iban a utilizar, y estas fueron (Hammersle y Atkinson, 1994):

1. Observación participante.
2. Realización de entrevistas semiestructuradas.
3. Realización de entrevistas individuales.
4. Diseño y aplicación de cuestionarios a la muestra específica.

1. Observación Participante:

Esta técnica se caracteriza por la existencia de un conocimiento previo entre observador y observado y una permisividad en el intercambio. El observado puede dirigirse al observador y el observador al observado en una posición de mayor cercanía psicológica pero con un nivel de participación bajo o nulo (Aguirre Baztán, A., 1995). El objetivo principal es la descripción de grupos sociales y escenas culturales mediante la vivencia de las experiencias de las personas implicadas en un grupo, con el fin de captar cómo definen su propia realidad y los constructos que organizan su mundo (Rodríguez F., 2002). Como se ha apuntado la observación se desarrolló en Ceuta en el año 2004 y hasta mayo de 2005.

La definición del problema: Opinión de las personas mayores de Ceuta sobre los factores que condicionan su Calidad de vida en relación a la Salud.

Escenario de la observación y espacio físico: Ceuta, como cualquier ciudad tiene sus peculiaridades, que pueden resultar fundamentales a la hora de realizar esta técnica. Una vez recogida la información se analizó, donde se podía ir para realizar la observación participante que más tarde nos ayudaría a definir los actores del estudio. Estos lugares fueron: IMSERSO, Centros de Salud, Asociaciones de vecinos, residencias de mayores, casas particulares a las que se accedía a través de conocidos y amigos, mercados y plazoletas.

Espacio temporal: La observación se llevó a cabo en diferentes épocas del año, con el fin de observar el máximo grupo de personas y en diferentes momentos de la vida. De tal manera que la observación en el mercado se realizaba entre las 9 y las 10 de la mañana aproximadamente; en el bar del imsero a media mañana y por la tarde; en los centros de Salud por la mañana; en las Asociaciones de vecinos se realizaba cuando existía algún acto comunitario; en las plazoletas en la mañana o a la caída de la tarde en verano y en invierno sobre las cinco de la tarde. A las casas se

acudía cuando éramos invitados a entrar o cuando se actuaba de enfermera se preguntó previamente a doce familias si podáis tomar nota de lo que observábamos, ocho estuvieron de acuerdo desde el principio, otras dos aceptaron al cabo de las dos semanas de acudir a la casa. A la residencia de mayores se acudía a la hora que transcurre entre la merienda y la cena, donde las personas se congregan a ver la tele o a pasear en los jardines de la residencia.

Sujetos de estudio y criterios de selección: Los criterios de selección para las personas observadas, fueron de edad, entre 65 y 80 años de edad; que fueran válidas para las actividades de la vida cotidiana, y vivieran en Ceuta.

Objetivo de la observación: Recolectar datos sobre las reacciones de las personas en la calle, en relación a posturas, formas de andar, ropa que usan, formas de hablar, durante el tiempo que estén realizando la función de que se trate.

Acceso al escenario y espacio físico: Cada lugar necesitaba de un sitio diferente para realizar la observación. Esto requería presentarnos a los grupos de personas explicando cuál era nuestro objetivo y pedíamos permiso para estar cerca y anotar lo que veíamos e incluso poner cintas casete para grabar las conversaciones. Al principio las personas se reían y nos tomaban por locos, pero poco a poco se fueron acostumbrando y resultaba difícil no intervenir, sobre todo cuando preguntaban nuestra opinión. El espacio físico en la mayoría de los casos era la calle, exceptuando los centros de salud, el inserso, y la residencia de ancianos.

Reacción ante la observación: Resultaba llamativa la curiosidad que despertaba en los transeúntes, pero nadie se paraba a preguntar. Al principio de las observaciones, los participantes se sentían incómodos, pero poco a poco se acostumbraron a la presencia y lo tomaron con naturalidad.

2. Entrevistas semiestructuradas:

El desarrollo de las entrevistas: A partir de las características recogidas en la observación participante se decidió realizar las entrevistas. Las dos primeras entrevistas grupales se hicieron en la Escuela de Enfermería de Ceuta, las demás se realizaron en una casa particular y en un establecimiento público que nos dejaron para tal fin. Se realizaron un total de 17 entrevistas grupales. En un primer momento se realizaron en grupos de 6 personas divididas por opción religioso-cultural y sexo, de tal manera que se trabajó con un grupo de 6 mujeres musulmanas, un grupo de 6 mujeres cristinas, un grupo de 6 mujeres judías, un grupo de 6 hombres musulmanes, un grupo de 6 hombres cristianos y un grupo de 4 hombres judíos. Entre ellos había personas, casadas, viudas, solteras y separadas. Estas fueron un total de 17 reuniones. Más tarde se procedió a reuniones compartidas por opción religioso-cultural, pero no por sexo. Estas fueron 3. La edad media de las mujeres fue de 67.5 años y de los hombres 68.2 años de edad.

El ritmo de la conversación: La entrevista es una forma de diálogo, de conversación, en la que hay un acuerdo tácito y explícito sobre el sentido de la relación, basado en un turno de preguntas y respuestas. La entrevistadora debe ganarse la confianza de la persona entrevistada, dejarla hablar y escucharla.

Cuando se empezaron las entrevistas semiestructuradas, con los diferentes grupos de discusión, divididos por sexo y religión (musulmana, cristiana y judía), surgieron diferentes dudas que fueron disipándose posteriormente, conforme las entrevistas se iban sucediendo. Así se le fueron dando forma a las categorías planteadas desde la Observación participante.

Esta fase se desarrolla entre los años 2005 y 2006, para la realización de ésta se decidió trabajar con grupos de discusión divididos por sexo y opción religioso-cultural, para seguir la dinámica observada en la primera etapa de la investigación en

cuanto a lo que los actores hacían, y a que se pudo observar, ya que los hombres y mujeres suelen realizar actividades divididas por género, aunque convivan y realicen actividades de ocio grupales, siempre permanece la división de género. Además el sentirse entre personas de la misma "clase" hace que los participantes se sientan cómodos en el grupo y se crea el contexto en que se da la libertad para discutir abiertamente pensamientos, sentimientos, conductas, y para expresar ideas socialmente impopulares o provocadoras (Lederman, 1990).

La primera entrevista se realiza en el mes de enero pasados pocos días de los Reyes Magos (6 de Enero, se especifica porque es llamativo que siendo una fiesta de religiosidad católica, en Ceuta el evento social y lúdico lo celebran todas las culturas.

3. Entrevistas individuales.-

Se realizaron un total de 41 entrevistas individuales, siempre empezaron con un discurso de para que estábamos las dos personas, después de la consabida presentación. La pregunta anzuelo que se realizaba era ¿Cómo viven las relaciones con las personas de su quinta?. Y dependiendo de cómo surgía la conversación se utilizaban preguntas preparadas o no. Estas entrevistas se realizaron en diferentes sitios, la mayoría fueron en las casas de los propios actores, sobre las 6 de la tarde y la media de duración era de hora y media. Otras se realizaron en algún lugar público y en el jardín de Plaza de África.

La información obtenida mediante todas estas técnicas, se utilizó para la elaboración de una encuesta que se pasó posteriormente a las personas que conformaban la muestra. Esta fase se empieza a realizar en febrero de 2007, concluyendo la elaboración de la encuesta final que se dio por válida, en marzo de 2008.

El cuestionario consta de 14 ítems, tipo Likert de los cuales 7 miden aislamiento, 5 multiculturalidad, y 2 miden frontera - seguridad. Cada pregunta contestada se evalúa con una puntuación del 1 al 4, recodiéndose las preguntas negativas para obtener la valoración final en el mismo sentido. A continuación se exponen las preguntas negativas y positivas del test:

<u>DIMENSIONES</u>		<u>ÍTEMS</u>			
AISLAMIENTO	POSITIVAS	2	8	11	12
	NEGATIVAS	1	4	9	
MULTICULTURALIDAD	POSITIVAS	14			
	NEGATIVAS	13	15	18	19
FRONTERA	POSITIVAS	3			
	NEGATIVAS	10			

Tabla nº 11: Dimensiones encuesta propia de Ceuta y los ítems que la componen

Los valores crudos obtenidos se trasladaron a escala 0-100, mediante la expresión:

$$\text{Escala (0-100)} = \text{Puntuación Bruta} - \text{Puntuación Media} / \text{Recorrido}.$$

El cuestionario fue sometido a los criterios de Fiabilidad y Validez, con los perfiles y categorías que se detallan:

1. Perfil Aislamiento: Entendido éste como la distancia tanto física como psíquica que tiene la persona con respecto a sus congéneres, en todas las dimensiones del ser humano. Se refiere a la percepción de aislamiento que tienen las personas encuestadas con relación a la vida que hacen en una ciudad rodeada de mar y

fronteras y que sienten el barrio como su espacio de identidad. Se definen tres categorías: Aislamiento Sensación, Aislamiento Cultura y Asilamiento Vejez (Anexo 2)

2. Perfil Multiculturalidad: Comprende la percepción que tienen las personas sobre las relaciones sociales con personas que sean de diferente cultura, religión y etnia, y como ésta condiciona la calidad de vida de las personas mayores. Se evidencian tres categorías dentro de esta dimensión: Multiculturalidad Calidad, Multiculturalidad Alteridad y Multiculturalidad Actitud. (Anexo 2).
3. Perfil Frontera- Seguridad: Esta formada por la percepción de dependencia con Marruecos de la actividad económica, además de la inmigración que afecta a Ceuta por la frontera con Marruecos. Se conforma una categoría: Frontera Diferencia (Anexo 2).

4.2. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO.

Para el tratamiento estadístico de los datos hemos recurrido a criterios no paramétricos, utilizando el paquete estadístico SPSS versión 15.0 (Scientific Packet Socoal Statistic), tras haber realizado un test de parametricidad (Kolmogorov-Smirnov) que evidenció la existencia de valores extremos que aconsejaron esta metodología.

Para el análisis de las diferencias de 2 muestras independientes, se ha utilizado el test de Wilcoxon. En los casos en que se han considerado más de dos factores, se aplicó el test de Kruskal-Wallis para el análisis de diferencias de k muestras no pareadas, como paso previo que respaldase un análisis pormenorizado de parejas, mediante el test de Wilcoxon.

El estudio de asociación de variables cualitativas se ha realizado mediante tablas de contingencia y test de χ^2 . Los estudios de correlación con variables cuantitativas se llevaron a cabo mediante el cálculo de la ρ de Spearman.

El estudio de validación de los cuestionarios utilizados se realizó siguiendo criterios de Fiabilidad mediante el test de consistencia interna α de Cronbach y Validez de Construcción con la ejecución de un análisis factorial.

Todas las variables se presentan en tablas separadas por grupos, en las que se recoge, para una mayor información, el valor promedio y el error estándar de la media, a pesar de no haber utilizado criterios paramétricos. Se ha considerado como límite de significación el valor de la probabilidad $p \leq 0,050$.

V. RESULTADOS.

El apartado de resultados se ha realizado siguiendo mismo orden descritos en Material y Métodos. Hemos indicado, al comienzo de cada apartado analizado, su título correspondiente, para una mayor claridad, quedando como a continuación se detalla :

5.1. Descripción de la muestra. Variables:

1. Sociodemográficas.
2. Clínicas.

5.2. Validación de los cuestionarios:

1. Sf-36;
2. Específico de Ceuta.

5.3. Evaluación de la calidad de vida, mediante instrumento sf-36.

- 5.3.1.- Datos comparativos.
 - 5.3.2.- Resultados aplicación del cuestionario.
 - 5.3.3.- Resultados sf-36 en relación al distrito donde se vive y al grupo cultural-religioso.
 - 5.3.4.- Representación de las dimensiones del cuestionariosf-36 en relación al distrito de residencia y grupo cultural-religioso.
 - 5.3.5.- Comparación grupo general y grupo activo (aula de mayores UGR-Ceuta).
- 5.4. Resultado del cuestionario específico de Ceuta.

En aras de la mayor validez de los resultados, hemos de indicar nuevamente que, previo al análisis de significación específica para los diferentes pares considerados (cristiano-musulmán; cristiano.judío; y judío musulmán) mediante el Test de Mann-

Whitney, se ha realizado una prueba no paramétrica (test de Kruskal-Wallis, que indicaba aquellas variables donde era procedente estudiar con detalle el sentido de la significación

5.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA:

I. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

II. VARIABLES CLÍNICAS

MUESTRA GENERAL

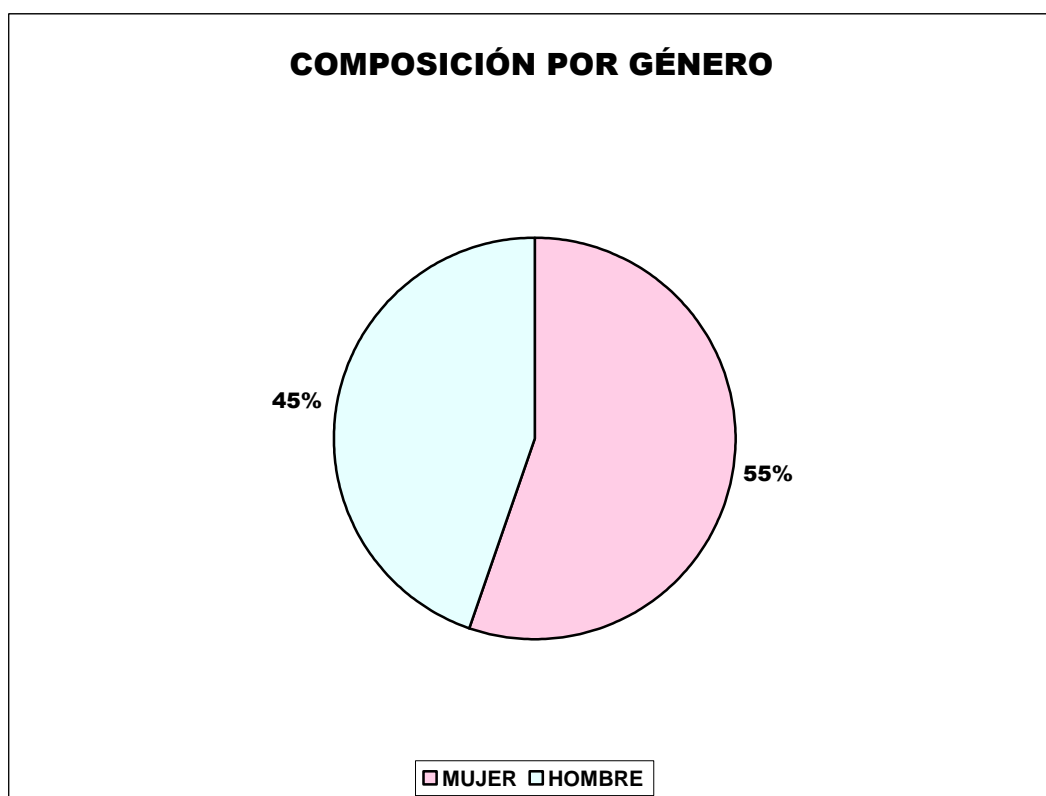


FIGURA10.- En la figura se representan los porcentajes de hombres y mujeres de la Muestra General, mayores de 65 años, en la Ciudad Autónoma de Ceuta.

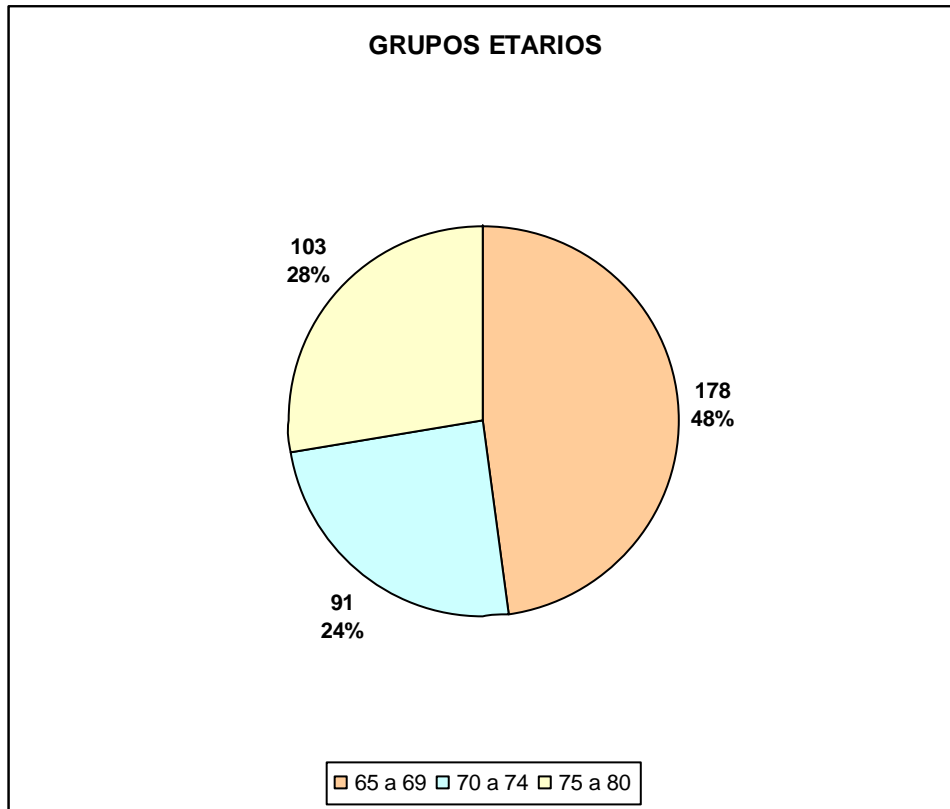
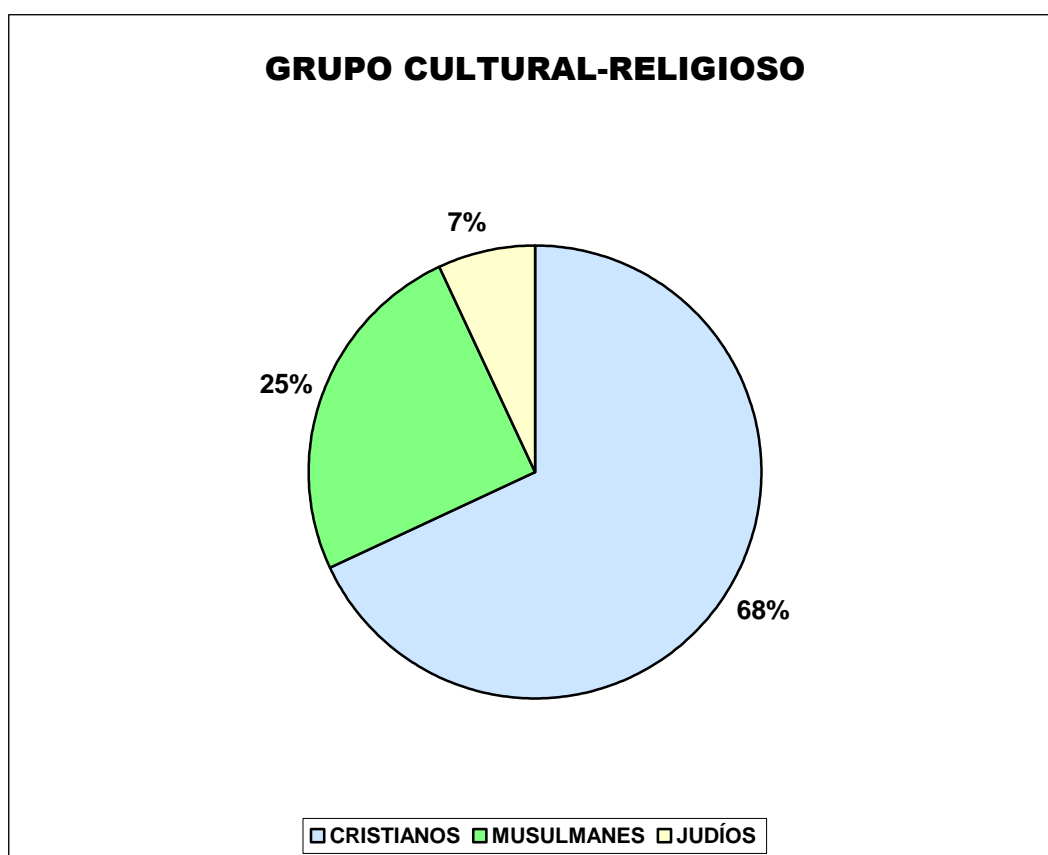
MUESTRA GENERAL ≥ 65 AÑOS

FIGURA11.- En la figura se representan los porcentajes por grupos de edad de la Muestra General.

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA EN RELACIÓN AL GRUPO CULTURAL-RELIGIOSO



FÍGURA 12.- Porcentajes de los diferentes grupos cultural-religiosos que componen la muestra general, ajustados a la estructura de la población para este margen de edad.

COMPOSICIÓN DE LA MUESTRA POR BARRIADAS

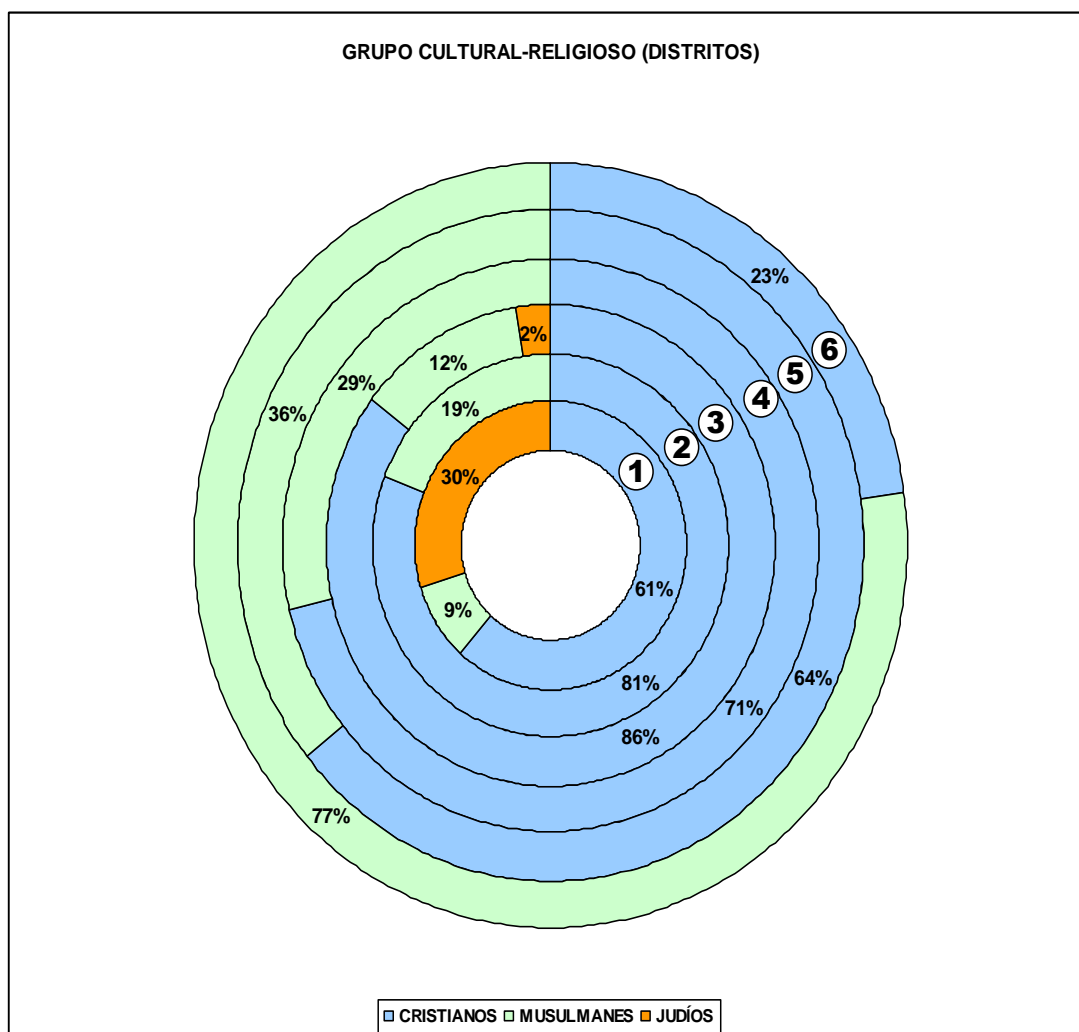


FIGURA 13.- Representación de los porcentajes de personas pertenecientes a las tres opciones CULTURAL- RELIGIOSAS, distribuidas en los 6 distritos de la Ciudad de Ceuta: 1.- Zona Centro; 2.- Zona Sarchal- Monte Hacho; 3.- Puertas del Campo- Morro; 4.- Zona Villajovita- Benítez; 5.- Haddú- Almadraba); 6.- Zona Príncipe-Benzú).

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA EN RELACIÓN AL ESTADO CIVIL.

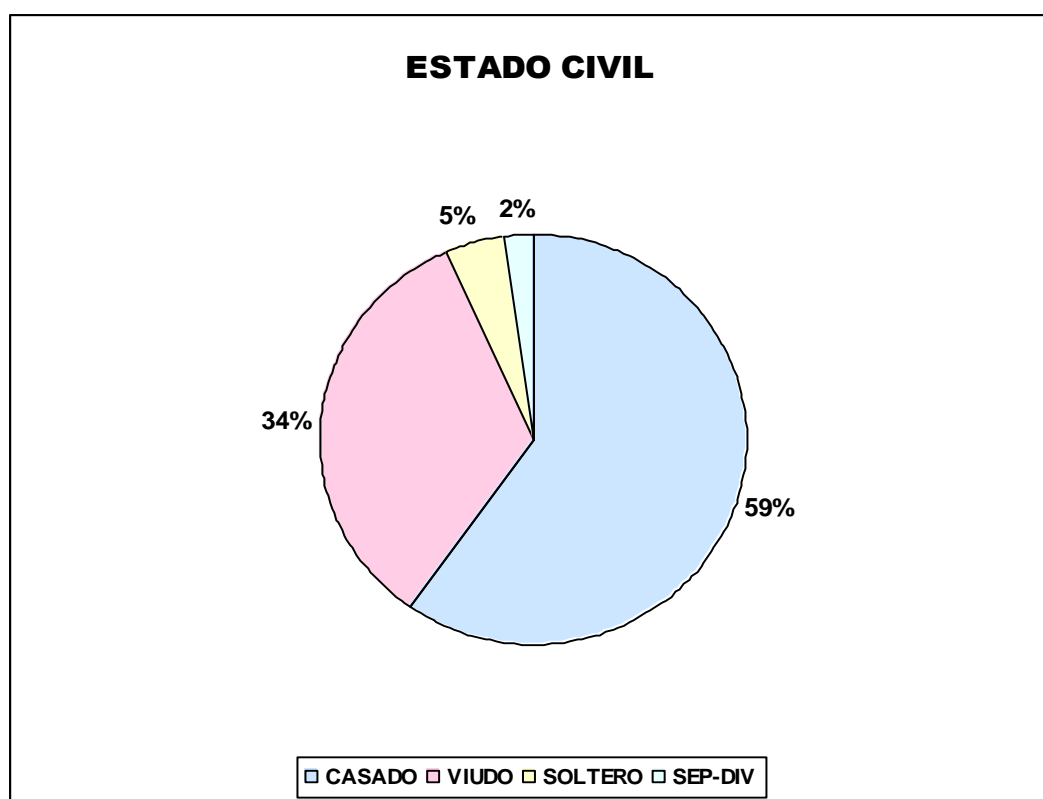


FIGURA 14.- En este gráfico se presentan, en áreas diferentes, los porcentajes que corresponden a cada uno de los grupos, en relación al Estado Civil de la Muestra General.

ESTADO CIVIL													
		edad (años)	peso (kg)	Talla (cm)	IMC (kg/m²)	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	Glucosa (mg/dL)	Úrico (mg/dL)	Colest. (mg/dL)	Triglicér. (mg/dL)	cHDL (mg/dL)	cLDL (mg/dL)
1 n= 222	Media	70,5	78,7	162,4	30,3	143,0	79,4	112,6	5,3	192,8	121,9	51,7	127,5
	Desv. típ.	4,77	13,63	11,19	8,16	23,41	10,54	36,23	1,52	46,78	65,31	22,52	42,56
	Error típ. de la media	0,32	0,91	0,75	0,55	1,57	0,71	2,43	0,10	3,14	4,38	1,51	2,86
2 n=125	Media	71,5	78,9	161,4	30,3	140,0	76,4	117,9	5,6	190,1	114,2	51,7	121,0
	Desv. típ.	5,29	12,81	8,91	4,90	22,74	13,13	48,45	1,50	45,63	60,94	25,30	39,28
	Error típ. de la media	0,47	1,15	0,80	0,44	2,03	1,17	4,33	0,13	4,08	5,45	2,26	3,51
3 n= 17	Media	72,6	76,3	160,9	29,8	151,5	83,5	134,0	4,9	208,6	116,9	50,6	139,9
	Desv. típ.	6,11	15,31	7,78	7,57	31,61	19,35	70,82	1,29	58,35	71,20	19,16	46,70
	Error típ. de la media	1,48	3,71	1,89	1,84	7,67	4,69	17,18	0,31	14,15	17,27	4,65	11,33
4 n= 8	Media	70,3	75,3	154,0	31,8	158,8	78,8	111,9	4,9	229,5	135,4	38,8	150,2
	Desv. típ.	4,59	8,28	6,82	3,43	19,59	6,41	29,71	0,90	37,38	75,18	12,69	40,92
	Error típ. de la media	1,62	2,93	2,41	1,21	6,93	2,27	10,50	0,32	13,22	26,58	4,49	14,47
Total N= 372	Media	70,9	78,6	161,8	30,3	142,7	78,6	115,3	5,3	193,4	119,4	51,4	126,4
	Desv. típ.	5,03	13,32	10,31	7,10	23,69	11,99	42,69	1,50	47,07	64,23	23,21	41,85
	Error típ. de la media	0,26	0,69	0,53	0,37	1,23	0,62	2,21	0,08	2,44	3,33	1,20	2,17
		p< 0,050			p< 0,050								

TABLA 12.- Descripción de variables antropométricas y clínicas según el ESTADO CIVIL: 1- CASADOS; 2- VIUDOS; 3- SOLTEROS; 4- SEPARADOS/DIVORCIADOS. Resultan significativos los valores correspondientes a PESO y P.A.SISTÓLICA.

SEXO	CULTURA		Edad (años)	Imc (Kg/m ²)	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	Glu (mg/dl)	Uri (mg/dl)	Col (mg/dl)	Trig (mg/dl)	Hdl (mg/dl)	Ldl (mg/dl)
HOMBRES	CRISTIANA (n=109) 29,3%	Media	71,4	29,1	140,3	79,1	118,8	5,8	189,1	132,2	46,5	125,2
		DT	4,98	4,02	22,61	11,45	42,37	1,55	42,80	71,78	17,85	43,86
		EEM	0,48	0,39	2,17	1,10	4,06	0,15	4,10	6,88	1,71	4,20
	MUSULMANA (n=44) 11,8%	Media	70,8	30,8	151,5	79,2	145,9	5,4	192,2	123,9	48,3	127,6
		DT	5,33	4,53	23,64	12,85	73,36	1,39	49,52	55,34	26,97	49,74
		EEM	0,80	0,68	3,56	1,94	11,06	0,21	7,47	8,34	4,07	7,50
	JUDÍA (n=13) 3,5%	Media	74,2	32,9	154,2	83,8	97,4	4,8	198,3	98,5	48,1	130,0
		DT	4,66	3,31	21,20	11,93	15,33	0,99	43,48	58,91	15,65	43,69
		EEM	1,29	0,92	5,88	3,31	4,25	0,28	12,06	16,34	4,34	12,12
	Total Hombres 44,6%	Media	71,5	29,8	144,3	79,5	124,3	5,6	190,6	127,3	47,1	126,2
		DT	5,09	4,26	23,35	11,87	52,88	1,50	44,52	67,14	20,41	45,22
		EEM	0,40	0,33	1,81	0,92	4,10	0,12	3,46	5,21	1,58	3,51
MUJERES	CRISTIANA (n=144) 38,7%	Media	70,5	29,0	138,7	77,0	107,1	5,2	198,4	119,0	53,9	128,3
		DT	4,94	5,18	20,67	10,48	28,99	1,43	48,07	61,69	22,05	38,12
		EEM	0,41	0,43	1,72	0,87	2,42	0,12	4,01	5,14	1,84	3,18
	MUSULMANA (n=49) 13,2%	Media	70,5	35,3	149,9	81,1	111,9	4,9	185,5	101,5	57,3	120,1
		DT	5,13	11,88	31,38	16,34	36,95	1,52	53,74	63,49	33,29	43,62
		EEM	0,73	1,70	4,48	2,33	5,28	0,22	7,68	9,07	4,76	6,23
	JUDÍA (n=13) 3,5%	Media	70,5	32,1	139,6	75,4	104,2	4,7	203,2	88,3	55,5	131,4
		DT	4,63	17,25	19,20	7,49	18,08	1,54	37,30	29,56	13,99	29,47
		EEM	1,28	4,79	5,32	2,08	5,02	0,43	10,35	8,20	3,88	8,17
	Total mujeres 55,4%	Media	70,5	30,7	141,4	77,9	108,1	5,1	195,6	112,9	54,8	126,5
		DT	4,95	8,74	23,93	12,08	30,50	1,46	49,02	61,20	24,74	39,03
		EEM	0,34	0,61	1,67	0,84	2,13	0,10	3,42	4,26	1,72	2,72
CRISTIANA (n=253)	Media	70,9	29,0	139,4	77,9	112,2	5,5	194,4	124,7	50,7	126,9	
	DT	4,97	4,71	21,50	10,94	35,77	1,52	46,01	66,41	20,65	40,64	
	EEM	0,31	0,30	1,35	0,69	2,25	0,10	2,89	4,18	1,30	2,55	
MUSULMANA (n=93)	Media	70,6	33,2	150,6	80,2	128,0	5,2	188,7	112,1	53,0	123,6	
	DT	5,20	9,40	27,85	14,74	59,31	1,47	51,62	60,51	30,64	46,51	
	EEM	0,54	0,97	2,89	1,53	6,15	0,15	5,35	6,27	3,18	4,82	
JUDÍA (n=26)	Media	72,4	32,5	146,9	79,6	100,8	4,8	200,8	93,4	51,8	130,7	
	DT	4,92	12,18	21,17	10,67	16,79	1,27	39,77	45,96	15,02	36,52	
	EEM	0,97	2,39	4,15	2,09	3,29	0,25	7,80	9,01	2,95	7,16	
TOTAL (n=372)	Media	70,9	30,3	142,7	78,6	115,3	5,3	193,4	119,4	51,4	126,4	
	DT	5,03	7,10	23,69	11,99	42,69	1,50	47,07	64,23	23,21	41,85	
	EEM	0,26	0,37	1,23	0,62	2,21	0,08	2,44	3,33	1,20	2,17	
Diferencias por Sexo		P<	0,050				0,010				0,010	0,001
Diferencias por Grupo Cultural		P<		0,001	0,010						0,050	

TABLA 13.- Descripción de la muestra de población general clasificada por SEXO y GRUPO CULTURAL-RELIGIOSO. En el panel inferior se indican las diferencias que resultan significativas por SEXO y, en un análisis múltiple, para GRUPO CULTURAL.

ANÁLISIS DE DIFERENCIAS SEGÚN GRUPO CULTURAL-RELIGIOSO									
GRUPO	imc	pas	glu	uri	col	trig	hdl	ldl	apob
CRISTIANO - MUSULMAN	0,001	0,001							
CRISTIANO - JUDÍO				0,050		0,010			
MUSULMAN - JUDÍO			0,050						

TABLA 14.- Análisis por pares (Test Mann-Whitney) en aquellas variables cuyas diferencias habían resultado significativas en una prueba previa de Kruskal-Wallis.

COMPOSICIÓN CORPORAL: IMC					
SEXO		NORMAL	SOBREP.	OBESID.	Total
HOMBRE	Recuento	26	67	73	166
	Residuos tipificados	-1,29	1,44	-0,38	
	% Hombres	15,7	40,4	44,0	100
	% Grupo	34,7	53,2	42,7	44,6
MUJER	Recuento	49	59	98	206
	Residuos tipificados	1,16	-1,29	0,34	
	% Mujeres	23,8	28,6	47,6	100
	% Grupo	65,3	46,8	57,3	55,38
Total	Recuento	75	126	171	372
	% de SEXO	20,2	33,9	46,0	100
					p < 0,050
TABLA 15.- Clasificación Ponderal según el SEXO. Un 84,4% de hombres y el 76,2% de mujeres se encuentran en situación de sobrecarga ponderal. Las diferencias por sexo son significativas.					

COMPOSICIÓN CORPORAL: IMC					
		NORMAL	SOBREP.	OBESID.	Total
CRISTIANA	Recuento	62	96	95	253
	Residuos tipificados	1,54	1,11	-1,97	
	% de CULTURA	24,5	37,9	37,5	100
	% de GRUPO PONDERAL	82,7	76,2	55,6	68
MUSULMANA	Recuento	9	23	61	93
	Residuos tipificados	-2,25	-1,51	2,79	
	% de CULTURA	9,7	24,7	65,6	100
	% de GRUPO PONDERAL	12,0	18,3	35,7	25
JUDÍA	Recuento	4	7	15	26
	Residuos tipificados	-0,54	-0,61	0,88	
	% de CULTURA	15,4	26,9	57,7	100,0
	% de GRUPO PONDERAL	5,3	5,6	8,8	7
Total	Recuento	75	126	171	372
	% de CULTURA	20,2	33,9	46,0	100
					p< 0,001

TABLA 16.- Clasificación Ponderal según el grupo Cultural-Religioso. Los mayores valores residuales se producen en Normopeso en grupo Cristiano y Obesidad en el grupo Musulmán. El estado ponderal depende del grupo cultural de pertenencia.

GRADO DE HIPERTENSIÓN									
SEXO		OPTIMA	NORMAL	NORMAL-ALTA	HTA - I	HTA - II	HTA III-IV	HT SIST. AISLADA	Total
HOMBRE	Recuento	13	23	18	3	2	7	100	166
	Residuos tipificados	-0,86	0,44	-1,47	-1,02	0,57	0,12	1,09	
	% Hombres	7,8	13,9	10,8	1,8	1,2	4,2	60,2	100
	% Grupo	35,1	48,9	31,6	25,0	66,7	46,7	49,8	44,6
MUJER	Recuento	24	24	39	9	1	8	101	206
	Residuos tipificados	0,78	-0,40	1,32	0,91	-0,51	-0,11	-0,98	
	% Mujeres	11,7	11,7	18,9	4,4	0,5	3,9	49,0	100
	% Grupo	64,9	51,1	68,4	75,0	33,3	53,3	50,2	55,4
Total	Recuento	37	47	57	12	3	15	201	372
	%	9,9	12,6	15,3	3,2	0,8	4,0	54,0	100

TABLA 17.- Clasificación del grado de Hipertensión según el SEXO. Según muestran los residuos tipificados, los mayores excesos se dan en Hipertensión Sistólica Aislada, en hombres, y en Normal-Alta en mujeres. No hay asociación entre sexo y grupo de clasificación.

GRADO DE HIPERTENSIÓN									
CULTURA		ÓPTIMA	NORMAL	NORMAL-ALTA	HTA - I	HTA - II	HTA III-IV	HT SIST. AISLADA	Total
CRISTIANA	Recuento	25	33	48	10	3	3	131	253
	Residuos tipificados	-0,03	0,18	1,48	0,64	0,67	-2,25	-0,49	
	% de CULTURA	9,9	13,0	19,0	4,0	1,2	1,2	51,8	100
	% de NIVEL DE HTA	67,6	70,2	84,2	83,3	100,0	20,0	65,2	68
MUSULMANA	Recuento	12	9	4	2	0	11	55	93
	Residuos tipificados	0,90	-0,80	-2,72	-0,58	-0,87	3,74	0,67	
	% de CULTURA	12,9	9,7	4,3	2,2	0,0	11,8	59,1	100
	% de NIVEL DE HTA	32,4	19,1	7,0	16,7	0,0	73,3	27,4	25
JUDÍA	Recuento	0	5	5	0	0	1	15	26
	Residuos tipificados	-1,61	0,95	0,51	-0,92	-0,46	-0,05	0,25	
	% de CULTURA	0,0	19,2	19,2	0,0	0,0	3,8	57,7	100
	% de NIVEL DE HTA	0,0	10,6	8,8	0,0	0,0	6,7	7,5	7
Total	Recuento	37	47	57	12	3	15	201	372
	% de CULTURA	9,9	12,6	15,3	3,2	0,8	4,0	54,0	100
									p< 0,001

TABLA 18.- Clasificación del grado de Hipertensión según el grupo Cultural-Religioso. El grado de hipertensión está asociado al grupo de pertenencia (P<0,001). Destaca el valor residual positivo en HTA-III en el grupo musulmán.

DIABÉTICO				
SEXO		NO	SI	Total
HOMBRE	Recuento	115	51	166
	Residuos tipificados	-0,77	1,32	
	% de SEXO	69,3	30,7	100
	% de DIABETICO	41,5	53,7	44,6
MUJER	Recuento	162	44	206
	Residuos tipificados	0,69	-1,19	
	% de SEXO	78,6	21,4	100
	% de DIABETICO	58,5	46,3	55,4
Total	Recuento	277	95	372
	% de SEXO	74,5	25,5	100
				p< 0,050
<p>TABLA 19.- Clasificación de la Diabetes según el SEXO. Algo más del 30 % de hombres y del 21% de mujeres son diabéticos. Existe asociación entre el sexo y el estado diabético ($p<0,05$).</p>				

DIABÉTICO				
CULTURA		NO	SI	Total
CRISTIANA	Recuento	191	62	253
	Residuos tipificados	0,19	-0,32	
	% de CULTURA	75,5	24,5	100
	% de DIABETICO	69,0	65,3	68
MUSULMANA	Recuento	63	30	93
	Residuos tipificados	-0,75	1,28	
	% de CULTURA	67,7	32,3	100
	% de DIABETICO	22,7	31,6	25
JUDÍA	Recuento	23	3	26
	Residuos tipificados	0,83	-1,41	
	% de CULTURA	88,5	11,5	100
	% de DIABETICO	8,3	3,2	7
Total	Recuento	277	95	372
	% de CULTURA	74,5	25,5	100

TABLA 20.- Prevalencia de Diabetes según el grupo cultural-religioso. El mayor valor residual se sitúa en musulmanes. La diferencia no alcanza a ser significativa.

GRUPOS COLESTEROL					
SEXO		DESEAB.	NORMAL-ALTO	ALTO	Total
HOMBRE	Recuento	96	40	30	166
	Residuos tipificados	0,33	-0,50	0,02	
	% de SEXO	57,8	24,1	18,1	100
	% de GRUPOS COLESTEROL	46,2	41,2	44,8	44,6
MUJER	Recuento	112	57	37	206
	Residuos tipificados	-0,30	0,45	-0,02	
	% de SEXO	54,4	27,7	18,0	100
	% de GRUPOS COLESTEROL	53,8	58,8	55,2	55,4
Total	Recuento	208	97	67	372
	% de SEXO	55,9	26,1	18,0	100

TABLA 21.- Clasificación del Colesterol Total según el SEXO. Algo más del 40 % de hombres y del 45% de mujeres tiene exceso de colesterol. No existe asociación entre el sexo y el colesterol.

GRUPOS COLESTEROL					
CULTURA		DESEAB.	NORMAL-ALTO	ALTO	Total
CRISTIANA	Recuento	137	74	42	253
	Residuos tipificados	-0,38	0,99	-0,53	
	% de CULTURA	54,2	29,2	16,6	100
	% de GRUPOS COLESTEROL	65,9	76,3	62,7	68
MUSULMANA	Recuento	57	16	20	93
	Residuos tipificados	0,69	-1,68	0,79	
	% de CULTURA	61,3	17,2	21,5	100
	% de GRUPOS COLESTEROL	27,4	16,5	29,9	25
	Residuos tipificados	0,69	-1,68	0,79	
JUDÍA	Recuento	14	7	5	26
	Residuos tipificados	-0,14	0,08	0,15	
	% de CULTURA	53,8	26,9	19,2	100
	% de GRUPOS COLESTEROL	6,7	7,2	7,5	7
TOTAL	Recuento	208	97	67	372
	% de CULTURA	55,9	26,1	18,0	100

TABLA 22.- Niveles de Colesterol según el grupo cultural-religioso. El mayor valor residual se sitúa en el colectivo musulmán, en el nivel NORMAL-ALTO. Las diferencias no alcanzan a ser significativas.

FUMADOR				
SEXO		NO	SI	
HOMBRE	Recuento	136	30	166
	Residuos tipificados	-0,24	0,53	
	% de SEXO	81,9	18,1	
	% de fumador	43,7	49,2	
MUJER	Recuento	175	31	206
	Residuos tipificados	0,21	-0,48	
	% de SEXO	85,0	15,0	
	% de fumador	56,3	50,8	
Total	Recuento	311	61	372
	% de SEXO	83,6	16,4	
	% de fumador	100	100	

TABLA 23.- Hábito de TABACO, según el sexo. No se constata asociación significativa.

FUMADOR				
CULTURA		NO	SI	TOTAL
CRISTIANA	Recuento	204	49	253
	Residuos tipificados	-0,52	1,17	
	% de CULTURA	80,6	19,4	100
	% de fumador	65,6	80,3	68
MUSULMANA	Recuento	81	12	93
	Residuos tipificados	0,37	-0,83	
	% de CULTURA	87,1	12,9	100
	% de fumador	26,0	19,7	25
JUDÍA	Recuento	26	0	26
	Residuos tipificados	0,91	-2,06	
	% de CULTURA	100,0	0,0	100
	% de fumador	8,4	0,0	7
Total	Recuento	311	61	372
	% de CULTURA	83,6	16,4	100
				p < 0,050

TABLA 24.- Prevalencia de **hábito tabáquico** según el grupo cultural-religioso. Es destacable la ausencia de fumadores en el grupo JUDÍO. La diferencia es significativa.

CONSUMO ALCOHOL					
SEXO		NO	MOD	ALTO	
HOMBRE	Recuento	85	77	4	166
	Residuos tipificados	-1,66	1,84	1,66	
	% de SEXO	51,2	46,4	2,4	
	% de total	37,3	55,0	100,0	
		143	63	0	
MUJER	Recuento	143	63	0	206
	Residuos tipificados	1,49	-1,65	-1,49	
	% de SEXO	69,4	30,6	0,0	
	% de total	62,7	45,0	0,0	
Total	Recuento	228	140	4	372
	% de SEXO	61,3	37,6	1,1	
	% de total	100	100	100	
p< 0,001					
TABLA 25.- Hábito de consumo de Alcohol, según el sexo. Se constata significación estadística.					

CONSUMO ALCOHOL					
CULTURA		NO	MOD	ALTO	
CRISTIANA	Recuento	125	126	2	253
	Residuos tipificados % de CULTURA	-2,41	3,15	-0,44	
	%total	49,4	49,8	0,8	100
		54,8	90,0	50,0	68
MUSULMANA	Recuento	79	12	2	93
	Residuos tipificados % de CULTURA	2,91	-3,89	1,00	
	%total	84,9	12,9	2,2	100
		34,6	8,6	50,0	25
JUDÍA	Recuento	24	2	0	26
	Residuos tipificados % de CULTURA	2,02	-2,49	-0,53	
	%total	92,3	7,7	0,0	100
		10,5	1,4	0,0	7
TOTAL	Recuento	228	140	4	372
	% de CULTURA	61,3	37,6	1,1	100

p < 0,001

TABLA26.- Prevalencia de consumo de Alcohol según opción religioso-cultural. Existe significación estadística.

SEDENTARISMO					
SEXO		SEDENT	MOD	ACTIVO	
HOMBRE	Recuento	20	128	18	166
	Residuos tipificados	-1,66	1,84	1,66	
	% de SEXO	12,0	77,1	10,8	
	% sedentarismo	40,8	47,4	34,0	
MUJER	Recuento	29	142	35	206
	Residuos tipificados	0,36	-0,61	1,04	
	% de SEXO	14,1	68,9	17,0	
	% sedentarismo	59,2	52,6	66,0	
Total	Recuento	49	270	53	372
	% de SEXO	13,2	72,6	14,2	
	% sedentarismo	100	100	100	

TABLA 27.- Clasificación de Sedentarismo según el SEXO. No existe asociación entre el sexo y el sedentarismo.

SEDENTARISMO					
CULTURA		SEDENT	MOD	ACTIVO	TOTAL
CRISTIANA	Recuento	34	185	34	253
	Residuos tipificados	0,12	0,10	-0,34	
	% de CULTURA	13,4	73,1	13,4	100
	% sedent	69,4	68,5	64,2	68
MUSULMANA	Recuento	11	67	15	93
	Residuos tipificados	-0,36	-0,06	0,48	
	% de CULTURA	11,8	72,0	16,1	100
	% sedent	22,4	24,8	28,3	25
JUDÍA	Recuento	4	18	4	26
	Residuos tipificados	0,31	-0,20	0,15	
	% de CULTURA	15,4	69,2	15,4	100
	% sedent	8,2	6,7	7,5	7
TOTAL	Recuento	49	270	53	372
	% de CULTURA	13,2	72,6	14,2	100

TABLA 28.- Sedentarismo según el grupo cultural-religioso. No se encuentra evidencia significativa.

5.2. VALIDACIÓN DE LOS CUESTIONARIOS:

1. SF-36;

2. ESPECÍFICO DE CEUTA

**VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO
SF-36**

FIABILIDAD DEL CUESTIONARIO SF-36

DIMENSIÓN	Nº ELEM	α
FUNCIÓN FÍSICA	10	0,93
ROL FÍSICO	4	0,94
DOLOR CORPORAL	2	0,88
SALUD GENERAL	5	0,73
VITALIDAD	4	0,84
FUNCIÓN SOCIAL	2	0,87
ROL EMOCIONAL	3	0,91
SALUD MENTAL	5	0,86
TOTAL	35	0,94

TABLA 29.- Valores α -Cronbach de las dimensiones de SF-36

VALIDEZ

VARIANZA TOTAL EXPLICADA			
COMPONENTES	AUTOVALORES INICIALES	VARIANZA	
	Total	% de la varianza	% acumulado
1	14,41	41,2	41,2
2	3,04	8,7	49,9
3	1,97	5,6	55,5
4	1,84	5,3	60,7
5	1,38	3,9	64,7
6	1,19	3,4	68,1
7	1,07	3,1	71,1
8	0,94	2,7	73,8

TABLA 30.- Varibilidad explicada por el modelo con 8 componentes, en un análisis factorial, correspondientes a las dimensiones del cuestionario SF-36.

MATRIZ DE COMPONENTES ROTADOS									
DIMENSIÓN	ITEMS	COMPONENTES							
		1	2	3	4	5	6	7	8
PF	PF01	0,102							
	PF02	0,532							
	PF03	0,596							
	PF04	0,490							
	PF05	0,834							
	PF06	0,431							
	PF07	0,742							
	PF08	0,770							
	PF09	0,864							
	PF10	0,792							
RP	RP1		0,764						
	RP2		0,809						
	RP3		0,836						
	RP4		0,846						
BP	BP1			0,387					
	BP2			0,233					
VT	VT1				0,750				
	VT2				0,750				
	VT3				0,366				
	VT4				0,502				
GH	GH2					0,444			
	GH4					0,790			
	GH1					0,375			
	GH5					0,594			
	GH3					0,717			
SF	SF1						0,783		
	SF2						0,681		
RE	RE1							0,812	
	RE2							0,817	
	RE3							0,793	
MH	MH1								0,733
	MH2								0,676
	MH3								0,631
	MH4								0,628
	MH5								0,801

TABLA 31.- Matriz de componentes rotados (Varimax) con 8 factores que se corresponden con las dimensiones del instrumento SF-36. Los ítems correspondientes a BP manifiestan un valor bajo de carga factorial.

VARIANZA TOTAL EXPLICADA (n° componentes=2)			
COMPONENTE	AUTOVALORES INICIALES		
	Total	% de la varianza	% acumulado
1	4,60	57,5	57,5
2	0,82	10,2	67,7

TABLA 32.- Variabilidad explicada por el modelo con 2 componentes, en un análisis factorial, correspondientes a los agregados Físico y Mental del cuestionario SF-36.

MATRIZ DE COMPONENTES ROTADOS		
DIMENSIONES	COMPONENTES	
	1	2
PF	0,852	0,198
RF	0,800	0,222
BP	0,609	0,516
GH	0,652	0,349
VT	0,682	0,477
SF	0,416	0,670
RE	0,265	0,777
MH	0,211	0,863

TABLA 33.- Matriz de Componentes rotados (Varimax), que se corresponden con 1=Agregado Físico; 2= Agregado Mental, del instrumento SF-36

VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO ESPECÍFICO DE CEUTA

FIABILIDAD DEL INSTRUMENTO		
DIMENSIÓN	Nº ELEM	α
AISLAMIENTO	7	0,73
MULTICULTURA	5	0,65
FRONTERA	2	0,69
TOTAL	14	0,77

TABLA 34.- Valores α -Cronbach de las dimensiones del cuestionario específico

VALIDEZ

VARIANZA TOTAL EXPLICADA			
COMPONENTES	AUTOVALORES INICIALES	VARIANZA	
	Total	% de la varianza	% acumulado
1	3,67	26,2	26,2
2	1,77	12,6	38,9
3	1,41	10,1	48,9

TABLA 35.- Variabilidad explicada por el modelo con 3 componentes, en un análisis factorial.

MATRIZ DE COMPONENTES ROTADOS			
DIMENSIONES	COMPONENTES		
	1	2	3
CE08	0,699	-0,028	-0,070
CE12	0,655	0,332	-0,054
CE04	0,645	-0,046	0,103
CE09	0,613	0,225	0,223
CE01	0,555	-0,037	-0,071
CE02	0,473	0,272	0,185
CE14	0,308	0,739	-0,095
CE13	0,077	0,669	0,161
CE19	-0,096	0,630	0,136
CE15	0,158	0,571	-0,567
CE18	0,048	0,495	0,132
CE03	0,421	0,213	0,609
CE10	0,487	0,079	0,597

TABLA36.- Matriz de componentes rotados (Varimax) con 3 factores que se corresponden con las dimensiones 1= Aislamiento; 2= Multicultural; 3= Frontera, en el cuestionario específico de Ceuta.

**CORRELACIONES ENTRE LAS DIMENSIONES DE LOS
DIFERENTES CUESTIONARIOS APLICADOS:**

SF-36 Y PROPIO DE CEUTA

CORRELACIONES	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	AI	MU	FR
FUNCION FISICA PF (0-100)		0,62 ***	0,58 ***	0,52 ***	0,63 ***	0,48 ***	0,41 ***	0,39 ***	0,15 **	0,06	-0,04
ROL FISICO RP (0-100)	0,62 ***		0,52 ***	0,50 ***	0,55 ***	0,47 ***	0,49 ***	0,36 ***	0,07	0,04	0,06
DOLOR CORPORAL BP (0-100)	0,58 ***	0,52 ***		0,47 ***	0,64 ***	0,61 ***	0,50 ***	0,49 ***	0,26 ***	0,03	0,03
SALUD GENERAL GH (0-100)	0,52 ***	0,50 ***	0,47 ***		0,57 ***	0,45 ***	0,39 ***	0,49 ***	0,34 ***	0,00	0,00
VITALIDAD VT (0-100)	0,63 ***	0,55 ***	0,64 ***	0,57 ***		0,52 ***	0,48 ***	0,58 ***	0,24 ***	-0,08	0,04
FUNCION SOCIAL SF (0-100)	0,48 ***	0,47 ***	0,61 ***	0,45 ***	0,52 ***		0,50 ***	0,55 ***	0,38 ***	-0,04	0,01
ROL EMOCIONAL RE (0-100)	0,41 ***	0,49 ***	0,50 ***	0,39 ***	0,48 ***	0,50 ***		0,59 ***	0,25 ***	0,15 **	0,05
SALUD MENTAL MH (0-100)	0,39 ***	0,36 ***	0,49 ***	0,49 ***	0,58 ***	0,55 ***	0,59 ***		0,18 ***	0,10	-0,02
PERFIL AISLAMIENTO (0-100)	0,13 *	0,11 *	0,27 ***	0,19 ***	0,22 ***	0,35 ***	0,28 ***	0,30 ***		0,30 ***	0,06
PERFIL MULTICULTURAL (0-100)	0,15 **	0,10	0,12 *	0,21 ***	0,18 ***	0,03	0,03	0,07	0,30 ***		0,12 *
PERFIL FRONTERA (0-100)	-0,04	0,06	0,03	0,00	0,04	0,01	0,05	-0,02	0,06	0,12 *	

Tabla 37.- Correlación entre las diferentes dimensiones de la encuesta SF-36 y la específica de Ceuta. (*: $p < 0,050$; **: $p < 0,010$; *** $p < 0,001$).

**5.3. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA,
MEDIANTE INSTRUMENTO SF-36.**

5.3.1.- DATOS COMPARATIVOS

VALORES SF-36 EN ESPAÑA, ESPAÑA MAYORES DE 65 AÑOS Y CEUTA MAYORES DE 65 AÑOS.

PARA HOMBRES Y MUJERES

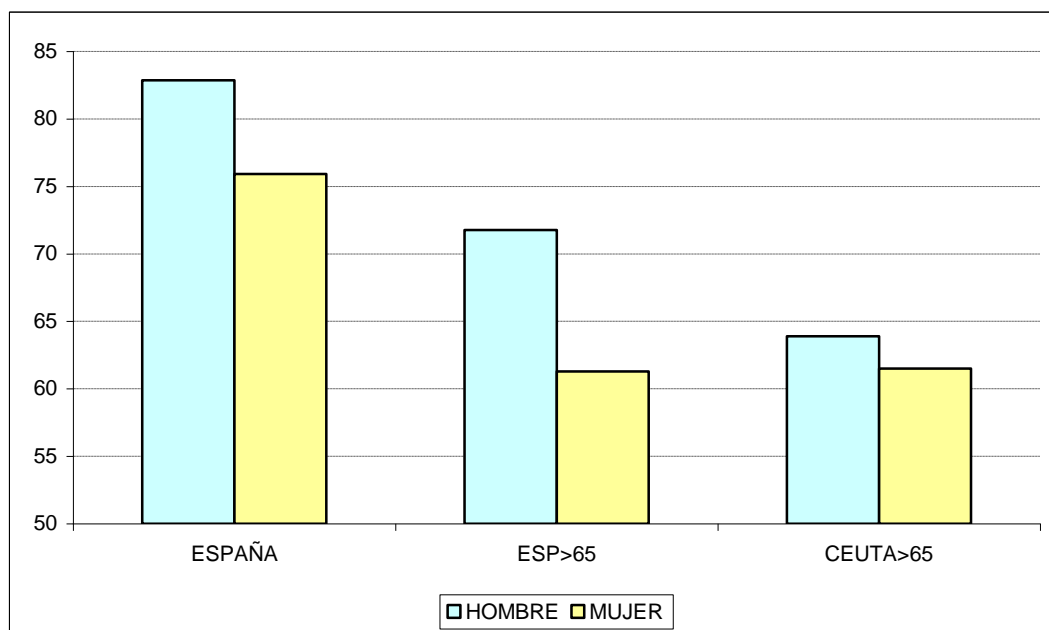


GRÁFICO 1.- Valores globales de SF-36 comparativos por sexos, en relación con los datos nacionales.

VALORES SF-36 EN DIFERENTES PAÍSES. EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS

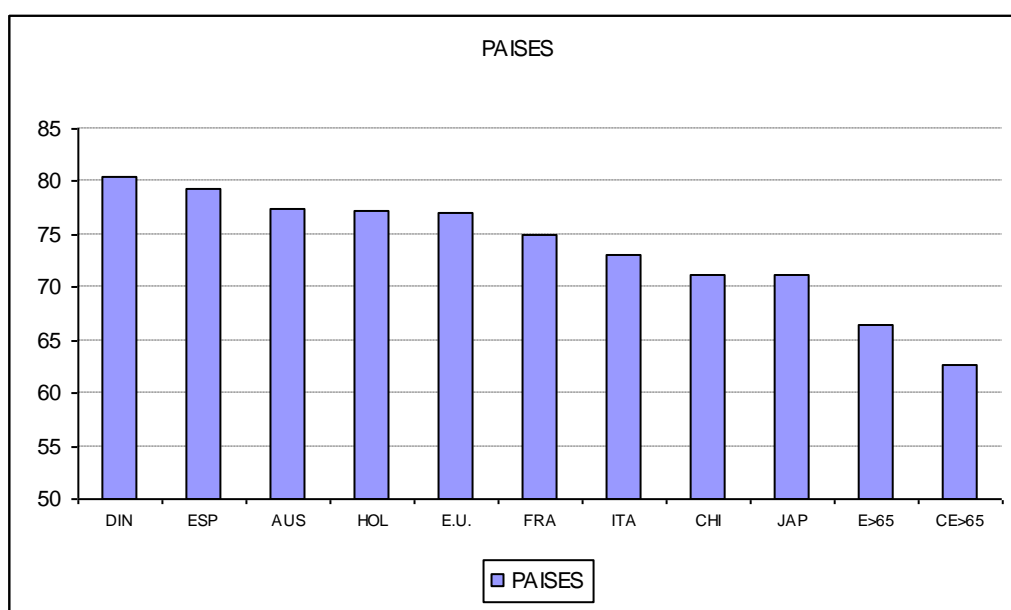


GRÁFICO 2.- Comparación de los valores globales de SF-36 en diferentes países y con la población mayor de 65 años en Ceuta (elaboración propia).

VALORES SF-36 OPCIÓN RELIGIOSO-CULTURAL EN CEUTA

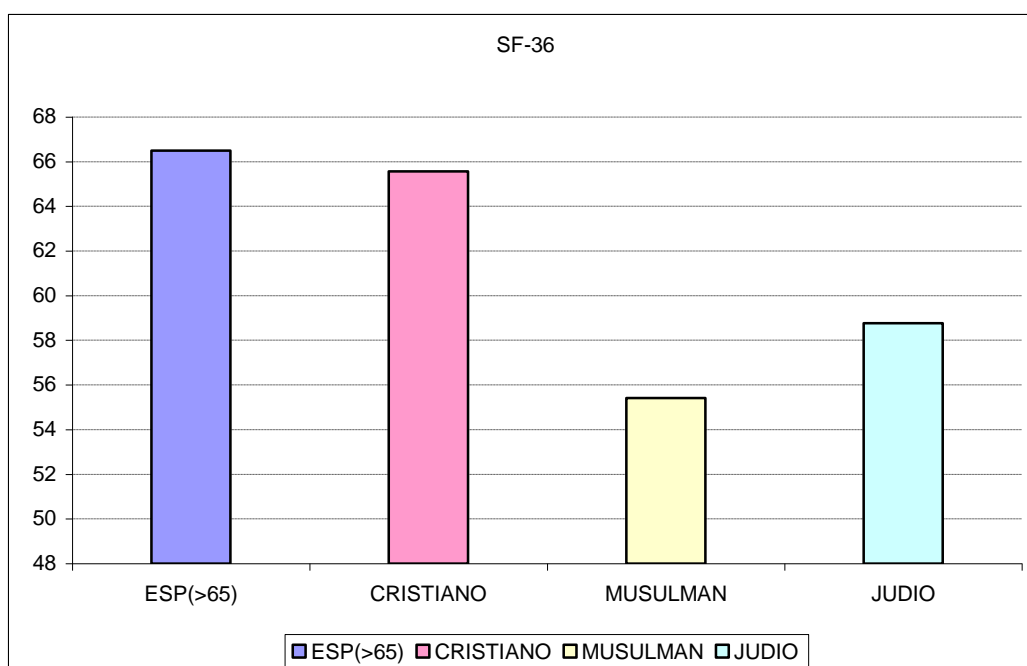


GRÁFICO 3.- Valores globales de SF-36 comparativos por RELIGIÓN-CULTURA, en relación con los datos nacionales.

5.3.2.- RESULTADOS APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO

RESULTADOS			CUESTIONARIO SF-36								CUESTIONARIO CEUTA		
SEXO	CULTURA		PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	AI	MU	FR
HOMBRES	CRISTIANA (n=109) 29,3%	Media	72,1	74,1	63,0	54,1	59,2	73,3	77,4	69,9	58,9	58,9	45,5
		DT	24,79	40,96	27,70	17,38	20,73	28,64	38,46	21,88	22,68	21,83	21,35
		EEM	2,37	3,92	2,65	1,67	1,99	2,74	3,68	2,10	2,17	2,09	2,04
	MUSULMANA (n=44) 11,8%	Media	66,7	65,9	55,8	48,7	53,3	57,4	48,5	58,5	54,6	70,7	40,6
		DT	30,76	43,50	31,30	17,38	24,50	30,18	44,58	21,10	20,50	20,42	14,55
		EEM	4,64	6,56	4,72	2,62	3,69	4,55	6,72	3,18	3,09	3,08	2,19
	JUDÍA (n=13) 3,5%	Media	62,7	57,7	55,1	57,1	47,8	51,0	41,0	63,0	53,6	61,9	50,0
		DT	29,83	48,29	31,91	18,91	25,20	18,01	45,45	24,93	16,81	21,17	23,39
		EEM	8,27	13,39	8,85	5,25	6,99	5,00	12,61	6,92	4,66	5,87	6,49
Total Hombres 44,6%		Media	69,9	70,6	60,5	52,9	56,8	67,3	66,9	66,3	57,4	62,3	44,6
		DT	26,90	42,28	29,05	17,59	22,30	29,47	43,03	22,36	21,72	21,90	20,01
		EEM	2,09	3,28	2,25	1,37	1,73	2,29	3,34	1,74	1,69	1,70	1,55
MUJERES	CRISTIANA (n=144) 38,7%	Media	61,9	73,1	57,1	54,2	56,7	68,1	74,8	64,6	59,0	58,7	47,0
		DT	28,94	41,08	26,83	19,54	21,57	26,02	38,87	21,13	25,77	20,43	17,44
		EEM	2,41	3,42	2,24	1,63	1,80	2,17	3,24	1,76	2,15	1,70	1,45
	MUSULMANA (n=49) 13,2%	Media	65,5	64,3	53,4	45,3	49,6	60,2	42,2	52,5	51,5	60,6	45,9
		DT	29,60	43,00	23,52	17,95	16,29	20,83	47,52	18,13	17,14	19,38	17,19
		EEM	4,23	6,14	3,36	2,56	2,33	2,98	6,79	2,59	2,40	2,80	2,50
	JUDÍA (n=13) 3,5%	Media	63,8	84,6	45,0	55,7	59,4	69,2	71,8	55,4	48,1	56,9	42,3
		DT	27,01	37,55	18,23	14,94	17,75	27,30	44,82	19,79	22,09	19,85	18,78
		EEM	7,49	10,42	5,06	4,14	4,92	7,57	12,43	5,49	6,10	5,50	5,20
Total mujeres 55,4%		Media	62,9	71,7	55,5	52,2	55,2	66,3	66,8	61,2	56,5	59,0	46,4
		DT	28,89	41,45	25,71	19,23	20,38	25,08	43,49	20,97	23,99	20,08	17,42
		EEM	2,01	2,89	1,79	1,34	1,42	1,75	3,03	1,46	1,70	1,40	1,20
CRISTIANA (n=253)		Media	66,3	73,5	59,7	54,2	57,8	70,3	75,9	66,9	59,0	58,8	46,3
		DT	27,64	40,95	27,31	18,61	21,21	27,25	38,64	21,58	24,44	21,00	19,20
		EEM	1,74	2,57	1,72	1,17	1,33	1,71	2,43	1,36	1,50	1,30	1,20
MUSULMANA (n=93)		Media	66,1	65,1	54,5	46,9	51,3	58,9	45,2	55,4	53,0	65,4	43,4
		DT	30,00	43,01	27,35	17,67	20,55	25,58	46,01	19,72	18,77	20,41	16,13
		EEM	3,11	4,46	2,84	1,83	2,13	2,65	4,77	2,04	1,90	2,10	1,70
JUDÍA (n=26)		Media	63,3	71,2	50,0	56,4	53,6	60,1	56,4	59,2	50,8	59,4	46,2
		DT	27,89	44,55	25,98	16,71	22,15	24,50	46,92	22,39	19,44	20,26	21,15
		EEM	5,47	8,74	5,09	3,28	4,34	4,80	9,20	4,39	3,80	4,00	4,10
TOTAL (n=372)		Media	66,0	71,2	57,7	52,5	55,9	66,7	66,8	63,5	56,9	60,5	45,6
		DT	28,20	41,77	27,33	18,50	21,24	27,10	43,23	21,73	22,98	20,94	18,62
		EEM	1,46	2,17	1,42	0,96	1,10	1,40	2,24	1,13	1,19	1,09	0,97
DIFERENCIAS - SEXO		p <	0,015		0,051					0,023			
DIFERENCIAS - CULTURA		p <				0,010	0,050	0,001	0,001	0,001	0,010	0,050	

TABLA 38.- Descripción de la muestra de población general clasificada por SEXO y GRUPO CULTURAL-RELIGIOSO respecto a CVRS y propia de CEUTA. En el panel inferior se indican las diferencias que resultan significativas por SEXO y, en un análisis múltiple, para GRUPO CULTURAL. PF- Función Física; RF= Rol Físico; BP= Dolor Corporal; GH= Salud General; VT= Vitalidad; SF= Función Social; Rol Emocional; MH- Salud Mental

SEXO	CULTURA		PF_Z	RP_Z	BP_Z	GH_Z	VT_Z	SF_Z	RE_Z	MH_Z
HOMBRES	CRISTIANA (n=109) 29,3%	Media	0,4	0,2	0,1	0,2	0,3	-0,2	0,1	0,3
		DT	0,91	0,91	0,87	0,76	0,91	1,08	0,91	1,01
		EEM	0,09	0,09	0,08	0,07	0,09	0,10	0,09	0,10
	MUSULMANA (n=44) 11,8%	Media	0,2	0,1	-0,1	0,0	0,0	-0,8	-0,6	-0,2
		DT	1,13	0,97	0,99	0,76	1,07	1,13	1,05	0,97
		EEM	0,17	0,15	0,15	0,11	0,16	0,17	0,16	0,15
	JUDÍA (n=13) 3,5%	Media	0,1	-0,1	-0,1	0,4	-0,2	-1,1	-0,8	0,0
		DT	1,09	1,07	1,01	0,83	1,11	0,68	1,07	1,15
		EEM	0,30	0,30	0,28	0,23	0,31	0,19	0,30	0,32
Total Hombres 44,6%	Media	0,3	0,2	0,0	0,2	0,2	-0,4	-0,1	0,1	
	DT	0,99	0,94	0,92	0,77	0,98	1,11	1,01	1,03	
	EEM	0,08	0,07	0,07	0,06	0,08	0,09	0,08	0,08	
MUJERES	CRISTIANA (n=144) 38,7%	Media	0,0	0,2	-0,1	0,2	0,2	-0,4	0,0	0,1
		DT	1,06	0,91	0,85	0,85	0,95	0,98	0,92	0,97
		EEM	0,09	0,08	0,07	0,07	0,08	0,08	0,08	0,08
	MUSULMANA (n=49) 13,2%	Media	0,2	0,0	-0,2	-0,1	-0,2	-0,7	-0,7	-0,5
		DT	1,08	0,96	0,74	0,78	0,71	0,78	1,12	0,84
		EEM	0,15	0,14	0,11	0,11	0,10	0,11	0,16	0,12
	JUDÍA (n=13) 3,5%	Media	0,1	0,5	-0,4	0,3	0,3	-0,4	0,0	-0,4
		DT	0,99	0,83	0,58	0,65	0,78	1,03	1,06	0,91
		EEM	0,27	0,23	0,16	0,18	0,22	0,28	0,29	0,25
Total mujeres 55,4%	Media	0,1	0,2	-0,1	0,2	0,1	-0,5	-0,2	-0,1	
	DT	1,06	0,92	0,81	0,84	0,89	0,94	1,03	0,97	
	EEM	0,07	0,06	0,06	0,06	0,06	0,07	0,07	0,07	
CRISTIANA (n=253)	Media	0,2	0,2	0,0	0,2	0,2	-0,3	0,1	0,2	
	DT	1,01	0,91	0,86	0,81	0,93	1,02	0,91	0,99	
	EEM	0,06	0,06	0,05	0,05	0,06	0,06	0,06	0,06	
MUSULMANA (n=93)	Media	0,2	0,0	-0,1	-0,1	-0,1	-0,8	-0,7	-0,4	
	DT	1,10	0,96	0,86	0,77	0,90	0,96	1,09	0,91	
	EEM	0,11	0,10	0,09	0,08	0,09	0,10	0,11	0,09	
JUDÍA (n=26)	Media	0,1	0,2	-0,3	0,3	0,0	-0,7	-0,4	-0,2	
	DT	1,02	0,99	0,82	0,73	0,97	0,92	1,11	1,03	
	EEM	0,20	0,19	0,16	0,14	0,19	0,18	0,22	0,20	
TOTAL (n=372)	Media	0,2	0,2	0,0	0,2	0,1	-0,5	-0,1	0,0	
	DT	1,03	0,93	0,86	0,81	0,93	1,02	1,02	1,00	
	EEM	0,05	0,05	0,04	0,04	0,05	0,05	0,05	0,05	
DIFERENCIAS - SEXO			0,015		0,051					0,023
DIFERENCIAS - CULTURA		p <				0,010	0,050	0,001	0,001	0,001

TABLA 39.- Puntuaciones tipificadas según los promedios españoles para grupo de edad ≥ 60 años (Alonso y col., ----).
 PF_z= Func. Física; RP_z= Rol Físico; BP_z= Dolor Corporal; GH_z= Salud General; VT_z= Vitalidad; SF_z= Func. Social;
 RE_z= Rol Emocional; MH_z= Salud Mental.

DIFERENCIAS ESTANDARIZADAS (≥ 65 AÑOS), EN FUNCIÓN AL SEXO

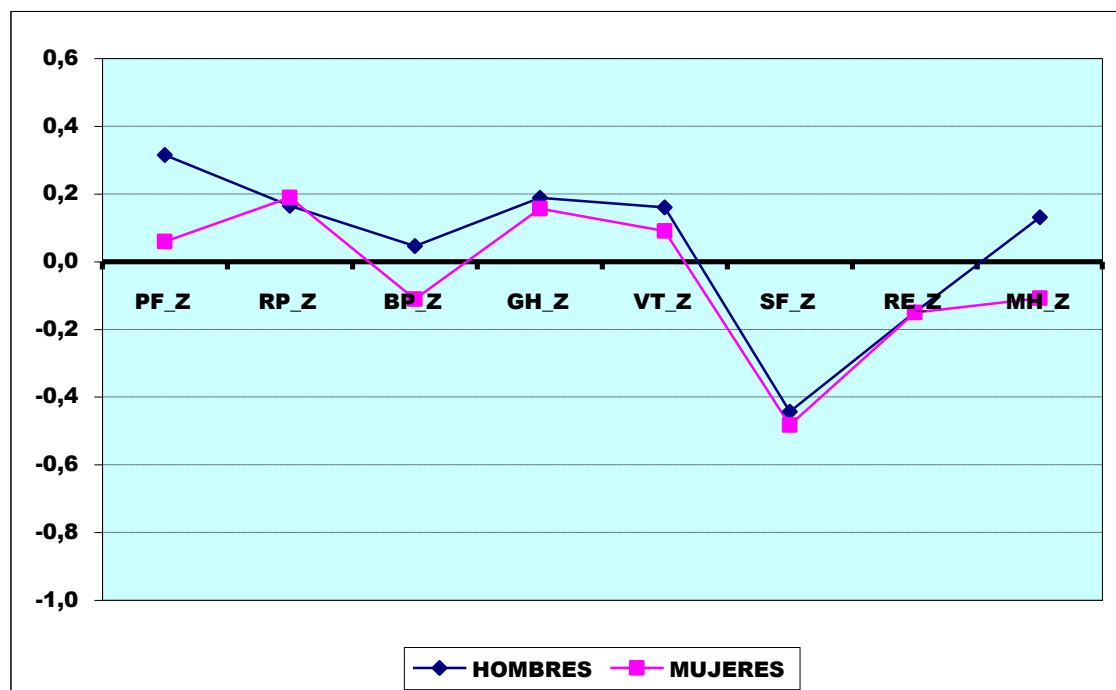


FIGURA 15.- Diferencias estandarizadas con respecto al estándar español para mayores de 65 años, en relación con el sexo.

VALORES SF- 36 EN LA POBLACIÓN DE CEUTA (≥ 65 AÑOS)

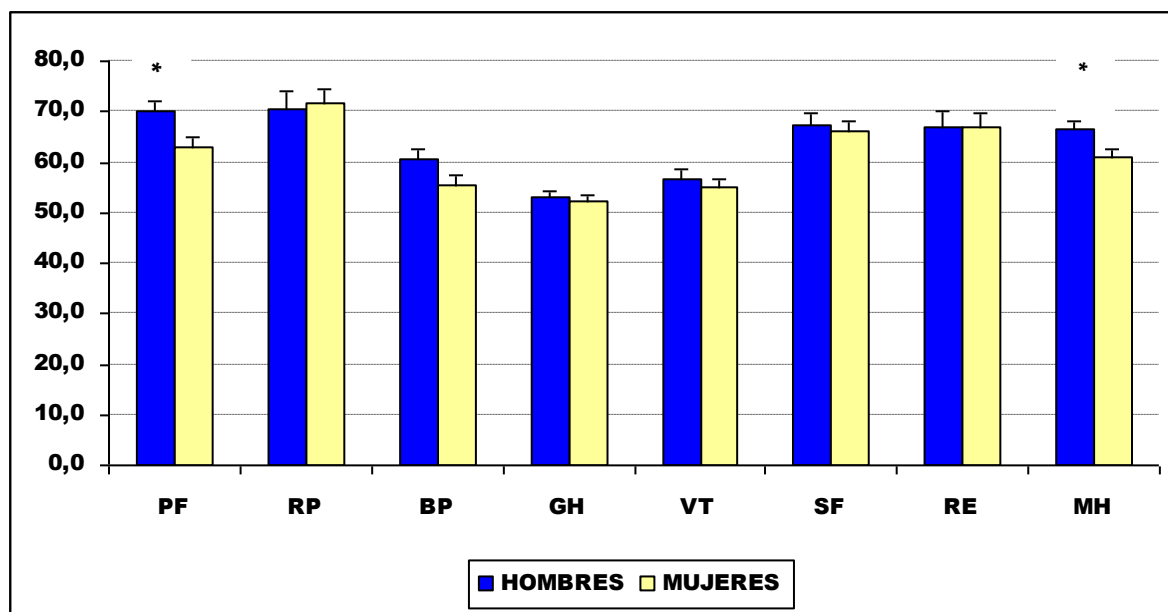


GRÁFICO 4.- Puntuaciones en escala 0-100, de las dimensiones de SF-36, en función del SEXO, resaltando las diferencias que resultan significativas (*) $p < 0,05$; (i) indicios $p < 0,051$. **PF**= Func. Física; **RF**= Rol Físico; **BP**= Dolor Corporal; **GH**= Salud General; **VT**= Vitalidad; **SF**= Func. Social; **RE**= Rol Emocional; **MH**= Salud Mental. En cada barra se indica el error típico de la media, por exceso (EEM).

PUNTUACIONES SF-36 EN FUNCIÓN DEL SEXO

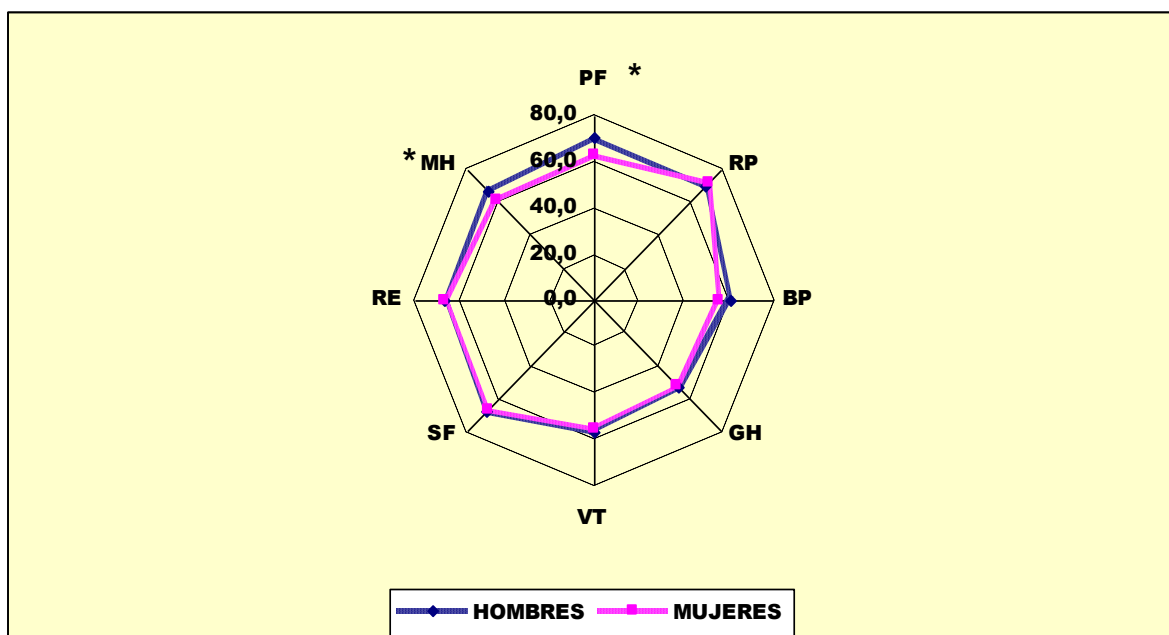


FIGURA 16.- Diagrama radial de las 8 dimensiones del cuestionario SF-36 en la muestra de población general de Ceuta (≥ 65 años), separadas según Sexo. Función Física (PF) y Salud Mental (MH), alcanzan significación estadística ($p < 0,050$)

PUNTUACIONES SF-36 EN FUNCIÓN DEL GRUPO CULTURAL-RELIGIOSO

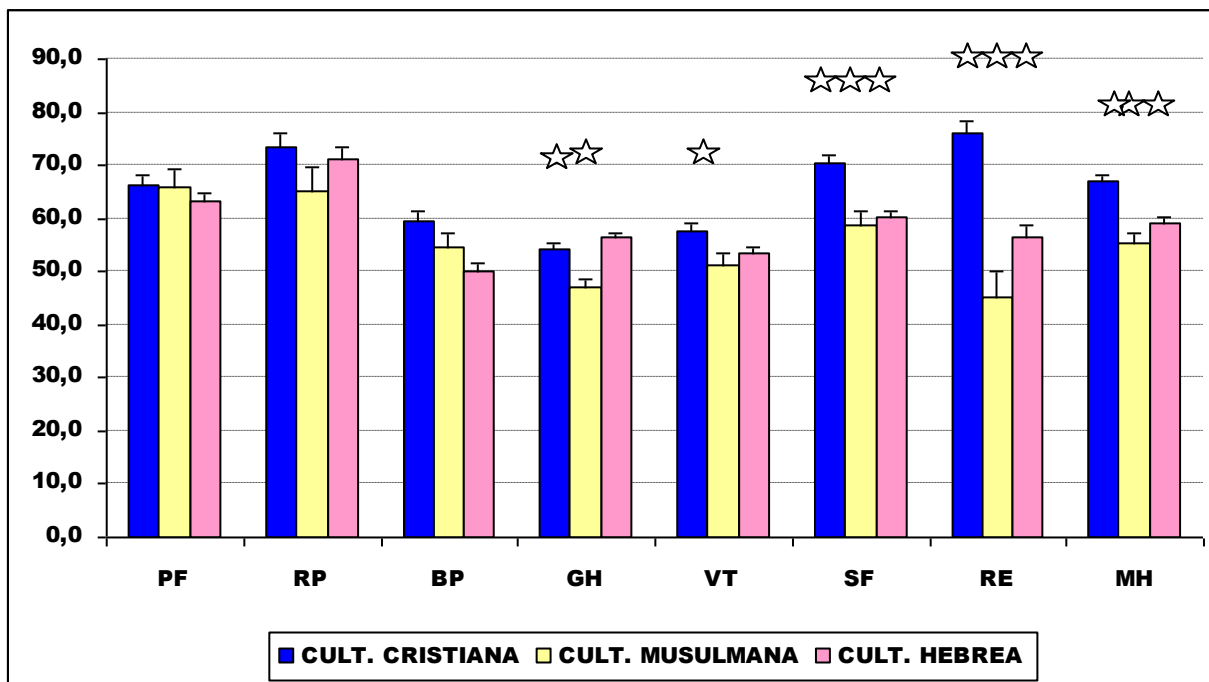


GRÁFICO 5.- Puntuaciones en escala 0-100, de las dimensiones de SF-36, en función del GRUPO CULTURAL-RELIGIOSO, resaltando las diferencias que resultan significativas en un análisis múltiple no paramétrico de Kruskal-Wallis: (*) $p < 0,05$; (**) $p < 0,001$; (***) $p < 0,001$. **PF**= Func. Física; **RP**= Rol Físico; **BP**= Dolor Corporal; **GH**= Salud General; **VT**= Vitalidad; **SF**= Func. Social; **RE**= Rol Emocional; **MH**= Salud Mental. En cada barra se indica el error típico de la media, por exceso (EEM).

DIFERENCIAS ESTANDARIZADAS (≥ 65 AÑOS) EN FUNCIÓN DEL GRUPO CULTURAL-RELIGIOSO

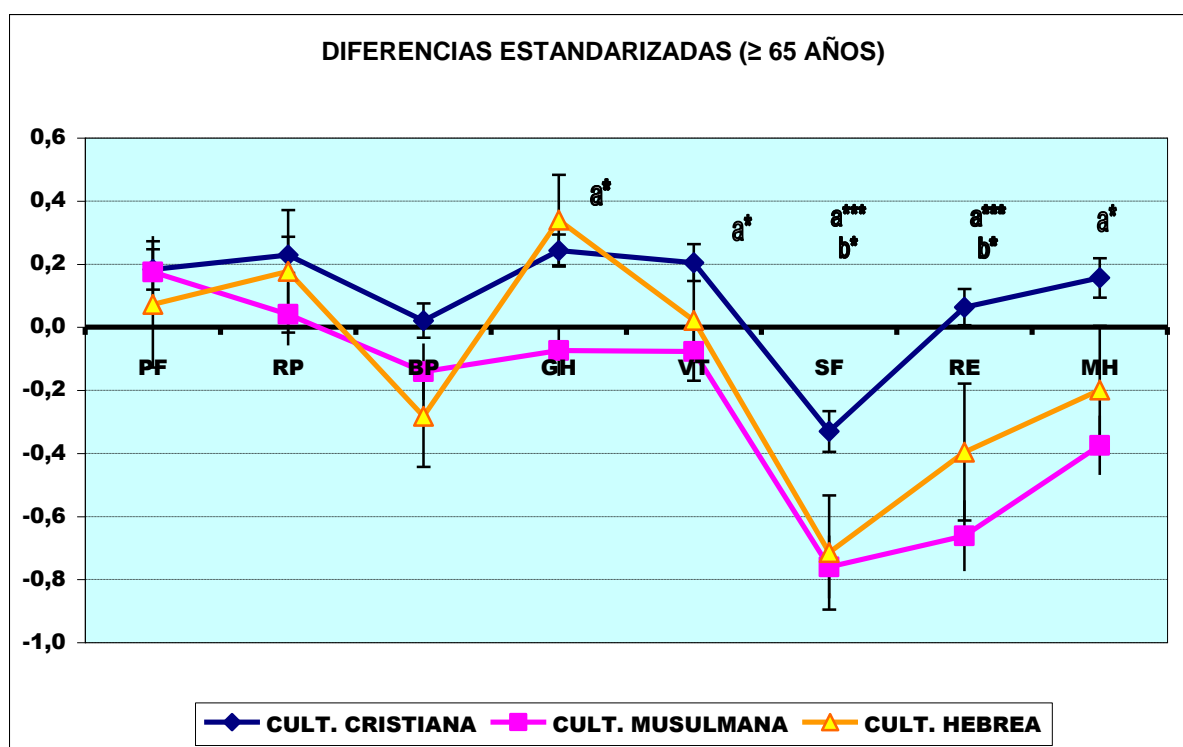


GRÁFICO 6.- Diferencias estandarizadas, de las dimensiones de SF₃₆, con respecto a los promedios españoles ≥ 60 años (Alonso y col., 1988), en función del GRUPO CULTURAL-RELIGIOSO, resaltando las diferencias que resultan significativas, en un análisis de muestras no pareadas de Mann-Whitney: Diferencias (a)= Cristiano-Musulmán; (b)= Cristiano-Judía; (c)= Musulmán-Judía; (*) $p < 0,050$; (**) $p < 0,010$; (***) $p < 0,001$. PF- Función Física; RF= Rol Físico; BP= Dolor Corporal; GH= Salud General; VT= Vitalidad; SF= Función Social; RE= Rol Emocional; MH= Salud Mental. En cada punto se indica el error típico de la media (EEM).

DIMENSIONES SF-36 EN FUNCIÓN AL GRUPO CULTURAL-RELIGIOSO

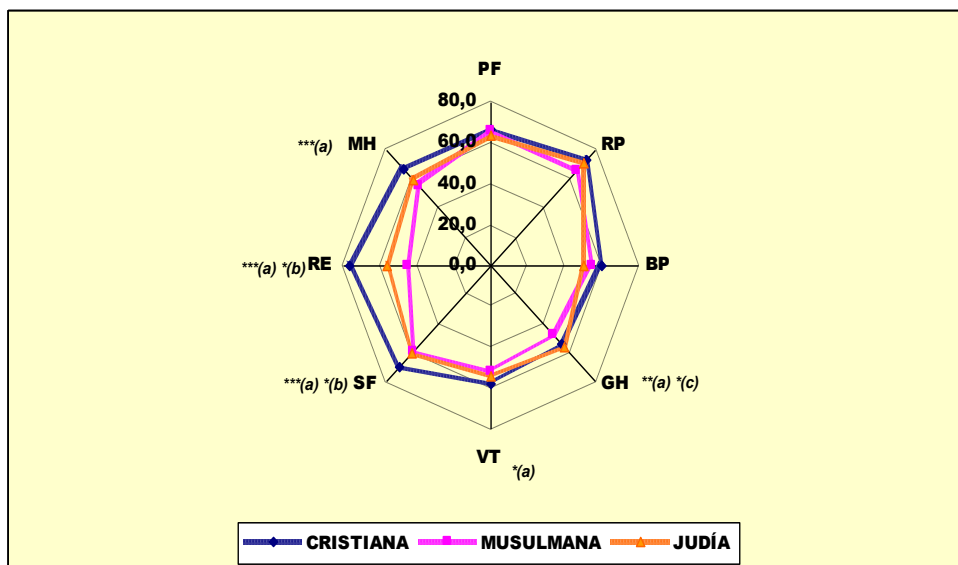


FIGURA 17.- Diagrama radial de las 8 dimensiones del cuestionario SF-36 en la muestra de población general de Ceuta (≥ 65 años), separadas por opción RELIGIOSO-CULTURAL. Resultados de las comparaciones (a): cristiano-musulmán; (b): cristiano-judío y (c) musulmán-judío. Niveles de significación (*) $p < 0,050$; (**): $p < 0,010$ y (***) $p < 0,001$.

5.3.3.- RESULTADOS SF-36 EN RELACIÓN AL DISTRITO DONDE SE VIVE Y AL GRUPO CULTURAL-RELIGIOSO

PUNTUACIONES SEGÚN DISTRITOS Y OPCIÓN RELIGIOSO- CULTURAL													
DISTRITOS	CULTURA		PF (0-100)	RP (0-100)	BP (0-100)	GH (0-100)	VT (0-100)	SF (0-100)	RE (0-100)	MH (0-100)	AI (0-100)	MU (0-100)	FR (0-100)
1.CENTRO	CRISTIANA	Media	68,20	74,50	64,40	54,05	58,00	71,75	82,67	71,26	57,57	56,90	45,00
	50	EEM	4,02	5,82	3,66	2,13	3,31	4,53	4,49	3,31	3,25	2,61	2,37
	MUSULMANA	Media	60,71	67,86	43,00	42,43	46,43	55,36	23,81	47,43	43,37	58,57	37,50
	7	EEM	11,47	15,15	7,80	5,14	4,33	7,14	14,02	5,34	1,44	7,46	7,72
	JUDÍA	Media	61,04	72,92	50,71	55,04	52,01	59,38	52,78	58,25	49,55	57,71	46,35
24	EEM	5,66	8,89	4,89	3,33	4,54	4,83	9,61	4,70	4,01	4,12	4,48	
	Total	Media	65,43	73,46	58,49	53,34	55,23	66,67	68,72	65,35	53,97	57,28	44,75
	81	EEM	3,14	4,59	2,87	1,72	2,49	3,26	4,62	2,65	2,38	2,10	2,07
2.SARCHAL- M. HACHO	CRISTIANA	Media	73,82	77,21	67,74	60,94	64,41	79,78	86,27	71,56	64,50	68,24	43,75
	34	EEM	5,06	6,87	4,69	3,40	3,63	4,45	5,29	2,83	4,10	3,67	3,26
	MUSULMANA	Media	80,63	84,38	73,88	50,88	59,38	85,94	87,50	68,50	62,95	52,50	48,44
	8	EEM	7,28	12,44	8,93	7,26	5,38	7,26	12,50	7,58	7,81	7,26	2,83
	Total	Media	75,12	78,57	68,90	59,02	63,45	80,95	86,51	70,98	64,20	65,24	44,64
	42	EEM	4,31	6,00	4,13	3,11	3,10	3,84	4,83	2,67	3,60	3,38	2,70
3. PTA. CAMPO -MORRO	CRISTIANA	Media	64,35	69,57	58,70	51,51	52,78	65,22	69,57	60,68	54,09	54,86	46,74
	69	EEM	3,43	5,21	3,61	2,52	2,53	3,14	5,18	2,60	3,24	2,77	2,68
	MUSULMANA	Media	51,00	27,50	47,70	43,40	33,50	56,25	43,33	51,30	65,00	67,00	41,25
	10	EEM	11,25	11,46	5,20	6,45	5,97	6,52	14,10	5,68	7,71	5,93	5,29
	JUDÍA	Media	90,00	50,00	42,00	72,50	72,50	68,75	100,00	70,50	66,07	80,00	43,75
2	EEM	10,00	50,00	42,00	12,50	7,50	31,25	0,00	5,50	5,36	0,00	6,25	
	Total	Media	63,33	63,89	56,93	51,02	50,88	64,20	67,08	59,77	55,73	56,98	45,99
	81	EEM	3,29	4,97	3,25	2,34	2,41	2,85	4,85	2,34	2,94	2,53	2,37

TABLA 40.- Descripción de la muestra de población general (Media y EEM) clasificada por GRUPO CULTURAL-RELIGIOSO y DISTRITOS (1, 2, 3) de residencia respecto a la encuesta SF-36. Se incluyen las dimensiones del cuestionario propio de CEUTA.

PUNTUACIONES SEGÚN DISTRITOS Y OPCIÓN RELIGIOSO-CULTURAL. Continuación

DISTRITOS	CULTURA		PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	AI	MU	FR
			(0-100)	(0-100)	(0-100)	(0-100)	(0-100)	(0-100)	(0-100)	(0-100)	(0-100)	(0-100)	(0-100)
4. VILLA JOVITA - BENITEZ	CRISTIANA	Media	64,15	76,92	54,31	55,17	60,64	67,88	75,38	68,40	62,14	57,31	48,85
	65	EEE	3,32	4,73	3,21	2,31	2,55	3,28	4,97	2,85	3,17	2,46	2,42
	MUSULMANA	Media	71,20	71,15	55,77	51,62	53,72	51,44	32,05	56,69	51,10	67,31	40,87
	26	EEM	4,97	8,05	5,75	2,96	3,58	4,97	8,37	3,99	3,40	3,46	3,44
	Total	Media	66,17	75,27	54,73	54,16	58,66	63,19	63,00	65,05	58,99	60,16	46,57
	91	EEM	2,77	4,07	2,80	1,85	2,11	2,83	4,73	2,39	2,51	2,06	2,01
5.HADDU - ALMADRABA	CRISTIANA	Media	65,00	67,59	56,19	52,22	57,53	72,69	67,90	64,59	62,96	67,78	43,98
	27	EEM	4,82	8,53	5,24	3,43	3,47	4,77	8,25	3,78	3,37	3,75	3,01
	MUSULMANA	Media	62,33	71,67	54,47	43,73	54,56	64,17	60,00	55,13	57,38	58,67	50,83
	15	EEM	8,08	11,14	7,75	4,87	4,31	6,89	12,26	5,14	6,10	6,10	4,13
	Total	Media	64,05	69,05	55,57	49,19	56,47	69,64	65,08	61,21	60,97	64,52	46,43
	42	EEM	4,18	6,70	4,31	2,84	2,69	3,93	6,81	3,09	3,06	3,28	2,46
6.PRINCIPE - BENZU - LOS ROSALES	CRISTIANA	Media	61,25	78,13	59,50	47,38	48,54	76,56	75,00	68,88	47,32	45,63	50,00
	8	EEM	8,00	14,51	5,47	2,76	5,46	5,99	12,20	4,67	5,35	2,40	5,79
	MUSULMANA	Media	65,93	62,96	53,19	45,41	52,78	56,94	43,21	53,93	47,49	72,22	42,59
	27	EEM	6,33	8,69	5,43	3,59	4,89	4,96	9,04	3,86	2,42	3,88	2,85
	Total	Media	64,86	66,43	54,63	45,86	51,81	61,43	50,48	57,34	47,45	66,14	44,29
	35	EEM	5,17	7,46	4,36	2,83	3,95	4,27	7,78	3,31	2,19	3,58	2,58

TABLA 41.- Descripción de la muestra de población general (Media y EEM) clasificada por GRUPO CULTURAL-RELIGIOSO y DISTRITO (4, 5, 6) de residencia respecto a la encuesta SF-36 , al igual que en anteriores se incluye el cuestionario propio de CEUTA

PUNTUACIONES SEGÚN DISTRITOS Y OPCIÓN RELIGIOSO-CULTURAL. Continuación

DISTRITOS	CULTURA		PF (0-100)	RP (0-100)	BP (0-100)	GH (0-100)	VT (0-100)	SF (0-100)	RE (0-100)	MH (0-100)	AI (0-100)	MU (0-100)	FR (0-100)
TOTAL	CRISTIANA	Media	66,30	73,52	59,67	54,16	57,77	70,31	75,89	66,89	58,98	58,77	46,34
	235	EEM	1,74	2,57	1,72	1,17	1,33	1,71	2,43	1,36	1,54	1,32	1,21
	MUSULMANA	Media	66,09	65,05	54,54	46,90	51,34	58,87	45,16	55,38	53,00	65,38	43,41
	93	EEM	3,11	4,46	2,84	1,83	2,13	2,65	4,77	2,04	1,95	2,12	1,67
	JUDÍA	Media	63,27	71,15	50,04	56,38	53,59	60,10	56,41	59,19	50,82	59,42	46,15
	26	EEM	5,47	8,74	5,09	3,28	4,34	4,80	9,20	4,39	3,81	3,97	4,15
	Total	Media	66,04	71,24	57,71	52,50	55,87	66,73	66,85	63,48	56,91	60,47	45,60
	372	EEM	1,46	2,17	1,42	0,96	1,10	1,40	2,24	1,13	1,19	1,09	0,97

TABLA 42.- Descripción de la muestra de población general (Media y EEM) clasificada por GRUPO CULTURAL-RELIGIOSO y el TOTAL de DISTRITOS de residencia respecto a la encuesta SF-36 y el cuestionario propio de CEUTA

5.3.4.- REPRESENTACIÓN DE LAS DIMENSIONES DEL CUESTIONARIO SF-36 EN RELACIÓN AL DISTRITO DE RESIDENCIA Y GRUPO CULTURAL-RELIGIOSO

DISTRITO 1

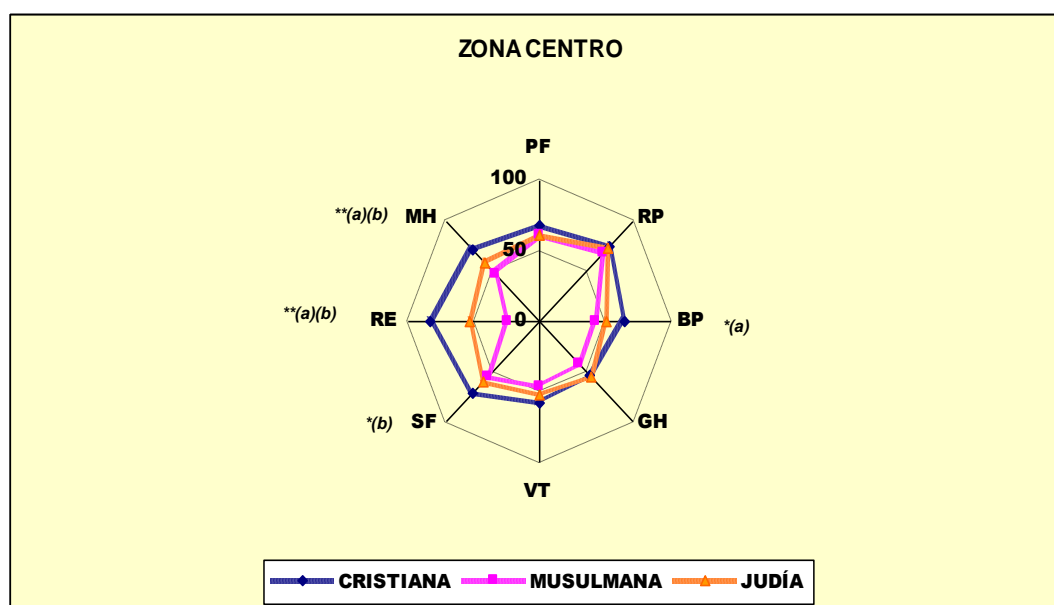


FIGURA 18.- Diagrama radial de las puntuaciones en escala (0-100) de las dimensiones SF-36, comparando las diferentes OPCIONES CULTURAL-RELIGIOSA en el Distrito 1 (zona centro). Resultado de las comparaciones (a): cristiano-musulmán; (b): cristiano-judío y (c): musulmán-judío. Los niveles de significación alcanzados se señalan en cada dimensión, con el valor de p. (*): $p < 0,050$; (**): $p < 0,010$; (***) : $p < 0,001$

DISTRITO 2

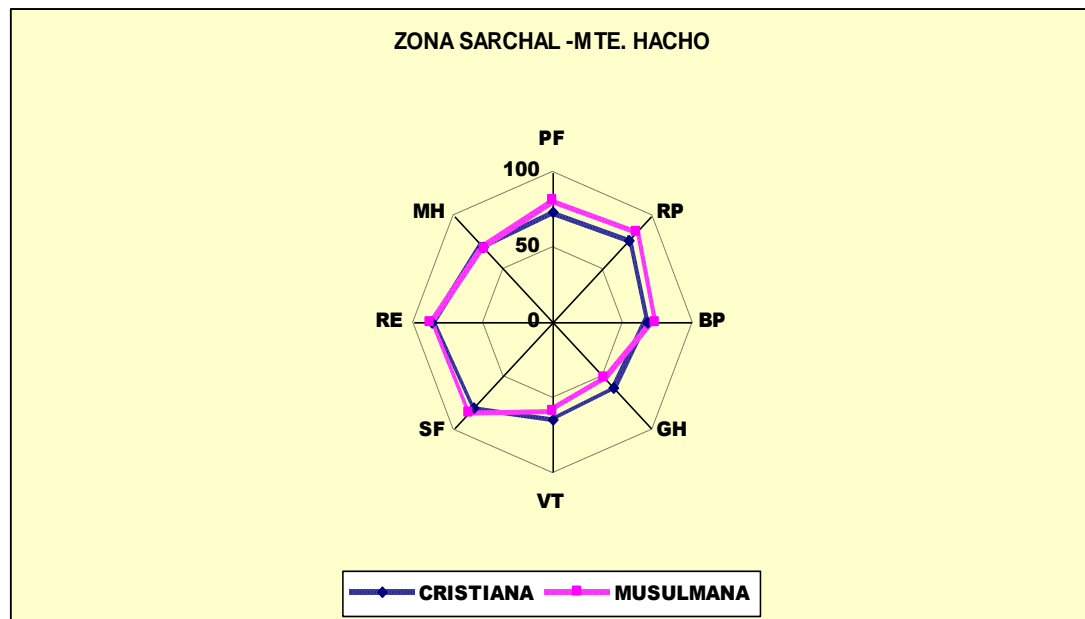


FIGURA 19.- Representación de las puntuaciones en escala (0-100) de las dimensiones SF-36. Comparando las diferentes OPCIONES CULTURAL- RELIGIOSA en el Distrito 2 (zona Sarchal-Mte. Hacho). No hay representación del grupo Judío en este distrito. No existe significación estadística en los dos grupos estudiados.

DISTRITO 3

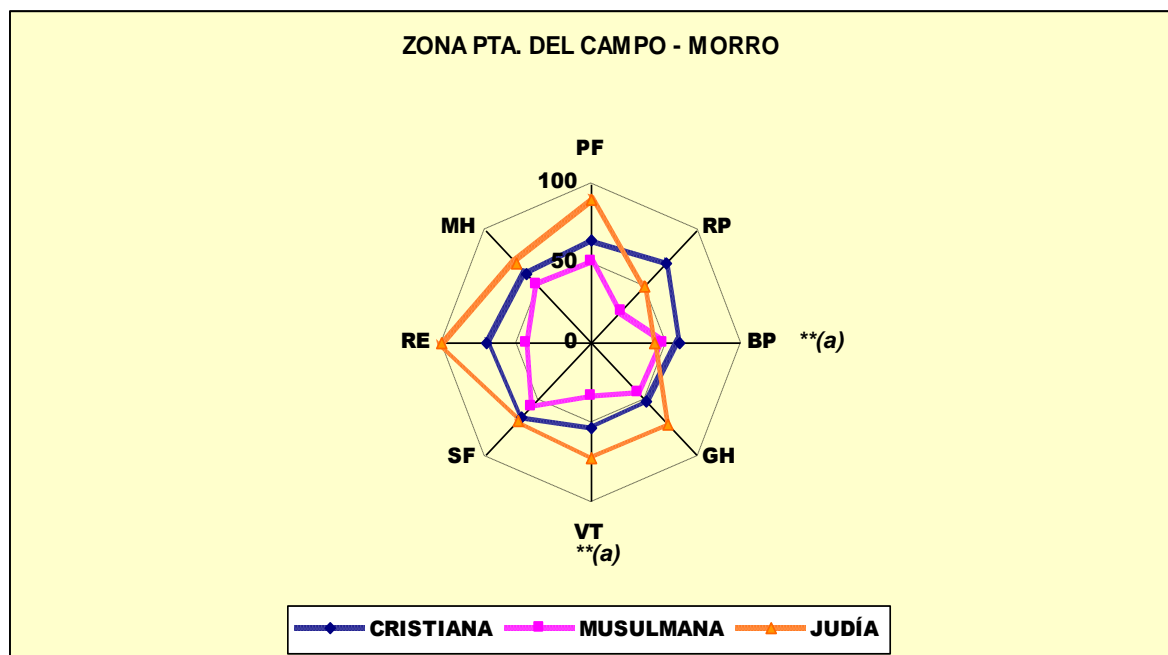


FIGURA 20.- Diagrama radial de las puntuaciones en escala (0-100) de las dimensiones SF-36. Comparando las diferentes OPCIONES CULTURAL- RELIGIOSA en el Distrito 3 (Zona Puertas del Campo- Morro). Existe significación estadística $p \leq 0,010$ en la Dimensión BP (Dolor Corporal) y VT (Vitalidad) en cristiano-musulmán

DISTRITO 4

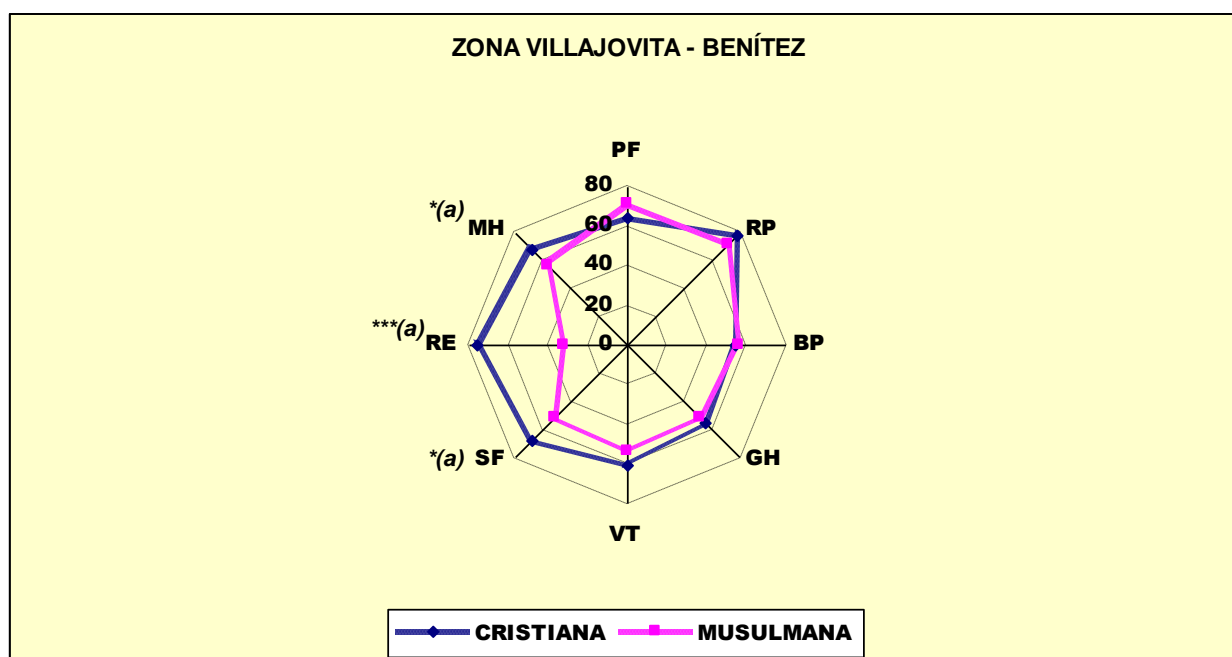


FIGURA 21.- Representación de las puntuaciones en escala (0-100) de las dimensiones SF-36. Comparando las diferentes OPCIONES CULTURAL- RELIGIOSA en el Distrito 4 (Zona Villajovita-Benítez). No hay representación de Judíos en este distrito, al igual que ocurre en el distrito 2. Resultado de las comparaciones (a): cristiano-musulmán. Los niveles de significación alcanzados se señalan en cada dimensión, con el valor de p. (*): $p < 0,050$; (***): $p < 0,001$

DISTRITO 5

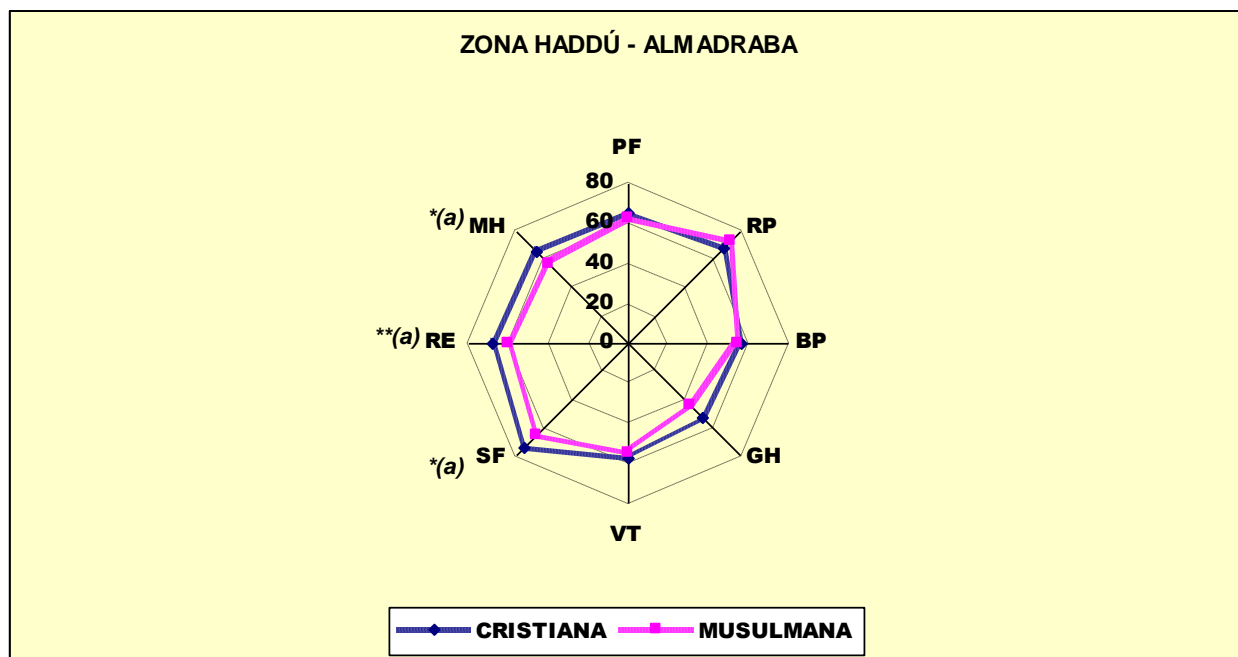


FIGURA 22.- Diagrama radial de las puntuaciones en escla (0-100) de las dimensiones SF-36. Comparando las diferentes OPCIONES CULTURAL- RELIGIOSA en el Distrito 5 (Zona Haddú-Almadraba). Ausencia del grupo Judío. Existe significación estadística $p \leq 0,050$ en MH (Salud Mental) y SF (Rol Social) entre cristiano-musulmán y $p \leq 0,010$ en RE (Rol Emocional) entre los mismos grupos.

DISTRITO 6

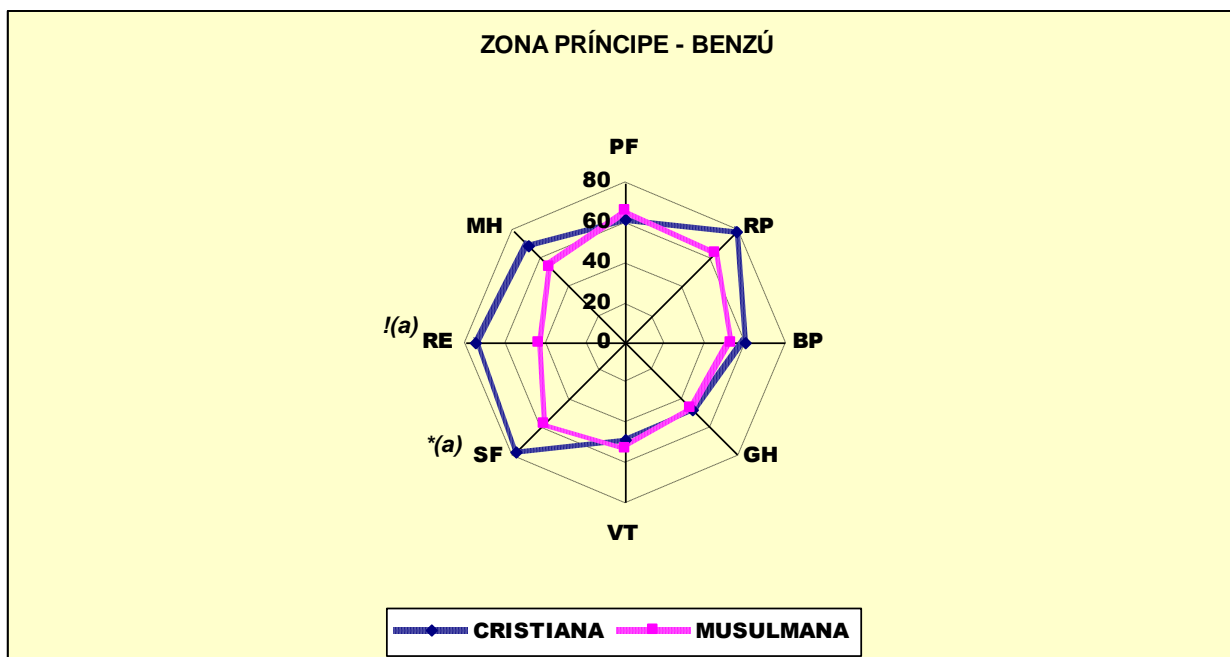


FIGURA23.- Diagrama radial de las puntuaciones en escala (0-100) de las dimensiones SF-36. Comparando las diferentes OPCIONES CULTURAL- RELIGIOSA en el Distrito 6 (Zona Príncipe-Benzú). Ausencia del grupo Judío, al igual que ocurre en los distritos 2, 4 y 5. Resultado de las comparaciones (a): cristiano-musulmán; Los niveles de significación alcanzados se señalan en cada dimensión, con el valor de p. (*): $p < 0,050$; (i): Indicios de significación.

**5.3.5.- COMPARACIÓN GRUPO GENERAL Y GRUPO ACTIVO
(AULA DE MAYORES UGR-CEUTA).**

COMPONENTES MUESTRA GENERAL Y AULA

COMPARACIÓN POR EDAD				
	N	Media	E.E.M.	%
GENERAL	252	68,9	0,31	84,8
AULA	45	70,9	0,67	15,2
TOTAL	297			

TABLA 43.- Valores medios y Error de Estimación de la Media (EEM), para la Muestra General y del Aula de Mayores de la UGR- Ceuta. Las muestras son homogéneas, no existiendo significación estadística en la edad de los componentes

VALOR DE ESCALAS Y PUNTUACION POR SEXO EN LA MUESTRA DEL AULA									
		PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
HOMBRE N: 15	N	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00
	Media	83,67	98,33	78,33	61,30	67,67	82,50	95,56	71,60
	Mediana	85,00	100,00	84,00	62,00	70,00	75,00	100,00	76,00
	Desv. típ.	13,16	6,45	20,17	20,19	17,82	16,90	11,73	16,21
	EEM	3,40	1,67	5,21	5,21	4,60	4,36	3,03	4,19
	% del total de N	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	34,1
MUJER N:30	N	30,00	30,00	30,00	30,00	30,00	30,00	30,00	29,00
	Media	81,22	97,50	73,83	58,34	63,67	77,50	67,78	64,28
	Mediana	90,00	100,00	78,00	59,50	65,00	81,25	100,00	64,00
	Desv. típ.	19,93	13,69	22,23	16,28	16,34	24,87	44,19	18,08
	EEM	3,64	2,50	4,06	2,97	2,98	4,54	8,07	3,36
	% del total de N	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7	65,9
Total N: 45	N	45,00	45,00	45,00	45,00	45,00	45,00	45,00	44,00
	Media	82,04	97,78	75,33	59,33	65,00	79,17	77,04	66,77
	Mediana	90,00	100,00	84,00	62,00	65,00	75,00	100,00	68,00
	Desv. típ.	17,84	11,70	21,44	17,50	16,75	22,46	38,81	17,63
	EEM	2,66	1,74	3,20	2,61	2,50	3,35	5,79	2,66
	% del total de N	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

TABLA 44.- Valores de la Media y Error de Estimación de la Media (EEM), para hombres y mujeres en relación a la encuesta SF-36 en la muestra del Aula de Mayores. Ninguna de las diferencias resultó significativa.

COMPARACIÓN DE PUNTUACIONES ENTRE MUESTRA GENERAL Y AULA									
		PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
GENERAL	N	252,00	252,00	252,00	251,00	252,00	252,00	252,00	252,00
	Media	66,53	73,71	59,81	54,13	57,97	70,22	75,83	67,16
	Mediana	75,00	100,00	62,00	52,00	60,00	75,00	100,00	68,00
	Desv. típ.	27,43	40,81	27,30	18,76	21,30	27,15	38,76	21,78
	EEM	1,73	2,58	1,72	1,18	1,34	1,71	2,45	1,37
	% del total de N	84,8	84,8	84,8	84,8	84,8	84,8	84,8	85,1
AULA	N	45,00	45,00	45,00	45,00	45,00	45,00	45,00	44,00
	Media	82,04	97,78	75,33	59,33	65,00	79,17	77,04	66,77
	Mediana	90,00	100,00	84,00	62,00	65,00	75,00	100,00	68,00
	Desv. típ.	17,84	11,70	21,44	17,50	16,75	22,46	38,81	17,63
	EEM	2,66	1,74	3,20	2,61	2,50	3,35	5,79	2,66
	% del total de N	15,2	15,2	15,2	15,2	15,2	15,2	15,2	14,9
Total	N	297,00	296,00	297,00	297,00	297,00	297,00	297,00	296,00
	Media	68,89	77,36	62,17	54,92	59,04	71,58	76,01	67,10
	Mediana	75,00	100,00	62,00	56,00	60,00	75,00	100,00	68,00
	Desv. típ.	26,76	38,82	27,05	18,64	20,80	26,65	38,70	21,19
	EEM	1,56	2,26	1,57	1,08	1,21	1,55	2,25	1,23
	% del total de N	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	p <	0,001	0,001	0,001			0,050		

TABLA 45.- Valores de la Media y Error de estimación de la Media en relación a la encuesta sf-36, entre los dos grupos de estudio, señalando p en las dimensiones con significación estadística.

VALORES ESTANDARIZADOS Y AGREGACIÓN SEGUN PESOS ESPAÑOLES PARA PERCENTIL DE EDAD > 65 AÑOS (GENERAL)									
		z_PF	z_RP	z_BP	z_GH	z_VT	z_SF	z_RE	z_SM
GENERAL	N	252	252	252	252	252	252	252	252
	Media	0,19	0,23	0,03	0,24	0,21	-0,33	0,06	0,17
	EEM	0,063	0,057	0,054	0,052	0,059	0,064	0,058	0,063
	% del total de N	84,8	84,8	84,8	84,8	84,8	84,8	84,8	85,1
AULA	N	45	45	45	45	45	45	45	44
	Media	0,76	0,77	0,52	0,47	0,52	0,00	0,09	0,15
	EEM	0,097	0,039	0,101	0,114	0,110	0,126	0,136	0,122
	% del total de N	15,2	15,2	15,2	15,2	15,2	15,2	15,2	14,9
Total	N	297	297	297	297	297	297	297	296
	Media	0,28	0,31	0,10	0,28	0,26	-0,28	0,07	0,17
	EEM	0,057	0,050	0,050	0,047	0,053	0,058	0,053	0,057
	% del total de N	100	100	100	100	100	100	100	100
	p <	0,001	0,001	0,001			0,050		

TABLA 46.- Datos comparativos entre el AULA y la MUESTRA GENERAL. En Valores Estandarizados.

**VALORES SF-36 EN FUNCIÓN DE
LA MUESTRA GENERAL Y EL AULA**

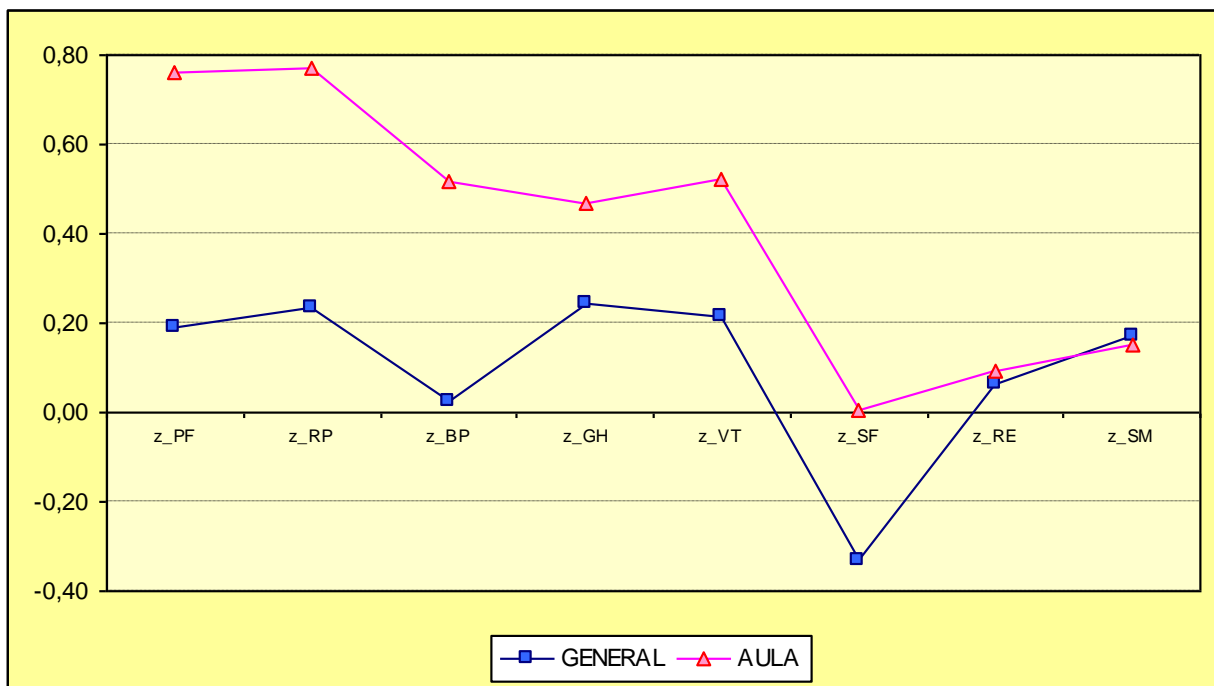


GRÁFICO 7.- Diferencias estandarizadas entre la Muestra General y la Muestra del Aula de Mayores.

**5.4. RESULTADO DEL CUESTIONARIO
ESPECÍFICO DE CEUTA.**

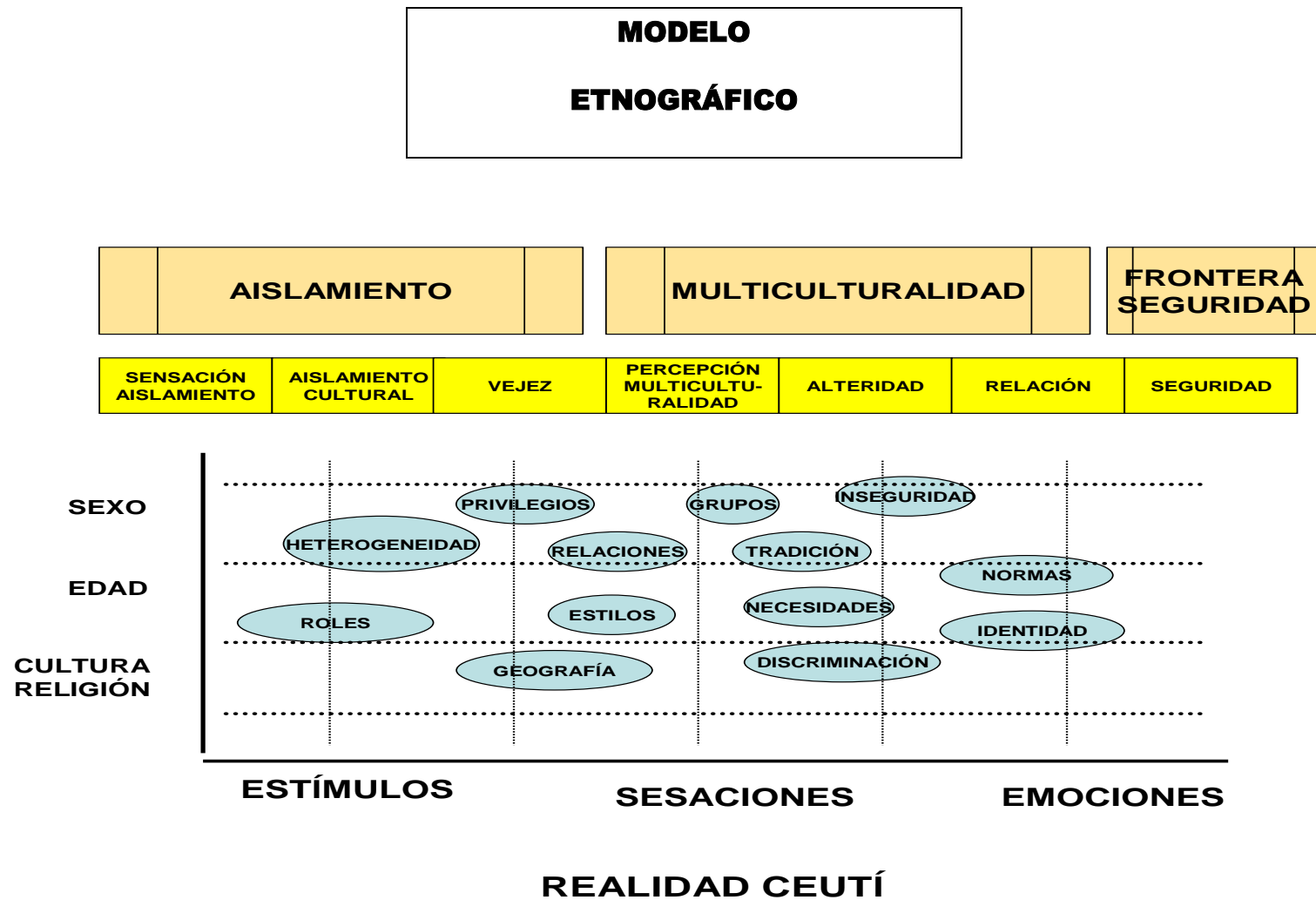


FIGURA 24.- Representación Simbólica de la Realidad ceutí obtenida en el Proceso Etnográfico, definida por la Muestra General de personas mayores de 65 años, donde a partir de Estímulos, Sensaciones y Emociones expresan los conceptos influenciados por el Sexo, La Edad y la Cultura-Religión al que pertenecen, dando lugar a categorías que reproducen las dimensiones: AISLAMIENTO, MULTICULTURALIDAD y FRONTERA-SEGURIDAD.

MUESTRA GENERAL.

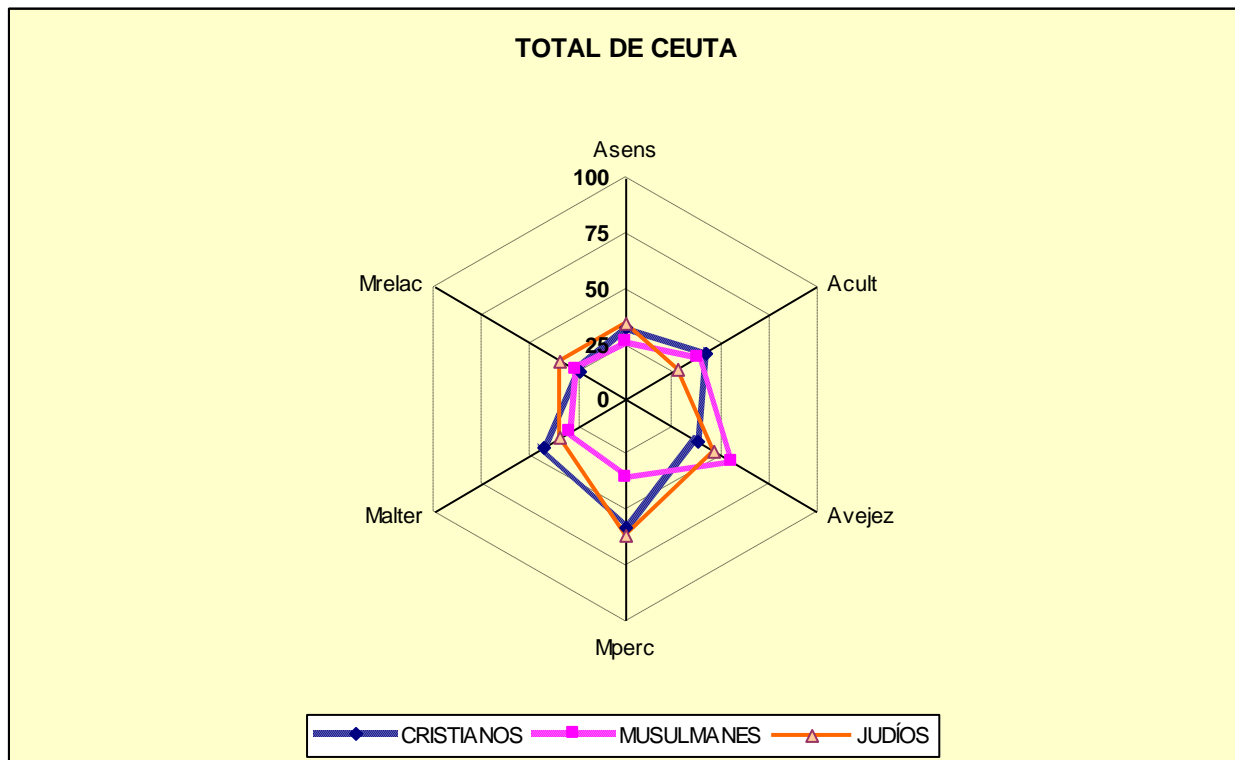


FIGURA 25.- Representación de las Categorías de las dimensiones Multiculturalidad y Aislamiento de la Encuesta propia de Ceuta, en el total de la Muestra General. El valor radial indica el porcentaje de respuesta más desfavorable en cada una de las Categorías, donde 0% representaría la mejor percepción y 100% la peor.

DISTRITO 1

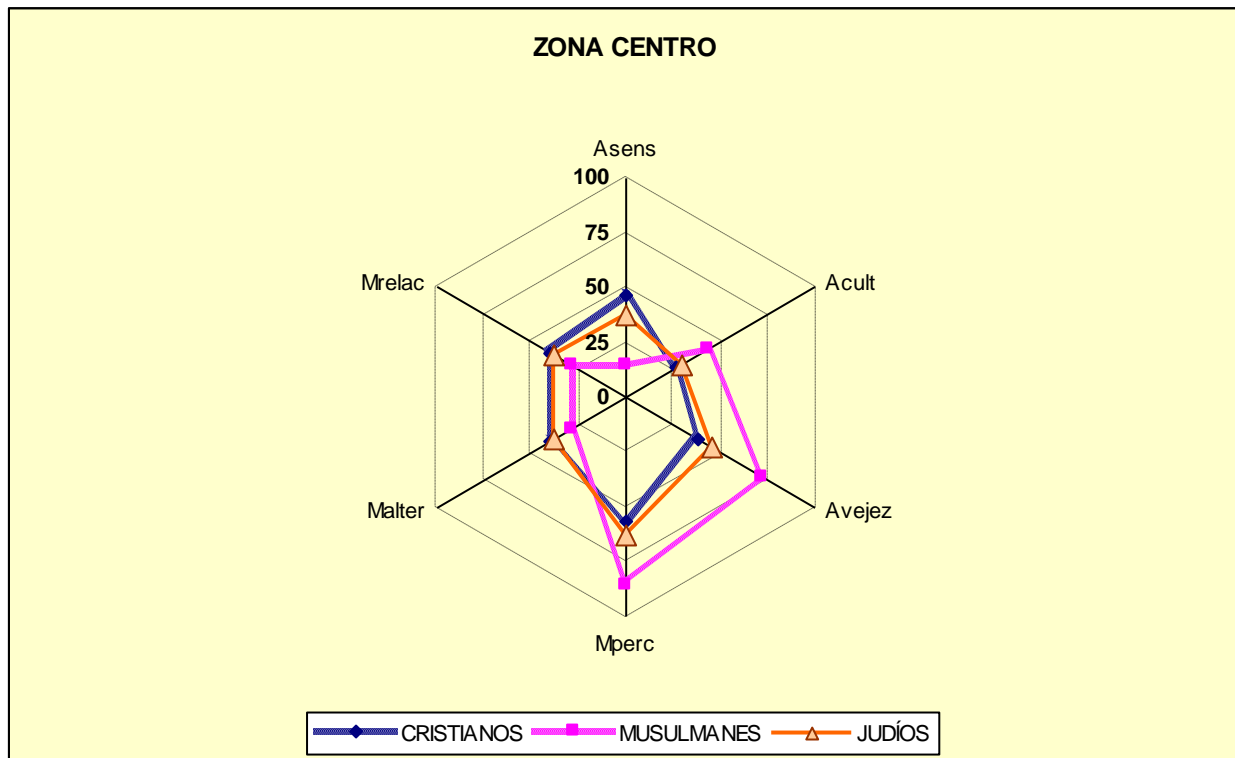


FIGURA 26.- Representación de las Categorías de las dimensiones Multiculturalidad y Aislamiento de la Encuesta propia de Ceuta, en el DISTRITO 1. **Asens:** Aislamiento-Sensación; **Acult:** Aislamiento-Cultura; **Avejez:** Aislamiento-Vejez; **Mperc:** Multiculturalidad –Percepción; **Malter:** Multic.-Alteridad; **Mrel:** Multiculturalidad-Relación. Se observa la peor percepción en Mperc, Avejez) y Acult, en el grupo MUSULMÁN.

DISTRITO 2

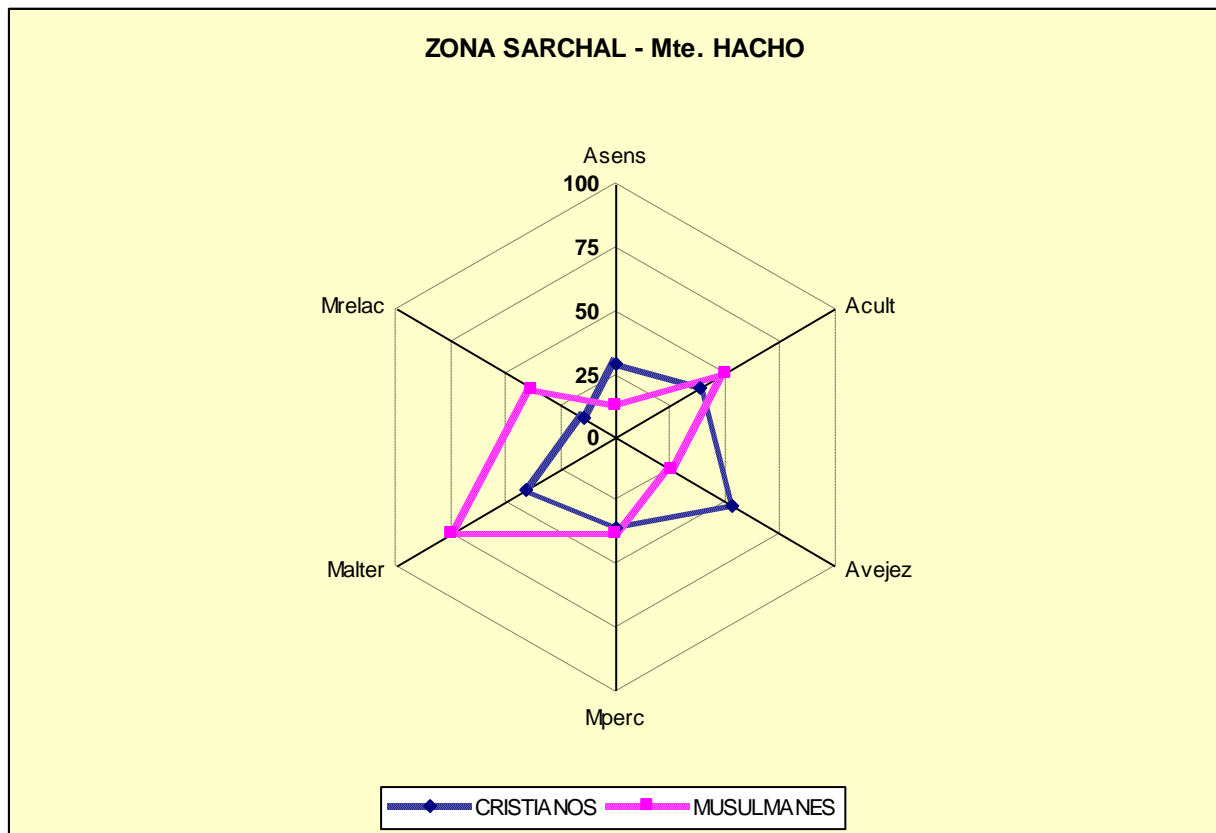


FIGURA 27.- Representación de las Categorías de las dimensiones Multiculturalidad y Aislamiento de la Encuesta propia de Ceuta, en el DISTRITO 2. Se observa la peor percepción en Malter (MULTICULTURALIDAD ALTERIDAD) Y Avejez en el grupo MUSULMÁN. El grupo CRISTIANO perciben peor el Malter.

DISTRITO 3

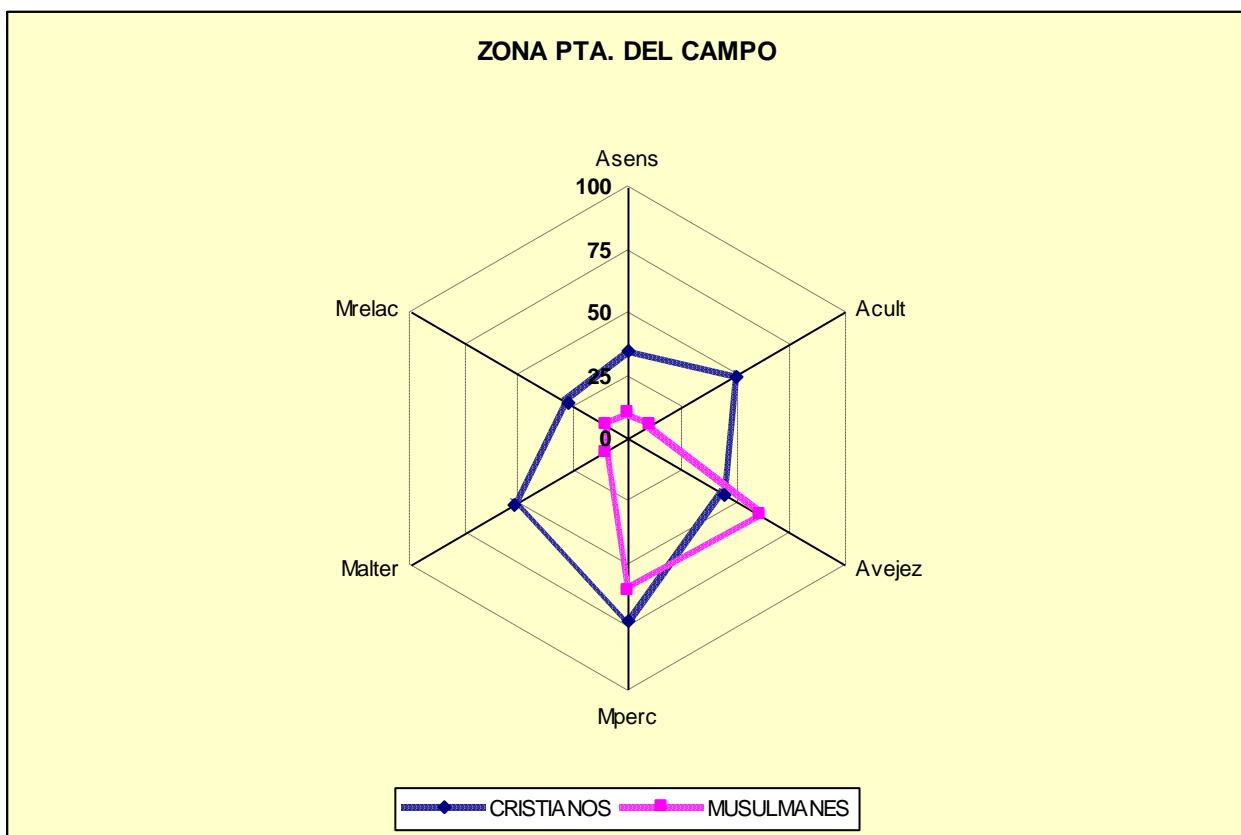


FIGURA 28.- Representación de las Categorías de las dimensiones Multiculturalidad y Aislamiento de la Encuesta propia de Ceuta, en el DISTRITO 3. El grupo CRISTIANO percibe peor las categorías de las dos dimensiones, excepto Avejez.

DISTRITO 4

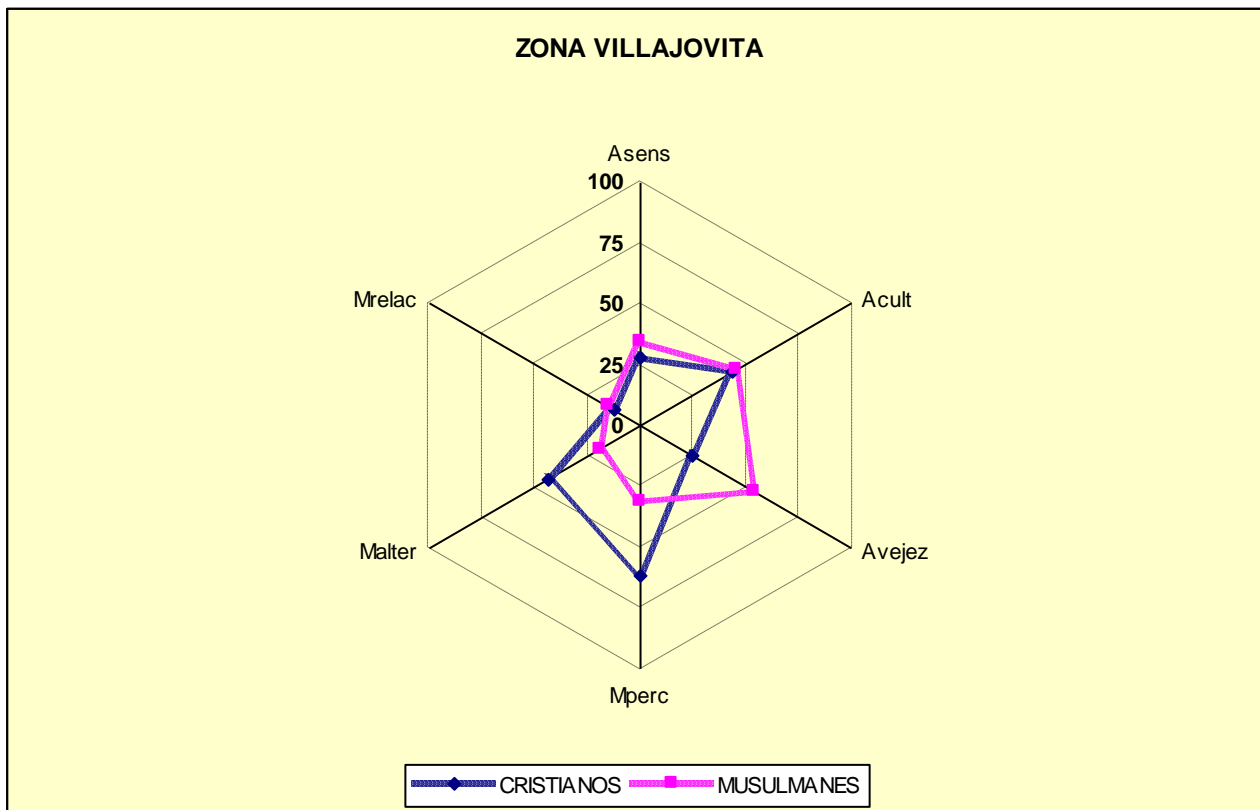


FIGURA 29.- Representación de las Categorías de las dimensiones Multiculturalidad y Aislamiento de la Encuesta propia de Ceuta, en el DISTRITO 4. Se observa la peor percepción en Malter (MULTICULTURALIDAD ALTERIDAD) Y Mperc (MULTICULTURALIDAD PERCEPCIÓN) en el grupo cristiano. Avejez en el grupo MUSULMÁN.

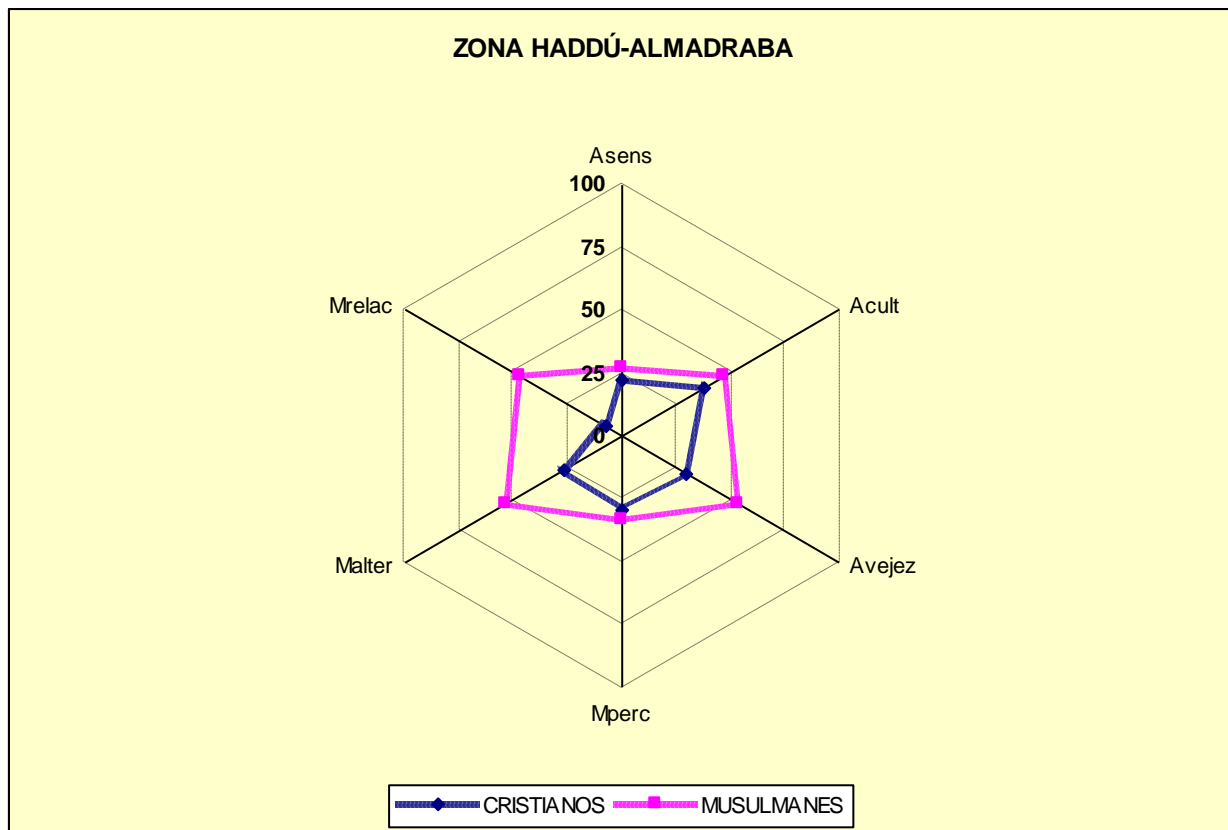
DISTRITO 5

FIGURA 30.- Representación de las Categorías de las dimensiones Multiculturalidad y Aislamiento de la Encuesta propia de Ceuta, en el DISTRITO 5. Se observa la peor percepción en cuatro de las seis categorías en el grupo CRISTIANO.

DISTRITO 6

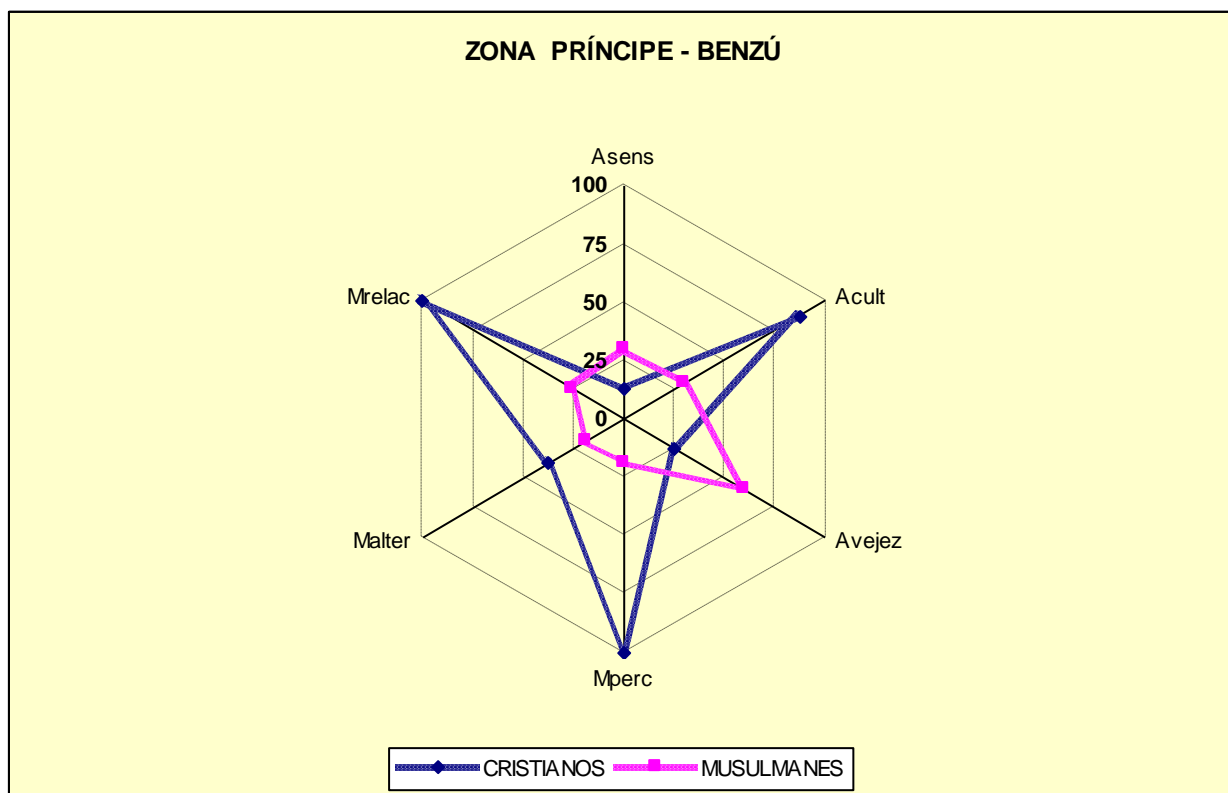


FIGURA 31.- Representación de las Categorías de las dimensiones Multiculturalidad y Aislamiento de la Encuesta propia de Ceuta, en el DISTRITO 6. Las condiciones socioeconómicas, urbanísticas y la presencia minoritaria del grupo cristiano, abocan a éstos a una peor valoración en aislamiento-cultura y multiculturalidad en sus facetas de relación y percepción.

VI. DISCUSIÓN

Para una mayor claridad en el desarrollo de esta discusión de resultados, este apartado se organizará en bloques que se corresponden con cada uno de los análisis realizados, a saber: 1.- Descripción de la población; 2.- Sobre características psicométricas de los instrumentos utilizados; 3.- Análisis de Calidad de Vida en la población general de mayores y comparación con un grupo de envejecimiento activo; 4.- Análisis Etnográfico; 5.- Análisis del cuestionario específico de Ceuta

6.1.- DISCUSIÓN SOBRE DESCRIPCIÓN DE LOS GRUPOS ESTUDIADOS.

6.1.1. A PROPÓSITO DE LOS SUJETOS.-

Con relación al ámbito de estudio, se ha elegido una población de personas mayores con edades comprendidas entre 65 a 80 años. La muestra tal como se ha definido en material y métodos se obtuvo de la población general de Ceuta, de entre los 6 distritos de la Ciudad. La decisión de elegir personas de todos los distritos se debió a la desigual distribución de las diferentes opciones cultural-religiosa, con tendencia a agruparse preferentemente por distritos geográficos. Los criterios de inclusión fueron planificados de forma que permitiesen la participación de los mayores con edades superiores a 65 años, pertenecientes a los diferentes grupos religioso-culturales en sentido amplio, que fueran válidos o autónomos para las tareas cotidianas y hubieran vivido en Ceuta como mínimo 20 años, para tener una experiencia de vida suficiente en esta sociedad multicultural y poder atender a los objetivos del estudio, aunque formen parte de una misma población, las diferentes vivencias de los distintos grupos y pueden ofrecer diferentes resultados en cuanto a la percepción de calidad de vida relacionada con la salud.

El posible efecto de estas diferencias, nos hizo plantearnos un estudio etnográfico, que utiliza un método cualitativo que abre nuevas perspectivas de trabajo e investigación.

La participación de los mayores como sujetos del estudio etnográfico, tenía la finalidad de poder completar el análisis de Calidad de Vida Relacionada con la Salud, identificando necesidades que pudieran influir en la salud y el bienestar de los diferentes grupos religioso-culturales de la Ciudad de Ceuta como más adelante se discute. La identificación de dichas necesidades y factores nos permitió la elaboración de un cuestionario específico cuya adaptación a la población de estudio se realizó en sucesivas etapas como se indicará en el siguiente apartado.

Para Angermeyer y cols. (2000) los indicadores sociales son ya una tradición en los estudios de Calidad de Vida. En nuestro estudio hemos seguido esta tradición, incluyendo datos sociales y demográficos. Como indica Gloria Pérez (2004), las personas mayores suponen una gran preocupación para los gobiernos y están provocando un cambio en las políticas sociales y educativas, que comparten los Estados Miembros de la U.E. Los estudios sobre Calidad de Vida Relacionada con la Salud en la población mayor se han hecho imprescindibles para observar las necesidades de este grupo creciente de población y la posibilidad de intervenir para mejorar el estado de bienestar según las demandas de atención socio-sanitaria detectadas. Nuestro estudio pretende contribuir al conocimiento de la realidad de los mayores en una sociedad multicultural como es la Ciudad Autónoma de Ceuta y su influencia en la CVRS. Para ello hemos tenido en cuenta dos criterios en torno a los cuales hemos desarrollado la investigación: 1) El Grupo Religioso-cultural de pertenencia y 2) El estilo de vida, utilizando la participación en el aula de mayores de la UGR como elemento dinamizador de un envejecimiento activo

6.1.1.1. GRUPO RELIGIOSO-CULTURAL.-

En el momento actual resulta imposible conocer con exactitud la proporción de personas de las diferentes opciones religiosas que viven en Ceuta, por ser España un país laico. El informe sobre Ceuta y Melilla elaborado por el Real Instituto Elcano (2008) estima la población adulta musulmana en un 40%, el resto de la población se distribuye según dicho informe, entre cristianos, judíos e hindúes. En nuestra muestra la frecuencia absoluta y relativa de las diferentes opciones religioso-culturales ha sido la siguiente: cristianos (n=253; 68%), musulmanes (n=93; 25%), Judíos (n=26; 6,9%) (Figura 12), que se corresponde proporcionalmente con la composición de la pirámide de población, para este margen de edad.

Las barriadas analizadas corresponden a los seis distritos en los que se divide la ciudad debido fundamentalmente a razones de tipo burocrático. Las barriadas más habitadas por personas de edad y en orden decreciente, corresponden a los distritos: nº 3 (23,90%); nº 4 (22,87%); nº 1 (21,39%); nº 5 (12%); nº 6 (8,84%) y nº 2 (8,84%). Nuestros datos muestran que en todos los distritos viven más mujeres que hombres, al igual que en los datos correspondientes al INE 2003 (Figura 10).

A pesar de la ausencia de información explícita en relación con el número de personas de las diferentes religiones que viven en cada distrito, por su simbología externa y por los apellidos del censo, podemos obtener una aproximación bastante fidedigna, siendo las barriadas de los distritos 5, 6 y 4 las de mayor concentración de población musulmana.

6.1.1.2.- ESTILO DE VIDA Y ENVEJECIMIENTO ACTIVO.-

Además de la información relativa a variables antropométricas, clínicas y de estilos de vida relacionados con la salud, quisimos valorar la importancia de mantener una actividad voluntaria y continuada en los mayores, según un programa

diseñado específicamente para ellos como el que se viene desarrollando en la Ciudad, a través del Aula Permanente de Formación Abierta de la Universidad de Granada, así como su influencia en la CV de los diferentes grupos religioso-culturales.

Aun cuando se trata de un programa abierto a todas las personas mayores, sólo participan en el mismo las de opción religiosa cristiana, por lo que decidimos realizar la comparación exclusivamente entre personas de esta religión. Así se configuraron dos grupos: 1) Un grupo considerado de envejecimiento activo, formado por 45 personas de cultura cristiana, de ambos sexos, con una edad media de 70 años, que asisten con asiduidad al Aula de Mayores de la Universidad de Granada en Ceuta. 2) Un grupo de similares características seleccionado a partir de la muestra general, entre los mayores pertenecientes a la cultura cristiana.

6.1.1.3.- VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.-

1. Edad

Aunque la vejez no es un hecho estadístico (Beauvoir, 1983) no se puede obviar como indica la Encuesta Nacional de Salud de 2000, 2003 y 2006 que España se sitúa entre los seis países más envejecidos de entre los que forman la Unión Europea, detrás de Italia, Suecia y Grecia, que presentan los mayores porcentajes de población de 65 y más años, y prácticamente a la par con Alemania y Bélgica, con una cifra próxima al 17 por ciento.

El rango de edad en la población de estudio ha sido de 65 a 80 años (Figura 11). La edad promedio (DT) de la muestra fue de 70,9 (5,03) años; siendo de 71,5 (5,09) años en hombres y de 70,5 (4,95) en mujeres. Al fragmentar la edad en función de la pertenencia al grupo religioso-cultural, es el grupo Judío (72,4 (-4,92) años) el de mayor edad, y dentro del mismo los hombres los que tienen una media de

edad más alta, de 74,23 años; A su vez son las mujeres musulmanas con una edad media de 70,49 (5,13) años, el grupo de menor edad.

Estas características de edad y sexo son representativas de la población de Ceuta, donde viven más mujeres que hombres y este dato está íntimamente relacionado con la Esperanza de Vida al nacer, que como se indicó en el apartado de metodología, en Ceuta es similar a la población general española.

2. Sexo y Estado civil.

En nuestro estudio, para un total de 372 sujetos, 166 eran hombres (el 44.6%) y 206 mujeres (el 55.4 %) (Figura 10), manteniendo la misma proporción para ambos sexos que la población de referencia. De ellos, el 59,83% (n=222) estaban casados, frecuencia algo superior a la de casados en la población general española (49,85%); Un 33.42%, (n=124) viudos, frecuencia también superior a la correspondiente de la población general (19,82%); El resto, 4,5% (n=17) solteros y 2,1% (n=8) divorciados/separados (Figura 14).

Al estratificar por grupo religioso-cultural, el porcentaje de cristianos fue de 29,3% hombres (n=109) y 38,7% mujeres (n=144); el de musulmanes varones 11,8% (n=44) y mujeres 13,2% (n=49); y el de Judíos tanto varones como mujeres del 3,5% (n = 13 respectivamente).

6.1.1.4 VARIABLES ANTROPOMÉTRICAS.-

Tanto el peso como la talla son valores que de forma aislada no proporcionan suficiente información, presentando mayor importancia el IMC o relación peso Kg/talla m², como indicador de adiposidad corporal (Tablas 15 y 16).

En nuestro estudio el IMC en hombres fue de 29,8 (4,26) que según el Expert Panel on the Identification, Evaluation and Treatment of Over weight y SEEDO 2000, estarían en situación de sobrepeso, mientras que en las mujeres fue de 30,7 (8,74), límite inferior de la obesidad. Al considerar la opción religioso-cultural, observamos que los musulmanes son los que tienen mayor IMC, con 33,2 (9,40); seguidos de los judíos con 32,5 (12,18) y cristianos con 29,0 (4,71). Entre mujeres y hombres de los grupos cristiano y judío, no existen diferencias para el IMC, aunque ambos sexos se distancian en el grupo musulmán, siendo la media para ellas de 35,3 frente a los hombres con 30,8.

La comparación de medias entre grupos religioso-cultural resultó estadísticamente significativa, con un valor de $p < 0,001$ entre cristianos-musulmanes y $p < 0,054$ con indicios de significación, entre cristianos-Judíos, no existiendo significación estadística entre musulmanes-judíos (tabla 16).

La clasificación del estado ponderal según sexo, con base en el IMC, arrojó diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres ($p < 0,05$) (Tabla 15). Aunque hay más mujeres ($n=98$) obesas que hombres ($n=73$), el sobrepeso es mayor en hombres ($n=67$) que en mujeres ($n=59$), contrariamente a lo que ocurre con las cifras de normopeso donde las mujeres ($n=49$) duplican a los hombres ($n=26$). En suma, el 84,4 de hombres y el 76,2% de mujeres se encuentran en situación de sobrecarga ponderal. Estos datos están en la línea de los recogidos por Cuervo (2008) en una población española de 22.007 personas, con cifras de sobrepeso en hombres del 49,4% frente al 39,3% en mujeres y de obesidad del 33% en mujeres frente al 25,5% en hombres.

Medrano, también refiere cifras similares a las nuestras, encontrando un 20% de obesidad, mas frecuente en mujeres que en hombres (23% frente al 18% respectivamente). En el estudio ERICE (2008) se informa de la estabilidad del IMC en el hombre hasta los 65 años, edad en la que va aumentando al contrario que la

mujer que sube de peso con la edad sin mantener estabilidad. En el libro Blanco de la alimentación en el anciano se presentan los resultados de un estudio epidemiológico con personas mayores institucionalizadas, estimándose la prevalencia de obesidad para los mayores de 60 años, en el 21%: 20% en hombres y 21% en mujeres. Según la ENS 2006, los datos referidos a obesidad en la población mayor de 65 años, alcanzan un 40,6% en los hombres y un 51.1% en mujeres, cifras superiores a las de Ceuta. La población estudiada estaría dentro de los límites evaluados por el National Cholesterol Education Program (NCEP)

6.1.1.4. VARIABLES CLÍNICAS.-

1. Presión Arterial

Como se muestra en la Tablas 17 y 18 la media para la Presión Arterial Sistólica (PAS) en la muestra total (n=372) fué de 142,8 (23,69) mmHg, cifra que se considera HTA grado 1 “leve” según la clasificación de la SEH-SEC (2003); mientras que la media para la Presión Arterial Diastólica (PAD) fue de 78,71 mmHg (11,99), considerada como óptima según dicha clasificación. Al comparar por sexo, no se observaron diferencias significativas, aunque son los hombres los más afectados por la forma de HT sistólica aislada y las mujeres las que mayoritariamente se encuadran como PA Normal-Alta (Tabla 17). Al considerar el Grupo Cultural (Tabla 18), observamos diferencias significativas para la PAS entre cristianos y musulmanes ($p < 0,001$), siendo estos últimos en conjunto, los que presentan las cifras más altas (150; 27,85) y dentro del grupo, los hombres con 151,5 (23,64) mmHg. Merece destacarse que los hombres del grupo judío superar estas cifras de PAS, con 154,2 (21,20) mmHg pero como grupo global (hombres + mujeres) estas cifras disminuyen dado que las mujeres se esta confesión, al contrario

que las musulmanas, tienen cifras medias de PAS, hasta 15 mmHg inferiores a las de los hombres de su grupo. Como se muestra en la tabla 18 el grado de HTA se asocia al grupo cultural de referencia, destacando la forma de HTA III en el grupo musulmán.

2. Glucemia

Las cifras medias de Glucemia en ayunas para el total de los sujetos de la muestra fue de 115,3 (42,69) con diferencias estadísticamente significativas por sexo ($p < 0,01$), donde las mujeres tienen una media de 108 (30,50) y los hombres de 124 (52,88) (Tabla 19), cifra que se sitúa en el límite considerado para la clasificación de diabetes (125 mg/dL según el Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, 1997; 2003). Al diferenciar por grupo cultural (Tabla 20) se observan cifras superiores a 125 mg/dL en musulmanes (128 ± 59), siendo los hombres musulmanes los únicos que arrojan una media francamente patológica de 145,9 (73,36). En las Tablas 19, 20 se muestra la clasificación como diabéticos o no diabéticos según sexo y grupo cultural. Se han considerado diabéticos, los sujetos con cifras de glucemia en ayunas superiores a 125 mg/dL. Como puede observarse, de los 372 sujetos de la muestra, 95 se consideran diabéticos 44 mujeres (21,4 %) y 51 hombres (30,7%), asociándose significativamente Sexo y Diabetes ($p < 0,05$) (Tablas 19).

3. Perfil lipídico

En las Tablas 21 y 22 se muestran los valores medios obtenidos (DT) en la totalidad de los sujetos, para los diferentes parámetros del perfil lipídico, Colesterol, Triglicéridos, c-HDL y c-LDL, siendo respectivamente 193,4 (47,07); 119,4 (64,23); 51,4 (23,21) y 126,4 (41,85). Al comparar los resultados por sexo se observan

diferencias estadísticamente significativas para TG ($p < 0,01$) superiores en hombres 127,3 frente a 112,9 en mujeres y para c-HDL ($p < 0,001$), 47,1 en hombres frente a 54,8 en mujeres. Son las mujeres judías las que tienen cifras más altas de colesterol 203,2 (37,30) y más bajas de TG 88,3 (29,56). Por grupo cultural, se observan diferencias estadísticamente significativas para TG entre cristianos-Judíos ($p < 0,05$) con cifras de 124,7 frente a 93,4 respectivamente (Tabla 13).

La hipercolesterolemia es una enfermedad crónica de especial interés en los mayores, ya que constituye un factor de riesgo cardiovascular (García FJ. y cols 2001; OMS 2007; SAMFyC 2006). Nuestros resultados al clasificar los sujetos según Criterio de la NCEP-ATPIII para los niveles de colesterol (Tablas 21 y 22), muestran por sexo, que 96 hombres y 112 mujeres tienen niveles de colesterol deseables, 40 hombres y 57 mujeres normal-alto y 30 hombres y 37 mujeres alto, sin que se observen diferencias significativas entre hombres y mujeres, aunque para todos los niveles, las mujeres tienen cifras superiores a los hombres quizás la explicación esté en lo informado en el estudio ERICE, sobre que el colesterol total a partir de los 65 años de edad se estabiliza en hombres pero aumenta en mujeres. Estos resultados están en la línea de los referidos en el estudio IBERICA (2008).

6.1.1.5. VARIABLES DE ESTILO DE VIDA.-

1. Tabaco

Es sabido que el tabaco se utiliza dentro de la red social como un instrumento de apoyo social y emocional (Lahuerta, 2004), pero también se conocen sus efectos negativos sobre la salud, siendo uno de los factores implicados en el riesgo de enfermedad cardiovascular. De los 372 sujetos de la muestra, 311 (83%) eran NO fumadores y 61 (16.4%) fumadores, de los cuales 30 (8,06%) eran hombres

y 31 (8,33%) mujeres fumadoras. Según la ENS 2006, entre las personas mayores las diferencias de sexo son notables entre fumadores: el 15,3% de los varones de 65 ó más años fuma diariamente (18,9% los de 65-74 años; 9,6 los de 75 y más años), y sólo el 1,5 % de las mujeres mayores de 65 años (Tablas 23 y 24).

Nuestros resultados muestran un porcentaje de fumadores similar al de la población general, pero con igual frecuencia relativa (%) del hábito de fumar para hombres y mujeres a diferencia de la frecuencia por sexos de la población general.

Al considerar el hábito tabáquico con relación a la cultura (Tabla 24), se observan diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) siendo el grupo cristiano el de mayor frecuencia de fumadores, que se reduce a 0 en el grupo judío. Es importante destacar que en muchas de las causas de morbi-mortalidad se encuentran conductas de riesgo, como puede ser el hecho de fumar. Un estilo de vida saludable podría reducir la mortalidad hasta en un 43% (Plan de Salud del Gobierno Vasco 2002, Actis W. y cols. 2004).

2. Alcohol

Esta variable se asocia a una peor Calidad de Vida relacionada con la salud, con diferentes problemas sociales y de violencia, además de ser un factor de riesgo cardiovascular y aumentar la tasa de mortalidad (Eurostat: *Key data on health, 2000*). Con el alcohol estamos ante una situación parecida a la del tabaco, ya que la mortalidad en general podría disminuir en un 40% (Actis W, y cols, 2004). En nuestra muestra, 228 personas (61,29%) no eran bebedoras, frente a 140 (37,63%) bebedores moderados, y 4 (1,07) bebedores en exceso (Tablas 25 y 26). Para la población nacional entre 65 y 74 años de edad, la proporción de bebedores es del 46,42%, un porcentaje que disminuye hasta el 34,91% entre los mayores de 74 años. Como puede observarse, las tasas de consumo de alcohol en Ceuta son más altas que

la media nacional, siendo significativo en $p < 0,005$. Estas cifras están por debajo de la media de consumo en los últimos 12 meses del total de la población, que se sitúa en el 56,10%. La significación estadística que aparece por Grupo Cultural-Religioso está relacionada con el consumo de alcohol entre cristianos (tabal 26).

3. Sedentarismo.

Un 13,2% de la muestra se declara sedentario frente a una mayoría con actividad moderada o algo más alta. El mayor porcentaje corresponde a los de actividad moderada con un 72,6% (Tabla 27). No se puede constatar significación estadística en razón del sexo y tampoco por la pertenencia a un grupo cultural-religioso (Tabla 28).

6.2.- CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DE LOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS.

Son obviamente distintas las consideraciones a tener en cuenta al analizar el comportamiento del instrumento SF-36 y del específico de Ceuta. El primero es un cuestionario ampliamente utilizado en muy diferentes contextos, que ha dado reiteradas pruebas de solidez en la evaluación de la percepción de salud (Aaronson 1992, Ware 1994; Alonso y col. 1998); en tanto que el desarrollado por nosotros surge de la necesidad de comprobar determinadas categorías que se evidenciaron en el estudio etnográfico, con capacidad, a nuestro juicio, para influir en la percepción de calidad de vida en la población mayor ceutí. Mientras que, en el primero, el hecho de someterlo a criterios de validación no pretende más que comprobar las condiciones en que fue aplicado por nosotros y si los resultados fueron ajustados a lo que cabe esperar de un instrumento como el SF-36, habida cuenta de la edad y la naturaleza multicultural de la población en la que se utilizó, factores que podrían plantear dificultades de comprensión y conceptualización capaces de desvirtuar sus

propiedades métricas; en el caso del cuestionario específico, este procedimiento resulta de todo punto insoslayable por ser una exigencia para su validación como instrumento.

6.2.1.- EVALUACIÓN DEL CUESTIONARIO SF-36.-

Una de las propiedades admitidas para este instrumento es su carácter de cuestionario autocumplimentable. Por esta razón, diferentes autores han planteado la oportunidad de ajustar el texto a la idiosincrasia de la población en la que se aplica (Olivares, 2006; Vilagurt, 2008), además de su traducción y adaptación a diferentes idiomas, consecuencia de la vocación internacional con la que fue concebido. En nuestro caso, por las circunstancias ya aludidas de edad y diversidad cultural, hemos preferido aplicarlo bajo nuestra supervisión directa para aclarar de forma específica cuantas dudas podían plantear los participantes, en especial el colectivo musulmán bilingüe, en el momento de ser respondido.

La fiabilidad se contrastó analizando la consistencia interna del instrumento mediante el índice α de Cronbach (Tabla 29). Está generalmente aceptado un valor $\alpha = 0,70$ como nivel de fiabilidad a partir del cual hay consistencia suficiente para establecer estudios comparativos y se ha sugerido que 0,9 es un nivel de precisión adecuado para considerar las puntuaciones obtenidas a nivel individualizado (Alonso y col. 1998). En nuestro caso (Tabla 29), el rango de valores obtenidos para las distintas dimensiones es de 0,73 a 0,94; apto, por tanto, para poder obtener conclusiones de los datos que aporta. Además, de las ocho dimensiones, tres superan 0,9 (Función Física, Rol Físico y Rol Emocional), y otras cuatro se encuentran entre 0,84 y 0,88 (Dolor Corporal, Vitalidad, Función Social y Salud Mental). Sólo Salud General ($\alpha = 0,73$) muestra un valor cercano al límite inferior de aplicación idóneo, aunque por encima de éste. Estos resultados son similares a los del estudio de

validación para España del cuestionario (Alonso y col. 1998) y otros multicéntricos como el Estudio de Salud de Chile (Olivares, 2006; Vilagurt, 2008).

Con respecto a Salud General, nuestro resultado es igual al obtenido en una evaluación del estado de salud en México (Zúñiga y col. 1999), en el que los valores de siete de las ocho dimensiones estuvieron entre 0,70 y 0,84. Los autores sugerían el efecto de las diferencias culturales y de interpretación, en la disminución de la consistencia interna de las mismas. En nuestro caso, hemos tratado de evitar la influencia de estos factores estando presentes durante la administración del cuestionario y soslayar así dudas de interpretación. A pesar de ello, y analizados por separado con respecto a esta dimensión, hemos encontrado una menor coherencia en hombres ($\alpha = 0,68$) que en mujeres ($\alpha = 0,77$) y, también, en relación con la cultura, los judíos ($\alpha = 0,56$) evidenciaron una menor consistencia que musulmanes y cristianos; resultados que ponen de manifiesto la importancia de tener en cuenta aspectos culturales y de género en la administración del cuestionario.

En suma, el análisis de la consistencia interna evidencia una aplicación fiable del cuestionario que supera el límite mínimo establecido para estudios comparativos, y tanto en su valoración global ($\alpha = 0,94$) como en casi todas sus dimensiones, los valores α de Cronbach se aproximan o superan el dintel ($\alpha = 0,90$) considerado como suficiente para establecer consideraciones individuales.

La validez interna se ha evaluado mediante análisis factorial en dos modelos, uno con ocho componentes destinado a contrastar la variabilidad explicada por la construcción de las dimensiones supuestas en el instrumento, y otro con dos para comprobar la explicada por la construcción de los agregados Físico y Mental, según prevé el cuestionario. Ambos modelos cubren en torno al 70% de la variabilidad observada en la muestra. En el de ocho dimensiones, el porcentaje de varianza explicado alcanza un 73,80% (Tabla 30), con una validez convergente de las preguntas, con respecto a la escala supuesta, superior al 40% o más (Tabla 30),

excepto en dos preguntas. Una es la primera de la escala Función Física, que tiene una carga factorial para la dimensión de 0,102 y la segunda de Dolor Corporal cuya carga es 0,233 en el conjunto de ítems que definen dicha escala (Tabla 31). En el primer caso, la pregunta evalúa la capacidad para realizar esfuerzos intensos, elevar pesos importantes o practicar actividad deportiva enérgica, en cualquier caso situaciones muy alejadas de las posibilidades de personas mayores, con alta prevalencia de patologías crónicas, lo que permite suponer una falta de perspectiva para responder de forma coherente, que podría explicar por qué este ítem ha obtenido una mayor carga factorial en la escala que corresponde a dolor corporal. El otro caso se refiere a en qué medida se resienten la actividad laboral o las tareas domésticas, a causa del dolor. Nuevamente, entendemos que esta cuestión plantea una referencia alejada del contexto del mayor, sin obligaciones laborales por estar jubilado y con tareas domésticas en general limitadas; situación que podría estar detrás del hecho de que tanto este ítem como el otro que compone la escala Dolor Corporal hayan alcanzado una mayor carga factorial para la dimensión Función Social. Es de suponer que el dolor, en estas personas, podría estar siendo percibido como una traba para la realización de tareas opcionales que, a falta de obligación laboral, parecen concretarse en actividades sociales.

En el modelo de dos dimensiones, la varianza explicada (Tabla 32) por el componente físico es del 57,50% y con el agregado mental se eleva a un 67,70%, ligeramente inferior al 73% global del modelo anterior. En nuestro caso, quedan perfectamente delimitadas cinco de las ocho dimensiones con cargas factoriales de 0,61 a 0,85 (moderada-fuerte a fuerte) que se asocian al componente Físico, en tanto que las otras tres (Función Social, Rol Emocional y Salud Mental) medirían aspectos correspondientes al componente Mental, con cargas en el rango 0,67 a 0,86. Estos resultados se encuentran en la línea de otras investigaciones (Olivares, 2006) y se ajustan a lo esperado en la construcción del instrumento SF-36. En este sentido, se reproduce el hecho de que las escalas Salud General y Vitalidad tengan también carga

factorial moderada en el componente Mental (Tabla 33), además del físico. Sin embargo, merece ser destacado el comportamiento de Dolor Corporal que muestra una carga factorial de 0,61 en el componente físico, como cabría esperar; pero, también, alcanza un valor moderado (0,52) en el componente mental, lo que apoya el resultado discutido con anterioridad, referido al hecho de trasladar elementos de percepción física de la salud a componentes psico-sociales, como consecuencia de la edad, en el colectivo analizado.

En definitiva, el análisis de validez basado en la construcción interna ha puesto de manifiesto la idoneidad del cuestionario SF-36 como instrumento para la evaluación de la calidad de vida en el colectivo multicultural de mayores, en la comunidad ceutí. No obstante, las particularidades destacadas en los párrafos anteriores estarían evidenciando la necesidad de ajustar el contenido de algunos ítems, para soslayar determinadas debilidades, en relación con la capacidad física, la percepción del dolor y las actividades sociales.

6.2.2.- EVALUACIÓN DEL CUESTIONARIO ESPECÍFICO DE CEUTA.-

Los estudios previos realizados por nosotros en la población ceutí, y el resultado del análisis etnográfico, que forma parte de este estudio, ponían de manifiesto la existencia en el colectivo investigado, de determinadas categorías que podían estar al margen de las dimensiones evaluadas en el cuestionario SF-36, razón por lo cual decidimos evaluarlas mediante un cuestionario específico cuyas características psicométricas se someten a discusión, en este apartado. Tales categorías sugieren la existencia de tres dimensiones relacionadas con la realidad ceutí, que hemos concretado en otras tantas dimensiones, Aislamiento, Multiculturalidad y Frontera-Seguridad. En esta sección analizamos la fiabilidad y validez de un instrumento destinado a la evaluación de las mismas.

La fiabilidad medida como consistencia interna evidencia un valor α de Cronbach en el rango 0,65 a 0,73 (Tabla 34), que podríamos considerar prácticamente en el límite de valores que permiten análisis comparativos. La correlación interna con el conjunto de dimensiones utilizadas, tanto de SF-36 como las de este cuestionario específico, muestran una relación débil y significativa de Aislamiento con Salud General ($r = 0,34$; $p < 0,001$) y Función Social ($r = 0,38$; $p < 0,001$) (Tabla 36), de lo que puede inferirse que la percepción del estado general de salud y la capacidad para desempeñar funciones sociales influyen, en cierto modo, en la sensación de aislamiento, contribuyendo de forma solidaria a la calidad de vida percibida.

La dimensión Multiculturalidad, entendida como en qué medida aumenta la percepción de calidad de vida por el hecho multicultural de Ceuta, sólo se ha correlacionado muy débilmente con Aislamiento ($r = 0,30$; $p < 0,05$) (Tabla 37), lo que podría estar sugiriendo que las personas que asumen esta particularidad de la comunidad ceutí como un factor positivo, percibirían en menor medida el aislamiento como una dificultad para una calidad de vida satisfactoria.

Por último, Frontera-Seguridad es una dimensión que no se correlaciona con ninguna otra de las consideradas, habiendo alcanzado una consistencia interna aceptable ($\alpha = 0,69$) (Tabla 34). En el proceso de delimitación del cuestionario definitivo, esta escala se ha visto muy afectada por los necesarios procesos de eliminación de ítems que desvirtuaban el instrumento, por lo que consideramos necesario profundizar en su significado y perfeccionar una batería de preguntas destinada a una más precisa evaluación, no obstante, nuestros resultados parecen consolidar la existencia un aspecto original en la percepción de calidad de vida, propio de zonas fronterizas con importantes diferencias culturales, que no queda recogida en otras dimensiones generalmente aceptadas como determinantes de ésta, y que en el colectivo de mayores está presente.

En cuanto a la validez interna del cuestionario, el análisis factorial permite delimitar, en efecto, tres componentes que, se corresponden con las dimensiones previstas, aunque en conjunto sólo explican un 49% de la varianza observada (Tabla 35). Las cargas factoriales moderadas y altas (Tabla 36), discriminan claramente las dimensiones Aislamiento y Multiculturalidad, en tanto que Frontera-Seguridad parece compartir características con Aislamiento.

Como consideración final, en este apartado, reiteramos la necesidad de profundizar en la investigación de estos aspectos específicos de la comunidad ceutí, que podrían ser comunes a otros lugares similares, donde determinadas categorías subyacen en la percepción de calidad de vida, como parecen estar demostrando estos resultados preliminares.

6.3.- ANÁLISIS DE PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN ADULTOS MAYORES DE CEUTA.-

En esta sección se discutirán los resultados obtenidos en la aplicación del cuestionario SF-36 a la muestra de una población general de mayores de 65 años analizada, así como los datos resultantes de la comparación con un grupo de mayores que asisten, desde hace años, al programa del Aula Universitaria de Formación Permanente para mayores, que la Universidad de Granada y la Consejería de Educación de la Ciudad de Ceuta desarrollan conjuntamente desde 2004, a quienes se han considerado como representativos de un modelo de envejecimiento activo.

Nuestros resultados en la muestra general de Ceuta son consistentes con un efecto diferencial, en la percepción de calidad de vida en relación con la salud, del género y la cultura-religión de pertenencia. También, el análisis comparativo con el grupo activo sugiere que, en efecto, una actitud activa en el envejecimiento contribuye a mejorar esa percepción, aunque esto no sucede en todas las dimensiones

evaluadas. Discutiremos en primer lugar los resultados correspondientes a la población general de Ceuta.

6.3.1.- CALIDAD DE VIDA EN EL GRUPO DE POBLACIÓN GENERAL.-

6.3.1.1.- ANÁLISIS DEL VALOR PROMEDIO DEL CUESTIONARIO

Previo al estudio pormenorizado de las dimensiones analizadas, siguiendo a otros autores (Olivares, 2006), hemos considerado el valor global del cuestionario, promediando las ocho escalas en el rango 0-100 (Gráfico 1) La puntuación alcanzada sitúa a nuestro grupo ligeramente por debajo de la media española (6%), para el mismo rango de edad (Alonso y cols, 1998; García Ordoñez y cols., 2001; Gómez-Besteiro y cols., 2004; Espinosa de los Monteros y cols., 2002) y casi un 20% menos que el promedio español de la población general, cuyo valor se sitúa en cabeza, entre los países desarrollados de los que hemos podido obtener información (Gráfico 2) Esta circunstancia hace que nuestros mayores, desde un punto de vista global, se aproximen a los valores medios alcanzados en las poblaciones generales de Chile o Japón, lo que permite suponer, al menos globalmente, que los mayores españoles, y entre ellos el colectivo analizado, mantienen una moderada-buena percepción de su calidad de vida, aunque hubiera sido deseable poder establecer estas comparaciones con datos procedentes de países mediterráneos.

La menor puntuación obtenida (-11%), por los hombres analizados, frente al promedio alcanzado para sus equivalentes en la población española (Gráfico 1), para ese tramo de edad, es un resultado a tener en cuenta, por cuanto el género podría estar evidenciando un aspecto diferencial en la población ceutí de mayores, considerando el valor promediado del cuestionario. Los datos publicados para la población española (Alonso y col. 1995), establecen una diferencia por sexo, con un

valor significativamente superior en hombres, tanto en el global, como para cada una de las dimensiones del cuestionario. En nuestro caso, esta diferencia en el promedio conjunto del cuestionario no alcanza a ser estadísticamente significativa, aunque sí en alguna de sus dimensiones, como más adelante se discutirá. Considerando que las mujeres mantienen valores similares a los de la población española, parece ser que es, en los hombres, donde los condicionantes ceutíes pudieran estar causando un efecto particular, en la percepción global de la calidad de vida, en tanto que las mujeres estarían respondiendo según un modelo más acorde con el de las mayores españolas.

Creemos que es asimismo relevante el resultado del valor global del test cuando se considera la cultura-religión de pertenencia (Gráfico 3). En efecto, comparados los diferentes grupos con los referentes españoles, son los judíos (-12%) y, especialmente, los musulmanes (-17%), quienes muestran una menor percepción global. Al parecer las circunstancias particulares de vida en Ceuta influyen algo más negativamente en ellos, a diferencia de los cristianos, quienes mantienen valores prácticamente similares. En el análisis de las diferencias en el grupo investigado queda patente la existente entre los cristianos con respecto a las demás opciones, especialmente la musulmana ($p < 0,001$) y, en menor medida, con la judía ($p < 0,050$) (Gráfico 3).

Es especialmente interesante considerar sexo y cultura, para poder orientar la interpretación de los resultados hallados. Los datos mostrados en la (Gráfico 3 bis) evidencian que todos los valores correspondientes a hombres, de las diferentes culturas, son inferiores a los de la población española, especialmente en el caso de los judíos, en tanto que en las mujeres, las cristianas y las judías obtienen puntuaciones incluso ligeramente por encima de los de referencia, mientras que las musulmanas muestran valores más bajos. Todo ello induce a pensar que la percepción de calidad de vida en los mayores de Ceuta, respondería a un modelo menos favorable para hombres, especialmente judíos, en tanto que las condiciones en

las que se desenvuelven las mujeres estarían manteniendo niveles de percepción similares a los establecidos, excepto en las de cultura musulmana.

El análisis de las diferentes dimensiones y el efecto de variables como género y cultura, nos permiten perfilar de forma más concreta, este comportamiento preliminar.

6.3.1.2.- EVALUACIÓN DE LAS DIMENSIONES SF-36.

Como se observa en la Tabla 38, los valores medios de las diferentes dimensiones, tienen un recorrido de 52,5 en Salud General hasta 71,2 en Rol Físico, en escala de 0 a 100. Los valores atribuidos para la población española muestran sus cifras más bajas en Vitalidad y Salud General, lo que coincide con nuestras observaciones, sin embargo, no ocurre así con Dolor Corporal que con un promedio de 58 se aparta de los valores nacionales (68,1). Así pues, una singularidad de la muestra estudiada es la influencia de este parámetro en la percepción de la calidad de vida, en la población mayor de Ceuta. Otras diferencias con respecto a la referencia española son las importantes disminuciones constatadas en dimensiones del agregado mental. Cuando se consideran las diferencias tipificadas con respecto al estándar español (Tabla 39), el Rol Emocional y, especialmente, la Función Social, muestran desviaciones negativas, en ambos sexos y, en el caso de las mujeres, también Dolor Corporal y Salud Mental. Estos resultados apuntan a que, en ambos sexos, factores de naturaleza social y emocional estarían influyendo negativamente en la percepción de su calidad de vida, a las que se sumarían, en el caso concreto de las mujeres, el efecto del dolor corporal y aspectos psicológicos tales como ansiedad o depresión. Los conceptos físicos (Función y Rol) tienen una mejor percepción en el colectivo ceutí, al contrario que las dimensiones sociales y psicológicas, junto a Dolor

Corporal, que parecen afectar negativamente al grupo estudiado, en comparación con el referente nacional.

En relación con el Género, a diferencia de lo publicado en el estudio de validación para el estándar español, en nuestro caso sólo resultaron significativamente más elevadas, en los hombres, las dimensiones Función Física y Salud Mental, y con indicios de significación el Dolor Corporal. Esto sugiere que, como sucede en la población general española, las mujeres mayores ceutíes sí perciben peor que los hombres su capacidad física e influyen negativamente en ellas, el dolor y aspectos psicológicos tales como, ansiedad, depresión o sensación de bienestar; pero no así el resto de dimensiones.

Las menor percepción de la capacidad física por las mujeres ($p < 0,050$) es coherente con los datos aportados para España (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004) y otros países (Tang WL, 2006, Shangai; Darja y cols. 2006, Croacia; Helena y cols. 2006, Colombia; Pugliatti y cols. 2008 Francia (resección colorectal), 2008, Italia; Dubernard y cols., pero resulta interesante destacar que los valores encontrados en nuestro estudio resultan ser superiores, tanto en hombres como en mujeres, a los promedios establecidos para la referencia en este grupo de edad. Además, la diferencia se anula al considerar el Rol Físico, es decir, las limitaciones que la capacidad física impone para la realización de las tareas cotidianas, llegando las mujeres incluso a sobrepasar ligeramente a los hombres. Revisados los valores promedios (Tabla 38), parece ser que quienes aportan un mayor puntaje en el grupo de mujeres son, por este orden, las del grupo judío y las cristianas. Aunque no se ha podido establecer una significación estadística, tras este comportamiento podría estar el hecho de que la mujer mayor musulmana esté percibiendo falta de apoyo y cobertura de determinadas necesidades que contribuyen a facilitar las tareas de la vida diaria, que tradicionalmente eran atendidas en el ámbito familiar, en especial asistencia en el trabajo doméstico y acceso a medios de transporte, cuestión importantes en los residentes de zonas periféricas.

Por su parte, la diferencia hallada en Salud Mental ($p < 0,050$), pone de manifiesto la existencia de determinantes psicológicos relacionados con la ansiedad o la depresión, en las mujeres, que conduce a una menor percepción de su calidad de vida, lo que también sucede en el estudio español de referencia. Nuestros datos muestran que, en ambos sexos, los valores alcanzados son inferiores a los establecidos para los mayores en España; esto apoyaría la noción de que en Ceuta, entre otros, los aspectos psicológicos influyen de una manera más intensa, en especial en las mujeres.

La pertenencia a un grupo cultural-religioso ha evidenciado también diferencias en dimensiones de salud, sociales y psicológicas que sustentan el hecho de una percepción de la calidad de vida diferente, según la cultura (Tabla 38; Figura 16). En concreto, son significativas las diferencias halladas en Salud General ($p < 0,010$), Vitalidad ($p < 0,05$) y, de manera más intensa, en las correspondientes a factores sociales y mentales: Función Social, Rol Emocional y Salud Mental ($p < 0,001$), lo que también se proyecta al Agregado Mental, donde las diferencias tienen consistencia estadística. El análisis específico de tales diferencias subraya preferentemente las que se producen entre los grupos cristiano y musulmán, ratificando así las líneas generales ya esbozadas, en el análisis del valor promedio global.

En el caso de **Salud General**, parece lógico que la peor percepción se haya producido en el colectivo musulmán, diferente de la de los cristianos ($p < 0,010$) y judíos ($p < 0,050$) (Tabla 38). Independientemente de una posible influencia cultural, creemos que, en gran medida, este resultado en realidad está evidenciando las consecuencias de diferencias socio-económicas entre los grupos estudiados. Es lógico suponer que la posición más acomodada de cristianos y judíos, bien por capacidad económica, bien por disfrutar de una situación más estructurada desde el punto de vista laboral (jubilación, protección social y sanitaria), o bien por la suma de ambas circunstancias, la salud actual y la noción del riesgo a enfermar son

cuestiones mejor valoradas en ellos, pero pesan de forma algo más negativa en el grupo musulmán, con independencia del sexo. No obstante, el valor de la diferencia estandarizada, en el grupo musulmán, con respecto al mismo grupo de edad en la población española (Gráfico 6) aunque negativo, resulta muy pequeño (-0,1).

Vitalidad es otra dimensión que resulta valorada de diferente manera entre cristianos y musulmanes ($p < 0,05$) (Tabla 38, Figura 16), sin que pueda establecerse consistencia estadística con el grupo judío. La diferencia estandarizada positiva en el grupo cristiano señala que, en Ceuta, la percepción de calidad de vida en función de la sensación de energía y vitalidad es mayor en ellos, situándose por encima también del estándar español (+0,2), en tanto que, los musulmanes obtendrían un valor ligeramente negativo (-0,1), similar al mostrado en Salud General. Entre ambos extremos se posicionan los judíos, en los que la diferencia estándar es 0. Dado que esta dimensión comparte características con factores tanto físicos como de carácter mental, se podría considerar también influenciada por la sensación de falta de apoyo a que se aludía anteriormente, lo que permitiría establecer una línea coherente, para el grupo musulmán, en cuanto a la percepción de la capacidad para desarrollar tareas cotidianas, de la salud general y de la vitalidad con las que superar dificultades para el desenvolvimiento diario.

La **Función Social** es una dimensión que, con respecto al estándar de referencia, resulta menos puntuada, por las tres comunidades estudiadas, mostrando diferencias estandarizadas negativas, en todos los casos. Comparativamente, los cristianos la valoran más que los musulmanes ($p < 0,001$) y también más que los judíos ($p < 0,050$), pero, sin embargo, no hemos podido encontrar significación entre éstos y los musulmanes (Tabla 38, Figura 16). Aún cuando no podemos descartar la influencia de la posición socio-económica, el hecho de la similar consideración por estos dos grupos concede, a nuestro entender, un papel predominante a la cultura y la tradición, en la percepción de la medida en que la salud permite realizar actividades sociales. Por sexos, no se advierten diferencias consistentes, no obstante, entre los

hombres, son los cristianos quienes mejor valoran su capacidad para la vida social, probablemente porque en su gran mayoría sustituyen sus actividades laborales, tras la jubilación, por tareas domésticas que implican relación, tales como, ir al mercado, solucionar problemas fuera de casa (bancarios, administrativos, suministros, etc.). Contrariamente, los hombres musulmanes y, especialmente los judíos, obtienen puntuaciones mucho más bajas. Cabría pensar que el cese en las obligaciones profesionales y su mayor dependencia del ámbito doméstico, esencialmente femenino en esas culturas, es la razón principal que lo explicaría. Esta interpretación estaría apoyada por una relación social que se realiza preferentemente separada por sexos, en base al diferente papel asignado al hombre y de su preponderancia en los cultos, ya que los hombres y mujeres están separados en los rezos y son los hombres quienes los dirigen. En este mismo sentido, habría que destacar la importancia de costumbres y ritos familiares y la relación del padre con los hijos, en judíos y musulmanes. La dispersión familiar y la pérdida de la estructura tradicional de las familias pueden, también, haber contribuido a que los hombres hayan valorado menos el aporte de la función social, a la calidad de vida.

Entre las mujeres, son las musulmanas las que alcanzan una menor valoración (Tabla 38). Sin duda, una peor condición socio-económica podría estar dificultando el mantenimiento de actividades sociales, al contrario de lo que sucedería en los otros colectivos, pero no se puede descartar tampoco, aquí, los cambios sufridos en la estructura social que repercuten en costumbres y hábitos seculares, alterando el motivo central de las actividades sociales en la mujer tradicional musulmana, la visita a familiares y allegados, como referente de una red de apoyo grupal. La migración de los núcleos habituales de población musulmana a otras zonas de la ciudad y los lógicos cambios en la estructura familiar, más próximos a los del contexto occidental, pueden haber introducido complicaciones para tareas de relación social, antaño más llevaderas, lo que habría modificado la percepción que la mujer mayor musulmana tiene de su capacidad para cumplir con las funciones sociales.

El hecho de que la pertenencia a una cultura determinada influya en el conjunto de dimensiones sociales y psicológicas podría llevar a la única conclusión de que existen elementos diferenciales complejos que repercuten de distinta forma en la percepción de la calidad de vida, pero no pueden quedar de lado otros dos factores que, a nuestro juicio, son también determinantes: por un lado, la evolución sociodemográfica en general de Ceuta, pero en particular, en las diferentes barriadas y, por otro, la situación objetiva de salud de los integrantes, de las distintas comunidades (Ahmed, 2002; Agyemang, 2006).

Sólo una barriada, Sarchal – Mte. Hacho (Tabla 40), ha mostrado valores elevados de SF en los musulmanes, similares a los cristianos, y próximos a los generales para la población española equivalente, en la que destacan características urbanísticas tradicionales en Ceuta, con casas bajas y relaciones de vecindad considerables, y escasa transformación en los últimos años. Sorprende, sin embargo, que en otras barriadas de importante implantación musulmana, la dimensión social haya sido valorada por debajo de 60 sobre 100, como sucede en la del Príncipe (Tabla 41), con más del 80% de presencia de este grupo cultural, y algo mejor en la de Haddú- Almadraba (que conserva aún el término en árabe, Haddú), como se muestra en la Tabla 41. Aún cuando la interpretación de estos datos debe hacerse con especial cuidado, habida cuenta del número escaso de muestra al segregar por barriadas, creemos que los cambios urbanísticos, la dinámica migratoria y la modificación en hábitos y tradiciones fruto de una evidente aculturación de las nuevas generaciones, que han tenido lugar en un periodo de tiempo reciente, en las mencionadas áreas, desincentivan las actividades sociales, en los mayores musulmanes.

Por la propia definición de la Función Social, la influencia de la salud es determinante en el comportamiento de la dimensión, porque esa es la referencia con la que se cuestiona la capacidad para la realización de actividades sociales; y, en este sentido, también el estado objetivo de salud en la comunidad musulmana debe ser

otro factor a considerar en la explicación de los resultados hallados. En efecto, comparando los valores promedios referidos a índice de masa corporal, presión arterial, glucemia y perfil lipídico, en los diferentes grupos, considerados como indicadores del grado de control de la salud, resulta claro que las peores condiciones se producen en el musulmán, en especial en control de peso, presión sistólica y glucemia, lo que junto a la percepción de dolor corporal, estarían influyendo en su capacidad para las relaciones sociales (Tablas 12 y 38).

El **Rol Emocional** evoca la capacidad para el control de las emociones y la influencia de éstas en las actividades cotidianas. Nuevamente son las comunidades judía y, de forma particular la musulmana, las que muestran los menores valores (Figura 16), lo que, a nuestro juicio, refuerza la idea de que el contexto sociocultural de Ceuta es claramente favorable a la población de mayores cristianos, pero esos mismos estímulos y situaciones producen, al parecer, un estado emocional distinto, en las otras comunidades, que menoscaba su percepción de calidad de vida. El hecho de que no haya una diferencia consistente entre musulmanes y judíos (Gráfico 5), vuelve a poner de manifiesto que, sin descartar su influencia, no es solo una consecuencia del estatus socio-económico. También, aunque la situación objetiva de salud contribuye al estado emocional de la persona, las diferencias encontradas en cuanto a control de peso, presión arterial y glucemia, junto a otros factores, no parecen ser argumentos consistentes que expliquen las diferencias halladas en el rol emocional, en concreto, entre cristianos y judíos. Estas razones conducen a pensar que en las comunidades judías y musulmanas los mayores no han desarrollado mecanismos adecuados para afrontar estímulos emocionales derivados de factores como la ruptura de la red social en el seno de la propia comunidad, los cambios urbanísticos derivados de la evolución de la ciudad y modificaciones en las costumbres y tradiciones. Esta interpretación vendría apoyada por la valoración en RF obtenida en la comunidad musulmana, en las diferentes barriadas, donde, en un extremo se posicionarían aquellas que mantienen un ambiente más tradicional, con

menos cambios, como Sarchal-Mte. Hacho (Tabla 40) o San José (Haddú), en tanto que el desplazamiento a zonas del centro es acusado de una forma intensa, con promedios en el extremo opuesto, de 23,8 sobre 100 (Tabla 41). Sorprende una vez más, los datos obtenidos en la barriada El Príncipe, de mayoría musulmana, que se sitúan en niveles bajos (43,2 sobre 100) (Tabla 41) para cuya explicación acudimos nuevamente a la evolución producida, en los últimos tiempos, con la incorporación de inmigrantes recientes y al fenómeno de aculturación en las nuevas generaciones.

Salud Mental es la última dimensión de SF36 con diferencias significativas tanto para el sexo como para la cultura. Como es sabido, evalúa la incidencia de factores psicológicos, como ansiedad, depresión, estado de ánimo, en la capacidad para realizar actividades cotidianas y, por ende, su efecto en la percepción de la calidad de vida. Su dependencia del sexo coincide con resultados publicados (Alonso et al.1995; Vilagrut, 2008; Valderas et al. 2008) para España, evidenciando la peor percepción que tienen las mujeres, con una diferencia de 7 puntos a favor de ellos. Nuestros datos arrojan una diferencia significativa ($p < 0,05$), algo menor, por lo que, si bien estarían apoyando esta circunstancia, la distancia entre promedios es poco relevante (Tabla 38,) y probablemente merezca más atención el hecho de que fue mayor el porcentaje de hombres que valoraron su MH con el máximo -100 puntos- (7,2% frente a 1,9% en las mujeres).

Por culturas, nuevamente son los musulmanes, tanto hombres como mujeres, quienes puntúan menos esta dimensión y sólo un 1% alcanza el techo de la escala (Tabla 38). Entre ambos extremos se posicionan los judíos. Tales resultados son perfectamente coherentes con el hecho de que los mayores ceutíes de estas comunidades están más expuestos a situaciones de nerviosismo, ansiedad, depresión, y pensamientos negativos, que sus conciudadanos cristianos, probablemente porque tengan dificultad para desarrollar estrategias y mecanismos de afrontamiento a los retos de la vida cotidiana, en edades avanzadas. En ello parece influir, también, el contexto de barriada porque, como en el resto de dimensiones psico-sociales, es el

área 2 (Barriada Sarcha- Mte. Hacho) (Tabla 40) la que mejores cifras muestra. Por el contrario, en el otro extremo se encuentra la zona Centro (Tabla 40) con casi treinta puntos de diferencia entre cristianos y musulmanes, cifra que debe ser analizada con prudencia por el escaso número de encuestados a los que se refiere; pero aún así parece ser un claro indicador del efecto de cambios en costumbres, ambientes y tradiciones, frente a la comodidad y proximidad de servicios que cabe esperar en áreas céntricas de las ciudades, contrariamente a lo que sucede en la Barriada Sarchal-Mte. Hacho, donde las formas y costumbres parecen haberse conservado algo más.

En el resto de barriadas (Tablas 40, 41 y 42), incluyendo las de mayoría musulmana, se mantienen diferencias en torno a los diez puntos entre éstos y los de cultura cristiana, hecho que apoyaría un efecto de los cambios urbanísticos, demográficos y de costumbres, producidos, que parecen estar detrás de un comportamiento similar en las dimensiones SF y RE. Finalmente, no podemos descartar que la cultura de pertenencia condicione una mayor rigidez en la manera particular de afrontamiento que dificulte, en determinados casos, los necesarios procesos adaptativos que han de permitir responder eficazmente a los nuevos retos. Entendemos que es necesario profundizar en estas cuestiones con una investigación específica orientada a necesidades concretas de la que se deriven planes de intervención destinados a mejorar la calidad de vida de los mayores en Ceuta.

6.3.1.3.- COMPARACIÓN CON UN GRUPO DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO.

Como ha quedado establecido en el capítulo de Material y Método, se ha procedido a comparar los resultados del cuestionario SF-36 de la población general de mayores ceutíes con un grupo de ambos sexos y edad equivalente, que participa regularmente en las actividades del Aula Permanente de Formación Abierta de la

Universidad de Granada en Ceuta, al que hemos considerado como sujetos con actitud activa, en esta etapa de la vida.

Una primera cuestión relevante es el hecho de que en su composición sólo hay personas de cultura cristiana. Independientemente del análisis que merezca esta circunstancia, esto nos obligó a considerar un subgrupo equivalente en edad y cultura, en la población general, habida cuenta de la importante influencia de estas variables, que ha quedado evidenciada en los párrafos precedentes de esta discusión.

El grupo de comparación de la población general de Ceuta se escogió de entre los cristianos, con edades límites comprendidas en el rango de la muestra del Aula, sin diferencia significativa entre ambos promedios (Tabla 43). Los datos de la muestra general ratifican el hecho de que los mayores de cultura cristiana entran dentro de los estándares españoles para estas edades, siendo el promedio de todas las dimensiones prácticamente el mismo que el mostrado para éstos, siendo las mujeres las que incluso superan al promedio español. Las diferencias por sexos se localizan en PF y MH que son mayores en los hombres ($p < 0,050$), pero no se trasladan a los agregados físico y mental, lo que evidencia una buena percepción de calidad de vida en este colectivo. Las diferencias estandarizadas apoyan esta idea, y sólo muestran valores ligeramente negativos en Función Social, lo que parece ser una característica distintiva en Ceuta que también afecta al colectivo mejor situado, como es el de mayores cristianos (Gráfico 8).

En el Aula, los resultados indican una mejor salud percibida, con valores promedio, para el conjunto de todas las dimensiones, por encima del referente español para este rango de edad (Gráfico 8), similar al alcanzado para la población general de países como Francia e incluso superior a otros como Italia, Chile o Japón. Las características de un grupo de envejecimiento activo no parecen depender del sexo porque es de resaltar el hecho de que no se produzcan diferencias significativas entre hombres y mujeres, aunque hay indicios en la dimensión Rol Emocional.

Probablemente, las actividades culturales y las repercusiones sociales que conllevan, son estímulos adecuados para personas que, aunque mayores, conservan aptitudes físicas y mentales adecuadas para afrontar esta etapa de la vida, incluso manteniendo problemas crónicos de salud, lo que hace pensar que en gran parte sea consecuencia del estilo de vida previo.

6.4.- ANÁLISIS ETNOGRÁFICO.

En este apartado se analizarán los resultados del estudio etnográfico, abordando en una primera parte la fase de observación participante y posteriormente los datos obtenidos en la de entrevista estructurada.

6.4.1. FASE DE OBSERVACIÓN.

Una cuestión previa a considerar en el método de campo utilizado es que en un colectivo multicultural de mayores como el estudiado, en un entorno reducido como el de Ceuta limita la posibilidad de que el observador asuma los roles más oportunos para los fines de la investigación, con un criterio flexible, aspecto éste que constituye una estrategia propia del método, sin embargo, en nuestro caso, por razones de género y cultura, la evidencia aconsejó asumir el más evidente, como es el de profesional de la salud en el campo de la asistencia domiciliaria. Esto que en principio pudiera parecer una limitación del método aplicado, sirvió, por el contrario, para establecer una relación de confianza creciente, lo que permitió avanzar en el proceso de estudio (Figura 24).

En el desarrollo de esta etapa se evidenciaron una serie de realidades expresadas bien mediante frases o bien a través de comportamientos concretos, que sugirieron categorías que debían ser tenidas en cuenta posteriormente, a la hora de

estructurar las entrevistas. Así, la formación de grupos naturales, solo de hombres o mujeres por separado, de una misma opción religiosa-cultural, y la insistente manifestación alrededor de la heterogeneidad que surge no solo de la diversidad cultural, sino también, en cada una de ellas, la que manifiesta el propio hecho de ser mayores, condujeron a la consideración de la dimensión MULTICULTURALIDAD como la actitud ante personas de otras opciones religioso-culturales, en relación con la percepción de calidad de vida.

Otras conversaciones frecuentes versaron en torno al deseo de estar conectados físicamente con la península, de forma preferente entre los cristianos, lo que nos pareció que delimitaba un sentimiento de aislamiento geográfico, por la situación de Ceuta, pero que pronto evidenció aspectos culturales cuando no solo afloraron sentimientos de proximidad a la península, sino también el de identificación con modos y estilos propios del territorio español, De ahí que nos formuláramos cuestiones relativas a si el sentimiento de aislamiento era solo por razón física o también había una manifestación por el hecho multicultural y si éste ocurría en todas las comunidades estudiadas; y, en cualquier caso, en qué medida influía en la percepción de calidad de vida. Definimos así una segunda dimensión, el AISLAMIENTO, como sensación de separación geográfica con un territorio de referencia (España o Marruecos), pero también como resultado de la convivencia con otras culturas.

Finalmente, otra cuestión que afloraba en conversaciones mantenidas, en especial con musulmanes, se refería a la inseguridad que encontraban en sus barriadas, derivada de la proximidad fronteriza y de la inmigración de personas de otros países distintos a Marruecos; en muchos casos llegando a enfatizar la diferencia entre ciudadanos de este país y los procedentes de otras regiones del magreb y áreas subsaharianas. Esta otra realidad nos llevó a cuestionarnos si tal inseguridad, que circunscribían a la entrada de ilegales, era una construcción simbólica propia de los musulmanes o, de alguna forma, era compartida con otras comunidades, y si esto era

una nueva manifestación del concepto multicultural que distingue entre los propios y los extraños que vienen de fuera. Como es de rigor, también surge la pregunta de en qué medida todo ello influye en la percepción de calidad de vida. Con todo, formulamos una tercera dimensión: **FRONTERA-SEGURIDAD**, como la construcción que se hace del hecho fronterizo y la permisividad del paso de ilegales, y su relación con la calidad de vida.

6.4.2. FASE DE ENTREVISTAS

Las opiniones vertidas en las entrevistas realizadas a los grupos focales organizados se estructuraron en torno a las tres categorías recogidas en la fase de observación, planteando preguntas que relacionaban cada una de ellas con criterios de género, cultura y calidad de vida.

Con respecto a la dimensión **MULTICULTURALIDAD**, asumimos la cultura como un sistema integrado de significados por medio del cual los individuos mantienen el contacto con la realidad, donde los ritos son representaciones sociales con un sentido de identidad (Geertz, 1972). En tal sentido, la necesidad de conservar, practicar y compartir ritos, costumbres y hábitos, en el seno de diferentes culturas, constituye un esfuerzo no exento de tensiones, como reiteradamente pone de manifiesto la historia más reciente constituyendo un importante aspecto en la percepción de la calidad de vida de las personas. Más aún cuando en el escenario de esta investigación, una de ellas, la cristiana, detenta el carácter histórico de hegemónica u oficial, aunque la evolución demográfica y social comienza a compensar ese desequilibrio, en favor de la musulmana.

Una primera cuestión que se plantea es la propia valoración que de este concepto hacen los mayores, como algo artificial, que exteriorizan desde distintos puntos de vista, según la cultura de procedencia. Entre los cristianos, se ve como una

elaboración política o publicitaria más que como un concepto real, y se refieren a él como “... *algo que siempre ha sido así...*” y por tanto es innecesario atribuirle ningún atributo especial que pudiera poner en controversia normas y costumbres, lo que alteraría el estatus social tradicional de Ceuta. Algunas expresiones refuerzan este planteamiento, como:

“... desde el Ayuntamiento dicen que Ceuta es multicultural, pero lo que es, es un sitio donde vive mucha gente distinta... “ y “... todos nos llevamos bien, pero cada uno en su casa... porque yo no me reúno con musulmanes, ni con judíos, ni con hindúes, en ningún sitio.. .”

Por su parte, los musulmanes, aunque también parecen coincidir en la idea de artificialidad, lo asumen como un fenómeno en el que se sienten atrapados y manipulados, y considerando la zona en la que viven, expresan una sensación añadida de segregación.

“... ¿cómo va a existir multiculturalidad si al colegio donde van mis nietos sólo veo niños musulmanes?...”

El caso de los judíos es particular porque la mayoría de los mayores de esta comunidad han vivido en Marruecos, conocen sus costumbres e incluso algunos hablan el idioma. Ello se traduce en una idea más próxima de multiculturalidad, sin embargo, no parece traducirse en una mejora de la relación.

Desde esta perspectiva, si bien se reconoce como un hecho real la confluencia de culturas, resulta un aspecto muy distinto la relación y, sobre todo, la actitud que se

establece entre ellas. En relación a esto, es generalizada la actitud manifestada por todos los grupos de reunirse sólo o preferentemente entre los miembros de una misma comunidad, en base a la intensidad y el tiempo en el que esa relación se ha desarrollado

“... es que nos conocemos desde siempre...”...

“... es que cada uno tiene su propia forma de ver la vida y de relacionarse... ni los barrios donde vivimos son los mismos, ni las costumbres son las mismas, además, con la edad, uno sólo se mueve por la zona donde vive...”

En conjunto se corrobora cómo las creencias, costumbres y hábitos adquiridos con el tiempo y desarrollados por la cultura, son esenciales en el desarrollo de una conducta afiliativa, esencial en la dependencia del grupo (Ros y Gouvenia 2001).

Un aspecto relevante argumentado como elemento diferencial, entre los distintas comunidades, ha sido la cuestión de las necesidades:

“...cada uno de nosotros tiene diferentes necesidades...”

Profundizando sobre ello, parece quedar claro que no se refieren a necesidades concretas referidas a la salud, actividades sociales, etc., lo que afectaría de forma indiscriminada a todos, sino, más bien necesidades derivadas de su pertenencia a un grupo determinado, por tanto selectivas, y, por otra parte, a su condición de anciano, como ejemplariza un comunicante judío:

“... desde los gobiernos creen que porque exista cobertura de necesidades sociales y de salud, las personas mayores tenemos todas nuestras necesidades atendidas...”

Y es que, siguiendo a Pérez López (1993), las necesidades han de ser cubiertas en sus tres aspectos: intrínseco, extrínseco y trascendente. Como se desprende de las opiniones vertidas, no sólo se trata de cubrir las necesidades inmediatas y materiales que describen un supuesto bienestar individual, sino las que surgen por estar sometidos a la dinámica social de una colectividad (Brage 1988).

Sobre la relación con el otro sexo, entre los mayores de Ceuta predomina el criterio tradicional basado en prejuicios y estereotipos que, en mayor o menor grado, relegan a la mujer, dependiendo de la cultura y la tradición.

“... antes se decía que si una mujer se metía en conversaciones de hombres era de mala reputación y eso nos ha llevado a actuar como lo hacemos. Otra cosa es que nos reunamos en parejas...”

“... en la Sinagoga están separados hombres y mujeres, y eso hace costumbre...”

Los roles de hombre y mujeres están bien diferenciados, y dependen también de la cultura en que se consideren. Todas las mujeres, cualquiera que fuese su opción cultural-religiosa, manifestaban que *“...ellas eran las que tenían que tirar del carro de la casa...”* y concluyen que los hombres no participan en las tareas domésticas, con la salvedad de que entre las cristianas se admite que el hombre se ocupa de salir de compras y al mercado, lo que consideraban una ayuda. Es importante subrayar este particular reparto de trabajo porque siempre es relacionado con la capacidad física y la percepción de dolor, cuestión que es recurrente entre las mujeres, haciendo alusión a la necesidad de utilizar fármacos para paliarlo. Aunque también se ponen en práctica otras medidas como las de rehabilitación que las hace ser más optimistas y requerir menos medicación, a lo que optan con menos frecuencia las musulmanas.

En ellas, el principal contexto social en el que se mueven es, por lo general, el familiar y el ámbito doméstico resulta el centro de acogida de familiares y allegados. Las relaciones sociales se limitan a lo cotidiano, pero aparecen diferencias entre las culturas; de forma que en las cristianas tales relaciones incluyen la asistencia a las actividades que se organizan para mayores por organismos de la ciudad. En las musulmanas esta participación es muy limitada y las razones habituales son las visitas a familiares o a enfermos lo que limita el ámbito de las mismas hasta el extremo de que una manifestaba que jamás había ido al centro de la ciudad porque “...no lo necesito para nada...”.

También en el caso de las mujeres judías este hecho está profundamente asentado:

“...Nosotras somos, en nuestra casa, el nexo de unión de la familia... mantenemos las costumbres y los ritos, lo cotidiano, y eso se hace difícil de llevar. Las mujeres judías nos solemos reunir con mujeres de otras culturas, aunque eso va cambiando y se nota más en sitios pequeños como este...”

Un sentimiento común entre las mujeres de las tres comunidades es el de tristeza y pena, en especial cuando afloran emociones en relación a los hijos y las relaciones familiares, lo que les afecta en su capacidad para las relaciones sociales.

Mujer cristiana: “... *Mi tristeza me quita las ganas de salir a la calle, relacionarme o pasármelo bien; si hago las cosas de la casa es porque no me queda más remedio, no porque tenga ganas de hacerlo...* “

Mujer cristiana: “... *Nos metemos en una rutina difícil de romper; dolor, tristeza, más dolor, más tristeza. Esto hace que cuando salgo a la calle no me apetezca ver a nadie, ni hablar de nada...*”

Mujer musulmana; “... *Yo lloro mucho porque me acuerdo de un hijo que murió y de las cosas malas que pasan en el mundo, y realmente no tengo ganas ni de hacer la cama; además, estoy muy nerviosa todo el día...*”

La singularidad de lo ordinario, la rutina, implica trayectos obligados y determinadas rupturas que, en edades avanzadas, suelen acompañar al declive físico, psíquico, social y emocional de la persona, pero no puede pasarse por alto que la rutina y lo previsible son fuentes de seguridad, especialmente en estas personas (Guiddens, 1984).

Por su parte, los hombres evidencian una vida más dinámica, son menos sedentarios y comparten más sus momentos de ocio, aunque menos tareas asociativas que las mujeres. Los cristianos comparten actividades preferentemente culturales, en tanto que musulmanes y judíos se centran en elementos religiosos. La mayoría de los entrevistados valoran bien su estado de salud, aunque en un análisis en profundidad encontramos que esta valoración está ligada al barrio donde residen y a factores económicos, que señalan una mejor percepción de la salud en los de mayor poder adquisitivo.

En referencia al dolor y las limitaciones funcionales, hay una clara distinción entre los que hacen ejercicio frente a los que manifiestan hábitos sedentarios, más frecuente entre los musulmanes, que muestran mayores limitaciones que los otros. El estilo de vida es distinto entre las culturas; así, entre los cristianos se adoptan obligaciones domésticas que se realizan fuera del hogar, en especial ir al mercado, en sustitución a las actividades laborales:

Hombre cristiano: “...*Todas las mañanas voy al mercado, porque sólo puedo llevar poco peso: Esto me sirve para andar, ver a*

los viejos como yo y no molestar a la mujer mientras friega; luego, cuando llego a casa, siempre hay algo preparado para colocar o guardar. De esta manera me encuentro bien y me siento útil porque el cambio de tener un trabajo a estar jubilado es muy grande...”

Los hombres musulmanes no se involucran en tareas domésticas y su rutina se centra en el cafetín, con personas de su edad, y en la mezquita.

Lo mismo que en el caso de las mujeres, en todos ellos el dolor se percibe como el mayor limitante para las actividades cotidianas y las prácticas sociales. La vejez y la cercanía de la muerte son sentimientos que laten entre todos los entrevistados. Dicen tener una edad donde la muerte es lo que les cabe esperar, pues ya muchos de sus amigos y familiares han fallecido y, entre las estrategias para afrontar esta cuestión, se alude a la religión, lo que con diferentes formas es común a todas las culturas.

La segunda dimensión propuesta era **AISLAMIENTO** surgida a partir de cuestiones en torno a cómo la calidad de vida percibida se ve afectada, en cada uno, por la distancia física con respecto al territorio que representa la “cultura madre”, pero también por la separación cultural o identitaria entre unas comunidades y otras, y, dentro de la propia cultura, qué elementos diferenciales se percibían como aisladores, capaces de generar percepción de soledad o segregación en los mayores.

Las manifestaciones obtenidas parecen dejar fuera de duda que, como ya ha sido descrito, aquí también surge un factor esencial: el concepto de “barriada”, como elemento estructural de la identidad del grupo (Villa, 1991), que más allá de un hecho coyuntural parece organizar las relaciones entre los diferentes integrantes de la misma. Asimismo, la relación con el territorio que representa la cultura de procedencia tiene para cristianos y musulmanes un efecto diferente. Los judíos, en

relación con esta cuestión, manifiestan un sentimiento dividido, pero hacen una referencia emocional a la tierra donde vivieron con sus padres y se generaron sus tradiciones más íntimas. Y, para completar este complejo esquema, aflora otro elemento decisivo como es el papel de la mujer mayor en las diferentes culturas, lo que plantea la cuestión el género como causa de aislamiento o segregación.

En relación con la separación del territorio peninsular, se recogen opiniones diversas, dependiendo de la opción religioso-cultural. Para los cristianos, representa lo español, el modelo de vida y la fuente de sus tradiciones y cultura, amén de frecuentes lazos familiares que, en conjunto, refuerzan una dependencia idealizada que en ocasiones se traduce en la percepción de algo que se tenía en Ceuta y se está perdiendo. Expresiones relativas a la comodidad que representa España, la soledad por vivir en Ceuta, y la asociación entre nacionalidad y cultura – español y cristiano – son frecuentes entre los participantes de esta comunidad como se recoge en las siguientes transcripciones:

“... si estuviéramos unidos por un puente con la península, viviríamos más cómodos” y, “... estamos tan solos que cada vez que tenemos que ir a la península nos cuesta más el collar que el perro...”. También, “... es que en España se vive diferente... dentro de poco aquí no habrá españoles con los que hablar...”.

Los musulmanes mayores, en cambio, no perciben negativamente la separación con respecto al territorio peninsular porque su relación cultural la tienen con Marruecos, sin embargo subrayan sin ningún género de duda su nacionalidad española, como queda expresado en las transcripciones,

“... España nos da de comer, sin embargo, Marruecos es la que no ha aportado nuestra religión y nuestras tradiciones, por lo que nos

sentimos unidos a este país. Además, tenemos el idioma; esto abre muchas puertas...”, “... voy con asiduidad a Marruecos porque tengo familia allí, pero por eso no dejamos de ser españoles...”.

En la comunidad judía se percibe un cierto eclecticismo cuando nos referimos a esta cuestión, evidenciando una clara preferencia por el estilo de vida y la relación con el territorio peninsular, pero también una referencia basada en tradiciones e historia familiar con Marruecos. Esto parece claro en las frases recogidas:

“... uno es de donde come, otra cosa es de donde nos sentimos...”

“...en Marruecos vivíamos en un barrio amplio donde también vivían musulmanes y nuestros hijos jugaban juntos...”

En cuanto al aislamiento identitario, resulta evidente que las personas entrevistadas responden a las dimensiones establecidas para la segregación residencial (Sabatini y cols. 2001). Así, la barriada se erige como el espacio en el que se manifiesta fuertemente la identidad, el “nosotros”, quiénes lo constituyen y cómo se distinguen y vinculan con “los otros” repitiéndose la tendencia de los grupos sociales a concentrarse en determinados sitios de la ciudad, la conformación de áreas o barrios socialmente homogéneos y la percepción subjetiva con que los residentes advierten esta segregación. Sin embargo, dos aspectos hacen particular este fenómeno, en nuestro entorno, por un lado el hecho de que, además de los condicionantes socioeconómicos, son factores fundamentalmente culturales los que definen las áreas tradicionales en Ceuta, y, por otro lado, la evolución demográfica y el aumento del poder adquisitivo, está obrando una transformación en estas zonas, por redistribución de unos y otros, lo que viene a alterar el estatus que tradicionalmente ostentaban.

El hecho de que, en las barriadas tradicionales, el grupo mayoritario transfiera su ritmo y, en parte, sus rasgos de identidad al contexto, es percibido positivamente por los mayores pertenecientes a ese colectivo, lo que se traduce en sensación de autosuficiencia:

“...en nuestro barrio tenemos todo lo que necesitamos...”

Sentido identitario:

“... nosotros tenemos espacios que compartimos con los vecinos y, si viene alguien que no es de aquí, se le mira como a un bicho raro..”,

Que, en el caso del colectivo musulmán, se ve reforzado por el uso de la lengua:

“...aquí todos nos conocemos y utilizamos el dariya –dialecto árabe– porque nos resulta más cómodo, pero el castellano también lo conocemos...”.

Representa también un escenario para las relaciones sociales, lo que reviste gran importancia entre los de la cultura musulmana, especialmente mujeres:

“...yo no salgo de mi barrio, voy a alguna fiesta o pésame, pero siempre voy con más mujeres...”

Pero, manifestando la percepción de segregación con otras zonas más favorecidas:

“... lo único que no tenemos es seguridad y, claro, el barrio está más descuidado que los del centro...”

“...los políticos piensan que por venir al barrio cada cuatro años y crearnos una asociación vecinal, los problemas cambiarán o estaremos más cerca del centro...”

Estas evidencias ponen sobre la mesa la cuestión de la relación entre aislamiento identitario y multiculturalidad que resulta más o menos estrecha según la opción religioso-cultural a la que pertenezcan. Entre musulmanes y judíos esta relación no se hace tan patente como la que se establece con los cristianos. Para los primeros, dependerá en gran medida del distrito donde cada uno viva y, por tanto, de las necesidades que consideren no cubiertas, así como las actitudes de segregación que hayan tenido que afrontar, reales o percibidas:

“... nosotros estamos aislados del resto de los ceutíes porque nuestro mundo se circunscribe al barrio donde vivimos...”

En los mayores cristianos aflora la percepción de que se pierde la principal seña de identidad de la ciudad, su carácter español y cristiano. Y esto es así porque se está en el seno de un profundo cambio social y cultural que se advierte especialmente en determinadas zonas que están en plena transformación, tanto urbanística como de la población. Los movimientos de colectivos musulmanes procedentes de barriadas periféricas y marginales hacia el centro, y la expansión de otras tradicionales, es visto como una puesta en cuestión de los estilos y tradiciones de la cultura cristiana dominante.

En esta misma línea del aislamiento, aparece otro aspecto relevante como es la vejez como condición, desde la perspectiva de las diferentes culturas. Parece existir consenso en las sociedades desarrolladas en cuanto se refiere a señalar la importancia creciente de la demanda de recursos y programas de todo tipo dirigidos a las personas mayores. El fenómeno del envejecimiento está originando un cambio social sin precedentes, cuyas dimensiones y verdadera envergadura están lejos aún de haber sido asumidas por la propia sociedad que envejece, de ahí que los gobiernos intenten cubrir la demanda de necesidades de la población mayor, pero estas necesidades no son cubiertas siempre porque van encaminadas a un grupo homogéneo y no a un grupo heterogéneo como son los mayores (Kofi Annan, 2004). Todo este marco que se presenta como inhóspito se puede resumir en lo que apuntan Soldo y Logino (recogido por Aranibar, 2004) cuando dicen que, una efectiva planificación para una sociedad que envejece requiere prestar atención tanto a los aspectos cualitativos del envejecimiento como a sus aspectos cuantitativos. Estos aspectos definen en gran parte la calidad de vida en cualquier edad e incluyen no solo el estado de salud, sino también aspectos relacionados con el entorno físico y social de las personas.

En cuanto a la tercera dimensión analizada, **FRONTERA-SEGURIDAD**, justificada por el hecho de la influencia que tiene la existencia de un perímetro fronterizo con Marruecos, sobre la percepción de calidad de vida en los mayores, está justificada porque esa realidad marca un ritmo especial en la vida de la ciudad, desde una perspectiva comercial pero también como puerta de acceso de inmigración irregular, que en gran medida se tiende a relacionar con actividades ilícitas y, en consecuencia, con falta de seguridad. Las expresiones recogidas sobre esta cuestión sugieren que el hecho fronterizo no se ve sólo como una consecuencia de la política de construcción del territorio nacional a lo largo de la historia, sino que, además, se percibe como una realidad viva, más compleja, que afecta a todos, generadora de una sensación contradictoria de encuentro/desencuentro, que conduce a una elaboración

particular de la realidad ceutí, con aspectos diferenciales según los distintos grupos sociales y culturales. Se ha argumentado que las fronteras están relacionadas principalmente con una preocupación por la diferencia entre culturas (Hannerz, 1996); lo que podría relacionarse con la exacerbación de aspectos culturales distintivos para reafirmar la identidad del grupo (Barth, 1976), o el mantenimiento de formas de expresión arcaicas como la que trasluce un comunicante cristiano, en alusión a las barriadas que se encuentran a extramuros del perímetro antiguo de la ciudad, trasladando así una terminología propia de la histórica ciudad amurallada, muy común en los mayores:

“...cuando nos referimos a barrios alejados del centro decimos: voy al campo, mientras que alguien que viene de allí dice: voy a Ceuta...”

Puede entenderse que la situación geográfica y la conflictiva historia de Ceuta, provoquen, con respecto a la frontera, una memoria colectiva que delimite una zona que representa la plaza segura, separada de la periferia que simbolizaría lo exterior. Los acontecimientos más próximos en torno a la guerra de África, a finales de siglo XIX y principios del XX, contribuyen sin duda a reafirmar esta particular construcción. Sin embargo, es precisamente a partir de este periodo cuando el desarrollo de Ceuta experimenta una inflexión, con un importante desarrollo, que continúa posteriormente al amparo del protectorado español en Marruecos, tras la contienda civil en España, y se prolonga hasta finales de los años 60 del siglo pasado. El intercambio comercial con Marruecos alcanza a las propias economías individuales por el hecho de que muchos ceutíes cristianos viajaban semanalmente para hacer sus compras de alimentos, en condiciones ventajosas, en las cercanas poblaciones de Tetuán y Mdiq, y utilizaban asiduamente las instalaciones turísticas de la costa mediterránea (Restinga) para su esparcimiento o, algo más distantes, las

de Asilah y Tánger. En la actualidad, aunque con menor intensidad, esta costumbre se mantiene en determinados sectores de población cristiana.

En los ceutíes de origen musulmán, su relación con Marruecos se mantiene invariable, como ya se ha destacado en párrafos anteriores, y entre los judíos también afloran sentimientos de cercanía por el hecho de que muchos de los mayores vivieron en este país, antes de su independencia.

En los últimos tiempos se han producido importantes acontecimientos (11 de septiembre, conflicto de Perejil, atentados de Madrid, resurgimiento del integrismo salafista en el Magreb, etc.), que han contribuido a cambiar de forma importante la percepción de Frontera /Recursos, por la de Frontera/Seguridad, generándose una percepción contradictoria porque, aún así, se sigue asumiendo que la relación con Marruecos contribuye al sostenimiento económico de la ciudad. Paralelamente, el fenómeno inmigratorio procedente de otras regiones del Magreb y subsahariano, ha irrumpido en los últimos años como un factor nuevo que ha generado no pocas situaciones controvertibles y una percepción negativa de inseguridad ciudadana, que afecta por igual a todos los estratos sociales y a las distintas culturas. Esta percepción compartida se refleja en algunas intervenciones, de los diferentes actores, que se transcriben:

- hombre musulmán “... *nosotros vivíamos en el Príncipe, pero cuando empezó lo de la droga tuvimos que bajarnos porque era una situación insostenible que iba a perjudicar mucho a los jóvenes...*”
- hombre cristiano “... *lo malo de la frontera es que es un paso de mala gente que crean problemas de convivencia...* “
- hombre musulmán “... *los moros que vienen no son de Marruecos, son de Argelia o más abajo, y después pagamos justos por pecadores...* “

Todos los informantes estuvieron de acuerdo en la importancia actual de las transacciones comerciales con Marruecos, esta vez como factor de estabilidad económica para la ciudad, ya que, como decían, a Ceuta se desplaza mucha gente a comprar. En efecto, las estimaciones oficiales cifran en alrededor de 30.000 personas las que pasan diariamente a la ciudad, sin contar los periodos vacacionales donde la frontera se constituye como una de las vías de paso de los emigrantes marroquíes en Europa. Pero frente a esta aparente normalidad, contrasta el hecho de que no es reconocida por ese país como frontera comercial (pesa la sempiterna reclamación territorial de Marruecos, sobre Ceuta) y, también, el que a algunos centenares de metros de las instalaciones oficiales de policía fronteriza de uno y otro país se puede observar la existencia de un paso fronterizo paralelo, discutiblemente controlado, que da acceso a un polígono comercial franco de la ciudad, en el que se realizan las más diversas transacciones con mercancías llegadas de todo el mundo, y que da trabajo a una interminable columna de “porteadores”, generalmente mujeres, que acceden varias veces al día, para transportar la mercancía comprada por comerciantes marroquíes de la zona, cargadas hasta límites inimaginables, en una estampa que muestra claramente las características peculiares de la frontera entre España y Marruecos, en Ceuta.

6.4.3. ESTRUCTURA: CATEGORÍAS Y VALORES.

Desde la etapa preliminar de la Etnografía realizada se puso todo el énfasis en llegar a la realización del Modelo Explicativo del investigador (Figura 23), en la que se determinan las dimensiones que se describen en el apartado 6.5, y que partieron de las categorías que aparecen en el análisis del contenido de la recolección de datos. Estas categorías expresadas a través de Estímulos, Sensaciones y Emociones, estando matizadas por la Edad, el Sexo y la Cultura- religión fueron recogidas en la etnografía descrita en los apartados anteriores.

Las categorías que conforman las tres dimensiones, están expresadas por subcategorías que se expresan a continuación.

DIMENSIÓN: MULTICULTURALIDAD.

1. CATEGORÍA: PERCEPCIÓN MULTICULTURAL, Sensaciones-opiniones sobre diferentes culturas en Ceuta.

SUBCATEGORÍAS:

1. Sensación de cambio.
2. Elaboración artificial.
3. Predisposición a mantener las tradiciones.

2. CATEGORÍA: ACEPTACIÓN DEL OTRO, Alteridad.

SUBCATEGORÍAS:

1. Cada uno en su lugar, roles definidos respecto a las demás culturas.
2. Eso, siempre ha sido así

3. CATEGORÍA: RELACIÓN, en relación con Cultua/cultura y Cultura/Género

SUBACTEGORÍAS:

1. Cada Cultura tiene necesidades diferentes.
2. Reuniones con las personas de la misma Cultura.
3. Proximidad a costumbres y tradiciones.
4. Idea convencional sobre parte activa de la mujer
5. Mujer como centro doméstico, escasa participación social.

6. La mujer destaca por la percepción de dolor y tristeza.
7. El hombre con mayor apoyo socio-cultural.

DIMENSIÓN: AISLAMIENTO.

1. CATEGORÍAS: AISLAMIENTO SENSACIÓN

SUBCATEGORÍAS:

1. En los cristianos Sentimiento del territorio peninsular como símbolo de lo español.
2. En los musulmanes, Sentimiento de pertenencia a Marruecos por cultura-religión y tradiciones.
3. En los judíos , Sentimiento de Diáspora “...Se es de donde se come y no de dónde se siente”

2. CATEGORÍA: IDENTIDAD CULTURAL/TERRITORIAL, Distribución por barriadas adcritas a distritos.

SUBACTEGORÍAS:

1. Aislamiento identitario en relación a barriadas en transformación social y demográfica.
2. Relación en barriadas basada en el conocimiento y el hábito.
3. CATEGORÍA: EDAD, Envejecimiento.

SUBCATEGORÍA:

1. Necesidades específicas en cada grupo cultural, asociadas a aspectos socio-culturales.

DIMENSIÓN: FRONTERA-SEGURIDAD. Sensación de encuentro/desencuentro por el perímetro fronterizo con Marruecos. Se formula como una macro-dimensión.

1. CATEGORÍA: FRONTERA-SEGURIDAD. Fenómeno exógeno que afecta por igual a todos los grupos culturales-religiosos.

SUBCATEGORÍAS:

1. Cambio de idea Frontera/Recursos, por Frontera/Seguridad.
2. Inmigración Subsahariana y de otras zonas del Magreb.

6.4.4. CONFECCIÓN DEL CUESTIONARIO

Como consecuencia del estudio etnográfico quedaron delimitadas tres dimensiones surgidas desde el propio sentir de los mayores ceutíes, como una expresión de la construcción que éstos hacen de la sociedad multicultural en la que viven, dentro de un contexto geográfico particular como el de Ceuta. A partir de ellas hemos pretendido diseñar un cuestionario (Anexo 2) para medir la influencia de éstas en la percepción de la calidad de vida, con el objeto de incorporarlas a las evaluadas por el instrumento SF-36.

De la dimensión Multiculturalidad se diseñaron cuestiones orientadas a medir el impacto sobre la calidad de vida, a tres niveles:

- 1.- Sentimiento que el hecho multicultural provoca;
- 2.- Reconocimiento de los otros

3.- Actitud frente a las otras culturas.

Por su parte, el análisis etnográfico de la dimensión AISLAMIENTO sugería también la conveniencia de estructurar el cuestionario con ítems dirigidos a evaluar la percepción de la calidad de vida dependiendo de:

1.- Sensación general de aislamiento

2.- Percepción de aislamiento cultural

3.- Percepción del aislamiento ligado a la vejez, al hecho de ser mayor, tanto en el contexto general como en el de la propia cultura.

Por último, en cuanto a la tercera dimensión FRONTERA-SEGURIDAD, el estudio etnográfico ponía de manifiesto que el aspecto más relevante lo constituía la propia percepción de este hecho que implicaba por igual a las tres culturas, por lo que la parte del cuestionario dedicada a ella se centró en la evaluación de esta sensación.

Una primera versión del cuestionario permitió un proceso de validación que determinó el formato final que se suministró a todos los participantes en este estudio.

6.5.- ANÁLISIS DE LAS DIMENSIONES ESPECÍFICAS DE CEUTA.

En el estudio etnográfico se identificaron dimensiones que afloraban en los participantes, en relación con su percepción de calidad de vida en Ceuta, que no se relacionaban directamente con la salud (Fernández Ballesteros, 1993), las cuales vendrían a completar las evaluadas por el instrumento SF-36. Por su contexto económico, social y especialmente cultural, parece ser que Ceuta aporta unos determinantes particulares que dependen de sus características geográficas y políticas, su realidad multicultural y una compleja dinámica de frontera territorial con otro país. En estas circunstancias, el devenir propio y la interacción con el “otro” en un escenario de competencia social determinado por diferencias de carácter principalmente económico, adquieren en nuestro caso una especial estructura que se solapa con los componentes físicos y mentales analizados anteriormente Moya, 2005, en Malik, y Herraz).

Los datos extraídos del análisis etnográfico sugieren, a nuestro entender, que tales dimensiones influyen de dos maneras, en la construcción que cada sujeto hace de su calidad de vida en Ceuta: una, la más evidente, extrínseca, la constituye el entorno, condicionando una forma específica de vivir; pero otra, quizá la más importante, tiene naturaleza intrínseca y depende de los mecanismos desarrollados por cada cual, para afrontar las contingencias de su existencia. En esto último influye definitivamente el rol cultural y la historia individual de cada sujeto (Vinyamata, E., 2005)

Nuestro estudio implicaba a los mayores ceutíes, por tanto, a todo ello hemos de añadir las experiencias y sentimientos en torno al envejecimiento en una sociedad occidental de corte capitalista.

Con esta perspectiva hemos analizado las tres dimensiones que surgieron, complementarias a las que se relacionaban con la salud, Aislamiento, como percepción de la calidad de vida influenciada por las condiciones geográficas pero también socio-culturales; Multiculturalidad, como realidad en el contexto de la ciudad, y como respuesta personal de aceptación y actitud hacia otras comunidades; y Frontera-Seguridad, como medida en que la calidad de vida se ve afectada como consecuencia de la existencia del perímetro fronterizo con un país con el que España ha tenido turbulentas relaciones en la historia, y en la actualidad supone un claro competidor en el terreno geopolítico y económico, en el seno de una región crítica, desde una perspectiva estratégica, como es la entrada al Mediterráneo y constituir una frontera Norte-Sur que añade un efecto, probablemente sobredimensionado, como puerta de entrada a inmigración procedente de regiones distantes del sur (Ferrer, X., 2008).

Como se ha discutido al principio, en relación con el método, el cuestionario aplicado constituye un primer intento de evaluación de estos aspectos de la calidad de vida en los mayores de una sociedad multicultural como Ceuta y, en consecuencia, sus resultados han de analizarse con las debidas precauciones, sin embargo, creemos que este estudio sí establece una base de conocimiento sobre la que necesariamente habrán de incidir nuevas investigaciones más específicas.

6.5.1. AISLAMIENTO.

La dimensión AISLAMIENTO, es percibida, en conjunto, como un factor que afecta a la calidad de vida de forma relevante habida cuenta de su puntuación media moderada que se correlaciona débilmente con Función Social y Salud Mental ($r=0,38$ y $r=0,36$; $p<0,001$), resultados que confirmarían que la percepción de aislamiento no se refiere sólo al físico, sino que también incluye el social y, al menos en parte,

parece manifestarse a través de aspectos mentales (ansiedad, depresión y sentimientos negativos) (Rubio Herrera et al., 2004).

No hemos podido encontrar diferencia de percepción por sexos, aunque son las mujeres judías las que ostentan el menor valor, junto con las musulmanas, en contra de las cristianas que presentan una puntuación igual a la de los hombres de su grupo (Tabla 38). Aunque sin consistencia estadística, apoyados en el estudio etnográfico, podríamos inferir de estos datos que el fenómeno aislamiento incide de manera más importante en las mujeres no cristianas, entre los mayores de Ceuta, lo que estaría apuntando a factores culturales como determinantes del mismo. En efecto, sí aparece significación en la valoración que hacen del “aislamiento” las diferentes culturas, destacando el colectivo cristiano con mayor cifra promedio que musulmanes y judíos (Tabla 38). Como sucedía en las dimensiones de SF-36, la comunidad de mayores cristianos parece contar con una mejor disposición para afrontar esta circunstancia (Olmedo et al, 2006).

Por barriadas, de los datos (Tabla 42) parece deducirse que el diseño urbanístico, ambiente tradicional y estabilidad de la población, caracterizan aquellas que muestran los valores más altos, por encima de 60 sobre 100, como es el caso de Sarchal- Mte.Hacho (64,2) (Tabla 40) y Haddú- Almadraba (61,0), seguidas de Villajovita-Benítez (59,0) (Tabla 41). Por el contrario, el carácter marginal de la barriada El Príncipe (tabla 41) donde, aunque con una bien asentada comunidad musulmana, la llegada de población joven inmigrante y la inseguridad que la caracteriza, parecen influir muy negativamente en la sensación de aislamiento que tienen las personas mayores, en ella (Penz, 2006).

Para profundizar más en el análisis de este perfil, hemos estudiado por separado los resultados de tres ítems (Anexo 2), que vendrían a identificar otras tantas facetas del constructo AISLAMIENTO: a) como sensación (ítem 2), b) como fenómeno social-cultural (ítem 12) y c) el derivado del hecho de la vejez (ítem 11).

La “Sensación” de aislamiento como sentimiento global (Figura 25 a 30), evidencia un comportamiento bipolar con un desplazamiento hacia posicionamientos positivos, respuestas “muy poco” o “nada”, frente a los más negativos, “bastante” o “regular”; imagen que resulta clara en los cristianos con el 50,3% de opiniones positivas frente a un tercio que la valoran negativamente. Un comportamiento parecido es el de la comunidad musulmana, que se proyecta también hacia el extremo mejor valorado, aunque algo más centrado, y en el caso de los judíos se produce una más clara bipolarización con un 42% de mejor valoración frente a un 35% peor. Estos datos podrían estar indicando el aislamiento como sensación dependería más del entorno social y cultural en el que se vive (Guiddens, A. 2007), que del hecho físico que se desprende de las características geográficas de Ceuta.

Los datos arrojados por zonas parecen apoyar esta idea, destacando el comportamiento positivo de las más tradicionales, con población asentada de tiempo atrás y una dilatada historia de cohabitación entre comunidades mayoritariamente cristianas y musulmanas, donde se mantiene amplios sectores con un estilo urbanístico tradicional, habiendo experimentado mejoras en servicios y comunicaciones, entre las que consideraríamos Sarchal-Mte. Hacho, Villajovita-Benítez y Haddú (Tabla 41). En la zona Centro, se manifiesta una clara bipolaridad con extremos casi equilibrados, que evidencia una percepción opuesta entre aquellos mayores que mantienen un entorno de relación y acceso a medios y servicios, frente a los que tienen más dificultad para lograrlo, en un ambiente más despersonalizado, propio de un centro urbano (Gómez-Ricardez, A., et al., 2007). Pero también es obligado considerar el hecho cultural como factor que influye en esa bipolaridad, habida cuenta de la composición de la muestra, en esta zona. En efecto, por razones obvias de capacidad económica, aquí los porcentajes de representación de las diferentes comunidades se alteran, justificando una estructura como la analizada, con una clara inversión en las proporciones que corresponden a musulmanes y judíos. Una posible interpretación es que, en estas comunidades tradicionalmente

hegemónicas los cambios sociales puedan estar generando una percepción de aislamiento que no se da en los musulmanes, de instalación más reciente en esta zona, cuya adaptación no solo representa una mejora de la situación socioeconómica sino que fomentaría la relación y el apoyo intragrupo. Una explicación similar puede considerarse para la zona Puertas del Campo, al estar produciéndose, en los últimos años, un importante asentamiento de integrantes de la comunidad musulmana, en un entorno mayoría cristiana con alto porcentaje de peninsulares. En la zona de Villajovita, es probable que el importante incremento de población del colectivo cristiano y los cambios urbanísticos con bloques de viviendas muy distintos a las casas tradicionales de la zona puedan provocar un aumento entre los que valoran peor su aislamiento (Figuras de la 18 a la 23). Por último, en el Príncipe-Benzú, los avances en servicios y urbanismo parecen justificar el que sólo una cuarta parte de la población perciba peor su aislamiento. Aquí los cristianos son minoría y eso podría explicar el alto grado de cohesión que muestran sus mayores, en tanto que el importante porcentaje de inmigrantes y la falta de seguridad (Charlton, 2008) de estas barriadas estarían influyendo más negativamente, entre los ancianos musulmanes.

En la faceta social-cultural, se cuestionaba la percepción de aislamiento como consecuencia del deterioro de la convivencia en la ciudad (Agewell Foundation, 2010) (Figuras 25 a 30). Desde esta perspectiva, el aislamiento se manifiesta de forma claramente bipolar en los grupos cristiano y musulmán, con casi un 40% de respuestas en el extremo peor valorado y 45% en el mejor. Parece evidente que, en las comunidades más numerosas afloran, en los mayores, dos grupos diferenciados, unos que no perciben un conflicto entre los diferentes grupos y otros en los que su calidad de vida sí se ve afectada por la percepción de problemas de convivencia. Analizando los resultados relativos a peor valoración en este aspecto, parece que es un fenómeno que incide algo más en las mujeres (43,2% frente a 35% en hombres) y también más acentuado en el grupo cristiano. Por zonas, parece claro que el mayor

porcentaje de peor percepción ocurre en el grupo que resulta francamente minoritario, como sucede en el Centro y Sarchal-Mte. Hacho, con el musulmán y, en El Príncipe, con el cristiano.

En las otras barriadas, podría entenderse que por encontrarse en plena evolución tanto urbanística como cultural, con porcentajes más repartidos de las comunidades mayoritarias, una parte relevante de los mayores la estaría percibiendo como una situación conflictiva que afecta a su calidad de vida. (Tabla 41).

Para terminar con la dimensión Aislamiento, en la faceta Vejez, se evalúa en qué medida el hecho de envejecer se percibe como una causa de aislamiento. Los resultados indican una percepción bipolar con mayor proporción de mejor puntuación en los cristianos (51%) y peor en musulmanes (55%) y judíos (46%). Además de factores económicos que inciden en la merma de autonomía social en los mayores, estos resultados subrayan la importancia de la cultura a la que se pertenece, especialmente por la evolución de los conceptos tradicionales en las generaciones más jóvenes en relación con la consideración del mayor y su participación en la vida social del grupo. Los porcentajes señalados estarían evidenciando que los mayores cristianos se encuentran en un ambiente de participación social que cubre sus necesidades, a diferencia de lo que sucede en musulmanes y judíos.

La sensación de aislamiento debido a la vejez es un hecho más asentado en hombres (Prieto et al., 2009), especialmente pertenecientes al grupo musulmán (Tabla 38). Como ya se ha argumentado anteriormente, es probable que, una vez fuera del ámbito laboral, los mayores cristianos habrían desarrollado recursos para sustituir las antiguas obligaciones por otras actividades domésticas, de organización y gestión y de esparcimiento, lo que garantizaría el mantenimiento de un rol de importancia en el seno familiar y social. Contrariamente, probablemente por cuestiones culturales, estas estrategias no son asumidas por los miembros de otras culturas que, de esta forma, ven restringido el repertorio de sus actividades a las de relación en los ámbitos

tradicionales (centros religiosos o de esparcimiento), que en una sociedad en evolución cultural como la de Ceuta, se modifican profundamente. Esto queda evidenciado porque, en todas las barriadas, los porcentajes de peor valoración corresponden a los mayores del colectivo musulmán. Sorprende, sin embargo, el resultado correspondiente a la zona Sarchal-Mte. Hacho, donde más de la mitad de los mayores cristianos mostraron la peor valoración de esta faceta, relacionada con el aislamiento y la vejez. Una posible explicación pueda encontrarse, por una parte, en las características propias de esta área, con barriadas muy expuestas a las inclemencias de los vientos (resulta curioso que Avicena 980-1037, publicara el libro “La fatiga y la vejez” donde demuestra la relación entre los factores climatológicos, la salud y la vejez, recogida por De Serna, 2003)), accesos difíciles y empinados e importantes barreras para las personas mayores; y por otra, el hecho de que existan varios núcleos religiosos musulmanes, alrededor de otras tantas mezquitas en la zona, que pudieran constituir una base de apoyo social al mayor que en otras zonas de la ciudad no se darían. Tales circunstancias justificarían la peor percepción en la población cristiana, que resultaría mitigada en el caso de la musulmana.

6.5.2. MULTICULTURALIDAD

La dimensión Multiculturalidad evalúa en qué medida la convivencia entre los diferentes grupos culturales condiciona la percepción de calidad de vida, en los mayores ceutíes. En conjunto, es otro factor que afecta de forma relevante a la percepción de la calidad de vida, con un puntaje medio de 60 sobre un total de 100. Al igual que aislamiento, no difiere significativamente por sexos aunque el promedio alcanzado por éstas es inferior; pero sí es consistente el hecho de que los diferentes grupos culturales la perciben de forma diferente ($p < 0,050$). Concretamente, la construcción que de este fenómeno hace el grupo musulmán es el más favorable, con 65,4 sobre 100, en tanto que cristianos y judíos muestran valores ligeramente

inferiores a 60 (Tabla 38). Esto es lógico pensando en la perspectiva de los grupos tradicionalmente predominantes.

El hecho de que se correlacione de forma significativa, aunque muy débilmente, con dimensiones físicas y de salud, del SF-36 (Tabla 38), apunta a que una percepción física saludable propiciaría una mejor valoración de la realidad multicultural, o desde un punto de vista contrario, se podría inferir que quienes tienen un peor estado de salud, especialmente físico, verían en la convivencia multicultural una competencia que menoscaba su calidad de vida.

En la línea del Aislamiento, esta dimensión también se valora de forma diferente en las distintas zonas de Ceuta, poniendo de manifiesto la influencia del contexto social-cultural en su percepción. Como era de esperar, en las barriadas con historia de convivencia entre las comunidades, los valores promedios son algo mayores, en torno a 65/100. Algo menos se obtiene en la zona Villajovita-Benítez (60,2), más próximo a los de la zona Centro y Puertas del Campo, lo que apoyaría la idea de que en zonas con movimientos sensibles de población capaces de modificar los porcentajes correspondientes a las distintas comunidades, la convivencia multicultural es percibida de forma menos favorable.

También en este caso se ha querido profundizar en el comportamiento de la dimensión, analizando tres facetas que especifican: a) PERCEPCIÓN, cuestionando la calidad de vida que depende la convivencia multicultural (preg. 13); b) ALTERIDAD, indagando sobre la aceptación de las otras comunidades (preg. 14); y c) RELACIÓN, evaluando la actitud frente a otras culturas (preg. 15) (Anexo2). En conjunto, son la percepción y la alteridad, las facetas de multiculturalidad que obtienen un mayor porcentaje de respuestas negativas (Keyes y Warr, 2006, recogido por Herrera Hernández, 2008).

En relación con la percepción de calidad de vida por la experiencia multicultural, los resultados indican que son preferentemente los hombres quienes la

valoran negativamente (67,5%). Por comunidades, las tradicionalmente hegemónicas (cristiana y judía) alcanzan los porcentajes más altos de personas que la valoran en el extremo peor, lo que subrayaría una prevención ante cambios sociales que pudieran afectarles, como consecuencia de la presencia creciente de otras comunidades. Considerando las distintas zonas, son Puertas del Campo y Villajovita, donde la valoración en la comunidad cristiana es menos favorable que la de los otros. Nuevamente, hemos de recurrir al argumento de que se trata de áreas en proceso de cambio, donde el estatus de comunidad hegemónica se diluye.

En Sarchal-Mte. Hacho y Hadú-Almadraba (Figs. ##) las cifras alcanzadas entre musulmanes y cristianos son muy similares y denotan una percepción positiva de la multiculturalidad, probablemente como resultado de una larga experiencia de convivencia común. Por último, El Centro y El Príncipe ponen de manifiesto sus mayorías estables, de forma que la peor percepción corresponde a los minoritarios musulmanes en el Centro y a los cristianos en el Príncipe.

La faceta alteridad es también valorada peor por un porcentaje mayor entre los hombres. (47%). Asimismo, por comunidades, son los cristianos quienes muestran un mayor número de valoraciones negativas, lo que apoya lo argumentado anteriormente, en relación con la percepción de reto o competencia por la existencia de otros grupos emergentes. Tal parece ser también la razón por la cual, son éstos los que la valoran peor en un porcentaje mayor que los musulmanes, en las zonas, Centro, Puertas del Campo y Villajovita-Benítez. En el caso particular del Príncipe-Benzú habría que buscar la causa precisamente en el hecho de ser un grupo totalmente minoritario en esa zona, en la que las costumbres y situaciones son distintas a las de la comunidad dominante en la ciudad. En las restantes, Sarchal-Mte. Hacho y Haddú-Almadraba, se produce nuevamente una percepción positiva fruto probablemente de la convivencia previa, en los cristianos, que no se corresponde en el grupo musulmán, en el que el porcentaje de valoración negativa es mayoritario. Una explicación a esto puede ser que los usos y costumbres que se desarrollaron

antaoño y permanecen en la actualidad, no satisfagan a la población emergente musulmana que buscaría un modelo con identidad propia, distinto al vigente (Kimikla, 2002).

Por último, el tercer aspecto analizado se corresponde con la ACTITUD ante el fenómeno multicultural, y evalúa la relación activa entre las diferentes comunidades. Sólo en torno a una cuarta parte de los encuestados respondieron negativamente, lo que sugiere que, independientemente de la construcción que cada cual hace de la multiculturalidad y de cómo la percibe, existe una mayoritaria actitud positiva que fomenta la relación entre comunidades.

También se da en este caso un mayor porcentaje de hombres que valoran peor el aspecto “relación” y con valores similares entre las tres comunidades (Tabla 38). Sin embargo, cuando se considera el entorno sociocultural en el que se vive, aparecen diferencias. Así, son las zonas Centro y Príncipe-Benzú las que ostentan un mayor porcentaje de valoraciones negativas, en ambos casos por causa del grupo cristiano. En el Centro es de suponer que, al ser la comunidad mayoritaria, las relaciones se producen preferentemente entre sus miembros, mientras que los musulmanes por razones obvias de demanda de servicios, transacciones comerciales, etc., se ven obligados a ampliar el ámbito de sus relaciones a las otras comunidades. Por su parte, en el Príncipe-Benzú, aunque el análisis ha de ser precavido por el escaso número de sujetos encuestados, los datos sugieren que, por la minoría de la comunidad cristiana y por las características de vida de la zona, identificadas con la cultura musulmana, los mayores cristianos se relacionen exclusivamente entre ellos (Figura 25 a 30). En menor medida, un fenómeno similar explicaría los peores resultados entre los musulmanes, en Sarchal-Mte. Hacho y Haddú. En estas barriadas la forma de vida es propia de la cultura cristiana y éstos son los mayoritarios, aunque con una población muy relevante musulmana que cuenta con núcleos religiosos y sociales bien definidos en torno a las mezquitas. En tales circunstancias, se puede

entender que entre los mayores sea preferente la relación dentro del propio colectivo musulmán.

Villajovita-Benítez muestra porcentajes de peor valoración bajos y muy similares en cristianos y musulmanes, lo que pone de manifiesto una actitud positiva en la relación entre comunidades.

La zona de Puertas del Campo muestra un comportamiento parecido al del Centro, destacando casi un 30% de cristianos que valoran negativamente la relación con otras comunidades, en lo que debe influir el relevante número de peninsulares que vinieron destinados por causas laborales, ahora jubilados.

6.5.3. FRONTERA – SEGURIDAD.

Esta dimensión evalúa cómo afecta a la calidad de vida, la existencia de un perímetro fronterizo con otro país y el riesgo para la seguridad que ello supone. En los mayores encuestados, el factor Frontera-Seguridad es percibido como una circunstancia que afecta de forma relevante a su calidad de vida, con un puntaje promedio inferior a 50 sobre 100. Actúa por igual en hombres y mujeres y no hace distinción por grupo cultural-religioso por lo que hay que considerar que se trata de la percepción de un factor externo, independiente de aspectos socio-culturales, que influye a todos por igual.

Por zonas, no se distinguen grandes diferencias, aunque merece destacarse los menores valores encontrados en los musulmanes del Centro (37,5 / 100), Puertas del Campo (41,3 / 100) y Villajovita-Benítez (40,1 / 100) que podrían estar en la línea de zonas en proceso de evolución socio-cultural, que provocan en los mayores de la comunidad emergente, percepción de inseguridad.

VII. CONCLUSIONES

7.1.- PRIMER ANÁLISIS: PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA MEDIANTE EL CUESTIONARIO SF-36

1. La Calidad de Vida como valor global del instrumento SF-36, expresada por los mayores ceutíes, es inferior al estándar nacional para ese grupo de edad, debido a las puntuaciones más bajas en el caso de los hombres, en especial de las comunidades musulmanas y judías, en tanto que las mujeres mantienen cifras similares a las de referencia.

2. En el colectivo de mayores de Ceuta, las mujeres tienen una percepción de su Calidad de Vida, menor que la de los hombres, como consecuencia de la peor valoración que hacen de su funcionalidad física y de parámetros psicológicos recogidos en la dimensión Salud Mental.

3. La distinta valoración que el grupo cristiano hace en parámetros de salud, sociales y psicológicos, que se manifiestan en las dimensiones: Salud General, Función Social, Rol Emocional, Salud Mental y, asimismo, en el Componente Mental Estandarizado, indica que el escenario socio-económico y cultural de Ceuta es percibido de forma más propicia en esta comunidad.

4. Los hombres pertenecientes a las comunidades judías y musulmanas muestran una menor habilidad en las dimensiones social, emocional y mental, lo que se refleja en su calidad de vida. En el caso de las mujeres, además de diferencias en estas dimensiones surgen también en la percepción de salud y en su vitalidad, con una peor valoración en las musulmanas, como consecuencia de tener que mantener un peso

importante en el rol doméstico y disponer de menos oportunidades para el desarrollo de las actividades sociales.

5. La percepción de Calidad de Vida resulta influenciada por las características urbanísticas y demográficas del distrito en el que se vive, de forma que en distritos en proceso de transformación, con instalación de nuevos residentes de cultura distinta a la de la mayoría establecida o en áreas que se identifican con una cultura mayoritaria, sí afloran las características distintivas entre ellas.

6. En comparación con el estándar español de calidad de vida, para el rango de edad estudiado, las principales diferencias que resaltan los mayores ceutíes apuntan a dimensiones que corresponden al componente mental. Para el colectivo cristiano las funciones sociales constituyen el único factor negativo con respecto a la referencia, en tanto que en las otras comunidades, además de éste, son el Rol Emocional y la Salud Mental las dimensiones que contribuyen a menoscabar su percepción de calidad de vida.

7. La adopción de un estilo activo de envejecimiento se sustenta en una buena percepción en las dimensiones físicas (Función Física, Rol Físico y Dolor Corporal) y en habilidades para el desempeño de relaciones sociales, factores todos ellos que muestran diferencias cuando se comparan con la población general, lo que resulta un objetivo más al alcance del colectivo de mayores cristianos.

7.2.- SEGUNDO ANÁLISIS: ABORDAJE ETNOGRÁFICO

1. Junto a las dimensiones aceptadas como evaluadoras de la Calidad de Vida, en Ceuta es necesario considerar también otros constructos derivados del contexto social y cultural. Estos se concretan en: Multiculturalidad, Aislamiento y Frontera-Seguridad.

2. La Multiculturalidad es una construcción que se desprende de la territorialidad, es decir, de la definición y utilización del espacio, desde la perspectiva de las diferentes culturas y se conforma a través de las categorías: a) Percepción conceptual, b) Existencia del otro y c) Relación entre colectivos.

3. El Aislamiento como percepción de la distancia física y espacio cultural en relación con una lengua madre, religión, tradiciones, modos y costumbres, resulta definido por las categorías: a) Sensación, b) Pertenencia cultural en el escenario de convivencia próximo de la barriada, y c) Rol que representa el viejo en los contextos cultural y de género.

4. La Frontera-Seguridad es una dimensión que responde a la forma en que es percibida la entrada de “extraños”, y la inseguridad que eso proporciona, con una perspectiva común en las diferentes culturas.

7.3.- TERCER ANÁLISIS: CUESTIONARIO ESPECÍFICO DE CEUTA

1.- En los mayores ceutíes, la dimensión Aislamiento es evaluada por igual en ambos sexos, sin embargo, en relación con la cultura, es el grupo cristiano quien mejor la percibe. Las características urbanísticas y de población que se dan en la barriada, también influyen en esta dimensión, de forma similar a lo que ocurre con las de SF-36.

a) En la categoría Aislamiento-Sensación muestra un comportamiento bipolar, en zonas con comunidades tradicionalmente hegemónicas, en las que se están operando cambios sociales, mientras que áreas donde ha existido una convivencia habitual entre las comunidades y se mantiene un estilo urbanístico tradicional, se desplaza hacia valores positivos.

b) En relación con la categoría Aislamiento-Cultura, también tiene un comportamiento bipolar, que se desplaza hacia el extremo de peor valoración en la comunidad que se encuentra en franca minoría, según el distrito considerado.

c) La existencia de mecanismos sociales y el desarrollo de estrategias de participación están detrás de la mejor valoración que hacen los mayores cristianos de la categoría Aislamiento-Vejez. Contrariamente, las alternativas tradicionales en la comunidad musulmana, en una sociedad en evolución cultural, se ven profundamente transformadas lo que hace que su valoración sea más negativa.

2.- El colectivo de mayores musulmanes presenta una percepción más favorable de la experiencia multicultural, frente a la mostrada por los colectivos cristiano y judío.

a) La peor valoración de la categoría Multiculturalidad-Percepción, por estas comunidades (cristiana y judía), está subrayando una actitud preventiva frente a los cambios sociales que se producen como consecuencia de la presencia creciente de la otra comunidad.

b) Se destaca la experiencia en la convivencia en común como factor clave para una percepción positiva del hecho multicultural.

c) También la categoría Multiculturalidad-Alteridad recoge las peores valoraciones entre los cristianos. Sin embargo, en las zonas más tradicionales, aparece menos valorada en el grupo musulmán como consecuencia del proceso de aculturación experimentado por éstos, a lo largo del tiempo.

d) La categoría Multiculturalidad-Relación pone de manifiesto que, independientemente de la construcción que cada cual hace de la multiculturalidad y de cómo la percibe, existe una actitud en los mayores ceutíes, preferentemente positiva para el fomento de la relación entre las comunidades.

3.- La existencia de un perímetro fronterizo hace que la dimensión frontera-Seguridad sea percibido como una cuestión relevante que menoscaba la calidad de vida de los ciudadanos mayores, afectando por igual a hombres y mujeres y es independiente de aspectos sociales y culturales derivados de la pertenencia a una determinada cultura.

7.4.- CONCLUSIÓN FINAL.

1. De todo lo anterior se deduce la necesidad de desarrollar políticas integradoras, activas y específicas que fortalezcan las relaciones entre culturas, en torno a las dimensiones aquí analizadas, y estimulen la participación de los mayores ceutíes, independientemente de su adscripción cultural-religiosa.

2. Asimismo, se hace obligado profundizar en el conocimiento de los factores que condicionan la calidad de vida de los mayores ceutíes, mediante estudios dirigidos a la identificación de sus necesidades, que favorezcan un envejecimiento activo y saludable de todas las opciones culturales.

VIII. BIBLIOGRAFÍA.

1. ABDEL-KHALEK A.M. (2008): “Religiosity, health, and well-being among Kuwaiti personnel”. PMID: 18481679 [PubMed - indexed for MEDLINE].
2. ABELLÁN, A. (2000): “El envejecimiento demográfico en España: balance de un siglo”. En, *Boletín sobre envejecimiento. Perfiles y tendencias*. Madrid, n. 1, Pp: 4-11.
3. ABRAIRA V., (2000): “Medidas del efecto de un tratamiento (I): reducción absoluta del riesgo, reducción relativa del riesgo y riesgo relativo”. En SEMERGEN 26:535-536.
4. ACTIS W., PEREDA C., DE PRADA M.A., (2004): “Salud y Estilos de vida en España: Un análisis de los cambios ocurridos durante la última década”. En, Colectivo Ioé. Disponible en: http://www.colectivoioe.org/ficheros_externos/Salud%20y%20estilos%20de%20vida%20en%20Espana.%20Un%20 analisis%20de%20los%20cambios%20ocurridos%20en%20la%20ultima%20decada_Salud-estilos-vida_texto.pdf.
5. AGUIRRE BAZTÁN, A. (1995): “Etnografía. Metodología cualitativa en la investigación sociocultural”. En, *Ed. Boixareu Universitaria*. Barcelona. Pp: 73.
6. AGYEMANG C, DENKTAŞ S, BRUIJNZEELS M, FOETS M.(2006): “Validity of the single-item question on self-rated health status in first generation Turkish and Moroccans versus native Dutch in the Netherlands”. PMID: 16684550 [PubMed - indexed for MEDLINE].

-
7. AGYEMANG C, VAN HOOIJDONK C, WENDEL-VOS W, UJCIC-VOORTMAN JK, LINDEMAN E, STRONKS K, DROOMERS M. (2007): “Ethnic differences in the effect of environmental stressors on blood pressure and hypertension in the Netherlands”. PMID: 17587458 [PubMed - indexed for MEDLINE].
 8. AHMED S.M., RANA A.K., CHOWDHURY M., BHUIYA A., (2002): “La medición de resultados de salud percibido en la cultura no occidental: SF-36 no tiene un lugar?”. En, *J. . Health Popul. Nutr.* PMID: 1265944 (Pubmed-NLM).
 9. ALBERTI KGMM, ZIMMET PZ, SHAW JE.(2005): “The metabolic syndrome: a new world-wide definition from the International Diabetes Federation consensus”. En, *Lancet*;366. Pp: 1059-1062.
 10. ÁLAMO ALONSO DEL, A., (2008): “Guía Clínica Síndrome metabólico”. En *Crochane*. N° 8, (44).
 11. ALLEYNE GAO. (2001): “Health and the quality of life”. *Revista Panameña Salud Pública*; 9: 1-6.
 12. ALONSO J., PRIETO L., ANTÓ J.M. (1995): “La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos”. En *Med Clin. Barcelona- sepeap.es*. Disponible en: <http://www.sepeap.es/Hemeroteca/EDUKINA/ARTIKULU/VOL104/M1042003.PDF>.
 13. ALONSO J. (2000): “La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica” en *Gaceta Sanitaria*. N° 14(2). Pp. 163-167.

-
14. ALONSO J. Y REGIDOR E. Y BARRIO G. Y PRIETO L. Y RODRIGUEZ C. Y DE LA FUENTE L. (1998): “Valores Poblacionales de Referencia de la versión española del cuestionario de salud SF-36”, en *Medicina Clínica*.111. Pp. 410-416.
 15. ANDREWS F.M., WITHNEY S.B. (1976): “Social indicators of well-being: american’s perceptions of life quality. Nueva York: Plenum.
 16. ANDREYEVA T, MICHAUD P.-C., VAN SOEST A.(2006): “Obesity and health in Europeans aged 50 years and older” . *Public Health* (2007) 121. Pp: 497–509. Disponible en: www.elsevierhealth.com/journals/pubh.
 17. AGEWELL FOUNDATION, (2010): “Las relaciones interpersonales en la vejez”. Disponible en:http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=es&langpair=en%7Ces&u=http://www.prlog.org/10497534-isolation-in-old-age-study-by-agemwell-research-advocacy-centre.html&rurl=translate.google.es&usg=ALkJrhhaHU5Gum7jCNHhlnQIbm7sVpcQ9g.
 18. ARANCETA BARTRINA, JAVIER, MATAIX VERDÚ, JOSÉ, SERRA MAJEN, LLUIS, (2006): “Nutrición y salud pública :métodos, bases científicas y aplicaciones científicas” en Editores :Lluis Serra Majen, Javier Aranceta Bartrina, José Mataix Verdú. Barcelona : Masson.
 19. ARANIBAR, P. (2003): “Entorno y Vejez”. Disponible en: <http://www.aafeliz.org/Doc/Publicaciones/pub0038.pdf>.
 20. ARANIBAR, P. (2006): “Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina”, en *Proyecto Regional del Fondo de Población de*

las Naciones Unidas (FNUAP) y Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). Capítulo 7.

21. ARIAS AMARAL J., VARGAS FLORES A.R., HERNÁNDEZ MEJÍA R., RAMOS PONCE M. G., VELASCO RODRÍGUEZ J.F. (2008): “Calidad de vida de médicos residentes en un hospital de tercer nivel”. *Medicina Interna*. Mejico. 24(1):16-21.
22. ARIZA MARINA, DE OLIVEIRA ORLANDINA (2006). “Regímenes sociodemográficos y estructura familiar: Los escenarios cambiantes de los hogares mejicanos”. *Estudios Sociológicos*, enero/ abril, año/vol. XXIV, número 001. El colegio de México. Pp.3-30.
23. AROSTEGUI, I. (1998): “Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del País Vasco”. *Universidad de Deusto*.
24. AZPIAZU GARRIDO M. (2001). “Calidad de vida y factores asociados en mayores de 65 años”. [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
25. AZPIAZU GARRIDO MERCEDES, CRUZ JENTOFT ALFONSO, VILLAGRASA FERRER JOSÉ RAMÓN, ABANADES HERRANZ JUAN CARLOS, GARCÍA MARÍN NATIVIDAD, ALVEAR VALERO DE BERNABÉ FERNANDO,(2002). “Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años”. *Rev. Esp. Salud Publica* [serial on the Internet]. 76(6): 683-699. Disponible en: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script>

-
26. AVIS NE, COLVIN A. (2007): “Disentangling cultural issues in quality of life data”. PMID: 17327811 [PubMed - indexed for MEDLINE]
27. AYMERICH M, BERRA S, GUILLAMÓN I, HERDMAN M, ALONSO J, RAVENS-SIEBERER U. (2005): “Desarrollo de la versión en español del KIDSCREEN, un cuestionario de calidad de vida para la población infantil y adolescente”. En, *Gaceta Sanitaria*. Nº 19. Pp: 93-102.
28. BADIA X, DEL LLANO J., (2000): “La investigación de resultados en salud”. En, *Medicina Clínica*; Nº 114 Supl 3. Pp: 1-7.
29. BADÍA X, SALAMERO M, ALONSO J. (1996): “La medida de la salud. Guías de escalas de medición en español”. En, *PPU, S.A.*, Primera ed. Barcelona.
30. BADIA X.; SALAMERO M.; ALONSO J. (2002): “La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español”. En, *Edimac*. Nº 11. Pp:193-205. Barcelona.
31. BAILE AYENSA, J. I., (2007): XIII. Psicología y Envejecimiento. El acercamiento de la psicología a la vejez a comienzos del siglo XXI. En, *Informe Portal de Mayores*. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/baile-psicologia-01.pdf>.
32. BALLESTER BRAGE, LL., (1988): “Marco conceptual para el análisis de las necesidades sociales”. En, *Cuadernos de trabajo social*, Nº 1. Pp: 63-76.

33. BALTES, P.B., Y BALTES, M.M. (1990): "Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences". En, *Cambridge University Press*. Pp. 1-34.
34. BANCO INTERNACIONAL DE DESARROLLO (2002): "Más vales por viejo". Editores: Tomás A. Engler y Martha B. Peláez. Pp: 4
35. BANEGAS JR, LÓPEZ-GARCÍA E, GRACIANI A, GUALLAR-CASTILLÓN P, GUTIERREZ-FISAC JL, ALONSO J, RODRÍGUEZ-ARTALEJO F. (2007): "Relationship between obesity, hypertension and diabetes, and health-related quality of life among the elderly". PMID: 17568249 [PubMed - indexed for MEDLINE].
36. BARGE-SCHAAPVELD; DQCM; NICOLSON, NA.; DESLEPAUL PAEG.; DE VRIES, M.W. (2000). *Evaluación de la calidad de vida diaria con el método de muestreo de experiencias*. Barcelona: Masson.
37. BARTH, FREDERICK (1976): "Los grupos étnicos y sus fronteras. La organización social de las diferencias culturales". México: FCE.
38. BAZO ROYO M.T., GARCÍA SANZ B., (2006): "Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional". En, *Médica Panamericana*. 2ª Edición. Buenos Aires, Madrid.
39. BAZTÁN J. Y VALERO C. Y REGALADO P. Y CARRILLO E. (1997): "Evaluación de la fragilidad en el anciano". En *Revista Española de Geriatría y Gerontología*. Nº 32. Pp. 26-34.

-
40. BEAUVOIR, S. (1983): "La Vejez". En, editorial Edhasa. Barcelona.
41. BENATAR, S.R., (2004): "The State, Society, Human Rights & Health: Ethical Challenges in the Development of New Interventions" En, *Revista de Bioética y Derecho* [online]. 2004, no. 1, Pp: 7-12. Disponible en: [<http://hdl.handle.net/2072/13175>].
42. BENÍTEZ ROSARIO MA, VÁZQUEZ DÍAZ JR.(1992). "Valoración del grado de autonomía de los ancianos". En, *Atención Primaria*. Nº 10. Pp: 888-891.
43. BERGUER P., LUCKMANN T., (1984): "La construcción de la realidad". En, *Amorrotou editores*. Buenos Aires.
44. BERKMAN LF, GLASS T. (2000): "Social integration, social networks, social support and health". *Berkman LF, Kawachi I, editors. Social epidemiology*. New York: Oxford University Press,
45. BERRAONDO I., ITURRIOZ, P. (2000): Test de calidad de vida". Volumen 58, Jano (1236); 58-61.
46. BIGELOW D.A., BRODSKY G., STEWARD L. (1991): "Quality of Life of Community Mental Health Program Clients: Validating a Measure". *Community Mental Health Journal* 1; 27 (1): 43-55.
47. BINES LINDON J., (1964): "Discurso sobre el estado de la nación como toma de presidencia de los E.E. U.U.". En, *Enciclopedia Encarta*.
48. BLANCO, A. (1998): "Calidad de Vida". En, *Terminología Científico Social: aproximación crítica*. Anthropos, p 65, Barcelona.
-

-
49. BLAND J.M., ALTMAN D.G. (2002): “Validating scales and indexes”. *BMJ*.324: 606-607.
50. BLAZER DG, PALMORE E., (1976): “Religion and aging in a longitudinal panel”. En, *Gerontologist*. Nº 16. Pp: 82-84.
51. BOE: nº 229, LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de “Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia”.
52. BOE: nº 76 jueves 29 de marzo de 2007. nº 6693.
53. BONITA R., (1998): “Mujeres, envejecimiento y salud. Conservar la salud a lo largo de la vida”. En, *Comisión Mundial sobre la Salud de la Mujer*. Ginebra: OMS.
54. BORJA, J., CASTELLS, M., (2004): “Local y global: la gestión de las ciudades en la era informática”. En, *Taurus*. Madrid.
55. BORTHWICK-DUFFY SA. (1992): “Quality of life and quality of care in mental retardation”.En, *Mental retardation*. Berlin, Springer-Verlag. 1992.
56. BOURDIEU P., TEUBNE G., MORALES DE SETIÉN C. (2000): “La fuerza del derecho”. En, *Instituto de Estudios Sociales y Culturales*. Universidad de los Andes. Facultad de Derecho.
57. BRAITHWAITE, V. A. (2002): “ Reducing Ageism”. En T. Nelson (Ed.), *Ageism, Stereotyping and Prejudice against older persons*, (pp. 311-337). London: A Bradford Book.
58. BRUFFAERTS R, DEMYTTENAERE K, VILAGUT G, MARTINEZ M, BONNEWYN A, DE GRAAF R, HARO JM, BERNERT S,

-
- ANGERMEYER MC, BRUGHA T, ROICK C, ALONSO J. (2008). "The relation between body mass index, mental health, and functional disability: a European population perspective". PMID: 18940036 [PubMed - indexed for MEDLINE.
59. BUENDÍA J. Y RIQUELME, A. (1997): "Residencias para ancianos ¿solución o problema?". En, *Gerontología y Salud*. Cap. XI. Biblioteca Nueva. Madrid.
60. CARBONELL, F. (1995): "Inmigración: diversidad cultural, desigualdad social y educación". En, MEC. Madrid.
61. CÁRDENAS R., R., AMADOR M., L. Y MORENO C., P. (2006): "Envejecimiento y sociodemografía mundial". En, Pérez Cano, V y otros. *Vejez: autonomía o dependencia pero con calidad de vida*. Dykinson, Sevilla
62. CARDONA A. D., ESTRADA R. E., AGUDELO G. H.B. (2003): "Aspectos subjetivos del envejecimiento: redes de apoyo social y autonomía de la población adulta mayor de Medellín". En, *Revista Investigación y Educación en Enfermería*. Vol. XXI nº 2. Colombia.
63. MARTÍN CASARES, A., (2006): "Antropología del género". En, *Cátedra*. Madrid
64. CASAS, F., (1996): "Bienestar social. Una introducción psicosociológica". Barcelona: PPU.
65. CASAS, F., (1999): "Calidad de Vida y Calidad Humana". En, *Revista Papeles del Psicólogo*. Nº 74. Pp: 46-54. Madrid

-
66. CASAS J, Y REPULLO JR, Y PEREIRA J. (2001): “Medidas de calidad de vida relacionada con la salud. Conceptos básicos, construcción y adaptación cultural”. En, *Medicina Clínica*. Nº 116. Pp.789-96.
67. CEA, M.A., (1996): “Metodología cualitativa. Estrategias y técnicas de investigación Social”. Madrid: Editorial Síntesis.
68. CEPAL, (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2007). “Cohesión social: Inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe”. Santiago de Chile.
69. CHAIB AKHDIM M., (2005): “Interculturalidad y formación en Ciencias de la Salud”.En *Educ. méd.* [revista en la Internet]. [citado 2009 Oct 06]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132005000400007&lng=es.
70. CHATEAU-DEGAT ML, DEWAILLY E, POIRIER P, GINGRAS S, EGELAND GM. (2008). “Comparison of diagnostic criteria of the metabolic syndrome in 3 ethnic groups of Canada”. PMID: 18940389 [PubMed - indexed for MEDLINE].
71. CHANOIT, P.F., LERMUZEAUZ,C. (1995): “Sociogenése des troubles menatux”. *Encyl. Med. Chir. Psychiatric*. Paris: techniques, 37:876-A-60.
72. CHARLTON CHRIS (2008): “Apoyo a la justicia para las Personas Mayores. Proyecto de ley c-490”. En, *el Parlamento de Cánada*. Disponible en: <http://www.chrischarlton.ca/node/472>.

73. CID-RUZAFÁ JAVIER, DAMIÁN-MORENO JAVIER, (1997). “Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel”. *Rev. Esp. Salud Pública* [serial on the Internet]. 71(2): 127-137. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid.
74. COBB, C. (2000): “Measurement Tools and the Quality of Life”. Disponible en: www.rprogress.org.
75. COHEN S, SYME L. (1985): “Issues in the study and application of social support”. *Cohen S, Syme SL, editors. Social support and health*. New York: Academic Press, p. 4.
76. COLOM J. A. Y PÉREZ P. Y VÁZQUEZ, G. (2001): “Calidad de vida, ambiente y educación”. En, *Educación y calidad de vida*. Pp: 1-37.
77. CUERVO ZAPATEL M. (2008): “Evaluación del estado de desnutrición en personas de 65 ó más años de edad en España, mediante cuestionario validado (MNA: Mini Nutritional Assessment)”. Universidad de Farmacia. Navarra.
78. DENNIS R, WILLIAMS W, GIANGRECO M, CLONINGER CH. (1994): “Calidad de vida como contexto para la planificación y evaluación de servicios para personas con discapacidad”. En, *Sin Cero*. Vol. 25 (155). Pp: 5-18.
79. DEPARTMENT OF STATE AND THE DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES EEUU, (2007). “Why Population Aging Matters: A Global Perspective”. National Institute on Aging, National Institutes of Health. Washington, DC.

-
80. DOVIDIO, J. Y GAERTNER, S. (Eds.) (1986): “ Prejudice, discrimination and racism: Theory and research”. En Orlando.FL: Academic Press.
81. DULCEY-RUIZ E., QUINTERO G., (1999): “Calidad de vida y Envejecimiento”. En *Rocabruno J.C. Tratado de Gerontología y Geriátrica Clínica*. Editorial Académica. Pp: 128-136. La Habana.
82. DURÁN, H. (2002): “Resultados del estudio de la Fundación BBVA sobre longevidad y dependencia en España”. En, *Fundación BBVA*. Disponible en: http://www.seapaonline.org/uploads/documentacion/Ley%20de%20la%20Dependencia/np_longevidadbbva.pdf.
83. ELDER Y COBB, (1993): “Formación de la agenda. El caso de los ancianos”. En Aguilar ed. *Problemas públicos y Agenda de gobierno*. Pp: 77-104. México: Porrúa
84. EMPANA J.-P., DAUVILLIERS Y., DARTIGUES J.-F., RITCHIE K., GARIEPY J., JOUVEN X., TZOURIO C., AMOUYEL P., BESSET A., DUCIMETIERE P., (2009): “Excessive Daytime Sleepiness Is an Independent Risk Indicator for Cardiovascular Mortality in Community-Dwelling Elderly: The Three City Study”. En *Stroke*,. Vol nº 40(4). Pp: 1219 - 1224.
85. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD. Explotación de los Datos del 2003 (Encuesta publicada en el portal del INE el 26 de abril de 2005). Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/indicadores/otros-indicadores/ens/index.html>.
-

-
86. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2006. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/indicadores/otros-indicadores/ens/index.html>.
87. ESPINOSA HENAO, M., (2000): “Enfoques, teorías y nuevos rumbos del concepto calidad de Vida”. Disponible, en: http://www.naya.org.ar/congreso2000/ponencias/Oscar_Mauricio_Espinosa.htm.
88. EUROPEAN FOUNDATION FOR THE IMPROVEMENT OF LIVING AND WORKING CONDITIONS (2005): “Quality of life in Europe”. En, *Publications Office*. Alemania.
89. EUROSTAT. COMISIÓN EUROPEA (2006). En, *oficina de publicaciones*. Disponible en, http://publications.europa.eu/index_es.htm.
90. EVANS, R, Y BARER, M. (1996): “¿Por qué alguna gente está sana y otra no?”. En , *Díaz de Santos*, Madrid.
91. EYZAGUIRRE B. Y LE FOULON C. (2001): “La calidad de la educación chilena en cifras”. En, *Documentos de Trabajo, del Centro de Estudios Públicos*. N° 324.
92. FELCE, D. Y PERRY, J. (1995): “Quality of life: It’s Definition and Measurement”. En *Developmental Disabilities*. 16. Pp.51-74.
93. FERNANDEZ BALLESTEROS R. (1993): “The construct of Quality of Life among the elderly”, en: *Recent advances in aging science*. The XVth Congress of the International Association of Gerontology. Pp.1627 – 1630.

-
94. FERNANDEZ BALLESTEROS, R (1998): “Calidad de Vida: las condiciones diferenciales”, en *La psicología en España*.2, No1. Pp. 57-65.
95. FERNÁNDEZ FENTE ALFONSO, TRUJILLO GRAS OMAR, MENÉNDEZ JIMÉNEZ JESÚS. (1999). “Prevalencia de discapacidad mental en ancianos del Municipio Playa 1996: (Parte II)”. *Rev Cubana Salud Pública* [periódico en la Internet]. [citado 2009 Ene 14] ; 25(1): 30-38. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661999000100004&lng=es&nrm=iso.
96. FERNÁNDEZ-MAYORALAS FERNÁNDEZ, GLORIA, (2007): *El significado de la salud en la calidad de vida de los mayores*. Madrid: Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 74.
97. FERNÁNDEZ ROJAS, X.; MÉNDEZ, E. (2007): “Estilos de vida y factores de riesgo para la salud de las personas adultas mayores del proyecto CRELES - Costa Rica 2004-2006”. En *Población y Salud en Mesoamérica*. Revista Electrónica, Vol 5 (1), Informe Técnico 1.
98. FERNÁNDEZ ROJAS, X., ROBLES SOTO, A. (2008): “I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica.”. San José, C.R. : Centro Centroamericano de Población.
99. FERNÁNDEZ DE T. M.I., MONTORIO C. I.,: (1997): “ La vejez con éxito. Pero ¿por qué las personas mayores no se deprimen mas?”. En, *Revista sobre igualdad y calidad de vida*. Intervención Psicosocial. Vol 6, nº 1. Pp: 53-75.
100. FERRER M. (2006): “CVRS en adultos con enfermedades crónicas”. En, *Tercera Reunión Iberoamericana de la Calidad de Vida relacionada con la salud*.
-

101. FERRER O, GASOL J, ANDREU S, ESQUIROL J, XIRINACS L., (2005): “Pérdida auditiva y calidad de vida de la población mayor de 65 años en residencias asistidas del área de Barcelona”. En, *Comunicaciones Orales*. V Congreso Nacional de la Sociedad Española de Médicos de Residencias.
102. FERRER-GALLARDO, X. (2008): “The Spanish-Moroccan border complex: Processes of geopolitical, functional and symbolic rebordering”. En, *Political Geography*, 27. Pp: 301-321
103. FISHBAIN D., (2000): “Evidence-based data on pain relief with antidepressants”. En, *Ann Med*. Nº 32. Pp: 305-16.
104. FLANAGAN J. (1978): “A research approach to improving our quality of life”. *American Psychologist*; 33, 138-147.
105. FLEISS JL., (1981): “Statistical Methods for Rates and Proportions”. En Wiley: New York (2nd edition).
106. FREIRE DE O. N. M. (2007): “Tesis doctoral Calidad de vida de mayores y sus aspectos biosociales. Estudio comparativo de los instrumentos Whoqol-Bref y SF-36”. En *Universidad de Granada*. Granada
107. FRIES J.F. (1980): “Aging, natural death and the compression of morbidity” en *New England Journal Medicine*. 303. Pp. 130-135.
108. FRIES J.F. (1989): “Aging Well”. *Reading, MA*; Addison-Weslwy Pub. Co.

109. FREEMAN HUGH, KATSCHNIG HEINZ, SARTORIUS MR NORMAN. (2000): “Calidad de vida en los trastornos mentales”. En Elsevier. España.
110. GALLEGOS-CARRILLO K, MUDGAL J, SÁNCHEZ-GARCÍA S, WAGNER FA, GALLO JJ, SALMERÓN J, GARCÍA-PEÑA C., (2009): “Social networks and health-related quality of life: a population based study among older adults”. En, PMID: 19180307 [PubMed - indexed for MEDLINE].
111. GARCÍA CALVENTE MM, FERNÁNDEZ RUIZ I, MATEO RODRÍGUEZ I, (2001): “La salud de las mujeres en Andalucía”. En, *La situación social de las mujeres en Andalucía 1990-2000*. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer.
112. GARCÍA CASTAÑO, F. J. Y BARRAGÁN RUIZ-MATAS, C. (2000): “Sociedad multicultural e interculturalismo *versus* inmigración extranjera: aportaciones teóricas para el debate”. En, *Documentación Social* nº121 (*El desafío de las migraciones*). Pp: 209-232.
113. GARCIA CANCLINNI, V (1997).: “Culturas urbanas “. Disponible en: <http://www.unesco.org/issj/rics153/canclinispa.html>.
114. GEERTZ C (2000): “La interpretación de las culturas”. En, *Editorial Gedisa*. Barcelona.
115. GEORGE, L.K., BEARON, L.B. (1980): “Quality of life in older persons: Meaning and measurement”. *Human Sciences Press*, New York.

-
116. GIDDENS, A.,(1984): “The Constitution of Society”. En, *University of California Press* .
117. GIL CALVO, E. (2003): *El poder gris: Una nueva forma de entender la vejez*. Madrid: Mondadori.
118. GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS (2004): “Encuesta de salud de Asturias 2002”. En, *Conserjería de salud y servicios sanitarios*. Asturias.
119. GOMEZ CAMPDERÁ F. , (2004): “Hipertensión arterial y riesgo cardiovascular en el anciano en España”. *Revista Port Nefrol Hipertensión*. 18 (2). Pp. 71-77.
120. GOLDSTEIN S, HARLEY (1979): “In vitro studies of age-related diseases”. En, *Fed. Proc.* N° 38. Pp: 1862-1867.
121. GÓMEZ RINESSI JF. (2000): “Envejecimiento”. En, *Rev Posgr Fac Med UNNE* 2000; N° 100. Pp: 21-23.
122. GÓMEZ-VELA MARIA Y SABEH ELIANA (2001): “Calidad de Vida. Evolución del Concepto y su influencia en la investigación y en la práctica”, en *Instituto Universitario de Integración en la Comunidad*, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. <http://www3.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>.
123. GONZÁLEZ ENRÍQUEZ C. Y PÉREZ GONZÁLEZ Á. (2008): “Ceuta y Melilla: nuevos elementos en el escenario”, en *Demografía, Población y*

Migraciones Internacionales. Real Instituto Elcano. Disponible en:
<http://www.realinstitutoelcano.org/wps/portal/rielcano/contenido>.

124. GÓMEZ-RICARDEZ, A., RODRÍGUEZ-ABREGO, G., KRUG-LLAMAS, E. (2007): “Prevalencia y factores asociados a violencia familiar en adultos mayores de Ocozocoautla (Chiapas, México)”. En, *Revista española de Geriatría y Gerontología*, Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, Vol. 42, N°. 1, págs. 27-34.
125. GONZALO JIMÉNEZ E, GUTIÉRREZ CUADRA P, DE MANUEL KEENOY E. (1999): “El estado de salud y la utilización de servicios entre las personas mayores de nueve distritos europeos”. En, *Centro de Salud*. N° 7. Pp: 284-2855.
126. GONZALO E, PASARÍN M. I., (2004): “La salud de las personas mayores”.En, *Gac Sanit [serial on the Internet]*. Disponible en:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000700012&lng=en.
127. GOZALBES CRAVIOTO, E., (1988) : “Notas para la historia de los judíos en Ceuta (S XI-XVI)”. En, *Caja Ceuta*. Ceuta.
128. GUALLAR-CASTILLÓN P., SANTA-OLALLA PERALTA, P., BANEGAS, J.R., LÓPEZ E., RODRÍGUEZ-ARTALEJO F., (2004):

-
- “Actividad física y calidad de vida de la población adulta mayor en España”. En, *Revista de psiquiatría on line*. Vol. 6, nº 12. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/boletin/revista/146/19983/?++interactivo>
129. GUEVARA R. H.(2008): “Algunos Aspectos Filosóficos en Calidad de Vida”. <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones>.
130. GUÍA ALIMENTARIA (2000): “Guía nutricional: Aspectos básicos sobre nutrición y salud”. Disponible en: <http://www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica-I/guia/>.
131. GIDDENS, ANTHONY, (2007). “La socialización, el ciclo vital y el envejecimiento”. En, *Sociología*, Ed. Alianza, Madrid. Cap. 6. Pp: 177-215.
132. GUTIÉRREZ, E., RÍOS P., (2006): "Envejecimiento y campo de la edad: elementos sobre la pertinencia del conocimiento gerontológico". *Ultima Década* Nº 25, Año 14, Valparaíso, pp.11-41.
133. GUYATT G.H., FEENY D.H., PATRICK D.L. (1993): “Measuring health-related quality of life”. *Ann Intern Med*. 118(8): 622-629.
134. GUZMAN, J.M. (2006): “Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez”. En *CEPAL*. Naciones Unidas, Santiago de Chile.
135. HAMMERSLEY, M., ATKINSON P., (1994): “Etnografía. Métodos de investigación”. En, *Paidós*. Barcelona.

-
136. HANNERZ U., (1996): “Fronteras”. Disponible en: <http://www.scribd.com/doc/11838792/Antropologia-y-Estudios-de-Fronteras>.
137. HAWTHORNE K, ROBLES Y, CANNINGS-JOHN R, EDWARDS AG. (2008): “Culturally appropriate health education for type 2 diabetes mellitus in ethnic minority groups”. PMID: 18646153 [PubMed - indexed for MEDLINE].
138. HEKER, LILIANA (2003). “Diálogos sobre la vida y la muerte”. Aguilar en Argentina.
139. HERVÁS A., ARIZCUREN M.A., GARCÍA DE JALÓN E., TIBERIO G., FORCÉN T. (2003): “Influencia de variables socio-sanitarias en la situación del estado cognitivo y de ánimo en los pacientes geriátricos de un centro de salud”. En, *Anales del sistema sanitario de Navarra*. Vol nº 26, nº 2. Edita: Departamento de Salud del Gobierno Vasco.
140. HERVÁS A., ZABALETA A., DE MIGUEL G., BELDARRAIN O., DÍEZ J. (2007) : “Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2”. En *Anales del Sistema Sanitario*. Navarra. Disponible en: http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/index30_1.htm.
141. HERRERA HERNÁNDEZ J.M. (2008): “El bienestar subjetivo y la calidad de vida en la población”. Disponible en:

<http://juanherrera.files.wordpress.com/2009/05/investigacion-bienestar-subjetivo.pdf>.

142. HOGG, M. A. Y ABRAMS, D. (1988): “*Social identifications: A social psychology of intergroup relations and group proceses*”. London: Routledge.
143. HOUSE JS, LANDIS KR, UMBERSON D. (1988): “Social relationships and health”. *Science*; 241:540-5.
144. HOOPMAN R, TERWEE CB, MULLER MJ, AARONSON NK. (2006): “Translation and validation of the SF-36 Health Survey for use among Turkish and Moroccan ethnic minority cancer patients in The Netherlands”. PMID: 17011775 [PubMed - indexed for MEDLINE].
145. HOLSTON, J. y A. APPADURAI. 1996. "Cities and Citizenship".En, *Public Culture*. 19, University of Chicago.
146. HUSSEY P.S., ANDERSEN G.F., OSBORN R., FEEK C., MC. LAUGHLIN V., MILLAR J, ESPTEIN A. (2004); “Compara no es ofender; la calidad de los servicios sanitarios en diferentes países”. *Revista Gestión Sanitaria*. Ed. Instituto de la salud de Valencia. 23(3): 89-99.
147. INFORME DE DESARROLLO MUNDIAL (2008): “Agricultura para el desarrollo”. En, *Fundación para la Investigación y desarrollo de la Salud Pública*. Disponible en:
http://www.un.org/spanish/issues/food/taskforce/FINAL_CFA_July_2008.pdf.
148. IMSERSO-CIS. (2004): “Apoyo informal a mayores”. Estudio nº 4.178. Ministerio de Educación política social y deporte. Madrid.

-
149. IMSERSO (2006): “Las personas Mayores en España. Insform 2006. Capítulo 3: La protección social a la vejez”. Ministerio de Educación política social y deporte. Madrid.
150. INE (2000): “Encuesta sobre innovación tecnológica en las empresas. 1998”. Madrid.
151. INE (2001): “Censo de población y vivienda 2001. Resultados definitivos INE 17/02/2004.
152. Informe sobre la necesidad de unidades geriátricas de agudos y unidades geriátricas de recuperación funcional como parte de los recursos hospitalarios especializados para personas mayores (2004). Madrid: SEMGE.
153. IRAURGI CASTILLO I., PÓO M., MÁRKEZ ALONSO I. (2004): “Valoración del índice de salud SF-36 aplicado a usuarios de programas de metadona: valores de referencia para la Comunidad Autónoma Vasca”. En, *Rev. Esp. Salud Publica* [serial on the Internet].78(5): 609-621. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000500006&lng=en. doi: 10.1590/S1135-57272004000500006.
154. JANSÁ J.M. (2006): “Inmigración y envejecimiento, nuevos retos en Salud Pública”. Disponible en: <http://www.sespas.es/informe2006/p1-1.pdf>.
155. JBOUR AS, JARRAH NS, RADAIDEH AM, SHEGEM NS, BADER IM, BATIEHA AM, AJLOUNI KM. (2003): “Prevalence and predictors of diabetic foot síndrome in type 2 diabetes mellitus in Jordan”. En, *Saudi Med*

-
- J. Vol. 24, nº7. Pp: 761-764. PMID: 12883610 [PubMed - indexed for MEDLINE
156. JIMÉNEZ HERRERO F., (1988): “Aspectos biológicos, psicológicos y sociales en relación con el ámbito familiar”. *Geriatika*; 3(3):17-27.
157. JORNADAS DE HISTORIA DE CEUTA XII, (2009): CEUTA Y LA GUERRA DE ÁFRICA DE 1859-1860. Disponible en: http://www.ieceuties.org/paginas/ultima_hora_99.htm.
158. KALACHE A. (2004): “Los mayores son una nueva fuerza para el desarrollo”. En, *EL País*. Madrid. Entrevista realizada por Cruz Blanco
159. KATZ, I. (1992): “La tercera edad. Un proyecto vital y participativo para reinsertar la vejez en nuestra sociedad” En, *Planeta*. Buenos Aires.
160. KAUFMAN Y., ANAKI D., BINNS M., FREEDMAN M., (2007): “Cognitive decline in Alzheimerdisease” .Disponible en: <http://www.neurology.org/cgi/content/abstract/68/18/1509>.
161. KYMLICKA, Will (2002): “Ciudadanía Multicultural”. En, Paidós. España.
162. KRUEGER (1988): “Focus Group: a principal guide for applied research”.En, *Newbury Park CA*: Sage.
163. KURTZE, J.F., (1985): “Epidemiology of cerebrovascular disease”. En Mc Dowell, F.H., Caplan, L.R. (editores). *Cerebrovascular survey report*, 1985.

-
- The Nacional Institute of Neurological and communicative Disorders and Stroke. New York: Springer-Verlag, 1-34.
164. KWAŚNIEWSKA M, DRYGAS W. (2005): “Quality of life in patients with risk factors of coronary heart disease”. PMID: 16541719 [PubMed - indexed for MEDLINE.
165. LAHUERTA C., BORRELL C., RODRIGUEZ-SANZ M. (2004): “La influencia de la red social en la salud mental de la población anciana”. *Gaceta Sanitaria*. V18, nº 2.
166. LEDERMAN, L. C. (1990): “Assessing Educational effectiveness: the focus group interview as a technique for data collection”. En , *Comunicación Education*. Nº 38. Pp:117-127.
167. LEÓN R. J. M. Y GÓMEZ D. T., (1998): “Percepción Social.”. En *Psicología social. Orientaciones y ejercicios prácticos*. Madrid: Mc Graw-Hill. Capítulo 6. Pp: 89-102.
168. LEPLEGE A, HUNT S. (1998): “El problema de la calidad de vida en medicina”. En *JAMA* (ed. esp.); Nº 7. Pp: 19-23.
169. LETURIA, F.J, YANGUAS, J.J. ARRIOLA, E. URIARTE, A. (2001): “La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir”. En, *Cáritas*, Madrid.
170. LLANES BELETT, REYNEL A. (2007). “Glosario filosófico”. En, *Editorial Ciencias Médicas*. La Habana.

-
171. LOLAS, F. (1997): “Estudio cualitativo de la calidad de vida en el senescente. Una propuesta metodológica”. *Revista Vértex*, n° 29. Buenos Aires.
172. LÓPEZ NOVOA J. M. , RODRÍGUEZ-PUYOL D., (1997): “Mecanismos de envejecimiento celular”. En, *NEFROLOGIA*. Vol. XVII. Suplemento 3. Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/mostrarfile.asp?ID=1428>.
173. LÓPEZ-SILVAM. C., SÁNCHEZ DE ENCISO M., RODRÍGUEZ-FERNÁNDEZ M. C., VÁZQUEZ-SEIJAS E. “Cavidol: Calidad de vida y dolor en atención primaria”. En, *Revista Sociedad Española del Dolor*, Vol 14, n° 1. Pp: 9-19.
174. LOVATT B. (1992), citado por Ferrer M.: “An overview of quality of life assessments and outcome measures” . *Br J Med Econ* . 4:1-17.
175. LUGO A.L.H., GARCÍA G. H., GÓMEZ R., C., (2006): “Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia”. En *Rev. Fac. Na. Salud Pública*. Vol 24, n° 2. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILA CS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=455543&indexSearch=ID>.
176. MALINOWSKI, B. (1984): “Una teoría científica de la cultura”. En, *Proyectos Editoriales S.A.* 4ª edición. Pp: 75-85. Madrid.
177. MALIK, B. E., HERRAZ, M. (2005): “Mediación intercultural en contextos socio-educativos”. En, Editorial Aljibe. Málaga

-
178. MARÍN SANCHEZ M., GARCÍA GONZÁLEZ A.J., (2004): “Calidad de vida en la tercera edad desde la salud y el estado de bienestar psicosocial”. En *Mapfre Medicina*, vol nº 15. Pp: 175-185. Sevilla.
179. MARTÍNEZ PASCUAL B., DÍAZ PALAREA MD., ALONSO JM., CALVO F., (2006): “Evolución del envejecimiento poblacional y respuesta sociosanitaria”. *Rev Mult Gerontol*;16(1). Pp: 26-31.
180. MARZIALI E, MCDONALD L, DONAHUE P., (2008). “The role of coping humor in the physical and mental health of older adults”. PMID: 19023722 [PubMed - indexed for MEDLINE].
181. MASLOW A. H., (1954): “Motivación y personalidad”. En, *B. Sagitario*. 2ª edición.
182. McCLoSKLY. HA. (1976): ‘ Human Needs. Rights and Political Values’, en: *American*
183. MENA MARTÍN F. J., MARTÍN ESCUDERO J. C., SIMAL BLANCO F., BELLIDO CASADO J., CARRETERO ARES J. L., (2006): “Diabetes mellitus tipo 2 y calidad de vida relacionada con la salud: resultados del Estudio hortera”. En, *Anales de Medicina Interna (Madrid)*. [periódico en la Internet]. [citado 2009 Mar 20] ; 23(8): 357-360. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992006000800002&lng=es&nrm=iso.
184. MENNINGER, W.W. (1999): “Adaptational challenges and coping in late life”. En, *Bulletin of the Menninger Clinic*, 63 (2), suppl. A. Pp: 4-15.
185. MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (2005). “Estudio sobre la conciliación de la vida familiar y la vida laboral: situación actual,

necesidades y demandas”. Instituto de la Mujer, Madrid, Realizado por GPI consultores. Disponible en:

http://www.mtas.es/mujer/mujeres/estud_inves/index.htm

186. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2004): “Encuesta Nacional de Salud. 2003”. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
187. MINISTERIO DE TRABAJO E INMIGRACIÓN. (2002): “Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud 1999”. Resultados detallados. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
188. MINOIS GEORGE (1989). “Historia de la vejez. De la Antigüedad al Renacimiento”. *Madrid*. Ed. Nerea.
189. MIRÓ E, MARTÍNEZ P, ARRIAZA R. (2006). “Influence of the subjective quantity and quality of sleep on several personality 34 characteristics”. *Salud Mental* 29: 34-40.
190. MOADEL A., MORGAN C., FATONE A., GRENNAN J., CARTER J., LARUFFA G., SKUMMY A., DUTCHER J., (1999): “Seeking meaning and hope: Self reported spiritual and existential needs among an ethnically-diverse cancer patient population”. En *Psycho-Oncology* nº 8. Pp: 378-385.
191. MOLINERO LUIS (1998): “Cuestionarios de Salud”. En, *Asociación de la Sociedad Española de Hipertensión. Liga Española para la lucha contra la hipertensión arterial*. Disponible en: <http://www.seh-lilha.org/pdf/cucadevi.pdf>.

-
192. MONÉS J. (2004): “¿Se puede medir la calidad de vida?.¿Cuál es su importancia?” Disponible en:
http://aecirujanos.es/revisiones_cirugia/2004/Agosto2.pdf
193. MONTES DE OCA V., (2003): “El envejecimiento en el debate mundial: Reflexión académica y política”. En, *Papeles de Población*, nº 35. Pp: 35-74.
194. MORAGAS MORAGAS, R. (2001): “La jubilación: una oportunidad vital”. En, *Herder*.Barcelona.
195. MORGAN, DAVID L. (1997): " Focus groups as qualitative research ". En, *Qualitative Research Methods Series*. Vol.16, Segunda Edición. Sage University Paper.
196. MUÑOZ HORNILLOS, MERCEDES y ARANCETA BARTRINA, JAVIER y GUIJARRO GARCIA, JUAN LUIS (2005): “Libro blanco de la alimentación de los mayores”. Editorial medica panamericana. Madrid.
197. NARBONA RUIZ CRISTINA (2006): “La dimensión ambiental de las relaciones internacionales”. Conferencia de la ministra de Medio Ambiente (España), en el Real Instituto Elcano el 12 de septiembre de 2006.
198. NUSSBAUM M, SEN A.(1998): “La Calidad de Vida. México”. *Fondo de Cultura Económica*. Pp. 74-78.
199. PINYOL I, JIMÉNEZ G., (2008): “La política de inmigración española como un nuevo instrumento de acción exterior”. En *Observatorio Europeo de inmigración*. Disponible en: <http://www.iuee.eu/pdf-publicacio/127/8EvpC9JCPnW7kQrlO571.PDF>.
-

200. OLMEDO ALGUACIL M., RAMÍREZ RODRIGO J., VILLAVERDE GUTIERREZ C., SÁNCHEZ CARAVACA M.A, MORENO VÁZQUEZ J.A., (2006): “Evaluación de la salud percibida, mediante aplicación del cuestionario SF-36, en una muestra de población multicultural de mayores, usuarios de los servicios sanitarios”. En, *Congreso Farmacéutico del Mediterráneo Latino*. Cerdeña.
201. OLSON R, SABOGAL F, PEREZ A. (2008). “Viva la Vida: helping Latino Medicare beneficiaries with diabetes live their lives to the fullest”. PMID: 18172150 [PubMed - indexed for MEDLINE]
202. OMRAM A.R. (1971): “The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change”. *Milbank Mem Fund Q*; 49: 509-38.
203. OMS (1954): “Medición del Nivel de Salud”. *Informe Técnico n° 137*, http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_137_spa.pdf
204. OMS (1979): “Estadísticas sobre el cáncer: Informe de un Comité de Expertos”. En *Ginebra: Organización Mundial de la Salud*.
205. OMS (1986), Declaración de Ottawa: “Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud”. Ottawa, 1988
206. OMS (2002): “Salud y envejecimiento. Un marco político”, en *Revista de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología*. Monográfico.

-
207. OMS (2002): “Informe de la segunda Asamblea sobre el envejecimiento”. Madrid. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/onu-informe-01.pdf>.
208. OMS (2003): “56ª Asamblea Mundial de la Salud”, en *Ginebra: Organización Mundial de la Salud*.
209. OMS. (2004): “Convocatoria de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud”. En, el sitio web de la Organización Mundial de la Salud. 2004 [serie en Internet]. Disponible en: <http://www.who.int/social-determinants/knowledge-netwrks/en/>
210. OMS (2003): “Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas”. En, *Serie de Informes Técnicos*, nº 916. Informe de una consulta mixta OMS/FAO. Ginebra
211. OMS (2005): “La Sexta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud”, en *Ginebra: Organización Mundial de la Salud*.
212. ONU (1982): “Plan de acción para las personas de edad”. En, *Primera Asamblea sobre el envejecimiento, en Viena*. Disponible en: <http://www.un.org/es/development/devagenda/ageing.shtml>.
213. ONU (2004): “INFORME DEL SECRETARIO GENERAL: Seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento” A/59/164 (21 de julio de 2004). Disponible en: <http://www.un.org/spanish/envejecimiento/documents.htm>.

-
214. ONU (2008): “Informe sobre el envejecimiento”. Nueva Cork. (21-26 de julio).
215. ORLEY, J., KUYKEN, W. (1994): “Quality of life assesment: International perspectives”. Berlín: Springer- Verlag.
216. ORS MONTENEGRO, A. y LAGUNA PÉREZ, A (1997): “Reflexiones sobre el envejecimiento y la calidad de vida”, en *Cultura de los cuidados*. 2 pp. 60-63.
217. ORTIZ, RENATO (2000): “Otro Territorio”. En, *Convenio Andrés Bello*, 2ª edición. Bogota.
218. O’ SHEA E., (2003): “La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes”. Galway: Universidad Nacional de Irlanda.
219. OTERO A., ZUNZUNEGUI M.V., BÉLAND F., RODRÍGUEZ A., GARCÍA DE YÉBENES M.J., (2006): “Relaciones sociales y envejecimiento saludable”. En, *Documentos de Trabajo*. N° 9 Fundación La Caixa. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/otero-relaciones-01.pdf>.
220. PADILLA G.V. (2005): “Calidad de vida: panorámica de investigaciones clínicas”. *Revista Colombiana de Psicología*; N° 13. Pp:80-88.
221. PANE S., SOLANS M., GAITE L., SERRA-SUTTON V., ESTRADA M.D., RAJMIL L. (2006): “Instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud en la edad pediátrica. Revisión sistemática de la literatura:

- actualización”. *Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas*.
222. PALOMBA R., (2002): “Calidad de vida: conceptos y medidas”. En, *CEPAL*. Disponible en: http://www.eclac.org/celade/agenda/2/10592/envejecimientoRP1_ppt.pdf.
223. PARKER S.J., STRATH S.J., SWARTZ A.M., (2008): “Physical activity measurement in older adults: relationships with mental health”. PMID: 19033599 [PubMed - indexed for MEDLINE].
224. PASSANANTE, M. (2005): “El envejecimiento: un desafío para la sociedad de hoy”, en *Revista Cuestiones sociales y Económicas*. 6. Pp. 7-14.
225. PASTERNAK RC.(2001): “Report of the Adult Treatment Panel III: the 2001 National Cholesterol Education Program guidelines on the detection, evaluation and treatment of elevated cholesterol in adults”.En *Cardiología Clínica*. 2003 Aug;21(3). Pp: 393-398.
226. PATRICK, D., Erickson P. (1993): “Health Policy, Quality of Life: Health Care Evaluation and Resource Allocation”. En, *Oxford University Press*. New York.
227. PEDRERO G. ENCARNACIÓN (2001). “La calidad de Vida y las personas mayores”. En, *Monografía presentada a los seminarios de psicogerontología*. Disponible, en: www.psicomundo.com/tiempo/monografias/calidad.htm.

228. PENZ ELFRIEDE (2006): “Investigar el contexto socio-cultural: poner la teoría de las representaciones sociales en acción”. En, *Internacional Marketing Review*. Vol 26. nº 4. Pp: 418-437.
229. PÉREZ LÓPEZ, J.A. (1993): "Fundamentos de la dirección de empresas". En, Rialp. Madrid.
230. PEREZ SERRANO G. y cols (2004): “Calidad de vida en personas mayores”. En *Safekat S.L* Madrid.
231. PEREZ D, JULIO (2006): “Demografía y envejecimiento”. En *Informe Portal Mayores Imsero*. Madrid
232. PEREZ S. G. y cols (2006): “¿Cómo intervenir en personas mayores?”. En *Safekat S.L*. Madrid
233. PEREZ S. G. y cols (2006): “Intervención y desarrollo integral en personas mayores”. En *Safekat S.L*. Madrid
234. PERLADO FERNANDO (1995). “Teoría y práctica de la Geriatria”. En, *Publicado por Ediciones Díaz de Santos*. Madrid.

-
235. PIÑAS SAURA, M. C., (2004): “En El Espejo De La Llama. Una Aproximación Al Pensamiento De María Zambrano”. En, *Universidad de Murcia*. Murcia
236. PLÁ INTEGRAL DE LA GENENERALITAT (1997): “La vejez en la sociedad actual”. *Labor Hospitalaria*. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social. 245(3).186-189.
237. PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO VASCO. AÑOS 2002-2010. Disponible en: http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52publ01/es/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/publicaciones.html#plansalud.
238. POSAC MON, C., (1987): “Aproximación a la Historia de Ceuta”. En, *Instituto de Estudios Ceutíes*. Pp: 3-52.
239. PRIETO SANCHO D., ETXEBERRIA ARRITXABAL I., GALDONA ERQUIZIA N., URDANETA ARTOLA E., YANGUAS LEZAUN J.,(2009): “Las dimensiones subjetivas del envejecimiento”. Premio imsero Infanta Cristina 2008. En, *Colección Estudios Serie Personas Mayores*. Disponible en, <http://www.060.es>
240. PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUADA Acreditada para médicos de Atención Primaria desarrollado para la Revista EL MEDICO y EL MEDICO INTERACTIVO, diario electrónico de la sanidad (2004). “Prevención de la incapacidad en el anciano Actividades preventivas y de promoción de la salud”. Disponible en: http://www.elmedicointeractivo.com/formacion_acre2004/tema15/an3.htm.

241. PUJADAS, J. J., (1992): “El método biográfico: el uso de historias de vida en ciencias sociales”. Madrid, CIS.
242. QUINTERO G., (1996): “Calidad de vida y envejecimiento”. En: Prieto O. Vega. *Temas de Gerontología*. Ciudad de la Habana. Editorial Científico Técnica.
243. RAMOS R., SOLANAS P., (2007): “Del enfoque poblacional al individual en la prevención primaria de la enfermedad vascular: que el bosque nos deje ver los árboles”. En, *Revista Española de Salud pública*. Vol 81, nº 4. Pp: 339-343.
244. REIG, A. Y BORDES, P., (1995): “La calidad de vida en la asistencia sanitaria”. En, *Tratado de Epidemiología clínica*. Madrid, Edit. DuPont Pharma, pp. 327-343.
245. REIG, A (2000): “La calidad de vida en gerontología como constructo psicológico”. En, *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. Nº 35. Pp5-16.
246. REIJNEVELD SA, SPIJKER J, DIJKSHOORN H. (2007): “Katz' ADL index assessed functional performance of Turkish, Moroccan, and Dutch elderly”. PMID: 17346613 [PubMed - indexed for MEDLINE].

247. REYES ORTIZ C. A., (1998): “Importancia de la religión en los ancianos”. En, *Colombia médica*. Vol. 29, nº 4.
248. RICOCEUR, P., (1999): “La lectura del tiempo pasado: memoria y olvido”. Ediciones UAM, Madrid.
249. RIEGEL B, MOSER DK, RAYENS MK, CARLSON B, PRESSLER SJ, SHIVELY M, ALBERT NM, ARMOLA RR, EVANGELISTA L, WESTLAKE C, SETHARES K; HEART FAILURE TRIALISTS COLLABORATORS (2008): “Ethnic differences in quality of life in persons with heart failure”. PMID: 18226772 [PubMed - indexed for MEDLINE].
250. RIVAS A. M., (1991). “Antropología social de Cantabria”. En, *Universidad de Cantabria*.
251. RIVERA, D.(1992): “Perspectivas en gerontología y salud”. Valencia: Promolibro.
252. RODRIGUEZ FEIJOO N. (2007): “Factores que influyen sobre la calidad de vida de los ancianos que viven en geriátricos”. En, *Psicología y Psicopedagogía*. Publicación virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USAL Año VI N° 17.
253. RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, F.L.: (2002): “La sistematización de la observación: El diario de campo”. En, *Investigar en Educación Social*. Coordinadores, *lópez Noguero, fernando y Pozo Llorente T*. Junta de Andalucía Consejería de Relaciones Institucionales. Universidad de Sevilla.

254. ROJAS C G., FRITSCH M R., SOLÍS G J., GONZÁLEZ A M., GUAJARDO T V., ARAYA B. R., (2006): “Calidad de vida de mujeres deprimidas en el posparto”. Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. Jun [citado 2009 Nov 30] ; 134(6): 713-720. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-988720060006000006&lng=es. doi: 10.4067/S0034-988720060006000006.
255. ROS, M. Y GOUVEIA, V. (2001): “*Psicología social de los valores humanos*”. En, *Biblioteca Nueva*. Madrid.
256. ROSEN, G. (1985): “De la policía médica a la medicina social”. En, *Siglo XXI*. p. 53. Madrid.
257. ROWE J.W Y KAHN R.L. (1987): “Human Aging: Usual and Successful” en *Science*. 237. Pp. 143-149.
258. RUBIO HERRERA RAMONA (2004): “La soledad en las personas mayores españolas”. En, *Portal Mayores*. [Fecha de publicación: 30/06/2004]. Madrid. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-01.pdf> >
259. SABATINI, F. Y CÁCERES, G. (2001): “Segregación residencial en las principales ciudades chilenas: Tendencias de las tres últimas décadas y posibles cursos de acción”. En, *Revista Eure*, Vol. XXVII, Nº 82. Pp: 21-42.

-
260. SABURIDO X, SEXTO M. (1999): Depresión y su repercusión clínica en la vejez. *Geriatrka*; 15 (6): 41-44.
261. SALGADO A. GUILLÉN F. Manual de Geriatria. Barcelona: Masson-Salvat, 1994. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Geriatria.
262. SÁNCHEZ VERA P., (1996): “Tercera y cuarta edad en España desde la perspectiva de los hogares”. En, *Revista española de investigaciones sociológicas*, ISSN 0210-5233, Nº 73, (Ejemplar dedicado a: Sociología de la vejez). Pp: 57-80.
263. SCHWARTZMANN, LAURA. (2003): “Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales”, en *Ciencia. Enfermera*. Vol.9, no.2. Pp. 9-21.
264. SANMARTÍN, R. (1999): “Valores Culturales. El cambio social entre la tradición y la modernidad”. Granada, Ed. COMARES.
265. SERNA DE PEDRO, INMACULADA DE LA (2003): “La vejez desconocida: una mirada desde la biología a la cultura”. En, *Ediciones Díaz de Santos*. Madrid.
266. SERRANO RÍOS M., (2005): “El Síndrome metabólico: ¿Una versión moderna ligada al estrés?”. En, *Revista Española de Cardiología*. Vol.58, nº7. Pp: 768-771.

-
267. SINCLAIR AJ, CONROY SP, BAYER AJ. (2008): “Impact of diabetes on physical function in older people”. PMID: 18024850 [PubMed - indexed for MEDLINE].
268. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIPERTENSIÓN- Liga Española para la lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) (2005). Guía española de Hipertensión Arterial. En, *Revista Hipertensión*, nº 22, suplemento 2. Pp: 3-8
269. SOLSONA, M. y VICIANA, F. (2008): “Claves de la evolución demográfica en el cambio de milenio”, en *Gaceta Sanitaria*. Pp: 08-15.
270. SORIANO, R. (2004). “Los precedentes del interculturalismo: tolerancia y solidaridad”. En, *Interculturalismo. Entre el liberalismo y el comunitarismo*. Ed. Almuzara. Córdoba. Pp: 85-107.
271. SOUSA SANTOS, B.DE.(2003): “ Crítica de la razón indolente. Contra el desperdicio de la experiencia”. En, *Palimpsesto, Derechos Humanos y desarrollo*. Ed. Desclée
272. SOUZA MARTINS, J.L.(1996): “ O tempo da fronteira. Retorno à la controversia sobre otempo histórico da frente de expansao e da frente pioneira”. En, *Tempo Social*, nº 8. Pp.25-70.
273. SPILKER, B., REVICKI, D.A. (1996): “Taxonomy of quality of life”. B. Spilker (Ed.), *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials* (2a ed., pp. 25-31). Philadelphia: Lippincott-Raven.
-

-
274. STEWART, D. Y P. N SHANDASANI (1998): "Focus Group Research. Exploration and Discovery". En, L. Bickman y D. J. Rog (ed.), *Handbook of Applied Social Research Methodos*. Newbury Park.
275. TAJFEL, H. Y TURNER, J. C. (1986): "The social identity theory of intergroup behavior". En S. Wordrel y W. G. Austin (Eds.). *The Psychology of Interrouop Relations*. Chicago: Nelson-Hall.
276. TAJVAR M, ARAB M, MONTAZERI A., (2008): "Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran". PMID: 18808675 [PubMed - indexed for MEDLINE]
277. TANG WL, WANG YM, DU WM, CHENG NN, CHEN BY. (2006): "Assessment of quality of life and relevant factors in elderly diabetic patients in the Shanghai community". PMID: 16294368 [PubMed - indexed for MEDLINE]
278. TARRES CHAMORRO, S. (2001): "El cuidado del 'otro'. Diversidad cultural y enfermería transcultural", en *Gazeta de Antropología*. N° 17.
279. TAYLOR E.J.: (2001): "Spirituality, culture and cancer care". Semonars in oncology nursing. N° 17 (3). Pp: 197-205
280. TONON, G., (2005). "Apreciaciones teóricas del estudio de la calidad de vida en Argentina". El trabajo que desarrolla el Internacional Wellbeing". *Revista Hologramática*, Facultad de Ciencias Sociales, UNLZ, Año II, Número 2 V. 1.Pp: 27-49.

-
281. TORRES RM, VÁZQUEZ O. (2002): “Aspectos epidemiológicos de la depresión en el anciano”. En, Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, editor. Depresión en el anciano. Barcelona: Editorial Glosa. Pp: 23-26.
282. TUCAK-ZORIĆ S, CURCIĆ IB, MIHALJ H, DUMANCIĆ I, ZELIĆ Z, CETINA NM, y cols. (2008). “Prevalence of metabolic syndrome in the interior of Croatia: the Baranja region”. PMID: 18982734 [PubMed - indexed for MEDLINE].
283. TUESCA, r., (2005): “La calidad de vida, su importancia y cómo medirla”. En, *Salud Uninort*, Barranquilla (Colombia). Vol. 21. Pp76-86.
284. TURNER, R.J. Y LLOYD, D.A. (1999). “The stress process and the social distribution of depression”. *Journal of Health and Social Behavior*, 40, 374-404.
285. UITEWAAL ET AL. (2004): “Prevalence of type 2 diabetes mellitus, other cardiovascular risk factors, and cardiovascular disease in Turkish and Moroccan immigrants in North West Europe: a systematic review”. *Preventive Medicine*, Dec, 39(6), 1068-1076.
286. URRUTIA J. (2009): “La vejez enferma, un estereotipo que cae”. Disponible en: http://www.geriatrik.com/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=414.
287. VALDERAS JM, FERRER M, ALONSO J. (2005): “Lista de comprobación: instrumentos de medida de calidad de vida relacionada con la

-
- salud y de otros resultados percibidos por los pacientes”. *Med Clin (Barc)* ; 125(Supl.1):58-62.
288. VARELA F. (2000): *El fenómeno de la vida*. Santiago de Chile: Dolmen.
289. VARELA FEAL N, (2005). “Intervención de enfermería en el sistema familiar: valoración. Cultura de los Cuidados”. Año IX, nº 17, 1 semestre 2005. pp 74-81.
290. VASSALLO C., MATILDE S. (2001): “Salud y Tercera edad”. *Informe de Salud en Argentina*.
291. VAZQUEZ AGUADO O., FERNÁNDEZ MA., FERNÁNDEZ MI., VAZ P., LEÓN J.C.: (2001): “Políticas públicas, calidad de vida e Interculturalid”. Disponible en: <http://www.mtas.es/es/publica/revista/numeros/75/inf02.pdf>.
292. VELASCO, C , SINIBALDI, G., (2001): “Manejo del enfermo crónico y su familia”. En, *Manual Moderno*. México.
293. VELARDE JURADO E., AVILA FIGUEROA C., (2002). “Methods for quality of life assessment” En, *Salud Pública*. N° 44. Pp: 448-463.
294. VINYAMATA, E., (2005): “Conflictología”.En, Ed. Ariel. Barcelona.
295. WHOQOL GROUP (1994): “The development of the Whorld Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL)”. En,

-
- Orley J. Kuyken W, editores. Quality of life assessment: international perspectives. Heidelberg: Springer Verlag.*
296. WHOQOL-BREF (1996): “Introduction, administration, scoring and version of the asserment”. En, *World Health Organization*, Genova.
297. VILAR J.B., (2003): “La frontera de Ceuta con Marruecos: Orígenes y conformación actual”. En, *Cuadernos de Historia Contemporánea*. Nº 273. Pp: 273-287
298. WILKINSON Y MARMOT(2004): “Social Determinants of Health: The Solid Facts”. Disponible en: <http://www.euro.who.int/document/e81384.pdf>.
299. WOLCOTT, H.F. (1985): “Sobre la intención etnográfica”. En, *Velasco Maillo, H.M., GarcíaCastaño, F.G. y Díaz de Rada, A. Lecturas de Antropología paraeducadores*. Editorial Trotta. Pp: 127-144. Barcelona.
300. VALDERAS JM, KOTZEVA A, ESPALLARGUES M, GUYATT G, FERRANS CE, HALYARD MY, REVICKI DA, SYMONDS T, PARADA A, ALONSO J (2008): “The impact of measuring patient-reported outcomes in clinical practice: a systematic review of the literature”. En, *Qual Life Res*. Nº 17(2). Pp:179-193
301. VILAGUT G Y FERRER M. Y RAJMIL L. Y REBOLLO P. Y PERMANYER-MIRALDA G. Y QUINTAN JM. Y (2005): “El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos”, en *Gaceta Sanitaria*. Pp. 135-150.

-
302. VILAGUT G, VALDERAS JM, FERRER M, GARIN O, LÓPEZ-GARCÍA E, ALONSO J.(2008): “Interpretation of SF-36 and SF-12 questionnaires in Spain: physical and mental components”. PMID: 18570798 .PubMed - indexed for MEDLINE.
303. VILALTA-FRANCH J., LÓPEZ S., LLINÁS J., (1998): “Depresión en una muestra geriátrica comunitaria”. Estudio de Girona. *En Revista Electrónica de Psiquiatría*; Vol 2. Pp: 1-11. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol2num3/art_5.htm.
304. VILALTA-FRANCH J, LLINAS-REGLA J, LÓPEZ-POUSA S., (1999): “Depresión y demencia: un estudio caso-control”. En, *Revista Neurología* nº 29. Pp: 599-603.
305. VILALTA-FRANCH J., (2002): “Epidemiología de la depresión en el anciano”.En, *Revista Informaciones psiquiátricas*. Nº 167. Pp: 19-40.
306. VINACCIA, S., TOBÓN, S., MORENO, E., CADENA, J. Y ANAYA, J. M. (2005): “Evaluación de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide”. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5, 45- 60.
307. VERBRUGGE LM, JETTE AM.(1994). “The disablement process”. *Soc Sci Med*; 38 (1): 1-14.

308. WHELTON SP, CHIN A, XIN X, et al. (2002): “ Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta-analysis of randomized, controlled trials”. En *Aust J Physiother*;48(3):238.
309. WILSON IB, CLEARY PD. (1995): “Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes”. *JAMA* 273(1):59-65.
310. WOO J, HO SC, YU LM, LAU J., (2000): “An Estimate of Long-Term Care Needs and Identification of Risk Factors for Institutionalization among Hong Kong Chinese Aged 70 Years and Over”. En *J Gerontol* ;55A(2). Pp: 64-69.
311. YANGUAS LEZUAN J.J. (2004): *Análisis de la Calidad de Vida relacionada con la Salud desde una perspectiva multidimensional*. Madrid: Ministerio de Asuntos sociales, IMSERSO. <http://www.seg-social.es/imserso>.
312. ZÚÑIGA MA. Y CARRILLO-JIMÉNEZ G.T. Y FOS P.J. Y GANDEK B. Y MEDINA-MORENO M.C. (1999): “Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México”, en *Salud Pública*. 412. Pp.110-118.

Relación de Tablas.

- 1 Datos del INE año 2006
- 2 Auto percepción Estado Salud. Ministerio de Sanidad. Año 2004
- 3 Componentes de Vida según Falangan (1978).
- 4 Datos obtenidos INE 2004. Elaboración propia.
- 5 Diferentes Escalas geriátricas para la medición de la Calidad de vida y Salud.
- 6 Distribución de la población de Ceuta por distritos
- 7 Distribución por edad de la población.
- 8 Personas mayores de 65 años en la ciudad de Ceuta. Año 2006.
- 9 Cantidad de personas representativas por distrito y división por sexos.
- 10 Dimensiones SF-36 y los ítems que las componen.
- 11 Dimensiones encuesta propia de Ceuta y los ítems que la componen.
- 12 Relación entre el Estado Civil y las variables antropométricas y clínicas.
- 13 Relación entre el sexo y la opción cultural- religioso y las variables antropométricas y clínicas.
- 14 Análisis de diferencias según grupo cultural-religioso y variables antropométricas y clínicas.
- 15 Composición corporal respecto al sexo.
- 16 Composición corporal respecto a la opción religioso cultural.
- 17 Grado de Hipertensión respecto al sexo.
- 18 Grado de Hipertensión respecto a la opción religioso cultural.
- 19 Relación de diabéticos respecto al Sexo.

- 20 Relación de diabéticos respecto a la opción religioso cultural.
- 21 Clasificación por sexo y grupos de colesterol.
- 22 Clasificación por opción cultural-religiosa y grupos de colesterol.
- 23 Hábito tabáquico distribuido por sexo.
- 24 Hábito tabáquico distribuido por opción religioso cultural.
- 25 Consumo de alcohol distribuido por sexo.
- 26 Consumo de alcohol distribuido por opción religioso cultural.
- 27 Grado de Actividad en relación al sexo.
- 28 Grado de Actividad en relación a opción religioso cultural.
- 29 Fiabilidad Cuestionario SF-36.
- 30 Varianza Total explicada con 8 componentes, cuestionario SF-36.
- 31 Matriz de componentes rotados (Varimax) con 8 factores, cuestionario SF-36
- 32 Variabilidad explicada por el modelo con 2 componentes: Mental y Físico. Cuestionario SF- 36.
- 33 Matriz de componentes rotados, componentes Mental y Físico, cuestionario SF-36.
- 34 Fiabilidad Cuestionario Propio de Ceuta.
- 35 Varianza Total explicada con 3 componentes, cuestionario propio de Ceuta.
- 36 Matriz de componentes rotados (Varimax) con 3 factores, cuestionario propio de Ceuta.
- 37 Correlación entre las diferentes dimensiones de la encuesta SF-36 y la específica de Ceuta.
- 38 Descripción de la muestra de población general clasificada por SEXO y GRUPO CULTURAL-RELIGIOSO respecto a Calidad de Vida relacionada con la Salud y propia de CEUTA.

- 39 Puntuaciones tipificadas según los promedios españoles para grupo de edad \geq 60 años, cuestionario SF-36.
- 40 Puntuaciones según distritos (1, 2, 3) y opción religioso- cultural, en relación a la encuesta SF-36.
- 41 Puntuaciones según distritos (4, 5, 6) y opción religioso- cultural, en relación a la encuesta SF-36.
- 42 Puntuaciones según distritos (Todos) y opción religioso- cultural, en relación a la encuesta SF-36.
- 43 Comparación por edad de los componentes de la Muestra general y el Aula de mayores de la UGR en Ceuta.
- 44 Puntuaciones por sexo en relación al cuestionario SF-36 en el Aula de Mayores.
- 45 Puntuaciones por sexo en relación al cuestionario SF-36 en el Aula de Mayores en comparación con la Muestra General.
- 46 Datos comparativos del cuestionario SF-36 entre el Aula y la Muestra General, según valores estandarizados.

Relación de Figuras

1. Factores determinantes de la Calidad de vida (Palomba, 2002).
2. Evolución de la esperanza de vida al nacer y a los 65 años por sexos (España, 1911-2000).
3. Multidimensionalidad de la Calidad de Vida.
4. Factores objetivos y subjetivos de la Calidad de Vida.
5. Diagrama de Word (1999).
6. Factores que afectan a la Calidad de Vida. Schwartzmann 2003.

7. Modelo de Factores que intervienen en la Calidad de vida determinados por Kuoak Fai, recogidos por Schwartzmann.
8. Diagrama de Envejecimiento Satisfactorio de Baltes y Baltes 1990.
9. Mapa de Ceuta con división manual de los 6 distritos burocráticos de la ciudad.
10. Composición por Género de la Muestra General.
11. Grupos Etarios de la Muestra General.
12. Distribución Grupo General por opción Cultural-Religiosa.
13. Porcentajes de personas pertenecientes a las tres opciones CULTURAL-RELIGIOSO y distrito de Residencia.
14. Porcentajes del Estado Civil de la Muestra General.
15. Diferencias estandarizadas con respecto al estándar español, respecto al cuestionario SF-36.
16. Puntuaciones Sf-36 en función del Sexo.
17. Puntuaciones Sf-36 en función del Grupo Cultural religioso.
18. Dimensiones del cuestionario sf-36, en relación al distrito 1 de residencia y a la opción cultural-religiosa.
19. Dimensiones del cuestionario sf-36, en relación al distrito 2 de residencia y a la opción cultural-religiosa.
20. Dimensiones del cuestionario sf-36, en relación al distrito 3 de residencia y a la opción cultural-religiosa.
21. Dimensiones del cuestionario sf-36, en relación al distrito 4 de residencia y a la opción cultural-religiosa.
22. Dimensiones del cuestionario sf-36, en relación al distrito 5 de residencia y a la opción cultural-religiosa.
23. Dimensiones del cuestionario sf-36, en relación al distrito 6 de residencia y a la opción cultural-religiosa.

24. Representación Simbólica de la Realidad Ceutí para personas en edades comprendidas entre 65 y 80 años de edad.
25. Dimensiones del cuestionario específico de Ceuta en la Muestra General en relación a la opción cultural-religiosa y al distrito de residencia.
26. Dimensiones del cuestionario específico de Ceuta en la Muestra General en relación a la opción cultural-religiosa y al distrito de residencia (1).
27. Dimensiones del cuestionario específico de Ceuta en la Muestra General en relación a la opción cultural-religiosa y al distrito de residencia (2).
28. Dimensiones del cuestionario específico de Ceuta en la Muestra General en relación a la opción cultural-religiosa y al distrito de residencia (3).
29. Dimensiones del cuestionario específico de Ceuta en la Muestra General en relación a la opción cultural-religiosa y al distrito de residencia (4).
30. Dimensiones del cuestionario específico de Ceuta en la Muestra General en relación a la opción cultural-religiosa y al distrito de residencia (5).
31. Dimensiones del cuestionario específico de Ceuta en la Muestra General en relación a la opción cultural-religiosa y al distrito de residencia (6).

Relación de Gráficos

1. Valores globales de SF-36 comparativos por sexos, en relación al sexo.
2. Valores globales de SF-36 comparativos por RELIGIÓN-CULTURA, en relación con los datos nacionales.
3. Comparación de valores Sf- 36 con otros países.
4. Valores SF-36 en la Muestra General.
5. Valores SF-36 en la Muestra General en relación al grupo Cultural religioso.
6. Diferencias estandarizadas en la Muestra General en relación al grupo Cultural- Religioso.

7. Valores SF-36 en la Muestra General y en el Aula de Mayores de la UGR en Ceuta.

Anexo 1: Encuesta Sf-36.

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

VERSIÓN ESPAÑOLA 1.4 (junio de 1999)

INSTRUCCIONES:

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1 Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 Algo mejor ahora que hace un año
- 3 Más o menos igual que hace un año
- 4 Algo peor ahora que hace un año
- 5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O

COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos intensos**, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para **coger o llevar la bolsa de la compra**?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para **subir varios pisos** por la escalera?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para **subir un solo piso** por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para **agacharse o arrodillarse**?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar **un kilómetro o más**?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar **varias manzanas** (varios centenares de metros)?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar **una sola manzana** (unos 100 metros)?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para **bañarse o vestirse por sí mismo**?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS
EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo **dificultad** para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1 Sí

2 No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí

2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí

2 No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas

tan **cuidadosamente** como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí

2 No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 Nada

2 Un poco

3 Regular

4 Bastante

5 Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- 1 No, ninguno
- 2 Sí, muy poco
- 3 Sí, un poco
- 4 Sí, moderado
- 5 Sí, mucho
- 6 Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿ cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿ cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Sólo alguna vez
- 5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA **CADA UNA** DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

1 Totalmente cierta

2 Bastante cierta

3 No lo sé

4 Bastante falsa

5 Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

1 Totalmente cierta

2 Bastante cierta

3 No lo sé

4 Bastante falsa

5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

1 Totalmente cierta

2 Bastante cierta

3 No lo sé

4 Bastante falsa

5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

1 Totalmente cierta

2 Bastante cierta

3 No lo sé

4 Bastante falsa

5 Totalmente falsa

Anexo N° 2.- Encuesta propia de Ceuta

Marque sólo una respuesta de cada pregunta, si tiene dudas al leerlo, o tiene dificultad con el idioma, pregunte a la persona que se lo entrega y solucionar el problema. Si no sabe que contestar, conteste lo más cercano a la opinión que usted posea.

1. En el caso de que hubiera un cierre político de la frontera con Marruecos. ¿Tendría miedo de que existiera escasez de alimentos?:

- a. Nada.
- b. Muy poco.
- c. Poco.
- d. Regular.
- e. Bastante.

2. ¿Tiene sensación de aislamiento, por el hecho de vivir en Ceuta?:

- a. Bastante.
- b. Regular.
- c. Poco.
- d. Muy poco.
- e. Nada.

3. ¿Le molesta que la actividad económica de Ceuta, en gran medida, dependa de la frontera con Marruecos?:

- a. Bastante.
- b. Regular.
- c. Poco.
- d. Muy poco.
- e. Nada.

4. ¿Su vida está condicionada por habitar en un sitio queé, como Ceuta, depende de las comunicaciones con el territorio peninsular?:

- a. Nunca
- b. Muy poco.
- c. Poco.
- d. Casi siempre.
- e. Siempre.

5. Hay personas que cuando llegan a vivir a Ceuta, la definen como una isla, sintiendo que disminuye su calidad de vida: ¿Siente usted lo mismo?:

- a. Siempre.
- b. Habitualmente.
- c. En raras ocasiones.
- d. Sólo si llevo el coche.
- e. Nunca.

6. ¿Cuándo la situación en Ceuta ha pasado por crisis con Marruecos, ha sentido miedo?

- a. Nada
- b. Muy poco
- c. Poco.
- d. Casi siempre.
- e. Siempre

7. La inmigración en Ceuta es un hecho que le provoca molestias en su vida habitual:

- a. Nada.
- b. Muy poco
- c. Poco.
- d. Regular.
- e. Bastante.

8. Es frecuente escuchar: “La vejez es la antesala de la muerte, el viejo no sirve para nada”. Se siente Ud. discriminado por esta opinión.

- a. Bastante.
- b. Regular
- c. Poco.
- d. Muy poco.
- e. Nada.

9. ¿Percibe usted Ceuta como una isla en la que cada vez es más incómodo vivir porque la convivencia entre las culturas se ha deteriorado?:

- a. Bastante.
- b. Regular.
- c. Poco.
- d. Muy poco.
- e. Nada.

10. El hecho de vivir en Ceuta, con habitantes de distintas culturas, diría usted que le proporciona una mayor calidad de vida:

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Habitualmente.
- d. Casi nunca.
- e. Nunca.

11. ¿Se sentiría más cómodo sí en Ceuta vivieran personas sólo de su cultura?:

- a. Bastante.
- b. Regular.
- c. Poco.
- d. Muy poco.
- e. Nada.

12. ¿Se relaciona con personas de otras religiones?:

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Habitualmente.
- d. Casi nunca.
- e. Nunca.

13. ¿Qué le parecen las relaciones entre personas de diferentes culturas o religiones, en la ciudad de Ceuta?:

- a. Muy buena.
- b. Buena.
- c. Regular.
- d. Malas
- e. Muy malas.

14. ¿Se siente cómodo cuándo está en lugares públicos con personas que no son de su cultura o religión? :

- a. Bastante.
- b. Regular.
- c. Poco.
- d. Muy poco.
- e. Nada.

Anexo 3: Hojas de datos clínicos, antropométricos y sociales.

Sexo	
Edad	
TAS	
TAD	
Peso	
Talla	
IMC	
Glu	
Col	
Trig	
HDL	
LDL	
Apo- B	
Ac. Úrico	
Perímetro cintura	
Perímetro cadera	

En las siguientes cuestiones **rodee** lo adecuado con un círculo o **escriba** lo que se le pide:

Barrio donde reside (escriba el nombre):

Religión: 1. Cristiano 2: Musulmán 3: Judío.

Tabaco: 0. No fumador 1. Fumador (aunque lo hay dejado hace menos de 1 año)

Alcohol: 0: No bebe alcohol 1: Bebe (más de tres copas de vino)

Sedentarismo: 0: sedentario 1: Moderado 2: Activo

Estado civil: 1. casado 2: Viudo 3: Soltero
4: Separado