

**CONCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES.
CULTURAS CRISTIANA Y MUSULMANA EN CEUTA.
CONCEPTION OF QUALITY OF LIFE IN OLDER ADULTS.
CHRISTIAN AND MUSLIM CULTURES IN CEUTA**

Raquel Élez-Villarroel Benítez, Universidad Pablo de Olavide. rbнитеz@gmail.com

Francisco Mateos Claros, Universidad de Granada. fmateos@ugr.es

Luis Amador Muñoz, Universidad Pablo de Olavide.

Macarena Esteban Ibáñez, Universidad Pablo de Olavide.

<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v7.826>

Fecha de Recepción: 23 Febrero 2014

Fecha de Admisión: 30 Marzo 2014

RESUMEN Y ABSTRACT

La calidad de vida en los adultos mayores es una línea de investigación actual, dada la tendencia al envejecimiento de la población de los países europeos y de aquellos de la cuenca del Mediterráneo (Líbano, Siria, Turquía, Túnez). Dicha calidad de vida puede estar relacionada con la atención y el cuidado que proporcionamos a nuestros mayores. Nuestro estudio se ha centrado en la población de la Ciudad Autónoma de Ceuta siguiendo esta premisa. Los entrevistados han respondido a diferentes aspectos de la calidad de vida, como la discriminación hacia los mayores, la sexualidad, la economía, las relaciones sociales, el ocio, el deporte, la vivienda o la salud. La muestra se ha compuesto por las dos culturas más representativas de la Ciudad, cristianos y musulmanes. Estos últimos han mostrado una visión de los adultos mayores muy enriquecedora a nuestro trabajo, proporcionando opiniones de mayor diversidad, tales como el respeto que infunden los mayores en esta cultura, la visión que ofrecen los medios de comunicación en los canales árabes de los adultos mayores, el sufrimiento que han vivido estas personas a lo largo de su vida, la percepción de que sus mayores necesitan la protección y el sustento de la familia o la creencia de que el mayor no requiere de las relaciones sociales ni del disfrute de actividades de ocio por su dedicación a la vida religiosa. Otra aportación de esta cultura es el rechazo de pleno a las instituciones destinadas a los mayores y el miedo a quedarse sin familia en la vejez.

The quality of life in older adults is a current line of research due to the population tendency to ageing in the European countries as well as the West Bank countries (Lebanon, Syria, Turkey, Tunisia). This quality of life may be related to the level of attention and cares we provide to elderly. Our study is focused on the population of the Autonomous City of Ceuta, following this premise. The interviewees answered to different aspects of the quality of life, such as discrimination against older adults, social relationships, leisure activities, sports, housing or health care. The sample was com-

CONCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES. CULTURAS CRISTIANA Y MUSULMANA EN CEUTA

pounded by the most representative cultures in the City, Christians and Muslims. The last ones have proven a very enriched perspective to our study, giving more diverse opinions, such as the respect they feel for their older adults, the vision given by the Arab countries media about the older people, the suffering the elder have been through all along their lives, the perception of needing protection and support by the elders or the beliefs related to the lack of relationships with non-relatives and the lack of leisure activities, as the older adults have their family and they must dedicate to religion. Another contribution of this culture is the rejection to retirement homes, and the fear of ending their lives alone in a nursing home.

Palabras clave: calidad de vida, adultos mayores, vejez, culturas, musulmanes

Key words: quality of life, older adults, old age, cultures, Muslims.

ANTECEDENTES

La inversión de la tendencia demográfica en nuestra sociedad actual ha traído como consecuencia un aumento de la población de los adultos mayores. En relación con este fenómeno se ha generado una concepción distinta con respecto al cuidado y atención a nuestros adultos mayores. La calidad de vida (Levy y Anderson, 1980) es una medida que incluye al ser como un todo, desde su dimensión física, mental y social, a través de lo que percibe el propio individuo, incluyendo la salud, el matrimonio, la familia, el trabajo, la vivienda, el sentimiento de pertenencia y la confianza en otros. La OMS (1994) también incluye al individuo como partícipe de su propia forma de percibir la calidad de vida que posee a través de su posición en la vida, teniendo en cuenta el contexto del sistema cultural y de valores en el que vive y en relación con sus objetivos, normas, esperanzas, preocupaciones o expectativas.

Desde el momento en que el Estado se hace responsable de satisfacer las necesidades de los individuos a través de la inclusión de políticas sociales en el marco del bienestar social, se hace imperiosa la atención a los adultos mayores, además de a otras poblaciones en riesgo de exclusión social, en aras de mantener una calidad de vida óptima que incluya las dimensiones ya mencionadas, la física, la psíquica y la social, fundamentalmente.

Esta preocupación por los adultos mayores tendrá un reflejo en las políticas sociales dependiendo de muchos factores y, también, de la percepción que se conciba de los propios mayores. En el estudio realizado por el IMSERSO y la UAM (1992), más del 60% de la población española consideraba que las personas mayores son, de un modo u otro, dependientes de otras y que necesitan, en mayor o menor medida, la ayuda de los jóvenes. Sin embargo, en la actualidad el panorama de nuestro país prueba lo contrario, pues son los adultos mayores quienes con su pensión y sus escasos recursos mantienen económicamente a los jóvenes, que aún no se han independizado dadas las dificultades para encontrar trabajo y a aquellos que se han independizado y posteriormente han perdido su empleo, incluyendo a su cónyuge y a los nietos. Asimismo, aportan una red de apoyo sólida para los hijos que se encuentran trabajando al responsabilizarse del cuidado de los nietos.

A veces es el propio colectivo de adultos mayores el que se percibe negativamente, llegando a rechazar su pertenencia a ese colectivo y alimentando estereotipos negativos (Mateos, Amador y Malagón, 2006). No ocurre lo mismo cuando se valoran a sí mismos, puesto que se conceden una imagen más favorable (Fernández-Ballesteros, Huici, Bustillos, et al., 2007). Así, se produce un proceso que se bifurca en la desvalorización del propio grupo y la sobrevaloración del resto.

La consecuencia de esta ambivalencia en la imagen de este colectivo se traduce en una visión que, si bien es positiva, incluye cierta dosis innecesaria de piedad (Fernández-Ballesteros, 2011), por lo que se acaban fomentando programas de atención y protección que, lejos de paliar la discriminación, alimentan la exclusión social de las personas mayores al relegar su papel de participación ciudadana a ciertos espacios (centros de mayores, residencias para mayores situados en la periferia, etc.).

No podemos dar la espalda a la realidad que ya se abordó en 1982, cuando se predijo que el 75% de la población de mayores de 65 se concentraría en los países desarrollados. Sin embargo, es un hecho no menos certero que en diversos países árabes, como, por ejemplo, el Líbano, hay una tendencia a envejecer, considerándose que en 2025 esta población constituirá el 10,2% de los libaneses (Sibai, Sen, Baydoun y Saxena, 2004). Desafortunadamente, el rápido envejecimiento de diversos países del este del Mediterráneo implica una infraestructura en salud pública, el ámbito social y el económico que estos estados no pueden afrontar, puesto que, en el caso del sistema sanitario, el público es demasiado vulnerable por su contraposición con las compañías privadas que dominan el sector (Sibai, Sen, Baydoun, y Saxena, 2004). Con respecto a la economía, los mayores se encuentran precisamente marginados al carecer, por ejemplo, en el Líbano, de un sistema de pensiones universal que proporcione cobertura a aquellos adultos mayores que no han trabajado en el sector público.

En occidente el concepto de envejecimiento óptimo surgido en el seno de la OMS (2002) al considerar que la persona no debe conformarse con llegar a cierta edad, sino que debe tener asociada cierta calidad de vida que incluya buena salud, óptimo rendimiento cognitivo, emocional y motivacional y un alto nivel de participación social (Fernández-Ballesteros, 2009), choca en cierto modo con la situación de los adultos mayores, en países del Mediterráneo oriental que han experimentado una urbanización rápida y sin planificar, un crecimiento económico y avances tecnológicos que han cambiado la forma de vida de sus habitantes, como el consumo de tabaco, nutrición poco saludable y reducción en la actividad física (OMS, 2010) y en los que las enfermedades infecciosas han dado paso a las enfermedades crónicas no contagiosas y sus factores de riesgo, como la hipertensión, diabetes y la obesidad (OMS, 2010), en ellos se acentúa la situación de los adultos mayores, pero en dirección contraria al concepto de calidad de vida. En Líbano, por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares son la causa de mortalidad del 60% de los adultos mayores de 50 años (Sibai et al., 2001). En Siria y Jordania, alcanzan el 45% y el 35% respectivamente (Maziak, et al., 2007; Zindah et al., 2008). Los datos respectivos a Siria fueron tomados antes del inicio del conflicto armado. En Egipto, el aumento ha sido considerable, pues del 4% que suponían en 1961, se ha pasado al 43% (CAPMAS, 2004). En Omán y la Ribera Occidental (Cisjordania), estas enfermedades son la causa más alta de mortalidad entre mujeres y hombres (Ganguly et al., 2009; Abu-Rmelih et al., 2008). Con el envejecimiento de la población en los países árabes a lo largo de las próximas décadas, mantener la salud y la independencia de los mayores se plantea como un reto.

Junto a estas situaciones se suma el crecimiento esperado en todo el mundo de personas mayores que en 2050 serán el 60% de la población mundial (FNUAP, 1998), unos 2 billones de personas. Y que solo una de cada cinco tendrá pensión.

Volviendo con los países árabes, la cobertura, los beneficios y los recursos proporcionados a los mayores varían considerablemente entre y dentro de los países árabes. Mientras que en los países ricos en petróleo, se proporcionan servicios gratuitos, cuanto más pobre es el país, más servicios de pago para aquellos que no tienen dinero (Yount y Sibai, 2009). En cualquier caso, los funcionarios disfrutan de mejores coberturas y beneficios que aquellos que trabajan en el sector privado y, con muchas frecuencia, aquellos que han trabajado en el sector informal, no tienen derecho a percibir pensión. Esto también quiere decir que a las mujeres árabes, generalmente dedicadas al cuidado del hogar y de los hijos y nietos, se les deniega acceso a los beneficios sanitarios (OMS, 2010).

La situación de los adultos mayores, la manera en que se les percibe es relevante, por cuanto que tiene repercusiones en la atención que se les presta. En este trabajo, parte de una investigación más extensa, nos planteamos el problema de la calidad de vida de los mayores en la perspectiva de la concepción que de ella tienen las dos culturas mayoritarias de la Comunidad Autónoma de Ceuta, y la confección de un instrumento capaz de recoger estas percepciones para posteriormente poder analizarlas en profundidad.

CONCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES. CULTURAS CRISTIANA Y MUSULMANA EN CEUTA

OBJETIVOS

Analizar, en la muestra piloto, la concepción que sobre las diversas facetas de la calidad de vida de los adultos mayores tienen las dos culturas mayoritarias de la Ciudad Autónoma de Ceuta.

Determinar cuáles son las categorías que sobre el concepto de calidad de vida serán incluidos en el cuestionario para estudiarla.

PARTICIPANTES

41 Ciudadanos de la Ciudad Autónoma de Ceuta, 50% de cultura de origen musulmana y 50% de origen cristiano y en la misma proporción el género de los entrevistados.

MÉTODO

En este estudio, el punto de partida ha sido analizar las fuentes sobre los estudios de calidad de vida para determinar cuáles son las categorías sobre las que basar el trabajo. Una vez establecidas estas categorías, se procedió, para poder abordar los matices singulares de la población de origen musulmán sobre estas categorías, especialmente a las que aluden a definiciones sobre las concepciones de la vejez, sobre la discriminación a las personas mayores, sobre la sexualidad en las personas mayores, sobre la felicidad y satisfacción, el estado de salud, el uso de las instalaciones sanitarias, vivienda digna, calidad de vida, relaciones sociales, cuidado de las personas mayores, ocio, economía de las personas mayores, la práctica de actividades físicas y deportivas, las ayudas técnicas, la percepción del futuro.

Para poder sacar una información real sobre estas concepciones procedimos a elaborar unas entrevistas en las que se les preguntó a un porcentaje igual de personas de cultura de origen musulmán y de cultura de origen cristiano (en total, 41), que son las mayoritariamente representativas de la Ciudad Autónoma de Ceuta, con la misma proporción se tuvo en cuenta la variable de género, 50% hombres y 50% mujeres.

Estas entrevistas fueron grabadas para posteriormente realizar un análisis de contenido con respecto a la variada concepción que se pudiera ofrecer sobre cada uno de los aspectos entrevistados con el objeto de incluir todos estos matices en el cuestionario que se construyó para el estudio posterior.

Una vez realizadas todas las entrevistas, aplicamos la técnica del análisis de contenido, que como sabemos es una técnica que explicita y sistematiza el contenido de los mensajes y su expresión pudiéndose cuantificar y, posteriormente efectuar deducciones lógicas (Bardin, 1986; Gómez, 2000), y se categorizaron las respuestas, codificándose posteriormente para aplicar los análisis estadísticos pertinentes que, en nuestro caso, haciendo uso del paquete SPSS Statistics Base versión 22, han sido las tablas cruzadas considerando como variables independientes el origen cultural, musulmán y cristiano, y el género, hombre y mujer.

RESULTADOS

LA CONCEPCIÓN DE LA VEJEZ

Nos interesan principalmente aquellos aspectos en los que las dos culturas tienen distinciones, en este sentido, destaca: deterioro físico, así la conciben mujeres musulmanas y cristianas (62,5%, 60% respectivamente). O ser mayor de 65 años, que es la opinión mayoritaria en los hombres cristianos, para los musulmanes no hay límite de edad. Concebida como envejecimiento y camino hacia la vejez, relacionada con la jubilación y el descanso (origen cultural cristiano, 100%, musulmanes, 66,7%). Resulta curiosa la posición de las mujeres de origen cultural cristiano relacionada con deterioro físico, que no es extraño porque en la cultura occidental hay un cierto culto a la juventud y el envejecimiento es algo no deseado (Amador, Malagón, y Mateos, 2001). En el caso de las mujeres

de origen cultural musulmán, se pronuncian el 66,7%. Como anciano, para los hombres y mujeres de la cultura cristiana (100% y 66,7% respectivamente), es una persona experimentada y venerable, mientras que en el mundo de cultura musulmana está más ligada a una imagen biológica y al paso del tiempo, para ellos el anciano es una persona mayor de edad avanzada (100%) (Cuddy, Norton y Fiske, 2005). El viejo, como concepto, es unánimemente rechazado entre las mujeres de ambas culturas y en el 85,7% de los hombres musulmanes, para los hombres cristianos, en el 100% un viejo es una persona mayor (Fernández-Ballesteros, 2011). Otra concepción es la de jubilado. Hay coincidencia en el 75% de los entrevistados, es decir, una persona que trabajó toda su vida, aunque hay que añadir que las mujeres cristianas reconocen que es una persona que sigue teniendo tareas que realizar y, finalmente, el adulto mayor es la persona comprendida entre 18 y 60 años para el 83,3% de los hombres musulmanes y el 71,4% de las musulmanas. En el mundo de origen cultural cristiano, el adulto mayor es maduro, experto y responsable (100%).

LA DISCRIMINACIÓN EN LAS PERSONAS MAYORES

Si los mayores están o no discriminados, para todos los hombres y para el 66,7% de las mujeres musulmanas no existe discriminación, sin embargo, las mujeres cristianas (100%) sí creen que se les discrimina porque no se les respeta. Hay coincidencia en pensar que la capacidad de los mayores se ha ido deteriorando con la edad y que son una carga, lo que nos lleva a coincidir con que socialmente se desarrolla una actitud paternalista (Amador, Malagón, y Mateos, 2001), los musulmanes puntualizan que en el Islam se valora más a los mayores. Los medios de comunicación son fuente de discriminación para el 85,7% de los entrevistados (IMSERSO, 2002), incluso los hombres cristianos hablan de manipulación política ejercida a través de los medios hacia los mayores. El 75% de las mujeres musulmanas afirman que se percibe mejor la imagen del mayor en los canales árabes.

LA SEXUALIDAD

La consideramos un factor de calidad de vida (Verdejo, 2009). En general, el 52,4% opina que esta faceta de la vida está presente en los mayores con una buena opinión de ella.

FELICIDAD

Está relacionada con la calidad de vida (Mroczek, y Kolarz, 1998). El 68,8% concibe a los mayores como felices, pero, en la cultura musulmana, el 75% no opina así porque añaden que estas personas han sufrido en la vida y junto con los inconvenientes que suponen el ser considerados una carga (75%) o no conformarse con lo que tienen (83,3%), para las familias cristianas está la concepción de felicidad, en la cultura musulmana dependiendo de las metas que los mayores han cumplido en la vida.

SALUD

En estos momentos de recortes críticos desde el área económico, hay una cierta opinión, 48,3% de los entrevistados, sobre un uso excesivo del ámbito de la sanidad por parte de los adultos mayores (Camps, 2011), y aunque es verdad que los mayores requieren mayores atenciones que los jóvenes por sus propias patologías (100% de los hombres musulmanes), es interesante cómo se asocia un cierto trato distinto a los mayores (100% de la cultura musulmana) no muy considerado (Camps, 2011). Asimismo, el 87,5% de los entrevistados de cultura musulmana considera que el mayor tiene un estado físico malo (Sibai et al, 2001; Sibai, Sen, Baydoun, y Saxena, 2004; Maziak et al., 2007; Zindah et al., 2008).

VIVIENDA

Hemos incluido la categoría de vivienda digna (Mateos, Amador y Malagón, 2006), preguntando qué aspectos son los que la pueden definir, los entrevistados señalaron que debe tener todo lo necesario para vivir en ella, electricidad, agua, baño completo (no tan relevante para los musulmanes, 30%), y, sobre todo, salubridad y habitabilidad mínima (hombres cristianos, 100%, mujeres musulmanas, 71,4%), cocina, televisión, y hay aspectos que resultan curiosos: ser cómoda y favo-

CONCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES. CULTURAS CRISTIANA Y MUSULMANA EN CEUTA

recer las relaciones sociales (33% hombres cristianos), salón y dormitorio para todas las personas que viven en ella (22% hombres musulmanes). Además, el 80% de los musulmanes piensa que los mayores no tienen una vivienda digna y expresan que, o bien es debido a la escasa pensión, o porque los hijos se la arrebatan para ocuparla (75%). En el mundo de cultura cristiana, la opinión es que los mayores tienen una vivienda digna gracias a la pensión y a los ahorros (85,7%).

CALIDAD DE VIDA

En calidad de vida se emplearon los siguientes aspectos (Mateos, Amador y Malagón, 2006): tener trabajo (83,3% de la cultura musulmana), tener una vivienda, tener atenciones sanitarias (66,7% de la cultura musulmana), tener ocio y vacaciones (66,7% de la cultura cristiana), tener acceso a la educación (100% de la cultura musulmana), tener tranquilidad y vivir sin sufrimiento (85,7% de la cultura cristiana), tener tiempo tanto para el trabajo como para el ocio (100% de la cultura cristiana), tener las necesidades básicas cubiertas (63,6% de la cultura musulmana), estar alimentado, tener televisión e internet, tener un sueldo, tener familia y relaciones sociales y tener descanso e higiene.

RELACIONES SOCIALES

En la cultura islámica, el adulto mayor tiene un vínculo muy estrecho con la familia (100%), incluso se le considera un pilar básico de ésta (69,2%) (CIS, 2008). Así que la familia debe proporcionar apoyo, protección y afecto (66,7%). En la cultura cristiana (75%) lo que se destaca es el valor de la amistad como fuente de intercambio de experiencias. Cuando se considera la juventud, la cultura cristiana se decanta por una reciprocidad (Donati, 2006), los mayores aportan respeto y educación (66,7%) y los jóvenes ganas de vivir (100%). El 75% de la cultura musulmana se manifiesta con respecto a que los jóvenes no desean intercambiar experiencias con los mayores.

CUIDADO DE LAS PERSONAS MAYORES

Es una preocupación de nuestra sociedad, la incorporación de la mujer al mundo laboral ha cambiado el papel de prominente cuidadora (IMSERSO, 2005). Si deben cuidar los hijos a los padres es una opinión acentuada en la cultura musulmana, porque el 100% rechaza, incluso, las residencias (OMS, 2010), en la cultura cristiana, se piensa (75%) que los mayores tienen calidad de vida en estas instituciones.

OCIO

El 75% de la cultura cristiana piensa que hay suficientes actividades de ocio, y lo contrario el 63,2% de la musulmana. Destaca el pensamiento en los musulmanes de que el 100% de los mayores no desea participar en las actividades de ocio porque tienen la mezquita y las mujeres las labores propias del hogar.

ECONOMÍA

Si los mayores tienen una situación económica aceptable, desde luego, el 78,6% de los musulmanes considera que no y lo achacan a las pensiones de baja cuantía (88,9%). En el mundo cristiano, la opinión se asocia con la circunstancia de que depende de lo que hayan trabajado y cotizado (100%) (Rodríguez, 2011).

DEPORTE

Para todos, parece que es razonable que el mayor haga deporte (Yanguan, 2006). Para la cultura cristiana (66,7%) pueden realizar bailes y jugar al tenis, y en la musulmana (83,3%) correr, pero esto es sólo para los hombres, las mujeres deben estar en casa.

AYUDAS TÉCNICAS

Las ayudas consideradas como adaptación de la arquitectura, así como aquellos aspectos que son necesarios para mantener una calidad de vida aceptable (Heywood y Turner, 2007) son bien vistas por el 75% de la cultura musulmana, mientras que el 70% de la cultura cristiana coincide en que no hay suficientes ayudas.

PERSPECTIVAS DE FUTURO

Tenemos en la cultura musulmana el 100% valora muchísimo estar con la familia (OMS, 2010), mientras que la cristiana, en el 66,7% quisiera seguir siendo independiente (Amador, Malagón y Mateos, 2006). La cultura musulmana rechaza en su totalidad acudir a una residencia.

CONCLUSIONES

La cultura musulmana está muy decantada por una concepción más biológica de la vejez, es decir, deterioro físico, envejecimiento y anciano que lo ve como persona que necesita de su familia y sus cuidados. La cultura cristiana lo ve como una persona venerable, experimentada, jubilada y que puede ser madura, experta y responsable. El mayor es más valorado en el mundo musulmán que en el cristiano y, en los medios de comunicación musulmanes, se ofrece una imagen más positiva de los mayores.

La sexualidad es algo bueno para los adultos mayores, mientras que la felicidad está relacionada con la calidad de vida. En el mundo musulmán, hay un reconocimiento al hecho de que el mayor ha sufrido mucho en la vida.

Sanitariamente, los musulmanes piensan que tienen mayores con peor estado físico que lo que opinan los cristianos.

En la vivienda, si tuviéramos que destacar, diríamos que en el mundo islámico preocupa mucho más poder dar cobijo digno a todas las personas que viven en la casa las cuales, en cualquier caso, siempre son más numerosas de las que viven en un hogar cristiano, y la concepción de vivienda digna está en relación a las pensiones que cobran.

Hay mayor vínculo en la cultura islámica entre el mayor y la familia que en la cultura cristiana. La cultura musulmana rechaza de plano las residencias de mayores, así como el ocio para las mujeres.

Económicamente, se ven mejor los mayores cristianos que los musulmanes, porque lo asocian a lo cotizado en el trabajo.

Los cristianos valoran la independencia, mientras que los musulmanes prefieren estar con la familia.

Finalmente, la concepción de calidad de vida satisfactoria está relacionada con la familia en la cultura musulmana y con la salud y una buena pensión en la cristiana.

BIBLIOGRAFÍA

- Abu-Rmeileh, N. M. et al. (2008). Mortality patterns in the West Bank, Palestinian Territories, 1999-2003. *Preventing chronic disease*, 5(4), 112.
- Amador, L., Malagón, J. L. y Mateos, F. (2001). Los estereotipos en la vejez. En A. J. Colom y C. Orte, *Gerontología educativa y social. Pedagogía social y personas mayores* (pp. 57-76). España: Universitat de les Illes Balears.
- Amador, L., Malagón, J. L. y Mateos, F. (2006). La propuesta educativa como derecho y respuesta para la calidad de vida de las personas mayores. En V. Pérez, J. L. Malagón y L. Amador (Dres.), *Vejez, autonomía o dependencia pero con calidad de vida* (pp. 57-70). Madrid: Dykinson.
- Bardin, L. (1986). *El análisis de contenido*. Madrid: Akal.
- CAMPAS (2004). *Statistical yearbook*. Cairo: Central Agency for Public Mobilization and Statistics.
- Camps, V. (2011). El valor del cuidado. En P. Causapié, A. Balbotín, M. Porras y A. Mateo (coords.), *Libro Blanco sobre el envejecimiento activo* (pp. 633-678). Madrid: IMSERSO.
- CIS (2008). *Barómetro de marzo. Estudio nº 2.758*. Madrid: CIS.
- Cuddy, A. J., Norton, M. I. y Fiske, S. (2005). This old stereotype: the pervasiveness and persistence of the Elderly Stereotype. *Journal of Social Issues*, 61, 267-285.

CONCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES. CULTURAS CRISTIANA Y MUSULMANA EN CEUTA

- Donati, P. (2006). *Repensar la sociedad. El enfoque relacional*. Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). Jubilación y salud. *Humanitas. Humanidades médicas*, 37, 1-23.
- (2011). Posibilidades y limitaciones de la edad. En P. Causapié, A. Balbotín, M. Porras y A. Mateo (coords.), *Libro Blanco sobre el envejecimiento activo (105-148)*. Madrid: IMSERSO.
- Fernández-Ballesteros, R., Huici, C., Bustillos, A., et al. (2007). Estrategias para la reducción de estereotipos negativos sobre la vejez (ERENVE) (Memoria de investigación no publicada). Madrid: Universidad Autónoma de Madrid-IMSERSO.
- FNUAP (Fondo de Población de las Naciones Unidas) (1998). *Population Ageing Improving the Lives of Older Persons – Report of the ICPD+5 Technical Meeting on Population Ageing*, Bruselas, 6 a 9 de octubre de 1998.
- Ganguly, S. S. et al. (2009). Epidemiological transition of some diseases in Oman: a situational analysis. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 15, 209-218.
- Gómez, M. A. (2000). Análisis de contenido cualitativo y cuantitativo: Definición, clasificación y metodología. *Revista de Ciencias Humanas*, 20, disponible en <http://www.utp.edu.co/%7Echumanas/revistas/revistas/rev20/gomez.htm>
- Heywood, F. S. y Turner, L. (2007). *Better outcomes, lower costs*. Bristol: School for Policy Studies, University. Department for Work and Pensions.
- IMSERSO (2005). *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*. Madrid: IMSERSO.
- IMSERSO y UAM (1992). *Desarrollo de instrumentos de evaluación de las actitudes hacia personas con minusvalía*. Madrid: IMSERSO.
- Levy, L. y Anderson, L. (1980). *La tensión psicosocial: población, ambiente y calidad de vida*. México: El manual moderno.
- Mateos, F., Amador, L. y Malagón, J. L. (2006). La calidad de vida en los mayores en espacios urbanos marginales. En V. Pérez, J. L. Malagón y L. Amador (Dres.), *Vejez, autonomía o dependencia pero con calidad de vida (pp. 179-192)*. Madrid: Dykinson.
- Maziak, W., Rastam, S., Mzayek, F., Ward, K. D., Eissenberg, T, Keill, U. (2007). Cardiovascular health among adults in Siria: a model from developing countries. *Annals of Epidemiology*, 17, 713-720.
- Mroczek, D. K. y Spiro, A. (1998). The effect of age on positive and negative affect: a developmental perspective on happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1333-1339.
- OMS (1994). *Quality of life assessment. An annotated bibliography*. Ginebra: OMS.
- (2002). *Active Ageing. A Policy Framework*. Ginebra: OMS.
- (2010). *Estadísticas sanitarias mundiales*. Ginebra: OMS.
- Rodríguez, G. (2011). Economía del envejecimiento. En P. Causapié, A. Balbotín, M. Porras y A. Mateo (coords.), *Libro Blanco sobre el envejecimiento activo*. Madrid: IMSERSO.
- Sibai, A. M., Fletcher, A., Hills, M., Campbell, O. (2001). Non-communicable disease mortality rates using the verbal autopsy in a cohort of middle-aged and older populations in Beirut during wartime, 1983–93. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 271-276.
- Sibai, A. M., Sen, K., Baydoun, M. y Saxena, P. (2004). Population ageing in Lebanon: current status, future prospects and implications for policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(3), 219-225.
- Verdejo, C. (2009). Sexualidad y envejecimiento. En A. Martínez, L. Gil, P. Serrano y J. M. Ramos (coords.), *Nuevas miradas sobre el envejecimiento (pp. 119-135)*. Madrid: IMSERSO.
- Yanguán, J. J. (2006). Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. Madrid: IMSERSO.

- Yount, K. y Sibai, A. (2009). Demography of Ageing in Arab countries. En P. Uhlenberg (ed.), *International Handbook of Population Aging* (pp. 277-315). Dordrecht: Netherlands Springer.
- Zindah, M., Belbesi, A., Walke, H. (2008). Obesity and diabetes in Jordan: findings from the behavioural risk factor surveillance system. *Preventing public disease. Public health research, practice and policy*, 5, 1-8.

