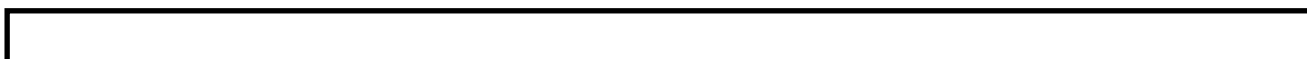

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD. AÑO 1997

Informe de Evaluación de
Tecnologías Sanitarias Nº 29
Madrid, Noviembre de 2001



**ANÁLISIS COMPARATIVO
DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD. AÑO 1997**



Informe de Evaluación de
Tecnologías Sanitarias N° 29
Madrid, Noviembre de 2001

**Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS)
Instituto de Salud Carlos III
Ministerio de Sanidad y Consumo**

Sinesio Delgado, 6 - Pabellón 4
28029 MADRID (ESPAÑA)
Tels.: 91 387 78 40 - 91 387 78 00
Fax: 91 387 78 41

Edita: AGENCIA DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS
Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Sanidad y Consumo

N.I.P.O.: 354-01-018-8
I.S.B.N.: 84-95463-10-5
Depósito Legal: M-54993-2001

Imprime: Rumagraf, S.A. Avda. Pedro Díez, 25. 28019 Madrid

0.T. 30807

Este documento es un Informe Técnico de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) del Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Dirección AETS:

José M.^a Martín Moreno

Elaboración y redacción:

Ana Muñoz van den Eynde

Zuleika Saz Parkinson

José M.^a Amate Blanco

José M.^a Martín Moreno

Edición y diseminación:

Antonio Hernández Torres

M.^a Antonia Ovalle Perandones

Antonio Perianes (Página WEB)

Para citar este informe:

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS)

«Análisis comparativo de la Encuesta Nacional de Salud. Año 1997»

Ed. Instituto de Salud «Carlos III». Ministerio de Sanidad y Consumo

Madrid, 2001

Este texto puede ser reproducido siempre que se cite su procedencia.

Índice

	Pág.
RESUMEN	7
CONCLUSIONES	9
INAHTA Structured Abstract	11
INTRODUCCIÓN	13
Consideraciones sobre la Salud Percibida	13
Teorías sobre la Salud Percibida	14
Hipótesis de la esponja	15
Hipótesis de la trayectoria	15
Hipótesis de la intervención	16
Hipótesis de los recursos	16
Estudios sin planteamiento teórico predefinido	16
Evidencias generadas por los resultados disponibles hasta ahora	17
Estudios internacionales en la población general	17
Estudios internacionales en personas de 65 años en adelante	17
Estudios sobre salud percibida en españoles	18
Aspectos metodológicos	18
MATERIAL Y MÉTODO	23
Material	23
Método	23
Análisis de los datos	25
RESULTADOS	27
Análisis descriptivo	27
Análisis univariable	29
Análisis multivariable	33
DISCUSIÓN	49
CONCLUSIONES	53
REFERENCIAS	55
ANEXO: PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD DE 1997	59

Resumen

En la literatura, la Salud Percibida (SP) se define como la valoración global, o el conjunto de percepciones, que las personas tienen sobre su estado de salud. Se mide a partir de las respuestas individuales a una pregunta global sobre la percepción del estado de salud. Con independencia del estado de salud inicial, la SP ha demostrado ser un predictor significativo de mortalidad y de la utilización de asistencia sanitaria. No obstante, existen diversos problemas relacionados con la SP y la pregunta global utilizada para obtenerla. Los principales son: a) la SP es una variable subjetiva e implica una evaluación; b) los estudios se han realizado en poblaciones diferentes; c) la forma de la pregunta y las alternativas de respuesta son heterogéneas; y d) se han incluido muchas variables independientes diferentes, pero en cada estudio únicamente se han analizado conjuntamente algunas de ellas.

El objetivo del presente informe es iniciar el estudio de los factores que influyen en la SP de los españoles utilizando los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) realizada en 1997, que es la más reciente hasta la fecha. Las variables cuya relación con la SP se pretende analizar incluyen información sobre morbilidad, utilización de asistencia sanitaria, estilos de vida y características sociodemográficas. Se pretende también estudiar las posibles diferencias en la salud percibida (SP) debidas a la edad y al sexo.

Se han realizado análisis univariable mediante χ^2 , V de Cramer y regresión logística para detectar las variables relacionadas significativamente con la SP, y establecer cuál era la forma más adecuada para incluirlas en los análisis posteriores. Se ha utilizado la regresión logística multivariable para estudiar el efecto conjunto de estas variables, ajustando en función del efecto de cada una de ellas sobre la SP y sobre las otras variables independientes. Se han elaborado diversos modelos: en la muestra total, en los encuestados a partir de 65 años de edad, y separando en dos grupos, a partir de la edad en que deja de ser predominante la SP positiva y empieza a predominar la negativa (hasta 52 años y mayores de 52).

La SP del 68,3% de la muestra total fue positiva, mientras que el 31,7% restante percibe su salud de forma negativa.

En todos los modelos elaborados, la variable que más se relaciona con la percepción de la salud es haber tenido algún problema que haya limitado la actividad de la persona durante más de quince días. La razón de *odds* (*odds ratio* —OR—) está en torno a cuatro, indicando que la probabilidad de que la SP sea positiva es cerca de cuatro veces mayor entre los que no han tenido problemas que hayan limitado su actividad.

Si se analiza el efecto de los distintos grupos de variables independientes incluidas en los análisis (variables sociodemográficas, de utilización de asistencia sanitaria, de morbilidad y relacionadas con los estilos de vida), se observa que las variables de utilización de asistencia sanitaria y de morbilidad, que son las más directamente relacionadas con el estado de salud, manifiestan una relación relativamente constante y fuerte con la SP en todos los grupos analizados. Los resultados coinciden con los de estudios previos.

Entre las variables de utilización de asistencia sanitaria, el consumo de medicamentos se relaciona con bastante fuerza con la SP. Las otras variables (utilización de urgencias y consulta con el médico) reflejan una relación más débil, pero es también constante en los distintos grupos analizados, con la excepción de la consulta con el médico en el grupo de 65 años en adelante, que no es significativa.

En la muestra total, la relación entre SP y enfermedades crónicas no es muy fuerte, si bien la mayoría de ellas se relaciona significativamente con la SP. Entre los que valoran predominantemente su salud de forma positiva (hasta 52 años), la asociación es bastante más fuerte, e influyen casi todas las enfermedades. Entre los mayores de 52 años la relación es similar, pero sólo influyen en la SP el colesterol elevado, el asma y la úlcera de estómago. Por último, la relación más débil se produce en el grupo de personas a partir de 65 años. En éste, además, sólo se relaciona significativamente con la SP el asma o bronquitis crónica.

La relación entre SP y variables sociodemográficas y de estilos de vida difiere entre los distintos grupos analizados. Los resultados, además, presentan algunas diferencias con los de estudios previos. No se han encontrado diferencias en la SP de hombres y mujeres en ninguno de los grupos analizados. La valoración de la salud empeora con la edad hasta los 52 años, momento a partir del cual esta variable deja de influir de forma significativa en la SP. En la muestra total, la asociación entre SP y las otras variables sociodemográficas incluidas en el modelo es bastante débil. Los resultados también coinciden con los de estudios previos, mostrando una relación directa entre SP positiva y nivel de estudios y clase social.

El efecto de las variables de estilos de vida sobre la probabilidad de valorar positivamente

la salud es mayor entre las personas a partir de 65 años que en los otros grupos. En cambio, su influencia en el grupo de personas hasta 52 años es pequeña.

En diversos trabajos en los que se ha analizado el efecto del consumo de alcohol sobre la SP se ha encontrado una relación en forma de U, es decir, la probabilidad de valorar positivamente la salud es mayor entre los que tienen un consumo moderado de bebidas alcohólicas comparado con los que no las consumen. Esta probabilidad es también mayor cuando se compara con los que realizan un consumo frecuente, especialmente de bebidas de más alta graduación. En este trabajo, sin embargo, se ha observado que la probabilidad de que la SP sea positiva es mayor entre los que consumen de forma habitual todo tipo de bebidas alcohólicas.

Conclusiones

Las variables de utilización de asistencia sanitaria y de morbilidad, que son las más directamente relacionadas con el estado de salud, manifiestan una relación fuerte y constante con la SP en todos los grupos analizados. Los resultados coinciden con los de estudios previos.

Las enfermedades crónicas, a pesar de su baja frecuencia, constituyen un indicador potente del estado de salud aunque, para estudiar los factores que influyen en la SP, conviene considerarlas por separado.

Los resultados de este trabajo indicarían que hay una relación negativa entre SP y edad hasta una determinada edad (en torno a los 52 años), a partir de la cual esta variable deja de influir de forma significativa en la SP. Estos resultados difieren de otros estudios, en los que se ha encontrado que la SP mejora a partir de los 75 años.

No se han encontrado diferencias en la SP de hombres y mujeres. Es posible que los resul-

tados proporcionados por otros estudios, en los que se encontraron diferencias significativas, se deban a que se elaboraron modelos diferentes para hombres y mujeres.

La valoración de la salud reflejaría, fundamentalmente, la capacidad de la persona para desenvolverse en su vida cotidiana, más que el estado de salud objetivo o real.

Las diferencias en la magnitud de la relación entre SP y variables independientes, en los distintos grupos analizados, podrían representar apoyo a la idea de que la evaluación que el individuo hace de su estado de salud depende, en cierto modo, de su grupo de referencia, es decir, de factores socioculturales, pero también de características psicológicas e individuales.

Mediante los modelos elaborados, y con las variables disponibles, se explica alrededor del 30% de la varianza en la SP, indicando que hay otras variables, de contenido más psicosocial, que influyen en la valoración del estado de salud.

INAHTA Structured Abstract

TITLE: «ANALYSIS OF THE 1997 SPANISH NATIONAL HEALTH SURVEY»

Author(s): Muñoz van den Eynde A, Saz Parkinson Z, Amate Blanco JM, Martín Moreno JM. **Agency:** AETS (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias) (Spanish Health Technology Assessment Agency). **Contact:** Amate, JM. **Technology:** National Health Surveys as sources of information. **MeSH keywords:** Health Status, Self-rated health, National Health Survey, Predictors. **Other Keywords:** Morbidity, Health Care Use, Functional Limitation, Health-related Behaviors, Socioeconomic status. **Date:** November 2001. **Pages:** 71. **References:** 48. **Price:** 9 euros. **Language:** Spanish. **English abstract:** Yes. **Summary:** Yes. **ISBN:** 84-95463-10-5.

Purpose of assessment: The goal of this report is to study the relationships between self-rated health and morbidity, health care use, health-related behaviors and socioeconomic status in the Spanish population.

Methods: Data from the 1997 Spanish National Health Survey were analysed. Chi-square and logistic regression univariable analysis were done to detect factors related to self-rated health. Multiple logistic regression analysis were created to study the joint effect of the variables included in the analysis, adjusting for all other variables. Different models were fitted: one with the whole sample, another with people 65 years old or over, and another separating into two groups (by age) those who predominantly value their health in a positive manner from those whose self-rated health becomes predominantly negative (up to 52 years of age and older than 52).

Cost/economic analysis: No. **Expert opinion:** No.

Content of report/Results and main findings: Self-rated health (SH), in the literature, is defined as the general assessment or the overall perceptions people have about their state of health. It is measured taking into account the individual answers to a general question about the perception of their state of health. Regardless of the initial state of health, SH has proven to be a significant

measure for predicting mortality and use of health care attendance. However, there are several problems with SH and the general question used to obtain it. The main ones are: a) SH is a subjective variable and implies an assessment; b) the studies analyzing SH have been done using different populations; c) the way the question is asked and the multiple answers provided are heterogeneous; and d) many different independent variables are included, but in each study, only some of them have been analyzed jointly.

The SH of 68,3% of the whole sample is positive, while only the remaining 31,7% perceive their health in a negative way.

In all the fitted models, the variable most related to health perception is having had a problem which has limited that person's activity for more than 15 days. The odds ratio is approximately four, indicating that the probability that SH is positive is almost four times greater among those who have not suffered any problems limiting their activity.

If the effect of the different group of independent variables included in the analysis is analyzed (sociodemographic, use of health care attendance, morbidity and lifestyle related variables), we observe that the variables of health care use and morbidity, which are those more directly related to the state of health, are the ones which show a relatively more constant and stronger relationship with SH in all the groups analyzed. These results agree with those found in previous studies.

Among the variables of health care attendance, medication consumption is fairly strongly related to SH. The other variables (use of emergency service and medical consultation) show a weaker relationship, but it is also constant among the different groups analyzed, except for medical consultation in the over 65 years old age group, which is not significant.

In the whole sample, the relationship between SH and chronic diseases is not very strong, although most of them are significantly related to SH. Among those who perceive their health in a mainly positive manner (up to 52 years of age), the

association is quite stronger, and almost all diseases have an influence. Among those older than 52, the relationship is similar, but only high cholesterol, asthma and stomach ulcer have an influence on SH. Lastly, the weakest relationship was found in the older age group (over 65 years old). In this group, only asthma or chronic bronchitis was significantly related to SH.

The relationship between SH and sociodemographic and lifestyle variables was different depending on the group analyzed. Also, the results differ slightly from those of previous studies. No differences were found between men and women in SH, in none of the groups analyzed. Health assessment becomes worse with age up to 52 years of age. At this time, this variable stops influencing SH in a significant way. In the whole sample, the association between SH and the other sociodemographic variables included in the model is fairly weak. Our results also agree with previous studies, showing a direct relationship between positive SH and level of studies and social class.

The effect of lifestyle variables on the probability of positively valuing one's health is greater among people 65 years of age or older than in the other groups. On the other hand, its influence is small in the age group of people up to 52 years of age.

Several studies have analyzed the effect of alcohol consumption on SH and have found a U-shaped relationship. That is, the probability of positively valuing one's health is greater among those with moderate alcohol consumption compared to those who do not drink alcoholic beverages or those who drink alcohol heavily.

Recommendations/Conclusions: The health care attendance and morbidity variables, which are the ones more directly related to

one's state of health, show a constant and strong relationship with SH in all the groups analyzed. These results are in agreement with those from previous studies.

In spite of their low frequency, chronic diseases are a strong indicator for state of health, although in order to study the factors influencing SH, it is best to analyze them separately.

The results of this report indicate a negative relationship between SH and age until a certain age is reached (approximately 52 years of age). From this age onwards, this variable stops influencing SH in a significant way. These results disagree with previous one where studies have found that SH improves after reaching the age of 75.

No differences were found between men and women. It is possible that the results from other studies which found significant differences may be due to the fact that they used different models for men and women.

Valuing one's health mainly reflects one's ability to cope with daily life, more than an objective or true state of health.

The differences in the relationship between SH and independent variables, in the different groups analyzed, could support the idea that the evaluation a person makes of his or her state of health depends, to a certain extent, on his or her group of reference. That is, on sociocultural factors, as well as on psychological and individual characteristics.

The models elaborated in the study, with the available variables, explain about 30 % of the SH variance. This indicates that other variables, with a more psychosocial content, influence the way we value our state of health.

Introducción

Consideraciones sobre la Salud Percibida

En la literatura, la Salud Percibida (SP) se define como la valoración global, o conjunto de percepciones, que las personas tienen sobre su estado de salud. Se mide a partir de las puntuaciones individuales en una escala con cuatro o cinco categorías, que van desde tener una salud excelente o muy buena, hasta mala o muy mala.

Con independencia del estado de salud inicial, la SP ha demostrado ser un predictor significativo de mortalidad^{1,7}. Además, la SP es uno de los mejores predictores de la utilización de servicios médicos⁶. Sin embargo, las razones para esta asociación no están claras¹. Personas con un estado de salud objetivo similar, perciben su salud de forma diferente⁸. Por otro lado, los datos de morbilidad y mortalidad muestran de forma consistente que, si se excluyen los accidentes, los niños y los jóvenes tienen las tasas más bajas de morbi y mortalidad en los países desarrollados. Partiendo de un modelo biomédico, la ausencia de enfermedad debería hacer que los jóvenes evaluaran su propia salud como excelente. Sin embargo, varias encuestas realizadas indican que hay un número elevado de jóvenes que no consideran que su salud sea excelente o muy buena³⁶. Un estudio realizado entre jóvenes húngaros de 18 a 31 años mostró que sólo el 17,6% de los hombres y el 10,5% de las mujeres valoró su salud como excelente y, aunque el 61% de los hombres y el 66,3% de las mujeres eligió la categoría buena salud, el 21,4% de los hombres y el 23,2% de las mujeres consideró que su salud era regular o mala²⁸.

En diversos estudios se ha podido comprobar que los ancianos aceptan ciertos síntomas, limitaciones y enfermedades crónicas como propias del envejecimiento normal, lo que les lleva a tener una SP más positiva de lo que cabría esperar si se tiene en cuenta la morbilidad²⁷. En un estudio publicado en 1992, se encontró que el 41,4% de residentes en Bilbao de 65 años de edad en adelante calificó su salud como muy buena o bastante buena⁸. Los resultados de una encuesta en Finlandia, en-

tre personas de 75 años en adelante, mostraron que el 50% de la población consideró que su salud era buena o inusualmente buena¹⁷. En un estudio longitudinal realizado en Barcelona entre 1986 y 1993 con ancianos a partir de 65 años de edad, que residían en sus hogares, el 59% de los encuestados evaluó su salud positivamente cuando se evaluó en 1986. El porcentaje se redujo al 45% siete años más tarde²⁶.

Es posible afirmar, por tanto, que la SP es una variable útil en la investigación en salud porque es simple, breve y global. Sin embargo, plantea diversos problemas. Su naturaleza subjetiva dificulta la posibilidad de estandarizarla, de conocer las dimensiones que el sujeto está utilizando, o el criterio que constituye el punto de partida. Incluso asumiendo que las personas que pertenecen a entornos sociales similares y que comparten los mismos valores probablemente utilicen criterios similares al evaluar su salud, es difícil comparar la SP en poblaciones heterogéneas¹³.

Cuando los datos proceden de encuestas nacionales, dirigidas a la totalidad de la población, nos encontramos con una gran proporción de personas que puntúa su salud como excelente o muy buena, limitando la posibilidad de obtener información sobre la gradación de la salud⁷. En 1987, en EE.UU., el 66% de los americanos manifestaba que su salud era excelente o buena⁷. Los datos de una encuesta realizada en EE.UU. en 1993 sobre el total de la población reflejaron que el 85% de los individuos valoró su salud como buena, muy buena o excelente, mientras que sólo el 15% la valoró como regular o mala¹⁴. En Córdoba, en 1995, el 67,9% de personas de 15 años o más calificó su salud como buena o muy buena²⁷.

Por último, la falta de información acerca de los criterios que las personas utilizan para valorar su estado de salud ha generado controversia acerca del significado de la SP⁸ y plantea dudas sobre su utilidad.

Con el propósito de identificar los trabajos publicados sobre la SP y su relación con variables de morbilidad, utilización de servicios sanitarios y otras variables estudiadas, se llevó a cabo una búsqueda en la base de datos MEDLINE en WebSPIRS, versión 4.11. Los cri-

terios de búsqueda se señalan a continuación:

- Artículos, en inglés o español, que incluyeran en el título los siguientes términos: *perceived health or self-evaluation of health or self-rated health or health appraisal*. Se consideró que los artículos que incluyeran esas palabras clave en el título serían los que realmente tendrían como objetivo estudiar la Salud Percibida. No obstante, se realizaron muestreos de los registros recuperados con otras estrategias de búsqueda. Utilizando los Mesh, la palabra clave a emplear sería *health-status*, ya que esos términos no incluyen la palabra *perceived*. En un muestreo de 100 registros, se encontraron tres que hacían referencia directa a la SP, pero todos ellos incluían en el título alguno de los términos de la búsqueda, indicando que no se habría eliminado ningún registro relevante. Por el contrario, cuando la estrategia de búsqueda implicaba localizar registros que incluyeran las palabras clave en cualquiera de los campos de la base de datos, podríamos perder un 2% de registros relevantes. Se consideró que esa posible pérdida era asumible.
- Se obtuvieron 255 registros, decidiéndose una restricción posterior de la búsqueda a artículos publicados a partir de 1990, de la que resultaron 197 registros de referencias razonablemente actualizadas que, tras eliminar cartas y editoriales, se redujeron a 193.
- Al eliminar cartas y editoriales se obtuvieron 193 registros.
- Los criterios para la selección definitiva de artículos fueron los siguientes:
 - Artículos en los que la SP fuera la variable dependiente.
 - Estudios en los que se analizaran los factores que influyen en la SP.
 - Estudios que no estuvieran dirigidos a evaluar pacientes con patologías concretas, o a evaluar la SP tras recibir una intervención determinada.
 - Se incluyeron las referencias citadas en los artículos seleccionados que se correspondían con los criterios de selección.
- Se realizó una búsqueda general sobre trabajos realizados en España en los que se incluyera información sobre la salud percibi-

da de la población. Se localizaron dos artículos en los que se analizaba la influencia de diversos factores sobre la SP; uno en el que se analiza la influencia del apoyo social sobre la SP y, finalmente, cinco que analizaron la relación entre SP y variables sociodemográficas (clase social, nivel educativo y sexo).

- Resultado definitivo: 32 artículos.

Teorías sobre la Salud Percibida

Según un trabajo de revisión publicado en 1999, los estudios realizados previamente han encontrado relación entre la valoración positiva de la salud y los siguientes factores: las enfermedades crónicas y el número de medicamentos consumidos; menor número de síntomas depresivos o síntomas de enfermedades; mayor capacidad cognitiva; una evaluación positiva del estado físico en los ancianos y un índice de bienestar físico alto en las personas de mediana edad. Además, los hábitos saludables (p.e., beber de forma moderada, no fumar y practicar ejercicio), así como tener un buen nivel socioeconómico y apoyo social, están asociados con una buena evaluación de la salud. También existen indicios de que la evaluación positiva de la salud y la capacidad funcional, medida a partir del autoinforme de la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria, están fuertemente asociadas¹⁷.

Otro de los estudios más recientes plantea una clasificación de las teorías o posibles interpretaciones de la relación entre salud percibida y problemas de salud. De acuerdo con esta clasificación, la «hipótesis de la esponja» (*sponge hypothesis*) define la SP como una medida del estado de salud más completa que otros indicadores menos sensibles, por lo que captura información que estos no pueden identificar. La «hipótesis de la trayectoria» (*trajectory hypothesis*) sugiere que la percepción negativa de la salud refleja la «predicción» de los sujetos del deterioro inminente de su salud. La «hipótesis de la intervención» (*intervening hypothesis*) defiende que la evaluación de la salud influye en los comportamientos saludables de los sujetos, que a su vez afectan a su salud futura. Por último, la «hipótesis de los recursos» (*resource hypothesis*) plantea que la evaluación de la salud refleja la disponibilidad de apo-

yos o recursos externos o internos, que a su vez también afecta a la salud de los individuos³⁸.

Tabla 1a
Teorías sobre SP

Teoría	Frecuencia
H. Esponja	9
H. Trayectoria	2
H. Intervención	4
H. Recursos	1
Sin Teoría predefinida	16

En la tabla 1a se resume la información sobre las teorías acerca de la SP en que se apoyan los estudios localizados, así como sobre la forma del ítem utilizado para obtener la valoración de la salud. El planteamiento teórico de nueve de los 24 artículos localizados podría encajar con la «hipótesis de la esponja»^{5,12,13,15,17,27,29,35,36}, dos defenderían la «hipótesis de la trayectoria»^{33,38}, cuatro la de la «intervención»^{1,6,16,32} y uno la «hipótesis de los recursos»¹⁴. Los dieciséis artículos restantes no incluyen ninguna teoría, limitándose a mencionar los factores potencialmente relacionados con la SP que se van a analizar^{2,8,9,25,26,28,34,37,39-46}.

Hipótesis de la esponja

La mayoría de los estudios tratan de delimitar la relación entre SP y varios grupos de factores: variables relacionadas con la presencia de síntomas físicos o enfermedades orgánicas^{5,12,35,15,27,13,29,17}, utilización de servicios de asistencia sanitaria^{35,27,13}, limitaciones o capacidad funcional^{5,12,13,17}, variables de bienestar o malestar psicológico^{5,35,29,17}, variables sociodemográficas^{5,12,15,27,13,29,36}, variables socioeconómicas^{5,12,27,29,36}, hábitos o conductas saludables o no saludables^{5,35,15,36,17}, actitudes y creencias^{35,15}, estructura familiar^{5,36}, funcionamiento sexual³⁵ e Índice de Masa Corporal³⁵

Todos los estudios, excepto uno realizado con adolescentes³⁶, incluyen, como variables relacionadas con la SP, la presencia de enfermedades o síntomas físicos. El segundo grupo de variables en términos de frecuencia de inclusión fue el de las sociodemográficas, que se

suelen incorporar como variables de control. El tercer grupo más frecuente fue el de hábitos o conductas saludables, relacionados con el estilo de vida.

De acuerdo con esta perspectiva, la SP no se correspondería estrictamente con el estado de salud «real», en el sentido de salud objetivada por un examen clínico, sino que también sería un reflejo de la capacidad de desenvolverse en la vida cotidiana, el estatus sociodemográfico, el funcionamiento social, el bienestar psicológico o los hábitos relacionados con la salud²⁷.

Se sugiere que la salud y la enfermedad están definidas de forma normalizada⁵, es decir, la evaluación que un individuo hace de su estado de salud depende, en cierto modo, del grupo social al que pertenece, que determina la importancia o relevancia atribuida a las distintas dimensiones de la salud¹⁵. La forma en que un individuo evalúa su salud o sus síntomas, interpreta los cambios biológicos o afronta el diagnóstico de una enfermedad, está influida por factores socioculturales y psicológicos. Los roles desarrollados, así como las actividades llevadas a cabo, constituyen un marco de referencia importante en el contexto de la percepción de la salud⁵.

A la hora de valorar su estado de salud, los sujetos tienen en cuenta distintas fuentes de información y sensaciones, que ellos reconocen están relacionadas con su salud: conocimiento de las enfermedades subyacentes, y reconocimiento del rendimiento físico y psicológico, así como de su capacidad funcional. Todas estas dimensiones del estado de salud afectarán a las autoevaluaciones de los sujetos, aunque alguna de las enfermedades subyacentes no haya generado deterioro físico o psicológico, ni limitaciones funcionales¹⁷. De acuerdo con esta perspectiva, se podría concluir que la SP es el resultado del procesamiento activo de la información relacionada con la salud por parte del individuo¹³.

Hipótesis de la trayectoria

El planteamiento inicial sugirió que, a la hora de evaluar su estado de salud, las personas tienen en cuenta, fundamentalmente, su salud física (enfermedades, síntomas, fatiga/energía). Esta evaluación, además, sería sensible al inicio de la enfermedad, especialmente de las enfermedades crónicas, que suelen ser más incapacitantes o afectar más a la activi-

dad cotidiana de los afectados³³. No obstante, con posterioridad se ha considerado necesario mejorar la hipótesis inicial, planteando que la relación entre la SP negativa y la mala salud no refleja únicamente la predicción realizada por los sujetos de que van a sufrir un deterioro inminente de su salud, sino que la salud actual también juega un papel importante⁴. Es decir, la SP no depende únicamente de las enfermedades crónicas, sino también de los síntomas o enfermedades agudos³⁸.

Hipótesis de la intervención

De acuerdo con esta hipótesis, la percepción de la salud afecta al futuro estado de salud mediante su influencia en una gran variedad de comportamientos saludables y no saludables. La hipótesis es la siguiente: si la SP se deriva de una síntesis de datos acerca de la salud, sería de esperar que se relacionara fundamentalmente con indicadores objetivos de salud. Por el contrario, si la relación entre SP y salud depende fundamentalmente de los comportamientos relacionados con esta última, cabría esperar que se asociara fundamentalmente con los primeros y con las actitudes y disposiciones que los motivan¹. Según los defensores de esta hipótesis, la evidencia indica que el estilo de vida saludable o las condiciones laborales afectan a la salud y a su evaluación^{32,16,6}. Se ha sugerido, por tanto, que la SP representa la forma en que el individuo interpreta los diversos aspectos de la salud. Esta representación actúa de intermediario entre los problemas objetivos de salud y la satisfacción con la vida, y tiene sus propias consecuencias sobre la salud⁶.

Hipótesis de los recursos

Se viene considerando obvia la influencia que el apoyo y los recursos sociales ejercen sobre la SP; sin embargo, en la revisión de la literatura publicada, sólo se ha localizado un artículo en el que se aporten datos objetivos sobre dicha influencia. Se considera que, en los individuos aislados socialmente o con escaso apoyo social, el riesgo de tener problemas de salud es mayor. Además, su valoración del propio estado de salud es peor¹⁴. No obstante, la mayoría de los estudios analizados coinciden en encontrar relaciones significativas entre el estatus socioeconómico y la SP. Además, los resultados de los estudios realizados con jóvenes analizan fundamen-

talmente la influencia de los estilos de vida y las variables socioeconómicas sobre la SP, fundamentalmente porque no suelen padecer enfermedades, y sugieren que los jóvenes tienden a valorar su salud a partir de su capacidad para desenvolverse adecuadamente en su contexto³⁶, capacidad que también depende, en gran medida, de factores socioeconómicos. Esta relación ayuda a entender por qué los jóvenes no evalúan su salud mejor que las personas de más edad, a pesar de la baja prevalencia de enfermedades³⁶. También hay resultados que sugieren que la SP de los jóvenes es sensible a factores coyunturales, como periodos de recesión económica, con altas tasas de pobreza y desempleo entre los jóvenes³⁷.

Estudios sin planteamiento teórico predefinido

Como se refleja en la tabla 1a, la mayoría de los estudios revisados no incluye un desarrollo teórico claro. Ésta es una de las críticas que se ha realizado respecto a la conveniencia de utilizar la pregunta general sobre el estado de salud como indicador objetivo de salud.

En estos estudios se han incluido las siguientes variables como factores que podrían asociarse con la SP: variables relacionadas con la presencia de síntomas o enfermedades físicas^{8,2,34,25,9,26,28,40}, utilización de servicios de asistencia sanitaria^{8,34,25,28,40,43}, limitaciones o capacidad funcional^{8,25,9,26,40}, variables de bienestar o malestar psicológico^{8,2,25,40}, variables sociodemográficas^{2,9,37,26,28,40,42}, variables socioeconómicas^{8,2,34,37,26,39-46}, apoyo social⁴³, hábitos o conductas saludables o no saludables^{8,34,37,28,40}, satisfacción con la vida⁸, estructura familiar³⁷, e Índice de Masa Corporal^{2,28}.

Las variables relacionadas con la salud física están presentes en todos los estudios, excepto en uno realizado en 1999 en una muestra de adolescentes³⁷.

Como conclusión, parece posible afirmar que la evidencia a favor de cualquiera de las hipótesis mencionadas es modesta y mixta. Esto ha llevado a algunos autores a plantear que la comprensión de la relación entre salud percibida y salud requiere la realización de otro tipo de estudios que incluyan variables de salud distintas a la mortalidad, poblaciones más homogéneas y, a su vez, que tengan en cuenta procesos cognitivos o culturales asociados a la salud autoevaluada³⁸.

Evidencias generadas por los resultados disponibles hasta ahora

Los estudios localizados se han agrupado en tres categorías: estudios internacionales en los que se estudia la población general, dado que es la población objeto de estudio en este trabajo; estudios internacionales en personas mayores de 65 años, porque mucha de la literatura publicada sobre los factores que influyen en la SP se ha realizado en personas de estas edades; y estudios realizados en España, porque son los que se relacionan directamente con la muestra analizada.

Estudios internacionales en la población general

La SP se relaciona con distintos tipos de factores: variables de morbilidad (enfermedades y limitaciones funcionales), variables socioeconómicas, estilos de vida (hábitos o conductas relacionados con la salud) y variables psicológicas. Todos los estudios que han incluido información sobre las variables de morbilidad coinciden en señalar que la SP es peor cuando hay síntomas físicos o dolor^{1,2,5,19}, enfermedades crónicas^{1,2,6,34}, enfermedades graves² o de larga duración¹⁹, o limitaciones en la capacidad funcional^{1,2,19} o pasar días en cama². También es habitual encontrar relación entre la SP y el consumo de medicamentos³⁴. No existe, sin embargo, el mismo consenso cuando se hace referencia a variables sociodemográficas.

Todos los estudios que tienen en cuenta el efecto del nivel educativo, con excepción de uno⁵, coinciden en señalar que la SP es peor cuando el nivel de estudios es bajo, y mejor a medida que la formación de los sujetos aumenta^{6,14,32,34}. El nivel de ingresos influye en la SP de la misma manera que los estudios^{6,14,32,34}. El consenso desaparece cuando se estudia la influencia de la edad y el sexo. En algún caso se ha encontrado que la proporción de hombres que percibe su salud positivamente es mayor que la de las mujeres, aunque estas diferencias disminuyen con la edad³²; sin embargo, en muchos otros no se han encontrado diferencias en la SP entre hombres y mujeres^{2,5,6}. La relación entre SP y edad es muy compleja: algunos resultados indican que la SP empeora con la edad^{2,6,14}, mientras en otro estudio no se han apreciado tales diferencias⁵. Para complicar el panorama,

en un trabajo se afirma que la probabilidad de percibir negativamente la salud aumenta al hacerlo la edad¹⁴, especialmente a partir de los 65 años, mientras que en otro se mantiene que la relación entre SP y edad se invierte en las personas más ancianas².

Un estilo de vida saludable se relaciona con una mayor probabilidad de valorar la salud positivamente^{5,32,34}. Por el contrario, las preocupaciones o síntomas psicológicos, como el miedo a perder el empleo, se relacionan con una SP negativa^{1,6}. En concreto, en el único trabajo localizado que incluye específicamente variables psicológicas, realizado en Estados Unidos con pacientes hospitalizados de medicina general, se encontró una fuerte asociación entre las medidas objetivas de morbilidad o de enfermedades orgánicas y la valoración global de la salud. Sin embargo, diversas características psicológicas, los trastornos psiquiátricos y la capacidad funcional estuvieron aún más relacionados con la SP. La hipocondría mostró una correlación especialmente fuerte con la SP, igual que la somatización, el número de síntomas psicopatológicos y la presencia de un trastorno psiquiátrico. La hipocondría, la somatización y las limitaciones en las actividades de la vida diaria explicaban más del 76% de la varianza en la valoración de la salud de los sujetos de la muestra. Una vez que estos factores entraron en la ecuación de regresión, la salud «física» dejó de ser significativa¹.

Estudios internacionales en personas de 65 años en adelante

En este segmento de la población, se ha encontrado relación entre la SP y variables de morbilidad (problemas físicos y psicológicos, limitaciones en AVD), variables de utilización de asistencia sanitaria y variables sociodemográficas. La probabilidad de que la SP sea negativa es mayor entre los que padecen enfermedades crónicas, y aumenta al incrementarse el número de tales enfermedades^{9,12,17}. En concreto, las enfermedades crónicas que reflejan una asociación más fuerte con la SP negativa son: problemas cerebrovasculares y enfermedad coronaria^{9,12}, problemas respiratorios⁹, diabetes⁹, problemas musculoesqueléticos⁹, hipertensión¹² y aterosclerosis¹². También se ha encontrado relación entre la SP y las limitaciones en las AVD^{9,17,25} o el número de síntomas depresivos²⁵. En relación con las variables de utilización de asistencia sanitaria, es más probable que la valoración

de la salud sea negativa al aumentar el número de medicamentos consumidos y el número de visitas al médico²⁵.

En este grupo de estudios tampoco hay acuerdo sobre la influencia del sexo sobre la SP. En uno de los dos estudios que incluyen el sexo como variable independiente no se hallaron diferencias entre hombres y mujeres¹⁷; mientras que en el otro la SP de las mujeres fue mejor que la de los hombres¹². A diferencia de lo que ocurría en los estudios sobre la población general, los dos estudios que analizan la relación entre SP y edad coinciden en señalar que los más jóvenes (de 65 a 75 años) valoran peor su salud que los más ancianos (de 75 años en adelante)^{12,25}. Además, se ha encontrado que la SP es peor cuando el nivel educativo es bajo²⁵.

Estudios sobre salud percibida en españoles

Seis de los diez estudios realizados en España localizados en este trabajo analizan la SP de vecinos de Barcelona, Bilbao, Córdoba, Madrid y Toledo a partir de 60 y 65 años de edad. Cuatro de estos estudios coinciden en señalar que la SP es peor entre las personas que sufren enfermedades crónicas^{8,26,40,44}. Sufrir algún tipo de incapacidad funcional⁸, limitación en las AVD⁴⁰ o problemas psicológicos o depresión⁴⁰ también incrementa la probabilidad de tener una SP negativa. La probabilidad de que la SP sea negativa aumenta si se ha tenido que acudir al médico^{8,40,44} o se consumen medicamentos. Esta probabilidad es mayor cuantos más medicamentos se consuman^{8,44}.

La relación entre SP y variables socioeconómicas es nuevamente conflictiva. En tres de los estudios se ha encontrado que la SP empeora con la edad^{26,44,45}, mientras que en otro la probabilidad de que la percepción de la salud sea positiva es mayor en las personas a partir de 85 años de edad⁴⁰. En este último estudio no se encontraron diferencias en la SP debidas al sexo. Por último, las personas sin estudios²⁶ y de clase social baja⁴⁰ tienden a percibir su salud de forma negativa.

En el estudio en que se analizaba la influencia del apoyo social, aunque se elaboraron modelos diferentes para hombres y mujeres, se encontraron pocas diferencias. En concreto, la falta de apoyo emocional y la necesidad de apoyo para el cuidado personal eran las variables más relacionadas con la SP negativa

en los hombres. En las mujeres, la mayor probabilidad de valorar negativamente su salud se relacionó con la necesidad de apoyo para su cuidado personal y para realizar las actividades cotidianas, así como con un bajo nivel educativo⁴³.

De los cuatro estudios realizados en España en los que se ha estudiado la población general, sólo uno analizó la influencia de diversos factores en la SP. En una muestra de habitantes de la provincia de Córdoba, a partir de 15 años de edad, se encontró que los hombres tendían a valorar su salud de forma más positiva que las mujeres; que la SP empeoraba con la edad, y en las personas sin estudios, amas de casa o jubiladas. Las variables más relacionadas con la SP fueron la edad y padecer una enfermedad crónica. De estas enfermedades, las que mostraron una relación más fuerte con la percepción negativa de la salud fueron: bronquitis, artrosis, depresión e hipertensión²⁷. Los otros tres estudios únicamente evalúan la influencia de diferentes variables socioeconómicas. Los resultados de estos trabajos señalan que existen diferencias en la SP de hombres y mujeres a favor de los primeros⁴². Por otro lado, el nivel de estudios⁴⁶ y la clase social^{39,41,42} se relacionan de forma lineal y positiva con la percepción de la salud, es decir, a más estudios y clase social más alta, mayor probabilidad de valorar positivamente la propia salud.

Aspectos metodológicos

El estudio de la SP presenta varios problemas metodológicos.

1. Los estudios se han realizado en poblaciones diferentes: diez de ellos en la población general^{1,2,5,6,14,15,27,29,32,34}, ocho en ancianos^{8,9,12,13,17,23,25,26}, tres en mujeres^{16,33,35} y tres en adolescentes^{28,36,37}. En estos estudios no se han incluido conjuntamente todos los tipos de variables estudiados en los distintos trabajos: variables demográficas, indicadores objetivos del estado de salud, bienestar psicológico y apoyo social. Dada la manifiesta relación entre la mayoría de estos tipos de variables y la percepción de la salud, es importante realizar el análisis conjunto de la influencia de tales variables^{17,31}.

2. Los datos procedentes de la investigación cualitativa, en la que se pide a los entrevistados que expliquen los motivos que les han

llevado a elegir la categoría de respuesta seleccionada, sugieren que el ítem que evalúa la salud de forma global es interpretado de forma diferente por distintas personas. En particular, algunos encuestados piensan en problemas de salud específicos, otros en el funcionamiento físico en general, otros utilizan los comportamientos relacionados con la salud como marco de referencia, y otros se centran más en aspectos relacionados con el funcionamiento social^{15,28}.

No obstante, estas evaluaciones no se realizan de forma arbitraria ni completamente subjetiva, sino que deben basarse en unos criterios comunes, ya que hay evidencia de que personas pertenecientes a diferentes culturas combinan de forma similar las diferentes dimensiones de salud utilizadas para evaluar el estado de salud¹³.

En un intento de identificar el estándar que podría servir como punto de referencia, se ha acudido a la teoría de la estratificación por la edad. Según esta teoría, los individuos de una determinada edad comparten roles y experiencias similares, que diferirán de los de las personas de otro grupo de edad. Por tanto, cada grupo de edad debería considerarse en términos de sus características específicas, a partir de las que se distinguen de los otros, y habría que explorar las relaciones con otros grupos de edad²³.

Otros autores han ampliado la teoría, incluyendo otras características relevantes, como el sexo o el lugar de residencia, basándose en la teoría del grupo de referencia de Kelley. Esta teoría plantea que los individuos tienden a compararse con grupos relevantes para ellos cuando tienen que evaluar algún atributo personal³⁰. Además, las expectativas y acciones de los individuos tienden a reflejar las normas de los grupos a los que creen que pertenecen. De este modo, a la hora de valorar el estado de salud, el individuo se fija en sus expectativas al respecto, que a su vez dependen de su contexto social y demográfico²³.

La edad es una dimensión importante, pero no la única que los sujetos tienen en cuenta a la hora de compararse con el grupo de referencia. Los enfermos crónicos a menudo se comparan con otros que tienen enfermedades similares. También se ha encontrado que los individuos utilizan comparaciones en el tiempo, valorando su estado de salud en relación con un período de tiempo concreto. Asimismo, existe evidencia de que personas de diferentes edades utilizan métodos distin-

tos para realizar la comparación. En concreto, los adultos jóvenes tienden a establecer comparaciones con otros similares a ellos, mientras que las personas de mediana edad podrían preferir compararse con personas de características diferentes a las suyas, y las personas mayores tienden a basarse más en comparaciones temporales. La cuestión es que los individuos pueden disponer de dimensiones diferentes, y la edad puede ser la predominante sólo si se especifica y concreta en la pregunta utilizada para efectuar la valoración³⁰.

3. Mientras que la forma de la pregunta utilizada para recabar información sobre la percepción global de la salud tiene muy poco impacto sobre la relación entre esta percepción y la mortalidad, parece más relevante cuando se pretende establecer qué factores ayudan a predecir la SP³⁵.

Como se ha mencionado previamente, uno de los hallazgos más peculiares de la investigación sobre salud percibida es la diferencia en los estados de salud entre individuos de diferentes edades. Los resultados indican que estas diferencias están relacionadas con el tipo de ítem utilizado. El ítem de salud global genera valoraciones más positivas entre los jóvenes en comparación con los de más edad, mientras que el ítem en el que se promueve la comparación basada en la edad proporciona los resultados opuestos. Estos resultados sugieren que el proceso de comparación social implicado en la teoría del grupo de referencia está dirigido, al menos en parte, por el tipo de ítem utilizado. Es decir, la edad puede ser la dimensión predominante sólo cuando se identifica específicamente como el criterio de interés. Cuando se deja al sujeto que elija la dimensión (o grupo) de comparación (cuando se utiliza el ítem global), la edad parece ser menos relevante³⁰.

Además, queda por establecer si la percepción global es equivalente a la percepción del estado de salud actual. Algunos investigadores han intentado resolver el problema de la relación entre la valoración de la salud y el momento al que ésta se refiere, especificando distintos periodos de tiempo. No obstante, una enfermedad o malestar agudo concreto puede sesgar la valoración de la salud cuando se hace de forma retrospectiva. Otros autores han planteado la conveniencia de utilizar términos diferentes: salud, para referirse a la percepción general de la salud; y estado de salud, para referirse a la salud actual⁴.

Tabla 1b
Forma del ítem

Forma	Frecuencia
General	14
Comparativa	3
Física	2
Temporal	4
Temporal y Comparativa	1
Sin especificar	8

En la tabla 1b se refleja la distribución de las distintas formas del ítem para valorar el estado de salud entre los trabajos localizados en la búsqueda de la literatura realizada. De los 32 artículos localizados, catorce incluyen la pregunta global, del tipo: en general, ¿cómo valora su estado de salud?^{5,8,9,14,15,26,33,38,40-43,45,46}. En ocho trabajos no se especifica la forma concreta del ítem^{6,12,16,25,27,30,39,44}. En otros cuatro se acota la valoración en el tiempo, es decir, se pregunta por la salud en el momento actual, o en el último año^{1,2,13,17}. En dos de los artículos se limita la pregunta a la salud física^{36,37}, en tres se le pide al sujeto que se compare con otros de su misma edad^{28,29,34}, y en otro la valoración se restringe a otros similares y en el momento actual³⁵.

4. La forma y número de categorías de la escala pueden explicar, también, parte de las diferencias encontradas en la SP de los individuos. En un estudio realizado para valorar las posibles diferencias culturales en la estructura de la SP, y su relación con la mortalidad o la utilización de servicios sanitarios¹³, se encontró que no había diferencias debidas al país y cultura de referencia, en la forma en que se combinaban las distintas dimensiones utilizadas para evaluar su estado de salud, aunque sí las había en el nivel de SP. Se postula que las alternativas de respuesta para valorar la propia salud se puedan interpretar de forma diferente en función de diferencias culturales y lingüísticas, y de la noción de salud «normal». Estas diferencias no indican, necesariamente, que haya variaciones en las correlaciones entre salud autoevaluada e indicadores de salud más objetivos, sino que el punto de referencia o la categoría normativa en la escala puede ser diferente en entornos culturales distintos^{13,34}.

Entre los artículos incluidos en este análisis, se observa aún más heterogeneidad en las categorías de respuesta que en la forma del

ítem: en algunos trabajos se incluyen cinco categorías, en otros cuatro y en uno de ellos, tres. Las opciones o definiciones de las categorías son totalmente variables. En muchos casos la escala está sesgada al polo positivo, de forma que tres de las categorías hacen referencia a la valoración positiva de la salud, otra hace referencia a un estado intermedio o regular, y una última hace referencia a la valoración negativa.

Si la SP es un resultado del procesamiento activo de la información relacionada con la salud, habría que tener en cuenta las estrategias implicadas en ese procesamiento. Además, sería de esperar que hubiera relación entre estas estrategias, la forma del ítem y las alternativas de respuesta.

5. Algunos autores han planteado que la selección de una medida apropiada del estado de salud debería fundamentarse en el concepto de salud empleado, las necesidades y objetivos del estudio y los recursos disponibles²⁹.

Un problema conceptual fundamental respecto al binomio salud/enfermedad es la continuidad entre mala y buena salud. «Mala salud» hace referencia a «enfermedad», mientras que «buena salud» se refiere a ausencia de enfermedad, lo que genera un concepto negativo de la salud. De acuerdo con esta definición negativa, los trabajos en los que se han estudiado qué factores influyen en la SP han asumido que hay un continuo en la evaluación de la salud, que va desde mala a buena o excelente^{19,35}. Esta asunción también tiene consecuencias metodológicas, ya que, a pesar de que para valorar la SP se utilizan entre tres y cuatro categorías, cuando se utiliza como variable dependiente se suele colapsar en una variable dicotómica que diferencia entre buena y mala salud. Si el extremo o polo positivo de la SP es simétrico al polo negativo, sería legítimo realizar el agrupamiento de la variable. Si, por el contrario, las distintas categorías representan estados de salud diferentes, habría que realizar análisis por separado²⁰. Por tanto, sería necesario establecer si las valoraciones positiva y negativa de la salud se deben a los mismos o distintos factores¹⁹, así como establecer si las distintas formas de categorizar la SP como variable dependiente influyen en los resultados²⁰.

Los resultados obtenidos en distintos trabajos analizados indican, por un lado, que la SP forma un continuo desde mala salud a buena salud si se tienen en cuenta indicado-

res de enfermedad o relacionados con los estilos de vida¹⁹. Estos indicadores se relacionan de forma significativa con la SP incluso en las personas que consideran que su salud es excelente. No obstante, esto no significa que la ausencia de enfermedad sea el único determinante de que la SP sea buena o excelente. En el estudio no se incluyeron indicadores de aspectos positivos de la salud. Es posible que la apariencia de continuidad pueda depender de la falta de indicadores positivos¹⁹. Por otro lado, cuando se utiliza la SP como variable dependiente colapsada se obtienen los mismos resultados que sin colapsar²⁰.

6. La SP parece resumir un conjunto amplio de la información relacionada con la salud disponible para el individuo. Como se ha mencionado previamente, esta información incluye datos sobre su estado de salud, es decir, diagnósticos de enfermedades crónicas y limitaciones funcionales. Otros factores que también pueden influir en la SP son: el conocimiento de los antecedentes familiares de enfermedades crónicas, el estilo de vida y las conductas relacionadas con la salud, las características cognitivas, emocionales y psicosociales de los individuos, así como su personalidad²¹.

La investigación realizada indica que la SP es un predictor potente de la utilización de asistencia sanitaria y de mortalidad, indicio de que es una medida válida de salud^{18,21}. No obstante, sólo se han localizado dos estudios que analizaran la fiabilidad de la medida. El estudio de la fiabilidad es siempre relevante, pero más aún en este caso, dado que la forma de la pregunta puede influir en ella: es una pregunta poco concreta, por lo que los entrevistados pueden tener dificultades para adivinar qué se les está preguntando; es también una pregunta muy subjetiva, con alternativas de respuesta amplias e imprecisas¹⁸. A pesar de estas dificultades, los resultados de ambos estudios indican que la fiabilidad es buena. El índice Kappa fue de 0,67¹⁸ y 0,57²¹.

En síntesis, los principales problemas relacionados con la SP y la pregunta global utilizada para obtenerla son los siguientes:

- a) La SP es una variable subjetiva e implica una evaluación, dificultando el acceso a las dimensiones y criterios que utiliza el sujeto para valorarla.
- b) Los estudios se han realizado en poblaciones diferentes, cuando cabe esperar

que la población o grupo de referencia influya significativamente en la SP.

- c) La forma de la pregunta y las alternativas de respuesta también son heterogéneas, a la vez que parecen influir en la valoración que los individuos hacen de su salud.
- d) Se han incluido muchas variables independientes diferentes, pero en cada estudio únicamente se han analizado conjuntamente algunas de ellas.

Dada la manifiesta relación entre la mayoría de los factores estudiados y la percepción de la salud, es importante analizar de forma conjunta su influencia en la SP. Se considera también necesario realizar el análisis en una muestra representativa de la población general para tratar de establecer una tendencia global en la evaluación del estado de salud. Una vez se hayan identificado, en la medida de lo posible, los principales factores que influyen en esta variable, se podrá pasar a estudiar grupos o estratos de población particulares. Además, en España no se han realizado estudios sobre el total de la población que analicen los factores que influyen en la SP. Teniendo en cuenta todos estos elementos, el objetivo del presente trabajo es iniciar el estudio de los factores que influyen en la forma en que los españoles valoran su estado de salud, utilizando los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) realizada en 1997, que es la más reciente hasta la fecha. Además, se pretende estudiar las posibles diferencias en la SP debidas a la edad y al sexo, que son las variables sociodemográficas que presentan resultados más contradictorios.

Se parte de la hipótesis de que la SP es el resultado del procesamiento activo de la información relacionada con la salud por parte del individuo. Esa información tiene que ver con el estado de salud «real» (en el sentido de salud objetivada por un examen clínico), pero también con la capacidad de desenvolverse en la vida cotidiana, el funcionamiento social, el bienestar psicológico o los hábitos relacionados con la salud. Además, se supone que habría otro conjunto de variables que podría influir en los juicios individuales sobre el estado de salud: el estatus sociodemográfico, las actitudes y creencias, ciertas características de la personalidad o las estrategias de procesamiento de la información. Si la evaluación de la salud depende básicamente del primer grupo de variables, la proporción de varianza de la SP explicada por estas variables será muy alta. Por el con-

trario, si intervienen otros factores, la proporción de varianza que se pueda explicar a partir del primer conjunto de variables será pequeña, indicando que hay otras fuentes de variabilidad que no se han tenido en cuenta. Por último, en la mayoría de los estudios realizados hasta la fecha se ha estudiado la

influencia de los diversos factores sobre la percepción negativa del estado de salud. Sin embargo, en este trabajo se pretende localizar los factores que influyen en la SP positiva, dado que es mucho más frecuente la percepción positiva del estado de salud que la negativa.

Material y Método

Material

Sujetos

Los datos proceden de la Encuesta Nacional de Salud realizada por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) en 1997 a petición del Ministerio de Sanidad y Consumo. El universo está formado por dos submuestras: adultos (población de 16 años y más) y niños (población de 0 a 15 años). En este estudio nos centraremos en el análisis de la submuestra de adultos. El tamaño de dicha muestra específica es de 6.396 adultos entrevistados.

Se realizó un muestreo polietápico, estratificado por conglomerados, con selección de las unidades primarias de muestreo (municipios) y de las unidades secundarias (secciones) de forma aleatoria proporcional, y de las unidades últimas (individuos) por rutas aleatorias y cuotas de sexo y edad.

Los estratos se formaron por el cruce de las 17 regiones autonómicas con el tamaño del hábitat, dividido en siete categorías: menos o igual a 2.000 habitantes; de 2.001 a 10.000; de 10.001 a 50.000; de 50.001 a 100.000; de 100.001 a 400.000; de 400.001 a 1.000.000; más de 1.000.000 de habitantes.

Para un nivel de confianza del 95,5% y P (probabilidad de formar parte de la muestra) = Q (probabilidad de no formar parte de la muestra), el error muestral es de $\pm 2,5$.

VARIABLES

En el Anexo se incluye el cuestionario utilizado en las entrevistas de la Encuesta Nacional de Salud.

Para medir la SP se utilizó la pregunta: en los últimos doce meses, ¿diría usted que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo? Se trata, por tanto, de la versión del ítem acotada en el tiempo.

Método

Las respuestas a las cinco categorías se agruparon en dos: SP positiva (muy buena-buena) y SP negativa (regular-mala-muy mala). Los motivos por los que se ha agrupado la variable de esta manera han sido varios: se considera que percibir el estado de salud como regular indica que se está haciendo una valoración negativa del mismo; los estudios sobre la continuidad de SP positiva y negativa¹⁹ y la sensibilidad a la dicotomización de la variable SP²⁰ avalan esta práctica. Además, es la distribución que permite un mejor reparto de las respuestas entre las distintas opciones, teniendo en cuenta que la mayoría de la gente utiliza las categorías muy buena y buena para responder a la pregunta.

Las variables independientes (VI) se agruparon en: variables sociodemográficas, variables de utilización de asistencia sanitaria, variables de morbilidad y estilos de vida.

- Variables sociodemográficas: edad, incluida como variable continua (aunque algunos resultados sugieren que no hay relación lineal entre edad y SP, el análisis univariable reflejó linealidad); estado civil (soltero, casado, separado/divorciado, viudo); sexo; estudios (ningún estudio, terminados a los 14-15, terminados a los 16-19, posteriores no universitarios, universitarios); situación laboral (trabaja, pensionista, parado, estudiante, sus labores); ingresos (menos de 100.000 pts/mes, de 100.001 a 200.000, 200.001 a 300.000, más de 300.000, no contesta —se decidió incluir esta categoría para no perder el 21,7% de casos en los que no se proporcionó respuesta a esta pregunta—); estatus social (establecido a partir de los estudios y la ocupación del cabeza de familia: alto, medio-alto, medio, medio-bajo, bajo).
- Utilización de asistencia sanitaria: consumo de medicamentos, referido al número de especialidades farmacéuticas consumidas en las dos semanas previas (ninguna, una, dos o más); consulta con el médico en las dos semanas previas (sí, no); hospitalización (sí, no); utilización del servicio de urgencias en el último año (sí, no).

- **Morbilidad:** problema que haya limitado la actividad durante más de diez días (sí, no); enfermedad crónica diagnosticada por el médico (sí, no); hipertensión (sí, no); colesterol elevado (sí, no); diabetes (sí, no); asma o bronquitis crónica (sí, no); enfermedad del corazón (sí, no); úlcera de estómago (sí, no); alergia (sí, no); limitación en actividades de tiempo libre en las dos semanas previas (sí, no); limitación en actividad principal en las dos semanas previas (sí, no); quedarse en la cama por salud en las dos semanas previas (sí, no); capacidad auditiva; capacidad visual (normal, mala); y limitaciones en las Actividades de la Vida Diaria (sí, no), en los encuestados a partir de 65 años
- **Estilos de vida:** fumar (sí, no); consumo de alcohol (no consume, consumo esporádico, alguna vez a la semana, diariamente); horas de sueño diarias (menos de ocho, de ocho en adelante); ejercicio físico realizado en el trabajo (sentado la mayor parte de la jornada, de pie —sin grandes desplazamientos o esfuerzos, caminando— llevando algún peso o con desplazamientos frecuentes, trabajo pesado —tareas con gran esfuerzo físico—); ejercicio físico practicado en el tiempo libre (tiempo libre sedentario, alguna actividad física o deportiva ocasional, actividad física regular, entrenamiento físico varias veces a la semana).

Algunas de las variables mencionadas no se han incluido en los análisis descriptivos en la forma exacta en que aparecen en la ENS. Entre las variables sociodemográficas, la clase social estaba formada por dos variables: clase social del entrevistado y clase social del cabeza de familia. La clase social se establece a partir de la ocupación y el nivel de estudios. En los casos en los que no se disponía de la clase social del entrevistado, se le asignó la del cabeza de familia.

Respecto a las variables de utilización de asistencia sanitaria, el consumo de medicamentos se obtuvo agrupando la variable cuantitativa «número de medicamentos». Se han formado tres categorías atendiendo a la distribución de frecuencias de la variable cuantitativa entre la muestra (ver la tabla 4 - Análisis descriptivo). En un primer momento se pensó agrupar de forma similar la variable «número de veces que ha acudido a urgencias». No obstante, el porcentaje de personas que había acudido al servicio de urgencias más de una vez al año era pequeño (4,4%), por lo que se optó por incluirla como variable cualitativa.

También se consideró relevante crear una variable que incluyera información sobre el número de enfermedades crónicas padecidas por los sujetos de la muestra. Dado que se ofrece información sobre siete enfermedades crónicas, la variable tendría un valor mínimo de cero y uno máximo de siete. El análisis de frecuencias de la variable creada mostró que al 69,5% de la población no se le diagnosticó ninguna enfermedad crónica, al 20,1% le habían diagnosticado una y al 10,4% restante dos o más. Dada la distribución de frecuencias, se optó por incluir la variable enfermedad crónica como variable nominal con dos categorías (sí, no). Para analizar el efecto diferencial de las distintas enfermedades crónicas, se elaboró un modelo en el que se incluyó únicamente la variable enfermedad crónica, y otro en el que se incluyeron las siete enfermedades sobre las que se preguntó a los entrevistados.

En la ENS se incluyen varias preguntas que hacen referencia a limitaciones en las Actividades de la Vida Diaria (AVD) de las personas de 65 años en adelante. Para no incluir las 27 actividades sobre las que se pregunta en la encuesta de una en una, se creó una variable combinación de todas ellas, sumando los valores de las 27 variables y recodificando. Un valor de 27 (no tiene limitaciones en las AVD) indicaría que la persona podía llevar a cabo todas las actividades sin ayuda. El punto de corte para la segunda categoría se estableció en 31 (limitaciones leves en las AVD), indicando que la persona necesitaría ayuda para llevar a cabo cuatro de las AVD incluidas, o que no podría realizar de ninguna manera dos de ellas. El resto constituiría la tercera categoría (limitaciones severas en las AVD). Una vez más, el análisis de la distribución de frecuencias indicó que la forma óptima de incluir esta variable en el análisis era con dos categorías (sí, no). El 66,2% de los mayores de 64 años no tenía limitaciones en las AVD, el 16,1% tenía limitaciones leves, y el 17,7% restante tenía limitaciones severas; por lo que, de mantenerse las tres categorías, la distribución estaría muy descompensada.

Para cubrir el mayor número posible de variables analizadas en los estudios previos se incluyó el Índice de Masa Corporal de Quetelet como variable independiente. Sin embargo, se encontraron dos problemas fundamentales. Por un lado, no se disponía de información para calcular el índice en el 12,8% de los casos. Por otro, los resultados de los análisis en los que se incluía esta variable no eran satisfactorios (empeoraba notablemente el ajust-

te). Un análisis descriptivo de la variable indicó que había errores en el fichero de datos en esa variable. Así, mirando los casos extremos, fácilmente identificables, se encontraron 17 sujetos de menos de 76 cm de altura, o uno de 743 cm de altura. De los 17 sujetos de altura inferior a 76 cm, uno se supone que pesaba 108 kilos y otro 155.

En las variables relacionadas con los estilos de vida se intentó crear dos variables que hicieran referencia a los hábitos de fumar y consumo de bebidas alcohólicas, y que incluyeran algún tipo de cuantificación. La variable «fumar» estaba compuesta por tres categorías: no fuma, fuma de 1 a 20 cigarrillos y fuma más de 20 cigarrillos. La distribución de frecuencias de la variable así agrupada indicó que sólo el 4,97% de los sujetos fumaba más de 20 cigarrillos al día, por lo que se decidió incluir la variable como dicotómica.

La combinación de las distintas preguntas de la ENS que hacen referencia al consumo de bebidas alcohólicas fue más laboriosa. En la encuesta se incluyen seis preguntas que hacen referencia al consumo de distintos tipos de bebidas alcohólicas. Los sujetos, además, disponían de una escala de 10 puntos para indicar la frecuencia de consumo de esas bebidas (ver Anexo). Para combinar toda esa información en una única variable, se agrupó del siguiente modo: sólo se tuvo en cuenta el consumo de bebidas fermentadas (vino, cava y cerveza con alcohol), por un lado, y destiladas (brandy, licores y whisky), por otro. Las 10 categorías de respuesta se combinaron en tres, agrupando el consumo diario, consumo semanal y lo que se consideró consumo esporádico. Por último, las cuatro variables se agruparon en una variable con cuatro categorías: no consume ningún tipo de bebida alcohólica, consume cualquiera de los tipos de bebida alcohólica pero no de forma habitual, consume habitualmente vino y cerveza pero no las bebidas de más graduación, y consume habitualmente alcohol en todas sus variedades o bien consume de forma habitual las bebidas de más fuerte graduación.

Análisis de los datos

Los datos se han analizado utilizando el paquete estadístico SPSS, versión 9.0. Se han elaborado distintos modelos de regresión logística, todos ellos utilizando como variable dependiente la SP dicotomizada. Se ha seguido el procedimiento descrito por Hosmer y Lemeshow¹⁰. Pasos a seguir:

a) Análisis univariable de las variables candidatas a entrar en el modelo:

- Variables nominales: tablas de contingencia y χ^2 . Se utilizaron los Residuales Estandarizados y Ajustados (REA) para detectar qué categorías no eran significativas. La utilización del estadístico χ^2 plantea dos problemas. El primero es que con muestras grandes (como es el caso) tiende a resultar significativo, es decir, no permite discriminar. El segundo es que no tiene un valor máximo, ya que depende del tamaño de la muestra, por lo que no informa del grado o fuerza de la asociación. Para solventar ambos problemas, χ^2 se tiene que complementar con una medida del grado de asociación entre las variables que sea independiente del tamaño de la muestra, como el estadístico V de Cramer. Este estadístico toma valores entre cero y uno, aunque difícilmente llega a uno. El cero indica independencia entre las variables, y el uno asociación perfecta. Análisis de regresión logística univariable.
- Variables continuas: contraste de diferencia de medias para muestras independientes. Se ha realizado un gráfico de líneas reflejando las medias de la variable edad en las cinco categorías de la variable SP sin agrupar y un análisis de tendencia mediante el procedimiento «ANOVA de un factor: contrastes» para comprobar si existe relación lineal entre SP y las variables continuas. Análisis de regresión logística univariable.

b) Selección de variables. En principio, se seleccionaron todas aquellas variables en las que el nivel crítico del análisis univariable fuera significativo con $p < 0,05$ y en las que la V de Cramer fuera superior a 0,1. Este índice varía entre 0 y 1, aunque alcanzar el valor máximo es muy difícil. Aun así, una asociación de 0,1 es pequeña pero, dado que la asociación entre SP y cualquiera de las variables independientes no era muy fuerte, se consideró que establecer el punto de corte en ese valor garantizaba que no se excluía del modelo ninguna variable que pudiera ser relevante, y no se incluían en los análisis variables que no se asociaran en absoluto con la variable dependiente.

c) Se crearon modelos de regresión logística jerárquicos o en bloques. Con este tipo de modelos cada grupo de variables se va incluyendo en etapas sucesivas, por lo que permite comprobar las variaciones que, sobre el modelo previo, producen las nuevas variables añadidas. Comprobación de la significación

de las variables incluidas en el modelo: mediante el examen del estadístico de Wald y la comparación del coeficiente estimado con el obtenido en el modelo que sólo incluye la variable en cuestión. Cuando el coeficiente estimado en el análisis es grande, el estadístico de Wald se hace pequeño, por lo que aumenta la probabilidad de rechazar una variable que contribuye significativamente al modelo (aumenta la probabilidad de que se produzca error tipo II). Este problema se puede solventar si se establece un nivel crítico un poco menos estricto que el 0,05 habitual. Se eliminaron las variables que no contribuyeron al modelo y se elaboró uno nuevo. Este modelo se comparó con el anterior mediante el test de la razón de verosimilitud. Además, se compararon los coeficientes de las variables que se mantuvieron con los coeficientes de esas variables en el modelo anterior. Cualquier cambio significativo indicaba que alguna de las variables excluidas era una variable de confusión o un modificador del efecto de las variables que quedaban.

d) Una vez depurado el modelo, el paso siguiente fue estudiar si las variables se habían incluido en la escala adecuada. Con las variables categóricas, la depuración de la codificación se hizo en las fases de análisis univariable. La decisión sobre el agrupamiento de categorías se ha basado en los residuales estandarizados ajustados: se han incluido todas las casillas con residuales ajustados mayores o iguales a dos ($p = 0,05$). Además, mediante el análisis de regresión logística univariable se analizaron las categorías de las variables que eran redundantes, es decir, en las que el intervalo de confianza de la OR de una categoría incluía totalmente al de una categoría contigua. En las variables continuas, se comprobó si el *logit* era lineal categorizando la variable a partir de los cuartiles y construyendo

un modelo que incluyera la variable continua categorizada. A continuación se analizó si había interacciones entre las variables independientes.

e) Análisis del ajuste del modelo. Se ha utilizado la C de Hosmer y Lemeshow. Existe cierta controversia acerca de la utilidad de estos estadísticos. En una investigación en la que se compararon distintos índices de bondad de ajuste, Hosmer y Lemeshow¹¹ plantearon que, aunque es poco sensible a los problemas de multicolinealidad, la C sirve para asegurar la bondad o falta de bondad de ajuste, aunque no permite ninguna cuantificación. Otra medida del ajuste del modelo es la proporción de varianza explicada (R^2). En regresión logística se utilizan fundamentalmente la Pseudo- R^2 y la R^2_L . La primera se basa en el estadístico de Wald, que, como se ha mencionado, tiende a dar falsos positivos, por lo que no es muy apropiada, y la segunda, al basarse en la razón de verosimilitud, es difícil de interpretar. En un trabajo en el que se compararon distintas alternativas para calcular la proporción de varianza explicada, se consideró que la medida más adecuada era r^2 (la correlación de Pearson al cuadrado entre las puntuaciones observadas y las predichas por el modelo)²⁴. Éste es el estadístico que se ha empleado en este trabajo.

f) Aunque la multicolinealidad puede afectar a los parámetros del modelo, el SPSS no incluye una prueba para analizar si existe colinealidad entre las variables independientes en un modelo de regresión logística. Sin embargo, se puede comprobar mediante los estadísticos de diagnóstico de colinealidad del procedimiento de regresión lineal. Existe cierto consenso en señalar que unos valores de tolerancia por debajo de 0,1 indican problemas de colinealidad³.

Resultados

En la tabla 2 se puede observar que el 68,3% de los encuestados percibe su estado de salud de forma positiva, mientras que el 31,7% tiene una percepción negativa. Cuando se obser-

van los datos de la variable sin agrupar (gráfica 1), se puede apreciar que la mayoría de los sujetos utilizan las categorías intermedias, especialmente las categorías bueno y regular.

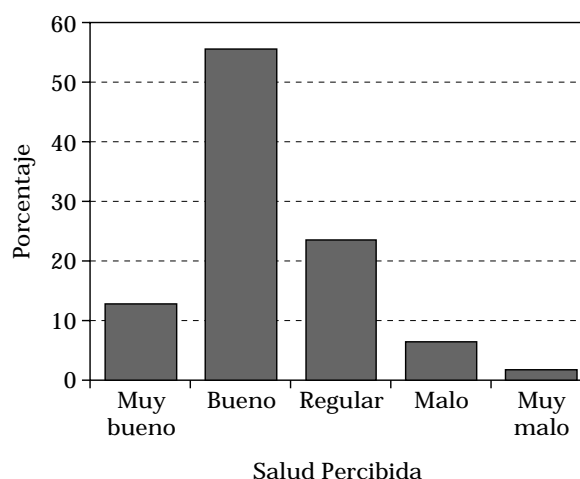
Tabla 2

Salud Percibida: frecuencias y porcentajes

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
<i>SP sin agrupar</i>		
Muy bueno	819	12,8
Bueno	3.552	55,5
Regular	1.501	23,5
Malo	414	6,5
Muy malo	103	1,6
TOTAL	6.392	100
<i>SP agrupada</i>		
Positiva	4.371	68,3
Negativa	2.018	31,7
TOTAL	6.396	100

Gráfica 1

SP sin agrupar



Análisis descriptivo

En la tabla 3 se presentan los resultados del análisis descriptivo de las variables sociodemográficas. Como se puede ver en la tabla, los porcentajes de separados o divorciados y viudos son pequeños, por lo que sería conveniente agrupar estas categorías. Se podría agrupar entre solteros, casados y otro estado civil, que podría parecer lo más lógico si se tiene en cuenta la distribución de frecuencias y el hecho de que no parece lo mismo estar casado que ser viudo. No obstante, la media de edad en el grupo de los viudos es significativamente mayor que en los otros grupos. Con objeto de examinar si el efecto del estado civil sobre la SP se debe realmente a que esta variable influye sobre la percepción de la salud, o en realidad simplemente está reflejando el efecto de la edad, se ajustaron dos modelos de regresión logística, cada uno de ellos incluía una de las dos alternativas para agrupar el estado civil y la edad. Con independencia de cuál fuera la forma de combinar las categorías de la variable estado civil, en el modelo ajustado por la

edad esta variable dejaba de ser significativa, por lo que no se va a incluir en el resto de análisis y modelos a realizar. El efecto de la edad es aún mayor cuando se separa entre soltero, casado, divorciado y viudo, remarcando la relación entre estado civil y edad.

El efecto de la edad también puede ser relevante en la variable situación laboral. Hay diferencias significativas en la media de edad entre trabajadores y pensionistas, y de los trabajadores con los estudiantes y con la categoría sus labores. La regresión logística ajustando por la edad refleja que las categorías parado y sus labores, con respecto a pensionistas, dejan de ser significativas, por lo que la variable se recodifica en tres categorías: no trabaja, trabaja, estudiante.

En el nivel de estudios hay categorías que incluyen un porcentaje pequeño de los casos, por lo que se decidió combinarlas de la siguiente manera: sin estudios o terminados a los 14-15 años, terminados a los 16-19 años y estudios posteriores sean o no universitarios. Con la variable clase social ocurre algo similar, y para lograr la distribución más homogénea

posible de los casos se agrupó en: clase social media a alta, y clase social media-baja a baja.

Tabla 3
Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	N	Porcentaje
<i>Edad</i>		
Media ± DT	43,89 ± 8,77	
Mínimo / Máximo	16 / 93	
<i>Estado civil</i>		
Soltero	2.053	32,1
Casado	3.732	58,4
Separado - Divorciado	142	2,2
Viudo	463	7,2
<i>Sexo</i>		
Hombre	3.102	48,5
Mujer	3.294	51,5
<i>Estudios</i>		
Ningún estudio	87	1,5
Terminados a los 14-15	3.395	57,1
Terminados a los 16-19	1.576	26,5
Posteriores no universitarios	88	1,5
Universitarios	795	13,4
<i>Situación laboral</i>		
Pensionista	1.260	19,9
Trabajador	2.438	38,4
Parado	717	11,3
Estudiante	699	11
Sus labores	1.230	19,4
<i>Ingresos</i>		
< 100.000 pts/mes	1.805	28,4
100.001-150.000 pts/mes	1.439	22,6
150.001-300.000 pts/mes	1.399	22
> 300.000 pts/mes	341	5,4
No contesta	1.382	21,7
<i>Clase social</i>		
Alta	250	4,1
Media-alta	603	9,8
Media	1.134	18,4
Media-baja	3.397	52,2
Baja	751	12,2

En relación con las variables de utilización de asistencia sanitaria (tabla 4), un 48,8% de la muestra estudiada no consumía ningún medicamento, un 8,5% había sido hospitalizado en alguna ocasión durante el año previo, el 18% había tenido que acudir al servicio de urgencias en alguna ocasión durante el año previo, y el 25,1 acudió a consulta con el médico en las dos semanas previas a la encuesta.

Tabla 4
Análisis descriptivo de las variables de utilización de asistencia sanitaria

Utilización de asistencia sanitaria	N	Porcentaje
<i>Número de medicamentos</i>		
Ninguno	3.122	48,8
Uno	2.019	31,6
Dos o más	1.255	19,6
<i>Consulta médico, últimas dos semanas</i>		
Sí	1.600	25,1
No	4.787	74,9
<i>Hospitalización, último año</i>		
Sí	544	8,5
No	5.844	91,5
<i>Urgencias</i>		
Sí	1.139	18
No	5.207	82

En el único estudio en población española que analiza la influencia del número de enfermedades crónicas en la SP de mayores de 15 años, se encontró que el 77,8% de la población presentaba algún trastorno crónico, siendo la media de dos enfermedades crónicas por individuo²⁷. Por el contrario, los datos de la ENS de 1997 indican que «sólo» 30,5% tiene una enfermedad crónica (tabla 5). Inicialmente se pensó crear la variable «número de enfermedades crónicas», pero sólo un 10,4% presentaba dos enfermedades o más, por lo que se optó por dicotomizarla. La variable de morbilidad más frecuente es haber tenido un problema de salud que haya limitado la actividad durante más de diez días (un 19,4% de encuestados). Respecto a las enfermedades crónicas, la más habitual es la hipertensión (la padece un 11,3% de la muestra).

En la ENS la información sobre estilos de vida es limitada. En la tabla 6 se recogen los resultados del análisis descriptivo de estas variables. El 35,8% de la muestra no fuma, el 33,6% no consume alcohol y el 19,9% consume de forma habitual todo tipo de bebidas alcohólicas. El 15,7% de la muestra realiza trabajos que requieren actividad física moderada o intensa, el 45,6% no practica ejercicio en su tiempo libre y el 15,6% practica actividad física regular o entrenamiento físico varias veces a la semana.

Tabla 5

Análisis descriptivo. Morbilidad

Morbilidad	N	Porcentaje
Problema que haya limitado actividad, más diez días		
Sí	1.233	19,4
No	5.126	80,6
Enfermedad crónica		
Sí	1.952	30,5
No	4.444	69,5
Hipertensión		
Sí	713	11,3
No	5.573	88,7
Colesterol elevado		
Sí	514	8,2
No	5.775	91,8
Diabetes		
Sí	312	5
No	5.972	95
Asma o bronquitis crónica		
Sí	314	5
No	5.970	95
Enfermedad del corazón		
Sí	305	4,9
No	5.977	95,1
Úlcera de estómago		
Sí	221	3,5
No	6.061	96,5
Alergia		
Sí	499	7,9
No	5.780	92,1
Accidente, últimos doce meses		
Sí	551	8,8
No	5.724	91,2
Limitación actividad tiempo libre, dos semanas previas		
Sí	825	12,9
No	5.558	87,1
Limitación actividad principal, dos semanas previas		
Sí	783	12,3
No	5.604	87,7
Quedarse en cama, dos semanas previas		
Sí	462	7,2
No	5.917	92,8
Capacidad auditiva		
Normal	5.886	92,2
Mala	499	7,8
Capacidad visual		
Normal	6.044	94,8
Mala	333	5,2

Tabla 6

Análisis descriptivo. Estilos de vida

Estilos de vida	N	Porcentaje
Fumar		
Sí	2.282	35,8
No	4.096	64,2
Consumo alcohol		
No consume alcohol	2.136	33,6
Consume alcohol, no de forma habitual	1.396	22
Consumo frecuente vino o cerveza y/o whisky, etc.	1.556	24,5
Consumo frecuente vino o cerveza, no whisky, etc.	1.263	19,9
Actividad física, trabajo		
Sedentario	2.117	33,2
Pocos desplazamientos o esfuerzos	3.235	50,7
Llevando peso, desplazamientos frecuentes	780	12,2
Trabajo pesado, gran esfuerzo físico	226	3,5
Actividad física, tiempo libre		
Sedentario	2.910	45,6
Actividad física ocasional	2.461	38,5
Actividad física regular	558	8,7
Entrenamiento físico semanal	442	6,9

Análisis univariable

En las tablas 7 a 10 se recogen los resultados del análisis univariable (sin ajustar en función del resto de variables) mediante χ^2 , V de Cramer y regresión logística. La OR indica la probabilidad de que los sujetos valoren de forma positiva su salud, frente a la probabilidad de que la SP sea negativa. Todos los análisis con χ^2 son significativos con $p < 0,001$. Como se puede ver en la tabla 7, la prueba de χ^2 indicaría que la relación entre SP y sexo es significativa. Sin embargo, la V de Cramer refleja la ausencia real de diferencias significativas en la SP entre hombres y mujeres, por lo que esta variable se excluye de los análisis posteriores. El resto de variables sociodemográficas presenta una asociación no muy fuerte, pero significativa, con la variable dependiente. La variable sociodemográfica que más parece influir es la situación laboral. Hay que tener en cuenta, sin embargo, que el supuesto efecto de estas variables sobre la SP podría reflejar en realidad la influencia de la edad.

Tabla 7
Análisis univariable. Variables sociodemográficas

Variables sociodemográficas	Porcentaje	SP (+)	SP (-)	χ^2	V	OR (IC95)
<i>Edad</i> Media \pm DT		39,4 \pm 17,3	53,3 \pm 18,3	t = 29,76*	r = -0,35*	0,81 (0,79-0,82)‡
<i>Sexo</i> Hombre	48,5	51,3	42,4	367,2*	0,083	
Mujer	51,5	48,7	57,6			
<i>Estudios</i> Ningún estudio/Terminados a los 14-15	58,6	51,2	76,4	322,76*	0,233	1
Terminados a los 16-19	26,6	31	15,9			2,92 (2,52-3,38)
Posteriores, universitarios o no	14,8	17,8	7,8			3,42 (2,81-4,16)
<i>Situación laboral</i> Pensionista	19,8	12,6	35,6	698,28*	0,332	1
Trabaja	38,5	44,4	25,5			4,94 (4,26-5,72)
Parado	11,3	12,1	9,5			3,59 (2,94-4,38)
Estudiante	11	14,4	3,8			10,68 (8,21-13,88)
Sus labores	19,4	16,5	25,6			1,83 (1,56-2,14)
<i>Ingresos</i> < 100.000 pts/mes	28,3	21,6	42,8	342,08*	0,232	1
100.001-150.000 pts/mes	22,6	23‡	21,8‡			2,09 (1,8-2,41)
150.001-300.000 pts/mes	22	25,3	14,8			3,39 (2,9-3,97)
> 300.000 pts/mes	5,3	6,4	3			4,19 (3,13-5,61)
No contesta	21,7	23,7	17,5			2,68 (2,3-3,12)
<i>Clase social</i> Media a alta	32,4	39,2	17,6	279,19*	0,213	3 (2,63-3,43)
Media-baja a baja	67,6	60,8	82,4			1

* p < 0,001. ‡ REA no significativo, p > 0,05. ♦ Correlación significativa con p < 0,01. † La OR se ha calculado para un incremento de 5 años.

Tal y como reflejan la V de Cramer y la OR en la tabla 8, las cuatro variables que hacen referencia a la utilización de asistencia sanitaria se relacionan, una a una, con la SP. La relación más fuerte se establece con el número de medicamentos diferentes consumidos en las dos semanas previas a la encuesta. La relación entre SP y haber estado hospitalizado o haber acudido al servicio de urgencias es más débil, en parte quizá porque en ambos casos ha habido pocas personas que hayan tenido que utilizar estos servicios.

Las únicas variables de morbilidad (tabla 9) que no se asocian de forma significativa con la SP

son: padecer alergia y haber sufrido un accidente durante el año anterior a la encuesta. Estas dos variables no se incluyen en los análisis posteriores. La relación entre este grupo de variables independientes y la SP es bastante fuerte. No haber experimentado limitaciones en las actividades habituales incrementa notablemente la probabilidad de valorar la salud de forma positiva. En general, no padecer enfermedad crónica también incrementa la probabilidad de que la SP sea positiva, y en concreto, las enfermedades crónicas que, en bruto, más se relacionan con la SP son el asma o la bronquitis crónica, las enfermedades de corazón y la diabetes.

Tabla 8
Análisis univariable. Utilización de asistencia sanitaria

Utilización de asistencia sanitaria	Porcentaje	SP (+)	SP (-)	χ^2	V	OR (IC95)
<i>Número de medicamentos</i>				1.248,74*	0,442	
Ninguno	48,8	60,9	22,6			13,22 (11,31-15,45)
Uno	31,6	30,3	34,4			4,31 (3,71-5,02)
Dos o más	19,6	8,8	43			1
<i>Consulta médico, dos semanas previas</i>				563,55*	0,297	
Sí	25,1	16,3	44			1
No	74,9	83,7	56			4,03 (3,58-4,54)
<i>Hospitalización, último año</i>				210,81*	0,186	
Sí	8,5	5,1	16			1
No	91,5	94,9	84			3,56 (2,98-4,27)
<i>Utilización urgencias, último año</i>				212,192*	0,183	
Sí	18	13,2	28,4			1
No	82	88,6	71,6			2,6 (2,28-2,96)

* p < 0,001.

Tabla 9
Análisis univariable. Morbilidad

Morbilidad	Porcentaje	SP (+)	SP (-)	χ^2	V	OR (IC95)
<i>Problema que haya limitado actividad, más de diez días</i>				1.087,83*	0,414	
Sí	19,3	8,3	43,5			1
No	80,7	91,7	56,5			8,53 (7,42-9,81)
<i>Enfermedad crónica</i>				853,43*	0,365	
Sí	30,5	19,1	55,3			1
No	69,5	80,9	44,7			5,24 (4,67-5,89)
<i>Hipertensión</i>				414,33*	0,257	
Sí	11,3	5,8	23,3			1
No	88,7	94,2	76,7			4,95 (4,19-5,83)
<i>Colesterol elevado</i>				260,02*	0,203	
Sí	8,2	4,4	16,4			1
No	91,8	95,6	83,6			4,27 (3,54-5,15)
<i>Diabetes</i>				230,79*	0,192	
Sí	5	2,1	11,1			1
No	95	97,9	88,9			5,74 (4,47-7,37)
<i>Asma o bronquitis crónica</i>				244,51*	0,197	
Sí	5	2,1	11,3			1
No	95	97,9	88,7			6,07 (4,71-7,81)
<i>Enfermedad del corazón</i>				258,97*	0,203	
Sí	4,8	1,9	11,2			1
No	95,2	98,1	88,8			6,65 (5,12-8,64)

Tabla 9 (Continuación)
Análisis univariable. Morbilidad

Morbilidad	Porcentaje	SP (+)	SP (-)	χ^2	V	OR (IC95)
Úlcera de estómago						
Sí	3,5	1,7	7,6	139,11*	0,149	1
No	96,5	98,3	92,4			4,86 (3,64-6,48)
Alergia						
Sí	8	6,6	11	35,54*	0,075	
No	92	93,4	89			
Accidente, últimos doce meses						
Sí	8,8	7,8	55,3	16,88*	0,052	
No	91,2	92,2	44,7			
Limitación actividad tiempo libre						
Sí	12,9	6,5	26,7	497,75*	0,279	1
No	87,1	93,5	73,3			5,21 (4,46-6,08)
Limitación actividad principal						
Sí	12,2	6,1	25,4	477,6*	0,274	1
No	87,8	93,9	74,6			5,21 (4,45-6,11)
Quedarse en cama						
Sí	7,3	3,7	15	263,27*	0,203	1
No	92,7	96,3	85			4,64 (3,8-5,66)
Capacidad auditiva						
Normal	92,2	95,1	85,8	164,75*	0,161	3,22 (2,67-3,87)
Mala	7,8	4,9	14,2			1
Capacidad visual						
Normal	94,8	97,2	89,6	161,52*	0,159	4,02 (3,2-5,05)
Mala	5,2	2,8	10,4			

* p < 0,001.

En la tabla 10 se puede observar que la relación entre SP y las variables disponibles sobre estilos de vida es más débil si se compara con los otros grupos de variables, pero aun así la asociación es significativa, con la excepción del nivel de actividad física requerido por la actividad principal del entrevistado (la V de Cramer es menor de 0,1, que es el punto de corte elegido). Es más probable que la gente considere que su salud es

bueno o muy bueno si fuma, consume alcohol o practica algún tipo de actividad física, cuanto más habitual, mejor. No obstante, respecto a esta última variable, las dos últimas categorías son poco frecuentes, especialmente la última. Además, el intervalo de confianza de la OR de ambas categorías se solapa en gran medida, por lo que se decidió combinarlas en una sola a partir de esta fase del análisis.

Tabla 10
Análisis univariable. Estilos de vida

Estilos de vida	Porcentaje	SP (+)	SP (-)	χ^2	V	OR (IC95)
Fumar				80,26*	0,112	
Sí	35,8	39,5	27,9			1,69 (1,5-1,89)
No	64,2	60,5	72,1			1
Consumo de alcohol				315,35*	0,223	
No consume	33,6	26,9	48,2			1
Consume, no de forma habitual	22	24,2	17,2			2,52 (2,17-2,92)
Consumo frecuente vino o cerveza, no whisky, etc.	24,5	25,3	22,9			1,98 (1,72-2,27)
Consumo frecuente vino o cerveza y/o whisky etc.	19,9	23,6	11,8			3,6 (3,05-4,24)
Actividad física, trabajo				23,35*	0,061	
Sedentario	33,2	33,8 \oplus	33 \oplus			
Pocos desplazamientos o esfuerzos	50,7	53,5	49,7			
Llevando peso, desplazamientos frecuentes	12,2	9,9	13,4			
Trabajo pesado, gran esfuerzo físico	3,5	2,7	4			
Actividad física, tiempo libre				226,37*	0,189	
Sedentario	45,6	56,8	40,5			1
Actividad física ocasional	38,5	36,3	39,7			1,53 (1,37-1,72)
Actividad física regular	8,7	4	11			3,86 (3,01-4,95)
Entrenamiento físico semanal	6,9	3	8,8			4,1 (3,09-5,44)

* $p < 0,001$. \oplus REA no significativo, $p > 0,05$.

Análisis multivariable

En la tabla 11 se recogen los resultados del análisis multivariable, teniendo en cuenta la muestra global y todas las variables independientes significativas según los análisis previos. Se muestran dos modelos, uno en el que no se incluye la variable general padecer o no una enfermedad crónica (modelo 1); en el otro (modelo 2) se incluyen las distintas enfermedades crónicas sobre las que se recabó información. Al lado de los intervalos de confianza de la OR se indica el nivel de significación con el que se establece la relación entre SP positiva y la VI. Los intervalos que incluyen el 1 no son significativos.

No existen grandes diferencias entre ambos modelos, excepto en la bondad de ajuste. El modelo 1 se ajusta significativamente bien a los datos, mientras que el modelo 2 no. La fal-

ta de ajuste puede deberse a tres motivos: 1) que se hayan excluido del modelo variables relevantes; 2) que la variabilidad en la variable dependiente exceda la capacidad de predicción de un modelo binomial, es decir, que utilizar una variable dependiente con dos categorías no sea apropiado; y 3) que las variables no se hayan incluido en la forma apropiada. En este caso no parece que la falta de ajuste pueda deberse a los motivos uno y dos, dado que el modelo 1 se ajusta bien a los datos. Sin embargo, la frecuencia de las distintas enfermedades crónicas es muy baja. Por tanto, podría ser que la falta de ajuste se debiera a que se utiliza un grupo muy pequeño para establecer la probabilidad de que se produzca el evento objeto de interés (que la SP sea positiva) en un grupo muy grande. Combinando todas las enfermedades crónicas en una variable más global, como es padecer o no una enfermedad crónica, el tamaño de los grupos se compensa y el ajuste mejora.

Tabla 11
Análisis multivariable. Total de la muestra

Variables sociodemográficas	Modelo 1		Modelo 2	
	OR (IC95%)	TOL.	OR (IC95%)	TOL.
<i>Edad</i>	0,95 (0,92-0,98) †	0,544	0,95 (0,92-0,98) †	0,526
<i>Estudios</i>		0,625		0,623
Ningún estudio / Terminados a los 14-15	1		1	
Terminados a los 16-19	1,2 (0,97-1,48)		1,16 (0,94-1,44)	
Posteriores-universitarios o no	1,44 (1,09-1,91) †		1,4 (1,05-1,85) †	
<i>Situación laboral</i>		0,627		0,626
No trabaja	1		1	
Trabaja	1,13 (0,95-1,35)		1,13 (0,95-1,35)	
Estudiante	1,92 (1,34-2,73) †		1,88 (1,31-2,68) †	
<i>Estatus social</i>		0,674		0,673
Medio a alto	1,65 (1,35-2,03) †		1,66 (1,36-2,03) †	
Medio-bajo a bajo	1		1	
Utilización asistencia sanitaria	RO (IC95%)	TOL.	RO (IC95%)	TOL.
<i>Número de medicamentos</i>		0,643		0,64
Ninguno	3,54 (2,83-4,42) †		3,7 (2,95-4,63) †	
Uno	1,92 (1,57-2,35) †		1,87 (1,53-2,3) †	
Dos o más	1		1	
<i>Consulta con el médico</i>		0,77		0,77
Sí	1		1	
No	1,48 (1,24-1,76) †		1,43 (1,2-1,71) †	
<i>Utilización de urgencias</i>		0,883		0,88
Sí	1		1	
No	1,53 (1,26-1,86) †		1,48 (1,22-1,8) †	
Morbilidad	RO (IC95%)	TOL.	RO (IC95%)	TOL.
<i>Problema que haya limitado actividad</i>		0,794		0,789
Sí	1		1	
No	4,52 (3,75-5,45) †		4,5 (3,73-5,42) †	
<i>Enfermedad crónica</i>		0,758		
Sí	1			
No	2,32 (1,97-2,74) †			
<i>Hipertensión</i>				0,802
Sí			1	
No			1,54 (1,21-1,96) †	
<i>Colesterol elevado</i>				0,899
Sí			1	
No			1,9 (1,46-2,47) †	
<i>Diabetes</i>				0,909
Sí			1	
No			1,51 (1,06-2,16) †	
<i>Asma o bronquitis crónica</i>				0,946
Sí			1	
No			2,7 (1,87-3,91) †	
<i>Úlcera de estómago</i>				0,967
Sí			1	
No			1,96 (1,31-2,93) †	
<i>Limitación actividad de tiempo libre</i>		0,808		0,805
Sí	1		1	
No	2,24 (1,78-2,82) †		2,22 (1,76-2,79) †	
<i>Capacidad visual</i>		0,953		0,948
Normal	1,75 (1,25-2,44) †		1,71 (1,22-2,41)*	
Mala	1		1	

Tabla 11 (Continuación)
Análisis multivariable. Total de la muestra

Estilos de vida	Modelo 1		Modelo 2	
	RO (IC95%)	TOL.	RO (IC95%)	TOL.
<i>Consumo de alcohol</i>		0,932		0,927
No consume	1		1	
Consume, no de forma habitual	1,56 (1,27-1,92) †		1,53 (1,24-1,88) †	
Consumo frecuente vino o cerveza, no whisky, etc.	1,33 (1,1-1,62)*		1,33 (1,09-1,61) †	
Consumo frecuente vino o cerveza y/o whisky, etc.	1,77 (1,41-2,22) †		1,81 (1,45-2,27) †	
<i>Ejercicio físico, tiempo libre</i>		0,914		0,91
Sedentario	1		1	
Alguna actividad física ocasional	1,35 (1,15-1,58) †		1,32 (1,12-1,54) †	
Actividad física regular	2,02 (1,56-2,62) †		2,15 (1,67-2,77) †	
<i>C Hosmer y Lemeshow</i>	9,95; p = 0,268		16,02; p = 0,042	
<i>R²</i>	0,3672		0,3672	

† La OR se ha calculado para un incremento de cinco años; † p < 0,05; * p < 0,01; † p < 0,001.

En general, podría afirmarse que es más probable que las personas valoren su salud de forma positiva si no padecen limitaciones en sus actividades cotidianas. Así, en ambos modelos es cuatro veces y media más probable que las personas valoren positivamente su salud cuando no han tenido ningún problema que haya limitado su actividad en los días previos a la encuesta. No haber sufrido limitaciones en las actividades de ocio multiplica por dos la probabilidad de que la SP sea positiva. Otra variable relevante es el consumo de medicamentos: es tres veces más probable que la valoración de la salud sea positiva si no se toman medicamentos, o casi dos si sólo se consume uno, comparando con tomar dos o más.

No padecer enfermedad crónica multiplica por algo más de dos la probabilidad de que la SP sea positiva. La enfermedad crónica que más se relaciona con la valoración negativa de la SP es padecer asma o bronquitis crónica.

Tras ajustar en función de todas las VI, la influencia de las variables sociodemográficas es pequeña. La relación entre edad y SP es negativa, es decir, al aumentar la edad, disminuye la probabilidad de valorar la salud de forma positiva. Tras ajustar el modelo respecto a las otras VI, no hay diferencias en la SP de las personas laboralmente activas en comparación con las que no ejercen actividad laboral (jubilados, parados o amas de casa). Sin embargo, los estudiantes tienden a valorar su salud de forma más positiva. La relación entre SP y ser estudiante es muy ligera, pero no puede atribuirse a la edad. Las personas con

menos estudios, y de clase social más baja, tienden a valorar su salud de forma más negativa, aunque el efecto es pequeño.

Practicar algún tipo de ejercicio físico de forma regular incrementa en dos veces la probabilidad de que se valore positivamente la salud, cuando se compara con tener un estilo de vida sedentario. La práctica ocasional de ejercicio físico también influye en la SP, pero su efecto es menor. No se ha encontrado relación entre SP y el hábito de fumar, mientras que sí se ha encontrado relación directa entre la probabilidad de percibir la salud de forma positiva y el consumo de bebidas alcohólicas. Consumir este tipo de bebidas, tanto de forma esporádica como habitual, ya sea vino y cerveza, o bebidas de más alta graduación, incrementa la probabilidad de que la SP sea positiva.

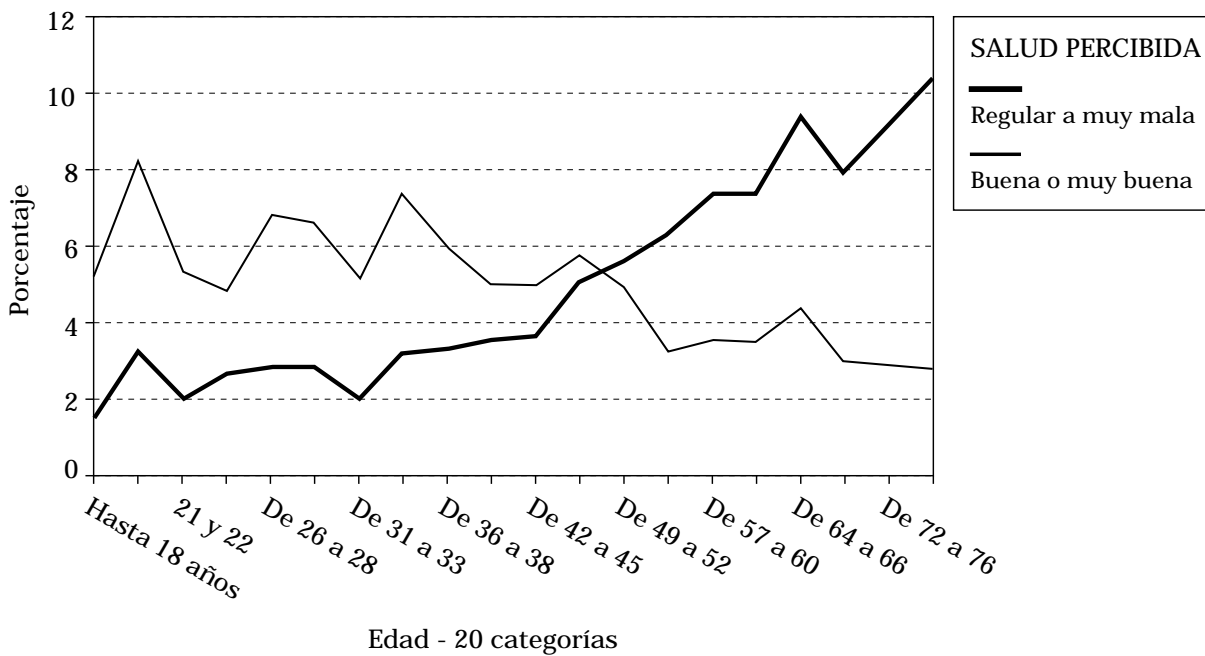
Como se ha mencionado con anterioridad, en los estudios previos no hay acuerdo sobre la relación de la edad y la SP. En algunos trabajos se ha encontrado que la probabilidad de que la SP sea positiva disminuye con la edad, mientras que en otros se ha encontrado la relación inversa. Además, también se ha encontrado que la relación entre SP y edad no es lineal, es decir, en los más jóvenes la SP tiende a empeorar con la edad, pero en los ancianos la relación se invierte, de forma que aumenta la probabilidad de que valoren su salud de forma positiva. En la mayoría de los estudios (por no decir en todos), la variable edad no se incluye en los modelos como variable continua, sino que se agrupa en categorías. En este trabajo se ha incluido como variable conti-

nua, tras comprobar mediante los análisis correspondientes que la relación entre SP y edad era lineal. En la gráfica 2 se representa gráficamente esta relación, dividiendo el intervalo de edades de los sujetos de la muestra en 20 grupos de tamaño igual (mediante percentiles). Se puede observar que en el percentil 13 (entre 49 y 52 años) se cruzan las líneas

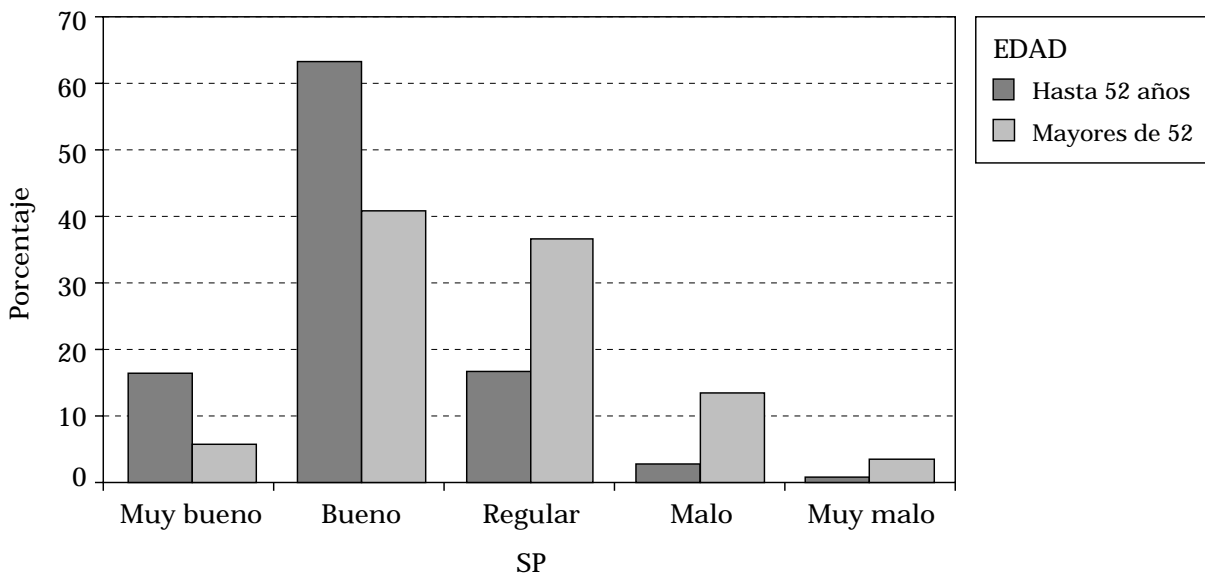
que representan el porcentaje de personas que valoran su salud de forma positiva y de forma negativa. Entre los menores de 52 el porcentaje de sujetos con SP positiva supera a los que tienen SP negativa. A partir de esta edad ocurre lo contrario.

En la gráfica 3 se representa la SP en los dos grupos de edad creados en función de que el

Gráfica 2
Relación entre SP y edad



Gráfica 3
SP sin agrupar y edad



porcentaje de personas con SP positiva superior al de personas con SP negativa, y viceversa, es decir, hasta 52 años y mayores de 52. Puede observarse que, entre los mayores de 52 años, el porcentaje de personas que valora su salud como muy buena o buena es bastante más bajo que en el otro grupo, a la vez que es mucho mayor el porcentaje de personas que valora su salud como regular, mala o muy mala.

La cuestión, entonces, es: ¿por qué es más probable que las personas mayores de 52 años valoren su salud de forma negativa? ¿Es sólo una consecuencia de la edad, o influyen también el resto de variables incluidas en el análisis? En la tabla 12 se reflejan los resultados del análisis mediante χ^2 y V de Cramer comparando los dos grupos de edad analizados.

Tabla 12
Análisis univariable. Hasta 52 años y mayores de 52

Variables sociodemográficas	% total	Hasta 52	Mayores 52	χ^{2**}	V
<i>Estudios</i>		4.178 (65,5)	2.200 (34,5)		
Ningún estudio / Terminados a los 14-15	58,7	47,1	84,5	738,1	0,353
Terminados a los 16-19	26,5	34,4	8,8		
Posteriores-universitarios o no	14,8	18,5	6,7		
<i>Situación laboral</i>				1.566,8	0,498
No trabaja	50,6	32,8	84,3		
Trabaja	38,4	50,5	15,7		
Estudiante	11	16,8	0		
<i>Estatus social</i>				521,38	0,292
Medio a alto	32,3	42,3	13,6		
Medio-bajo a bajo	67,7	57,7	86,4		
Utilización asistencia sanitaria	% total	Hasta 52	Mayores 52	χ^{2**}	V
<i>Número de medicamentos</i>				805,36	0,355
Ninguno	48,9	59,6	28,4		
Uno	31,5	29,8	34,8		
Dos o más	19,6	10,6	36,8		
<i>Consulta con el médico</i>				197,93	0,175
Sí	25,1	19,5	35,6		
No	74,9	80,5	64,4		
<i>Utilización de urgencias</i>				0,089	0,004
Sí	18	17,9*	18,2*		
No	82	82,1*	81,8*		
Morbilidad	% total	Hasta 52	Mayores 52	χ^{2**}	V
<i>Problema que haya limitado actividad</i>				257,89	0,202
Sí	19,4	13,6	30,4		
No	80,6	86,4	69,6		
<i>Enfermedad crónica</i>				990,67	0,394
Sí	30,5	17,3	55,5		
No	69,5	82,7	44,5		
<i>Hipertensión</i>				812,32	0,36
Sí	11,3	3	27,1		
No	88,7	97	72,9		
<i>Colesterol elevado</i>				366,88	0,242
Sí	8,2	3,4	17,3		
No	91,8	96,6	82,7		

Tabla 12 (Continuación)
Análisis univariable. Hasta 52 años y mayores de 52

Morbilidad	% total	Hasta 52	Mayores 52	χ^{2**}	V
<i>Diabetes</i>				362,38	0,24
Sí	5	1,2	12,2		
No	95	98,8	87,8		
<i>Asma o bronquitis crónica</i>				140,09	0,149
Sí	5	2,6	9,5		
No	95	97,4	90,5		
<i>Enfermedad corazón</i>				379,69	0,246
Sí	4,9	1	12,1		
No	95,1	99	87,9		
<i>Úlcera de estómago</i>				68,451	0,105
Sí	3,5	2,1	6,2		
No	96,5	97,9	93,8		
<i>Limitación actividad de tiempo libre</i>				64,64	0,101
Sí	12,9	10,5	17,6		
No	87,1	89,5	82,4		
<i>Capacidad visual</i>				206,42	0,18
Normal	94,8	97,7	89,2		
Mala	5,2	2,3	10,8		
Estilos de vida	% total	Hasta 52	Mayores 52	χ^{2**}	V
<i>Consumo de alcohol</i>				440,28	0,264
No consume	33,6	26	48		
Consume, no de forma habitual	22	25,7	14,9		
Consumo frecuente vino o cerveza, no whisky, etc.	24,5	23,4	26,6		
Consumo frecuente vino o cerveza y/o whisky, etc.	19,9	24,9	10,4		
<i>Ejercicio físico, tiempo libre</i>				309,29	0,221
Sedentario	45,7	41,8	53,2		
Alguna actividad física ocasional	38,6	36,8	42,2		
Actividad física regular	15,6	21,4	4,6		

* REA no significativo, $p > 0,05$; ** $p < 0,001$.

Existen diferencias significativas entre los dos grupos en todas las variables analizadas, con excepción de la utilización de urgencias. En todos los casos, la situación de los mayores de 52 años es peor, por lo que se podría afirmar que el cambio de tendencia en la valoración de la salud se debe a la influencia de todas las variables. Las que tienen una asociación más fuerte con la edad (como refleja la V de Cramer) son: la situación laboral (como se vio previamente, la SP es significativamente mejor únicamente en los estudiantes y, razonablemente, entre los mayores de 52 no hay ninguno), tener enfermedades crónicas, el nivel de estudios y el número de medicamentos

consumidos y, por último, los estilos de vida.

El siguiente paso es analizar si existen diferencias en la importancia que las distintas variables estudiadas tienen sobre la SP, entre los dos grupos creados: personas hasta 52 años y mayores de 52.

En las tablas 13 y 14 se recogen, respectivamente, los resultados del análisis multivariable en el grupo de entrevistados hasta 52 años de edad y en el grupo de mayores de 52 años. En ambas tablas se incluyen dos modelos, uno con la variable «enfermedad crónica» (modelo 1) y otro con las distintas enfermedades crónicas analizadas.

Tabla 13
Hasta 52 años. Análisis multivariable

Variables sociodemográficas	Modelo 1		Modelo 2	
	OR (IC95%)	TOL.	OR (IC95%)	TOL.
<i>Edad</i>	0,9 (0,86-0,95) †	0,521	0,91 (0,86-0,96) †	0,506
<i>Estudios</i>		0,613		0,613
Ningún estudio / Terminados a los 14-15	1		1	
Terminados a los 16-19	1,25 (1,02-1,54) †		1,28 (1,03-1,58) †	
Posteriores-universitarios o no	1,68 (1,17-2,44)*		1,76 (1,21-2,56)*	
<i>Estatus social</i>		0,894		0,893
Medio a alto	2,09 (1,7-2,57) †		2,09 (1,69-2,58) †	
Medio-bajo a bajo	1		1	
Utilización asistencia sanitaria	OR (IC95%)	TOL.	OR (IC95%)	TOL.
<i>Número de medicamentos</i>		0,631		0,626
Ninguno	3,86 (2,86-5,22) †		4,02 (2,97-5,45) †	
Uno	2,02 (1,52-2,68) †		2,09 (1,56-2,79) †	
Dos o más	1		1	
<i>Consulta con el médico</i>		0,767		0,768
Sí	1		1	
No	1,76 (1,4-2,22) †		1,71 (1,35-2,16) †	
<i>Utilización de urgencias</i>		0,881		0,878
Sí	1		1	
No	1,56 (1,23-1,97) †		1,52 (1,2-1,94) †	
Morbilidad	OR (IC95%)	TOL.	OR (IC95%)	TOL.
<i>Problema que haya limitado actividad</i>		0,778		0,772
Sí	1		1	
No	4,78 (3,75-6,08) †		4,79 (3,75-6,12) †	
<i>Enfermedad crónica</i>		0,744		
Sí	1			
No	2,48 (1,98-3,09) †			
<i>Hipertensión</i>				0,803
Sí			1	
No			2,03 (1,25-3,29)*	
<i>Colesterol elevado</i>				0,899
Sí			1	
No			2,16 (1,37-3,41) †	
<i>Diabetes</i>				0,901
Sí			1	
No			3,12 (1,36-7,15)*	
<i>Asma o bronquitis crónica</i>				0,923
Sí			1	
No			2,66 (1,54-4,59) †	
<i>Úlcera de estómago</i>				0,965
Sí			1	
No			2,12 (1,16-3,85) †	
<i>Alergia</i>				0,956
Sí			1	
No			1,89 (1,37-2,59) †	
<i>Limitación actividad de tiempo libre</i>		0,798		0,795
Sí	1		1	
No	1,95 (1,47-2,6) †		1,96 (1,46-2,62) †	
<i>Capacidad auditiva</i>		0,921		0,916
Normal	1,91 (1,22-3)*		1,82 (1,13-2,95) †	
Mala	1		1	

Tabla 13 (Continuación)
Hasta 52 años. Análisis multivariable

Estilos de vida	Modelo 1		Modelo 2	
	OR (IC95%)	TOL.	OR (IC95%)	TOL.
<i>Consumo de alcohol</i>		0,926		0,92
No consume	1		1	
Consume, no de forma habitual	1,57 (1,21-2,03) †		1,5 (1,15-1,96)*	
Consumo frecuente vino o cerveza, no whisky, etc.	1,23 (0,95-1,6)		1,2 (0,92-1,56)	
Consumo frecuente vino o cerveza y/o whisky, etc.	1,66 (1,26-2,19) †		1,71 (1,29-2,27) †	
<i>Ejercicio físico, tiempo libre</i>		0,909		0,906
Sedentario	1		1	
Alguna actividad física ocasional	1,28 (1,04-1,58) ☆		1,28 (1,04-1,59) ☆	
Actividad física regular	1,94 (1,45-2,6) †		1,97 (1,46-2,65) †	
<i>C Hosmer y Lemeshow</i>	4,2; p = 0,838		3,35; p = 0,91	
<i>R²</i>	0,2948		0,3003	

† La OR se ha calculado para un incremento de cinco años, p < 0,001; ☆ p < 0,05; * p < 0,01; † p < 0,001.

Tabla 14
Mayores de 52 años. Análisis multivariable

Variables sociodemográficas	Modelo 1		Modelo 2	
	OR (IC95%)	TOL.	OR (IC95%)	TOL.
<i>Ingresos</i>		0,972		0,972
< 100.000 pts/mes	1		1	
100.001-150.000 pts/mes	1,36 (1,04-1,77) ☆		1,4 (1,07-1,85) ☆	
150.001-300.000 pts/mes	1,63 (1,17-2,28)*		1,63 (1,17-2,29)*	
> 300.000 pts/mes	2,91 (1,34-6,33)*		3,22 (1,41-7,35)*	
No contesta	1,23 (0,92-1,65)		1,23 (0,91-1,65)	
Utilización asistencia sanitaria	OR (IC95%)	TOL.	OR (IC95%)	TOL.
<i>Número de medicamentos</i>		0,71		0,769
Ninguno	3,3 (2,46-4,42) †		4,02 (3,03-5,33) †	
Uno	2,01 (1,56-2,59) †		2,08 (1,62-2,69) †	
Dos o más	1		1	
<i>Utilización de urgencias</i>		0,9		0,898
Sí	1		1	
No	1,66 (1,21-2,26)*		1,66 (1,21-2,27)*	
Morbilidad	OR (IC95%)	TOL.	OR (IC95%)	TOL.
<i>Problema que haya limitado actividad</i>		0,791		0,789
Sí	1		1	
No	3,98 (3,05-5,18) †		3,91 (3-5,11) †	
<i>Enfermedad crónica</i>		0,8		
Sí	1			
No	2,01 (1,61-2,51) †			
<i>Colesterol elevado</i>				0,944
Sí			1	
No			1,56 (1,17-2,08)*	
<i>Asma o bronquitis crónica</i>				0,946
Sí			1	
No			3 (1,91-4,72) †	

Tabla 14 (Continuación)
Mayores de 52 años. Análisis multivariable

Morbilidad	Modelo 1		Modelo 2	
	OR (IC95%)	TOL.	OR (IC95%)	TOL.
Úlcera de estómago Sí No			1 2,07 (1,25-3,43)*	0,965
Limitación actividad de tiempo libre Sí No	1 2,61 (1,83-3,73) †	0,838	1 2,63 (1,83-3,78) †	0,836
Capacidad visual Normal Mala	1,66 (1,16-2,37)* 1	0,967	1,56 (1,09-2,25) ✱ 1	0,963
Estilos de vida	OR (IC95%)	TOL.	OR (IC95%)	TOL.
Consumo de alcohol No consume Consume, no de forma habitual Consumo frecuente vino o cerveza, no whisky, etc. Consumo frecuente vino o cerveza y/o whisky, etc.	1 1,7 (1,25-2,3) † 1,48 (1,15-1,9)* 2,2 (1,53-3,16) †	0,95	1 1,73 (1,27-2,35) † 1,56 (1,21-2,01) † 2,25 (1,56-3,25)*	0,951
Ejercicio físico, tiempo libre Sedentario Alguna actividad física ocasional Actividad física regular	1 1,4 (1,13-1,74)* 2,34 (1,39-3,96)*	0,961	1 1,3 (1,05-1,61) ✱ 2,15 (1,26-3,68)*	0,957
C Hosmer y Lemeshow R ²	8,27; p = 0,408 0,3147		7,9; p = 0,443 0,3215	

✱ p < 0,05; * p < 0,01; † p < 0,001.

Si se comparan los resultados de los análisis multivariable en ambos grupos se observan algunas semejanzas y algunas diferencias. En ambos grupos, la variable que más se relaciona con la SP es haber sufrido un problema que haya limitado la actividad durante más de quince días. En el grupo hasta 52 años, la probabilidad de que la SP sea positiva es 4,78 veces mayor en los que no han sufrido limitación en su actividad en comparación con los que sí la han padecido. En el segundo grupo el resultado es muy similar, ya que la probabilidad es prácticamente cuatro veces mayor. No consumir medicamentos hace que sea entre tres y cuatro veces más probable que se perciba la salud como buena o muy buena en ambos grupos.

Existen algunas diferencias en la influencia de las variables sociodemográficas. En el grupo de entrevistados hasta 52 años de edad, la edad se relaciona significativamente con la SP: la probabilidad de que sea positiva disminuye con la edad. También tienen relación significativa con la SP el nivel de estudios y la

clase social. En relación con esta última, es dos veces más probable que la SP sea positiva en las personas de clase media a alta que en las de clase media-baja o baja. Por el contrario, en el grupo de mayores de 52 años la única variable sociodemográfica que se relaciona significativamente con la SP es el nivel de ingresos.

También hay diferencias importantes en la influencia de las variables de morbilidad sobre la SP. En el grupo hasta 52 años, la influencia de las enfermedades crónicas sobre la SP es mayor que en el de mayores de 52. La probabilidad de que la salud se valore de forma positiva es 2,5 veces mayor entre los que no tienen ninguna enfermedad crónica comparado con los que tienen una o más de una en el primer grupo, y dos veces mayor en el segundo. Las mayores diferencias se dan, no obstante, en el modelo en el que se incluyen todas las enfermedades crónicas. Entre los mayores de 52 años, sólo influyen en la SP el colesterol elevado, el asma o la bronquitis crónica y la úlcera de estómago. Por el contrario, entre los de 52

años o menos influyen todas las enfermedades, exceptuando los problemas de corazón. Además, su influencia sobre la SP es mayor. Asimismo, hay diferencias notables en la relación entre SP y limitaciones en las actividades de tiempo libre. Esta variable tiene un efecto mayor en el grupo de mayores de 52 años que en el de 52 años o menos. Por último, entre los mayores de 52 años la SP se relaciona con la capacidad visual, mientras que en el de personas hasta 52 años la relación se establece con la capacidad auditiva.

Para terminar, es más probable que la SP sea positiva cuando se consume alcohol y cuando se practica ejercicio físico. No obstante, esta relación es mayor en el grupo de los mayores de 52 años que en el de 52 años o menos.

A continuación se recogen los resultados del análisis de la SP en personas a partir de 65 años de edad. Como se ha mencionado en la introducción, muchos de los estudios sobre la SP realizados hasta la fecha se han dirigido a este segmento de la población. Es habitual que en este grupo de personas haya más problemas de salud y limitaciones en las actividades de la vida diaria, por lo que cabría esperar que la valoración de su estado de salud fuera peor que en personas más jóvenes. Como se ha mencionado previamente, esta suposición no está tan clara.

Si se compara la gráfica 1 con la gráfica 4, se observa que el porcentaje de sujetos a partir de 65 años de edad que valora su salud como muy buena o buena es bastante menor que en la muestra total, mientras que es considerablemente más frecuente que valoren su salud como regular o mala.

Una vez establecido que los mayores de 64 años tienden a percibir su salud de forma negativa, hay que tratar de establecer si las diferencias en SP se relacionan con diferencias en el estado de salud. En la tabla 15 se recogen los resultados del análisis univariable (datos brutos) para las personas a partir de 65 años de edad. Si se comparan los porcentajes totales de este grupo con los de la muestra global (tablas 7 a 10) se puede observar que el estado de salud de estos sujetos es peor, de acuerdo con los indicadores de salud seleccionados en el estudio.

En este segmento de la muestra continúa sin haber diferencias entre hombres y mujeres en la SP. Aunque el nivel de ingresos es bastante inferior en comparación con la muestra total, esta variable no influye de forma significativa en la SP. La valoración de la salud entre los mayores de 64 años tampoco se relaciona con tener exceso de colesterol, padecer alergia, haber sufrido un accidente o fumar. El porcentaje de personas de esta edad que realiza una actividad física intensa es muy bajo, motivo por el que estas dos variables se han hecho dicotómicas: no realiza actividad física, realiza algún tipo de actividad física.

Según indica la V de Cramer, las variables que muestran una asociación más fuerte con la SP son: haber tenido un problema que haya limitado la actividad habitual, el consumo de medicamentos, tener alguna enfermedad crónica (y en concreto, asma o bronquitis) y las limitaciones en las actividades de la vida cotidiana. Los resultados reflejados por la OR son ligeramente diferentes. En bruto, la probabilidad de que la SP sea positiva aumenta si la persona, por este orden, no tiene asma o bronquitis crónica, no consume medicamentos o sus actividades de ocio no están limitadas. El efecto de padecer enfermedades crónicas en general, o de las actividades de la vida diaria, es menor.

Gráfica 4

SP sin agrupar. A partir de 65 años

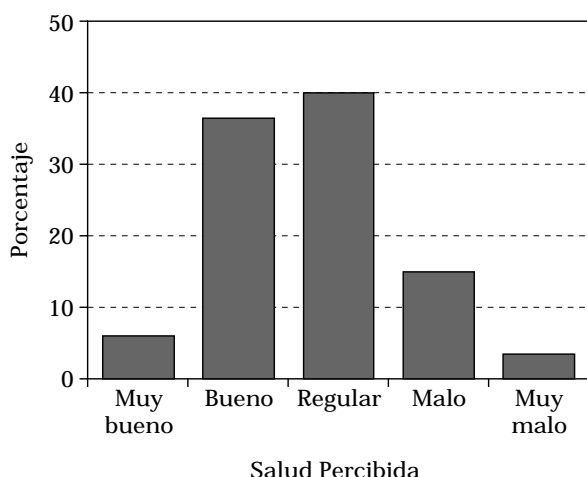


Tabla 15
Análisis univariable. Personas de 65 años en adelante

Variables sociodemográficas	% total	SP (+)	SP (-)	χ^2	V	OR (IC95%)
<i>Estado civil</i>				14,68 \oplus	0,115	
Soltero	6,2	8,6	4,5			2,54 (1,5-4,32) \oplus
Casado, separado o divorciado	63,9	66,6	62			1,45 (1,11-1,9)*
Viudo	29,8	24,8	33,5			1
<i>Sexo</i>				7,87*	0,084	
Hombre	42	46,9	38,5			
Mujer	58	53,1	61,5			
<i>Estudios</i>				18,23 \oplus	0,143	
Ningún estudio / Terminados a los 14-15	86,2	80,9	90,6			1
Terminados a los 16-19	8,3	10,9	6,1			1,99 (1,23-3,24)*
Posteriores, universitarios o no	5,5	8,2	3,3			2,8 (1,52-5,18)*
<i>Ingresos</i>				9,62 \star	0,093	
< 100.000 pts/mes	59,4	56,1	61,9			
100.001-150.000 pts/mes	18,2	18,4	18			
150.001-300.000 pts/mes	6,9	8,8	5,5			
> 300.000 pts/mes	1,4	2,1	0,8			
No contesta	14,2	14,6	13,9			
<i>Clase social</i>				12,12 \oplus	0,106	
Media a alta	9,1	12,7	6,5			2,09 (1,37-3,19) \oplus
Media-baja a baja	90,9	87,3	93,5			1
Utilización asistencia sanitaria	% total	SP (+)	SP (-)	χ^2	V	OR (IC95%)
<i>Número de medicamentos</i>				140,66 \oplus	0,356	
Ninguno	22,1	34,7	12,9			6,53 (4,65-9,17) \oplus
Uno	34,8	41,8	29,8			3,42 (2,55-4,57) \oplus
Dos o más	43,1	23,6	57,3			1
<i>Consulta con el médico</i>				54,01 \oplus	0,221	
Sí	38,4	25,8	47,6			1
No	61,6	74,2	52,4			2,61 (2,01-3,38) \oplus
<i>Hospitalización</i>				30,69 \oplus	0,167	
Sí	13,3	6,7	18,1			1
No	86,7	93,3	81,9			3,1 (2,05-4,7) \oplus
<i>Utilización de urgencias</i>				50,26 \oplus	0,213	
Sí	19,3	9,4	26,5			1
No	80,7	90,6	73,5			3,46 (2,42-4,94) \oplus
Morbilidad	% total	SP (+)	SP (-)	χ^2	V	OR (IC95%)
<i>Problema que haya limitado actividad</i>				147,36 \oplus	0,366	
Sí	33,3	13,1	48,1			1
No	66,7	86,9	51,9			6,12 (4,49-8,36) \oplus
<i>Enfermedad crónica</i>				81,27 \oplus	0,271	
Sí	60,7	45,2	72			1
No	39,3	54,8	28			3,11 (2,42-4) \oplus
<i>Hipertensión</i>				17,68 \oplus	0,127	
Sí	30,1	23,3	35,1			1
No	69,9	76,7	64,9			1,78 (1,36-2,33) \oplus
<i>Colesterol elevado</i>				6,45 \star	0,077	
Sí	16,7	13,4	19,2			
No	83,3	86,6	80,8			

Tabla 15 (Continuación)

Análisis univariable. Personas de 65 años en adelante

Morbilidad	% total	SP (+)	SP (-)	χ^2	V	OR (IC95%)
Diabetes				17,94 \oplus	0,128	1
Sí	14,3	9,1	18,1			
No	85,7	90,9	81,9			2,22 (1,53-3,24) \oplus
Asma o bronquitis crónica				52,76 \oplus	0,219	1
Sí	10,7	2,8	16,5			
No	89,3	97,2	83,5			6,85 (3,8-12,35) \oplus
Enfermedad del corazón				27,96 \oplus	0,16	1
Sí	15,1	8,4	20			
No	84,9	91,6	80			2,72 (1,86-3,98) \oplus
Úlcera de estómago				16,13 \oplus	0,121	1
Sí	5,9	2,6	8,4			
No	94,1	97,4	91,6			3,45 (1,82-6,53) \oplus
Alergia				6,32 \star	0,076	
Sí	7,1	4,8	8,7			
No	92,9	95,2	91,3			
Accidente				7,47*	0,082	
Sí	8,6	5,9	10,5			
No	91,4	94,1	89,5			
Limitación actividad tiempo libre				82,56 \oplus	0,273	1
Sí	18,1	5,8	27,1			
No	81,9	94,2	72,9			6,04 (3,95-9,25) \oplus
Limitación actividad principal				70,86 \oplus	0,253	1
Sí	17,2	6	25,3			
No	82,8	94	74,7			5,31 (3,48-8,1) \oplus
Quedarse en cama				33,47 \oplus	0,174	1
Sí	9,7	3,6	14,1			
No	90,3	96,4	85,9			4,32 (2,54-7,36) \oplus
Capacidad auditiva				13,23 \oplus	0,109	1
Sí	78,4	83,7	74,5			1,75 (1,29-2,37) \oplus
No	21,6	16,3	25,5			1
Capacidad visual				21,7 \oplus	0,14	1
Sí	84,8	90,7	80,5			2,37 (1,63-3,43) \oplus
No	15,2	9,3	19,5			1
Limitación actividades de vida diaria				84,62 \oplus	0,281	1
Sí	33,7	18,1	45,1			
No	66,3	81,9	54,9			3,7 (2,78-4,93) \oplus
Estilos de vida	% total	SP (+)	SP (-)	χ^2	V	OR (IC95%)
Fumar				2,91 \oplus	0,051	
Sí	10,3	12,1	8,9			
No	89,7	87,9	91,1			
Consumo alcohol				42,79 \oplus	0,197	1
No consume	55,7	45,1	63,3			
Consume, no de forma habitual	12,4	16,4	9,4			2,45 (1,68-3,57) \oplus
Consumo frecuente vino o cerveza, no whisky, etc.	24,2	27	22,1			1,71 (1,28-2,3) \oplus
Consumo frecuente vino o cerveza y/o whisky, etc.	7,8	11,5	5,2			3,1 (1,95-4,95) \oplus

Tabla 15 (Continuación)
Análisis univariable. Personas de 65 años en adelante

Estilos de vida	% total	SP (+)	SP (-)	χ^2	V	OR (IC95%)
Actividad física, actividad principal						
No realiza actividad física	40,4	30,9	47,4	30,35 \oplus	0,166	1
Realiza algún tipo de actividad física	59,6	69,1	52,6			2,02 (1,57-2,59) \oplus
Actividad física, tiempo libre						
No realiza ejercicio	55	45,3	62,2	31,29 \oplus	0,168	1
Practica algún tipo de ejercicio físico	45	54,7	37,8			1,99 (1,56-2,53) \oplus

\star p < 0,05; * p < 0,01; \oplus p < 0,001; \oplus p > 0,05.

En la tabla 16 se informa de los resultados del análisis multivariable ajustando a partir de todas las variables relacionadas significativamente con la SP. Igual que se ha hecho con la muestra total, se han ajustado dos modelos,

uno en el que se incluyó la variable «padecer enfermedad crónica» y otro en el que se estudió el efecto de cada una de las enfermedades crónicas sobre las que se preguntó a los entrevistados.

Tabla 16
Análisis multivariable. Personas a partir de 65 años

Variables sociodemográficas	Modelo 1		Modelo 2	
	OR (IC95%)	TOL.	OR (IC95%)	TOL.
Clase social		0,987		0,986
Media a alta	2,13 (1,26-3,59) \oplus		2,05 (1,22-3,45) \oplus	
Media-baja a baja	1		1	
Utilización asistencia sanitaria	OR (IC95%)	TOL.	OR (IC95%)	TOL.
Número de medicamentos		0,72		0,715
Ninguno	2,86 (1,84-4,45) \oplus		4,03 (2,68-6,08) \oplus	
Uno	1,85 (1,3-2,63) \oplus		2,04 (1,44-2,88) \oplus	
Dos o más	1		1	
Utilización de urgencias		0,88		0,878
Sí	1		1	
No	1,94 (1,24-3,03)*		2 (1,28-3,13)*	
Morbilidad	OR (IC95%)	TOL.	OR (IC95%)	TOL.
Problema que haya limitado actividad		0,738		0,736
Sí	1		1	
No	3,18 (2,19-4,62) \oplus		3,18 (2,18-4,63) \oplus	
Enfermedad crónica		0,782		
Sí	1			
No	1,95 (1,4-2,72) \oplus			
Asma o bronquitis crónica				0,899
Sí			1	
No			4,12 (2,11-8,03) \oplus	
Limitación actividad tiempo libre		0,801		0,796
Sí	1		1	
No	2,31 (1,37-3,89)*		2,29 (1,34-3,9)*	

Tabla 16 (Continuación)
Análisis multivariable. Personas a partir de 65 años

Morbilidad	Modelo 1		Modelo 2	
	OR (IC95%)	TOL.	OR (IC95%)	TOL.
Capacidad visual		0,933		
Normal	1,52 (1-2,39)✧			
Mala	1			
Limitación actividades de vida diaria		0,784		0,779
Sí	1		1	
No	1,64 (1,15-2,33)*		1,65 (1,16-2,35)*	
Estilos de vida	OR (IC95%)	TOL.	OR (IC95%)	TOL.
Consumo alcohol		0,936		0,931
No consume	1		1	
Consume, no de forma habitual	2,01 (1,26-3,2)*		2,06 (1,29-3,28)*	
Consumo frecuente vino o cerveza, no whisky, etc.	1,31 (0,91-1,88)		1,33 (0,92-1,92)	
Consumo frecuente vino o cerveza y/o whisky, etc.	2,3 (1,29-4,1)*		2,43 (1,36-4,34)*	
Actividad física, tiempo libre		0,784		0,898
No realiza ejercicio	1		1	
Practica algún tipo de ejercicio físico	1,41 (1,03-1,92)✧		1,34 (1-1,82)✧	
C Hosmer y Lemeshow	9,25; p = 0,3215		6,45; p = 0,5968	
R ²	0,2948		0,3014	

✧ p < 0,05; * p < 0,01; ✧ p < 0,001.

Al igual que ocurre con el total de la muestra, la variable que más influye en la probabilidad de que la SP sea positiva es haber sufrido algún problema que haya limitado la actividad durante más de diez días, seguida por el consumo de medicamentos y las limitaciones en las actividades de tiempo libre. No obstante, también hay algunas diferencias. En la muestra total, la tercera variable en importancia es padecer una enfermedad crónica, mientras que entre las personas de 65 años en adelante esta variable es relativamente menos importante. En cambio, cobra importancia el consumo de alcohol, que influye en la SP en una cantidad similar a las limitaciones en las actividades de tiempo libre. Por otro lado, el ejercicio físico es bastante más relevante a la hora de valorar la salud en la muestra total que en el segmento objeto de este análisis. Las limitaciones en las actividades de la vida diaria no tienen un impacto muy fuerte sobre la SP. También es cierto, como ya se ha visto, que los sujetos de la muestra no presentan grandes limitaciones en sus actividades cotidianas.

Cuando se introducen en el modelo las enfermedades crónicas de forma individual

(modelo 2), se observa que la única enfermedad que influye significativamente en la SP de los mayores de 64 años es el asma o bronquitis crónica. Esta enfermedad, junto con el consumo de medicamentos, son entonces las variables que más influyen en la SP. No hay diferencias notables en el resto de variables. Con este modelo se produce una cierta mejoría en el ajuste y en la cantidad de varianza explicada.

En general, el ajuste de todos los modelos es bueno, con la excepción del modelo para el total de la muestra en el que se incluyen todas las enfermedades crónicas como variables individuales. Los modelos que mejor se ajustan son los que separan entre los entrevistados hasta 52 años y los mayores de 52, es decir, entre el grupo en el que predomina la SP positiva y en el que predomina la SP negativa.

La cantidad de varianza en la SP explicada por cada uno de los modelos se sitúa en el intervalo entre el 29,48 y el 36,72%. El índice de tolerancia es notablemente superior a 0,1 en todas las variables y todos los modelos, lo que indica que no hay problemas de coli-

nealidad o dependencia lineal entre las variables. Además, no se encontró ninguna interacción significativa entre las distintas variables independientes incluidas en los

análisis, es decir, el efecto de las variables sobre la SP no depende de los valores que toman las otras variables incluidas en los modelos.

Discusión

En los análisis realizados se han elaborado distintos modelos y se ha estudiado la relación entre SP y las variables independientes en distintos subgrupos de la muestra de españoles a los que se les realizó la Encuesta Nacional de Salud en 1997. Los resultados obtenidos presentan características singulares, aunque hay también efectos que se repiten. En todos los casos, la variable que más se relaciona con la percepción de la salud es haber tenido algún problema que haya limitado la actividad de la persona durante más de quince días. La OR en todos los casos está en torno a 4, lo que indica que la probabilidad de que la SP sea positiva es cerca de cuatro veces mayor entre los que no han tenido problemas que hayan limitado su actividad. El consumo de medicamentos muestra también un efecto constante sobre la SP en todos los modelos elaborados. La OR de las personas que no consumen medicamentos, comparando con las que toman dos o más, oscila entre 2,86 y 4.

La OR de no padecer enfermedad crónica es también relativamente constante en todos los modelos (entre 2 y 2,5). No obstante, existen diferencias en la importancia del efecto de esta variable en comparación con las otras VI. En concreto, entre las personas de 65 años en adelante (RO = 1,95), es mayor el efecto de las limitaciones en las actividades de ocio, de las variables de estilos de vida y de la clase social. Por otro lado, el asma o la bronquitis crónica es la variable que más influye sobre la SP, y es la única enfermedad crónica que, individualmente, mantiene una relación significativa con la variable dependiente. No obstante, en el grupo en el que predomina la valoración positiva de la salud sobre la negativa (hasta 52 años de edad), la diabetes influye más sobre la SP que el asma. Es posible que esta enfermedad tenga efectos más limitantes en los más jóvenes, mientras que entre los mayores limiten más las dificultades respiratorias.

Si se analiza el efecto de los distintos grupos de variables independientes incluidas en los análisis (variables sociodemográficas, de utilización de asistencia sanitaria, de morbilidad y relacionadas con los estilos de vida), se observa que las variables de utilización de asistencia sanitaria y de morbilidad, que son las

más directamente relacionadas con el estado de salud, manifiestan una relación relativamente constante y fuerte con la SP en todos los grupos analizados. Los resultados coinciden con los de estudios previos.

Entre las variables de utilización de asistencia sanitaria, y como se ha comentado previamente, el consumo de medicamentos se relaciona con bastante fuerza con la SP. Las otras variables (utilización de urgencias y consulta con el médico) reflejan una relación más débil con la SP, pero es también constante entre los distintos grupos analizados, con la excepción de la consulta con el médico en el grupo de 65 años en adelante, que no es significativa.

Mención aparte hay que hacer de la relación entre SP y enfermedades crónicas. En primer lugar, hay que destacar que la prevalencia de cada una de estas enfermedades en la población no es muy elevada. La más frecuente es la hipertensión (11,3%) y la menos habitual la úlcera de estómago (3,5%). No obstante, cuando se combinan todas ellas, nos encontramos con que el 30,5% de la población padece alguna de estas enfermedades, y su efecto sobre la SP varía mucho en función de la edad.

En la muestra total, la relación entre SP y enfermedades crónicas no es muy fuerte, si bien la mayoría de ellas se relacionan significativamente con la SP. Entre los que valoran predominantemente su salud de forma positiva (hasta 52 años), la asociación es bastante más fuerte. Además, influyen casi todas las enfermedades (la única que no se relaciona significativamente con la SP es la enfermedad de corazón, que sólo la padece un 1%). Entre los mayores de 52 años, la relación es similar, pero sólo influyen en la SP el colesterol elevado, el asma y la úlcera de estómago. Por último, la relación más débil se produce en el grupo de personas a partir de 65 años. En éste, además, sólo se relaciona significativamente con la SP el asma o bronquitis crónica. Estos resultados parecen indicar, coincidiendo con trabajos anteriores, que las personas mayores asumen sus enfermedades crónicas como un resultado inevitable del envejecimiento y se adaptan a ellas, no teniéndolas excesivamente en cuenta cuando tienen que

valorar su salud. No obstante, el hecho de que el asma o la bronquitis crónica sea la variable que más se relaciona con la SP en este grupo, indicaría que las dificultades respiratorias tendrían un gran efecto sobre la salud y la capacidad de desenvolverse de este grupo de personas. Por el contrario, en los más jóvenes, dado que son menos habituales, resultan más sobresalientes. Es posible que haya una peor adaptación a los cuidados que estas enfermedades requieren y, por tanto, los que las padecen las tienen muy en cuenta cuando se les pide que valoren su salud.

Estos resultados indican que el efecto de las enfermedades crónicas sobre la SP difiere dentro de la muestra total. Por tanto, parece lógico pensar que la falta de ajuste en el modelo que incluía las enfermedades crónicas y en el que se analizaba el total de la muestra estaba reflejando estas diferencias. Por este motivo, el ajuste de los modelos elaborados sobre distintos segmentos de la muestra en los que se han incluido estas variables, que recogen los efectos diferenciales de las mismas, es mejor que en el modelo en el que se incluía únicamente la variable general «enfermedad crónica». Es decir, las enfermedades crónicas, a pesar de su baja frecuencia, son un indicador potente del estado de salud y hay que tenerlas en cuenta, individualmente, para estudiar qué factores influyen en la valoración del estado de salud.

La relación entre SP y las variables sociodemográficas y de estilos de vida difiere entre los distintos grupos analizados. Los resultados, además, presentan algunas diferencias con los de estudios previos.

No se han encontrado diferencias en la SP de hombres y mujeres en ninguno de los grupos analizados. Aunque el análisis mediante χ^2 reflejara que la SP de las mujeres era significativamente peor que la de los hombres, ya se han comentado previamente los problemas asociados a esta prueba estadística, la V de Cramer indicó que la asociación no era realmente significativa. Es posible que los resultados proporcionados por otros estudios, en los que se encontraron diferencias significativas, se deban precisamente al hecho de que, a partir de los resultados del análisis univariable con χ^2 , se elaboraron modelos diferentes para hombres y mujeres.

Los resultados de este trabajo indican que la valoración de la salud empeora con la edad, es decir, hay una relación inversa entre edad y SP positiva. Sin embargo, la relación únicamente fue significativa en la muestra total y en el grupo hasta 52 años. En principio, pare-

cería que la edad deja de ser una variable relevante para la SP a partir de una determinada edad. En otros estudios se ha encontrado una relación positiva entre la edad y la SP en las personas más ancianas, es decir, a partir de los 75 años aproximadamente, la probabilidad de que la SP fuera positiva se incrementaría con la edad. Aunque los resultados no se muestran, se analizó esta relación en el grupo de entrevistados de 75 o más años y se encontró que la edad volvía a relacionarse de forma significativa con la SP y, además, que esta relación era positiva. No obstante, esta relación sería significativa sólo desde un planteamiento estadístico, es decir, porque p (la probabilidad de que la edad no se relacione con la SP) es menor de 0,05, ya que la OR es igual a uno, lo que indicaría que la probabilidad de que la SP aumente con la edad es igual a la probabilidad de que no lo haga.

Por tanto, los resultados indicarían que la relación entre SP y edad es negativa hasta una determinada edad, a partir de la cual la edad deja de influir de forma significativa en la SP.

En la muestra total, la asociación entre SP y las otras variables socioeconómicas incluidas en el modelo es bastante débil. Los resultados también coinciden con los de estudios previos, mostrando una relación directa entre SP positiva y nivel de estudios y clase social. En relación con la situación laboral, no se han encontrado diferencias significativas en la SP entre los que no trabajan y los trabajadores. No obstante, ser estudiante incrementa casi en dos veces la probabilidad de que la SP sea positiva, una vez que se ha ajustado en función de todas las variables (incluida la edad). Parece, por tanto, que ser estudiante proporciona alguna ventaja adicional en relación con la valoración de la salud, pero no se dispone de datos para estudiar este efecto.

En el grupo en el que predomina la valoración positiva de la salud, la relación entre SP y variables sociodemográficas es ligeramente más fuerte que en la muestra total, especialmente entre SP y clase social. En el grupo de mayores de 52 años, en cambio, la edad, el nivel de estudios, la situación laboral o la clase social no influyen en la SP. A cambio, se ha encontrado una relación relativamente fuerte con el nivel de ingresos.

Por último, entre las personas de 65 años o más, la única variable sociodemográfica que se asocia de forma significativa con la SP es la clase social. Además, es en el grupo en el que la relación entre estas dos variables es más fuerte.

Con las variables de estilos de vida ocurre algo similar, es decir, el efecto de estas variables sobre la probabilidad de valorar positivamente la salud es mayor entre las personas a partir de 65 años que en los otros grupos. En cambio, su influencia en el grupo de personas hasta 52 años es pequeña. Estos resultados contradicen ligeramente a los de trabajos previos, especialmente los realizados en adolescentes. Estos estudios parten del supuesto de que los estilos de vida son especialmente relevantes entre los más jóvenes, ya que suelen tener buena salud. Por tanto, ante la ausencia de información directa sobre su estado de salud, se fijan más en los aspectos de su conducta que pueden tener repercusiones sobre él. En este estudio, por el contrario, la relación entre SP y estilos de vida es más relevante en el grupo de más edad. Es posible que la razón estribe en que las personas utilizan la información sobre sus estilos de vida como criterio para establecer su capacidad para desenvolverse en su vida cotidiana.

Por otro lado, en diversos trabajos en los que se ha analizado el efecto del consumo de alcohol sobre la SP^{47,48} se ha encontrado una relación en forma de U, es decir, la probabilidad de valorar positivamente la salud es mayor entre los que tienen un consumo moderado de bebidas alcohólicas comparado con los que no las consumen. Esta probabilidad es también mayor cuando se compara con los que realizan un consumo frecuente, especialmente de bebidas de más alta graduación. En este trabajo, sin embargo, se ha observado que la probabilidad de que la SP sea positiva es mayor entre los que consumen de forma habitual todo tipo de bebidas alcohólicas.

A pesar de que las conclusiones que se pueden establecer son limitadas por la naturaleza descriptiva de este estudio, es posible que los resultados estén indicando que las personas que no consumen alcohol no lo hacen por motivos de salud, es decir, sería un indicador más de las limitaciones que la salud (o la falta de ella) genera a la persona que tiene que valorar su estado. Esta posibilidad, junto con el hecho de que la relación entre SP y estilos de vida es más fuerte en las personas de más edad, que suelen tener más deteriorada su capacidad funcional, podría sugerir que las variables de estilo de vida actuarían como indicadores de la capacidad funcional, o de la ausencia de limitaciones en la vida cotidiana debidas a la salud.

Según se ha mencionado más arriba, la naturaleza descriptiva de este estudio no permite establecer conclusiones firmes sobre la natu-

raleza de las relaciones entre SP y las variables independientes incluidas en los análisis. No obstante, se considera que los resultados irían a favor de la idea que la SP es el resultado del procesamiento de distintos tipos de información relacionada con la salud. Especialmente relevante parece la información relacionada con el impacto que la salud tiene sobre la vida de la persona. En este sentido, la valoración de la salud no tendría tanto que ver con el estado de salud objetivo o real, sino con la capacidad de la persona para desenvolverse en su vida cotidiana. Esta valoración dependerá, también, de las expectativas del individuo acerca de lo que constituye una capacidad «normal» para realizar sus actividades cotidianas. Estas expectativas, a su vez, podrían depender de la posición o situación que ocupa la persona en su entorno, así como de determinados rasgos o características individuales que determinarán la importancia concedida a las distintas fuentes de información, de sus estrategias de afrontamiento, o de las estrategias de procesamiento de información.

Ya se ha mencionado que existen diferencias y semejanzas entre los distintos subgrupos analizados respecto a los factores que se relacionan con la SP y, especialmente, en la magnitud de la relación. Las semejanzas o elementos comunes indicarían que, con independencia de la edad o de que predomine la positiva o negativa de la salud, la SP se relacionaría directamente con el impacto que la salud y los cuidados para mantenerla o mejorarla tienen sobre la capacidad funcional de la persona. El efecto de las variables de morbilidad está claro, ya que reflejan problemas de salud y su impacto en la capacidad de desenvolverse del individuo. Es posible que las variables de utilización de asistencia sanitaria reflejen también el impacto de tomar medicamentos o acudir a la consulta del médico sobre la vida cotidiana. Otra interpretación, que se considera menos plausible, indicaría que las personas, a partir del hecho de que consumen asistencia sanitaria, infieren que su salud está deteriorada. No obstante, esta interpretación es menos directa. Además, el hecho de que la influencia de estas variables sobre la SP de las personas de más edad sea menor podría indicar, igual que ocurre con las enfermedades crónicas, la adaptación del individuo a la situación, y la disminución de su impacto sobre la vida cotidiana, ya que se consideraría una consecuencia propia del envejecimiento. Por otro lado, acudir a la consulta del médico no interfiere de la misma manera en las actividades de los más jóvenes,

en situación laboral activa, que entre las personas jubiladas.

Las diferencias encontradas en la magnitud de la relación entre SP y variables independientes en los distintos grupos analizados podrían representar apoyo a la idea de que la salud y la enfermedad se definen de forma normalizada⁵, de modo que la evaluación que el individuo hace de su estado de salud dependería, en cierto modo, de su grupo de referencia, es decir, de factores socioculturales, pero también de factores o características psicológicos e individuales.

Mediante los modelos elaborados, y con las variables que se han podido incluir en el estudio, se explica alrededor del 30% de la varianza en la SP. Esto indicaría, por tanto, que hay otras variables relevantes a la hora de valorar el estado de salud que no se han tenido en cuenta. Es posible que únicamente se necesiten otras variables de morbilidad que complementen a las utilizadas en los estudios realizados. No obstante, y de acuerdo con lo anterior, parece lógico pensar que hay otros tipos de información a tener en cuenta.

En uno de los estudios localizados en la revisión de la literatura publicada sobre SP se analizó la relación entre la valoración de la salud y la hipocondría¹. Se incluyeron también variables que reflejaban morbilidad, limitaciones en la capacidad funcional y síntomas psiquiátricos. Los resultados de los análisis realizados indicaron que los principa-

les predictores de la SP eran la hipocondría, la tendencia a la somatización y las limitaciones en las actividades de la vida diaria. Estos factores explicaban más del 76% de la varianza en la SP de los sujetos de la muestra. Aunque los resultados han de tomarse con precaución, dado que es el único estudio localizado en el que se incluye este tipo de variables y que no se informa del modo en que ha calculado ese porcentaje, constituyen un indicio más de que para interpretar la SP conviene recurrir a un más amplio espectro de variables.

Los estudios que se basan en los resultados de encuestas poblacionales presentan diversas limitaciones, entre las que destaca el hecho de no poder seleccionar las variables que se vayan a incluir en los análisis, teniendo que optar entre las comprendidas en la encuesta; y, en la medida en que este tipo de estudios se dirige a evaluar la salud de la población, no se incluye información sobre características de personalidad, estilos cognitivos, estrategias de afrontamiento, etc. Además, únicamente permiten realizar estudios descriptivos.

Por coherencia con esta línea eminentemente «medicalizada», la revisión bibliográfica para el presente estudio se ha realizado sobre la base de datos MEDLINE, lo que ha podido contribuir a omitir trabajos que estudiaran la influencia de variables de mayor contenido psicosocial. Este hecho podría conducir a un enfoque demasiado biomédico del análisis de la SP.

Conclusiones

- La variable que más se relaciona con la percepción de la salud es haber sufrido, durante el último año, algún problema que haya limitado la actividad de la persona durante más de quince días.
- Las variables de utilización de asistencia sanitaria y de morbilidad, que son las más directamente relacionadas con el estado de salud, manifiestan una relación constante y fuerte con la SP en todos los grupos analizados. Los resultados coinciden con los de estudios previos.
- Las enfermedades crónicas, a pesar de su baja frecuencia, constituyen un indicador potente del estado de salud aunque, para estudiar los factores que influyen en la SP, conviene considerarlas por separado.
- Los resultados de este trabajo indicarían que hay una relación negativa entre SP y edad hasta una determinada edad (en torno a los 52 años), a partir de la cual esta variable deja de influir de forma significativa en la SP. Estos resultados difieren de otros estudios, en los que se ha encontrado que la SP mejora a partir de los 75 años.
- No se han encontrado diferencias en la SP de hombres y mujeres. Es posible que los resultados proporcionados por otros estudios, en los que se encontraron diferencias significativas, se deban a que se elaboraron modelos diferentes para hombres y mujeres.
- Las otras variables sociodemográficas mantienen una relación constante, aunque no muy intensa, con la SP en todos los grupos analizados. En la muestra total, los resultados coinciden con los de estudios previos mostrando una relación directa entre SP positiva y nivel de estudios y clase social. Entre los que predomina la valoración positiva de la salud (hasta 52 años), la relación entre SP y variables sociodemográficas es algo más fuerte que en la muestra total, mientras que entre los que predomina la valoración negativa (mayores de 52), la única variable relacionada con la SP es el nivel de ingresos, siendo esta relación bastante fuerte. La relación más fuerte entre SP y clase social se da en el grupo de personas a partir de 65 años. Ésta es la única variable sociodemográfica relacionada con la SP en los encuestados de esta edad.
- El efecto de las variables de estilos de vida sobre la SP es mayor entre las personas de 65 años o más. En cambio, influye poco en el grupo de personas en las que predomina la valoración positiva de la salud. Esta relación podría indicar que las personas utilizan la información sobre sus estilos de vida como criterio para establecer su capacidad para desenvolverse en su vida cotidiana.
- La valoración de la salud reflejaría, fundamentalmente, la capacidad de la persona para desenvolverse en su vida cotidiana, más que el estado de salud objetivo o real.
- Las diferencias en la magnitud de la relación entre SP y variables independientes, en los distintos grupos analizados, podrían representar apoyo a la idea de que la evaluación que el individuo hace de su estado de salud depende, en cierto modo, de su grupo de referencia, es decir, de factores socioculturales, pero también de características psicológicas e individuales.
- Mediante los modelos elaborados, y con las variables disponibles, se explica alrededor del 30% de la varianza en la SP, lo que indica la existencia de otras variables, de mayor contenido psicosocial, que influyen en la valoración del estado de salud.
- En la medida en que las variables se seleccionen atendiendo a la relevancia que presentan para la población en estudio, más que la que les atribuya el investigador, la Encuesta Nacional de Salud puede constituir un instrumento valioso para analizar la situación relativa y comparar la evolución de la SP en nuestro contexto.
- Reconocido el carácter predictivo de la SP en relación con la utilización de servicios sanitarios se infiere que, cuanto mejor se ajusten las variables incluidas en la Encuesta a los factores que influyen en la percepción de la salud, la información proporcionada será más consistente y podría sustentar ciertas decisiones de Política Sanitaria, especialmente en el ámbito de la Ordenación de las Prestaciones y la Organización de Servicios Sanitarios.

Referencias

1. Barsky AJ, Cleary PD & Klerman GL (1992). Determinants of perceived health status of medical outpatients. *Soc Sci Med*, 34, 1147-1154.
2. Ferraro KF & Yu Y (1995). Body weight and self-ratings of health. *J Health Soc Behav*, 36, 274-284.
3. Field A (2000). *Discovering statistics using SPSS for Windows*. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications.
4. Fielding R & Li J (1997). A validation of the concept of current perceived health and the Current Perceived Health-42 (CPH-42) questionnaire. *Qual Life Res*, 6, 35-42.
5. Fylkesnes K & Forde OH (1991). The Tromso Study: predictors of self-evaluated health—has society adopted the expanded health concept? *Soc Sci Med*, 32, 141-146.
6. Fylkesnes K & Forde OH (1992). Determinants and dimensions involved in self-evaluation of health. *Soc Sci Med*, 35, 271-279.
7. Gold M, Franks P & Erickson P (1996). Assessing the health of the nation. The predictive validity of a preference-based measure and self-rated health. *Med Care*, 34, 163-177.
8. Gorrionogoitia IA, Ibáñez PF & Olaskoaga AA (1992). Autopercepción de salud en el anciano: relación con algunas variables socioeconómicas y de salud. *Aten Primaria*, 10, 771-776.
9. Hoeymans N, Feskens EJ, Kromhout D & Van-Den-Bos GA (1999). The contribution of chronic conditions and disabilities to poor self-rated health in elderly men. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 54, M501-M506.
10. Hosmer DW & Lemeshow S (1989). *Applied Logistic Regression*. New York: Wiley.
11. Hosmer DW, Hosmer T, Le Cessie S & Lemeshow S (1997). A comparison of goodness-of-fit tests for the logistic regression model. *Statistics in Medicine*, 16, 965-980.
12. Johnson RJ & Wolinsky FD (1993). The structure of health status among older adults: disease, disability, functional limitation, and perceived health. *J Health Soc Behav*, 34, 105-121.
13. Jylha M, Guralnik JM, Ferrucci L, Jokela J & Heikkinen E (1998). Is self-rated health comparable across cultures and genders? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 53, S144-S152.
14. Kawachi I, Kennedy BP & Glass R (1999). Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *Am J Public Health*, 89, 1187-1193.
15. Krause NM & Jay GM (1994). What do global self-rated health items measure? *Med Care*, 32, 930-942.
16. Lane MJ, Macera CA, Croft JB & Meyer PA (1996). Preventive health practices and perceived health status among women over 50. *Womens Health Issues*, 6, 279-285.
17. Leinonen R, Heikkinen E & Jylha M (1999). A path analysis model of self-rated health among older people. *Aging Milano*, 11, 209-220.
18. Lundberg O & Manderbacka K (1996). Assessing reliability of a measure of self-rated health. *Scand J Soc Med*, 24, 218-224.
19. Manderbacka K, Lahelma E & Martikainen P (1998). Examining the continuity of self-rated health. *Int J Epidemiol*, 27, 208-213.
20. Manor O, Matthews S & Power C (2000). Dichotomous or categorical response? Analysing self-rated health and lifetime social class. *Int J Epidemiol*, 29, 149-157.
21. Martikainen P, Aromaa A, Heliövaara M, Klaukka T, Knekt P, Maatela J & Lahelma E (1999). Reliability of perceived health by sex and age. *Soc Sci Med*, 48, 1117-1122.
22. Miilunpalo S, Vuori I, Oja P, Pasanen M & Urponen H (1997). Self-rated health status as a health measure: the predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population. *J Clin Epidemiol*, 50, 517-528.

23. Mitrushina MN & Satz P (1991). Correlates of self-rated health in the elderly. *Aging Milano*, 3, 73-77.
24. Mittlböck M & Schemper M (1996). Explained variation for logistic regression. *Statistics in Medicine*, 15, 1987-1997.
25. Mulsant BH, Ganguli M & Seaberg EC (1997). The relationship between self-rated health and depressive symptoms in an epidemiological sample of community-dwelling older adults. *J Am Geriatr Soc*, 45, 954-958.
26. Orfila F, Ferrer M, Lamarca R & Alonso J (2000). Evolution of self-rated health status in the elderly: cross-sectional vs. longitudinal estimates. *J Clin Epidemiol*, 53, 563-570.
27. Perula-de TL, Martínez DL I, Ruiz MR & Fonseca-del PJ (1995). Variables relacionadas con el estado de salud autopercebido: estudio poblacional. *Aten Primaria*, 16, 323-329.
28. Piko B (2000). Health-related predictors of self-perceived health in a student population: the importance of physical activity. *J Community Health*, 25, 125-137.
29. Ratner P, Johnson J & Jeffery B (1998). Examining emotional, physical, social and spiritual health as determinants of self-rated health status. *Am J Health Promotion*, 2, 275-282.
30. Roberts G (1999). Age effects and health appraisal: a meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 54, S24-S30
31. Rodin J & McAvay G (1992). Determinants of change in perceived health in a longitudinal study of older adults. *J Gerontol*, 47, 373-384.
32. Ross CE & Bird CE (1994). Sex stratification and health lifestyle: consequences for men's and women's perceived health. *J Health Soc Behav*, 35, 161-178.
33. Shadbolt B (1997). Some correlates of self-rated health for Australian women. *Am J Public Health*, 87, 951-956.
34. Shetterly SM, Baxter J, Mason LD & Hamman RF (1996). Self-rated health among Hispanic vs non-Hispanic white adults: the San Luis Valley Health and Aging Study. *Am J Public Health*, 86, 1798-1801.
35. Smith AM, Shelley JM & Dennerstein L (1994). Self-rated health: biological continuum or social discontinuity? *Soc Sci Med*, 39, 77-83.
36. Vingilis E, Wade TJ & Adlaf E (1998). What factors predict student self-rated physical health? *J Adolesc*, 21, 83-97.
37. Wade TJ & Vingilis E (1999). The development of self-rated health during adolescence: an exploration of inter- and intra-cohort effects. *Can J Public Health*, 90, 90-94.
38. Wolinsky FD & Tierney WM (1998). Self-rated health and adverse health outcomes: an exploration and refinement of the trajectory hypothesis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 53, S336-S340.
39. Borrell C, Rohlfs I, Ferrando J, Pasarin MI, Domínguez-Berjon F & Plasencia A (1999). Social inequalities in perceived health and the use of health services in a southern European urban area. *Int J Health Serv*, 29, 743-764.
40. Damián J, Ruigómez A, Pastor V & Martín-Moreno JM (1999). Determinants of self assessed health among Spanish older people living at home. *J Epidemiol Community Health*, 53, 412-416.
41. Fernández E, Schiaffino A, Rajmil L, Badia X & Segura A (1999). Gender inequalities in health and health care services use in Catalonia (Spain). *J Epidemiol Community Health*, 53, 218-222.
42. Fernández E, Schiaffino A, Rajmil L, Borrell C, García M & Segura A (2000). Desigualdades en salud según la clase social en Cataluña, 1994. *Aten Primaria*, 25, 560-562.
43. Ferrando J, Nebot M, Borrell C & Egea L (1996). Apoyo social y estado de salud percibido en población no institucionalizada de más de 60 años. *Gac Sanit*, 10, 174-182.
44. Gómez-Peligros A, Varona-López W, Alonso-Atienza MC, García-Jimeno L & Menéndez-Obregón J (1993). Salud percibida, utilización de servicios y consumo de medicamentos en población anciana no institucionalizada. *Aten Primaria*, 11, 233-238.
45. Perula-de-Torres LA, Martínez-de-la-Iglesia J, Espejo-Espejo J, Rubio-Cuadrado MV, Enciso-Berge I, Fonseca-del-Pozo FJ & Aranda-Lara JM (1997). Estado de salud de la población mayor de 60 años y su relación con factores sociodemográficos (proyecto ANCO). *Aten Primaria*, 20, 425-434.

46. Regidor E, Barrio G, de la Fuente FL, Domingo A, Rodríguez C & Alonso J (1999). Association between educational level and health related quality of life in Spanish adults. *J Epidemiol Community Health*, 53, 75-82.
47. Gronbaek M, Mortensen EL, Mygind K, Andersen AT, Becker U, Glud C & Sorensen TI (1999). Beer, wine, spirits and subjective health. *J Epidemiol Community Health*, 53, 721-724.
48. Poikolainen K (1996). Alcohol intake and subjective health. *Am J Epidemiol*, 144, 346-350.

Anexo: Preguntas del cuestionario de la Encuesta Nacional de Salud de 1997

P.1 En los últimos doce meses, ¿diría usted que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo?

P.2 Durante los últimos doce meses, ¿ha tenido alguna dolencia, enfermedad o impedimento que le haya limitado su actividad por más de diez días?

P.2a1 y P.2a2 ¿Qué tipo de dolencia/s?

Artrosis, reumatismo, gota, dolor de espalda, lumbago
Gripes, catarros, anginas
Dolores de cabeza
Alergia
Varices
Hemorroides
Fracturas, traumatismos, luxaciones, ligamentos, huesos
Enfermedades y dolores de los ojos
Enfermedades y dolencias de los oídos
Enfermedades y dolencias de corazón y aparato circulatorio
Enfermedades del aparato respiratorio que no sean gripes
Enfermedades del aparato digestivo: esófago, estómago
Enfermedades del aparato digestivo: hígado, vesícula...
Enfermedades genitourinarias: próstata, riñón
Enfermedades de la piel: herpes, forúnculos, hongos
Enfermedades neurológicas: Parkinson, temblores
Parto, embarazo, aborto, hemorragias o problemas de parto
Enfermedades del metabolismo y endocrino
Problemas psíquicos: depresión, nervios, alcohol, drogas
Enfermedades de la boca, dientes
Enfermedades de la sangre y ganglios linfáticos

P.3 ¿Le ha dicho su médico que Vd. padece actualmente alguna de estas enfermedades crónicas?

Hipertensión arterial
Colesterol elevado
Diabetes
Asma o bronquitis crónica
Enfermedad del corazón
Úlcera de estómago
Alergia
No me han dicho que padezca ninguna de estas enfermedades

P.3a Durante los últimos doce meses, ¿esa/s enfermedad/es le han limitado de alguna forma sus actividades habituales?

P.4 ¿Ha tenido Vd. algún accidente de cualquier tipo, incluido agresión, intoxicación o quemaduras, durante los últimos doce meses?

P.4a Y refiriéndonos en concreto al último accidente que haya tenido, si es que ha tenido varios en estos doce meses, ¿dónde tuvo lugar?

Casa, escaleras
Accidente de tráfico en calle o carretera
En la calle, pero no fue de tráfico
En el trabajo o lugar de estudio
Otros
N.C.

P.4b ¿Tuvo que consultar a un médico o a una enfermera, tuvo que acudir a un centro de urgencias o tuvo que ser ingresado en un hospital a consecuencia de este accidente?

Tuvo que consultar a un médico o enfermera
Tuvo que acudir a un centro de urgencias
Tuvo que ser ingresado en un hospital
No fue necesario hacer ninguna consulta ni intervención
N.C.

P.4c ¿Qué efecto o daño le produjo este accidente?

Contusiones, hematomas, esguinces, luxaciones o heridas superficiales
Fracturas o heridas profundas
Envenenamientos o intoxicaciones
Quemaduras
Otros

P.5 Durante las dos últimas semanas, ¿ha tenido que reducir o limitar las actividades que Vd. normalmente realiza en su tiempo libre (p.e., diversiones, paseos, visitas, juegos, etc.) por algún dolor o síntoma?

P.5a ¿Cuántos días?

P.5b ¿Cuál ha sido el dolor o síntoma que le ha obligado a reducir sus actividades en el tiempo libre durante las últimas dos semanas?

Dolor de huesos, de columna o de las articulaciones
Problemas de nervios, depresión o dificultades para dormir
Problemas de garganta, tos, catarro o gripe
Dolor de cabeza
Contusión, lesión o heridas
Dolor de oídos, otitis
Diarrea o problemas intestinales
Ronchas, picor, alergias
Molestias de riñón o urinarias
Problemas de estómago, digestivo, hígado o vesícula biliar
Fiebre
Problemas con los dientes o encías
Mareos o vahídos
Dolor en el pecho
Tobillos hinchados
Ahogo, dificultad para respirar
Cansancio sin razón aparente

P.6 Durante las dos últimas semanas, ¿ha tenido que reducir o limitar su actividad principal (trabajo, estudios, labores del hogar), al menos la mitad de un día, por alguna molestia o síntoma?

P.6a. ¿Cuántos días?

P.6b ¿Cuál ha sido el síntoma o dolor que le obligó a limitar su actividad principal?

- Dolor de huesos, de columna o de las articulaciones
- Problemas de nervios, depresión o dificultades para dormir
- Problemas de garganta, tos, catarro o gripe
- Dolor de cabeza
- Contusión, lesión o heridas
- Dolor de oídos, otitis
- Diarrea o problemas intestinales
- Ronchas, picor, alergias
- Molestias de riñón o urinarias
- Problemas de estómago, digestivo, hígado o vesícula biliar
- Fiebre
- Problemas con los dientes o encías
- Mareos o vahídos
- Dolor en el pecho
- Tobillos hinchados
- Ahogo, dificultad para respirar
- Cansancio sin razón aparente

P.7 Durante las dos últimas semanas, ¿se ha visto obligado a quedarse más de la mitad de un día en la cama por motivo de salud?

P.7a ¿Cuántos días?

P.8 En las dos últimas semanas, ¿ha utilizado algún tipo de medicamento (gotas, pastillas, inyecciones, supositorios, etc.)?

P.8a ¿Qué tipo de medicamento?

P.8b Y los medicamentos que Vd. ha consumido, ¿fueron recetados por el médico?

	P8a.		P8b.	
	Consumido		Recetado	
	Sí	No	Sí	No
Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios	1	2	1	2
Medicinas para el dolor y/o para bajar la fiebre	1	2	1	2
Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos	1	2	1	2
Laxantes	1	2	1	2
Antibióticos	1	2	1	2
Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir	1	2	1	2
Medicamentos para la alergia	1	2	1	2
Medicamentos para la diarrea	1	2	1	2
Medicinas para el reuma	1	2	1	2
Medicinas para el corazón	1	2	1	2
Medicinas para la tensión arterial	1	2	1	2
Medicinas para alteraciones digestivas	1	2	1	2
Antidepresivos, estimulantes	1	2	1	2
Píldoras para no quedarse embarazada	1	2	1	2
Medicamentos o productos para adelgazar	1	2	1	2
Medicamentos para bajar el colesterol	1	2	1	2
Medicamentos para la diabetes	1	2	1	2
Otros	1	2	1	2
N.C.				

P.9 ¿Ha consultado con algún médico por algún problema, molestia o enfermedad suya en las dos últimas semanas?

P.9a ¿Puede recordar cuánto tiempo hace que consultó a un médico por última vez por algo que le pasaba a Vd.?

_____ años

_____ meses

Nunca ha ido al médico

No recuerda

N.C.

P.10 ¿Cuántas veces?

P.10a Y refiriéndonos a la última consulta realizada dentro de las dos últimas semanas, ¿dónde tuvo lugar la consulta que hizo Vd. al médico? (Si ha habido varias consultas en los últimos quince días, referirse a la última de todas.)

Centro de Salud/Consultorio

Ambulatorio/Centro de especialidades

Consulta externa de un Hospital

Servicio de Urgencia de un Ambulatorio

Servicio de Urgencia de un Hospital

Consulta del médico particular

Consulta del médico de una sociedad

Empresa o lugar de trabajo

En el domicilio de Vd.

Consulta telefónica

Otras

N.C.

P.10b ¿Cuál fue el motivo de esta última consulta al médico?

Diagnóstico y/o tratamiento

Revisión

Sólo dispensación de recetas

Parte de baja, confirmación o alta

Otros

N.C.

P.10c ¿Cuál era la especialidad del médico?

Medicina general

Pediatría

Alergología

Cirugía general y digestiva

Cirugía vascular

Aparato digestivo

Dermatología

Endocrinología y nutrición

Geriatría

Ginecología, obstetricia

Internista

Nefrología

Cardiología

Neumología

Psiquiatría
Neurología
Neurocirugía
Oftalmología
Otorrinolaringología
Oncología
Rehabilitación
Reumatología
Traumatología
Urología
Otros
N.S.
N.C.

P.10d Y en esa última consulta médica, ¿podría decirme cuánto tiempo tardó, aproximadamente, en llegar desde su domicilio al lugar de la consulta?

P.10e ¿Y cuánto tiempo tuvo que esperar en el lugar de la consulta desde que llegó hasta que fue atendido por el médico?

P.10f El médico al que acudió en esta última consulta realizada era:

De la Seguridad Social
De la Beneficencia
De una Sociedad Médica
Privado
Otros
N.C.

P.11 Y hablando de otro tipo de problemas, durante los últimos tres meses, ¿ha ido Vd. al dentista, estomatólogo o higienista dental para examen, consejo o tratamiento de problemas de su dentadura o boca?

Sí
No
N.C.

P.11a ¿Cuántas veces?

P.12 Si no ha ido en los últimos tres meses, ¿puede recordar cuánto tiempo hace que acudió al dentista, protésico o higienista dental?

_____ años
_____ meses

Nunca ha ido al dentista
No recuerda
N.C.

P.13 La última vez que acudió al dentista, ¿lo hizo por alguno/s de los motivos siguientes?

Revisión o chequeo
Limpieza de boca
Empastes (obturaciones)
Extracción de algún diente o muela
Poner fundas, puentes y otro tipo de prótesis
Tratamiento de las enfermedades de las encías
Otros
N.C.

P.14 El dentista al que consultó esta última vez era:

De la Seguridad Social
Del Ayuntamiento
De una Sociedad Médica
Privado
Otros
N.C.

P.15 Vamos a preguntarle ahora por el estado de sus dientes:

Tiene caries
Le han extraído dientes o muelas por caries o porque se movían
Tiene dientes o muelas empastados (obturados)
Le sangran las encías al cepillarse o espontáneamente
Se le mueven los dientes o muelas
Lleva fundas (coronas), puentes u otro tipo de prótesis
Le faltan dientes que no han sido sustituidos por prótesis
Tiene o conserva todos sus dientes naturales
N.C.

P.16 Durante los últimos doce meses, ¿ha estado Vd. hospitalizado como paciente, al menos durante una noche?

P.16a ¿Cuántas veces ha estado Vd. hospitalizado en estos últimos doce meses?

P.16b Refiriéndonos sólo al último ingreso hospitalario ocurrido en los últimos doce meses, ¿puede Vd. decirnos, aproximadamente, cuántos días estuvo ingresado en el hospital?

P.16c Refiriéndonos también a este último ingreso hospitalario, ¿cuál fue el motivo de su ingreso en el hospital?

Intervención quirúrgica
Estudio médico para diagnosticar
Tratamiento médico (sin intervención quirúrgica)
Parto

P.16d ¿Estaba Vd. en la lista de espera por este motivo?

P.16e ¿Cuánto tiempo, en meses?

P.16f Y refiriéndonos también al último ingreso hospitalario, ¿la forma de ingreso fue...?

A través del servicio de urgencias
Ingreso ordinario, no ingresó por urgencias
N.C.

P.16g ¿A cargo de quién corrieron los gastos de su hospitalización?

Seguridad Social
Mutualidad obligatoria (MUFACE, ISFAS, etc.)
Beneficencia
Sociedad médica privada (Sanitas, Asisa, Adeslas, etc.)
A su propio cargo
Otros
N.C.

P.17 En estos últimos doce meses ¿ha tenido Vd. que utilizar algún servicio de urgencias por algún problema o enfermedad propio?

Sí, acudí a un centro o servicio
Sí, acudieron a mi domicilio
No

P.17a Y en total, ¿cuántas veces tuvo que utilizar un servicio de urgencias en estos doce últimos meses?

P.17b Refiriéndonos a la última vez que utilizó un servicio de urgencias en estos doce últimos meses, dígame si dicho servicio de urgencias pertenecía a:

Un servicio de urgencias no hospitalario de la Seguridad Social
Un hospital de la Seguridad Social
Un centro no hospitalario de la Seguridad Social (ambulatorio, etc.)
Un servicio privado de urgencias
Un sanatorio, hospital o clínica privada
Una casa de socorro o servicio de urgencias del Ayuntamiento
Otros
N.C.

P.17c ¿Por qué fue Vd. a un servicio de urgencias de un hospital de la Seguridad Social?

Porque el médico se lo mandó
Porque Vd., sus familiares u otras personas lo consideraron necesario
N.C.

P.18 ¿Podría decirme ahora si es Vd. titular y/o beneficiario de alguna/s de las modalidades de Seguro Sanitario (Público y/o Privado) que aparecen en esta tarjeta?

Seguridad Social
Mutualidades del Estado acogidas a la Seguridad Social (MUFACE, ISFAS, etc.)
Mutualidades del Estado acogidas a un seguro privado (MUFACE, ISFAS, etc.)
Seguro médico privado, concertado individualmente (SANITAS, ASISA, ESFERA MÉDICA, Colegios Profesionales, etc.)
Seguro médico concertado por su empresa
No tengo seguro médico, utilizo la beneficencia
No tengo seguro médico, utilizo siempre médicos privados
No tengo seguro médico, tengo iguala con un médico
N.C.

P.19 ¿Fuma Vd.?

Sí, fuma diariamente
Sí fuma, pero no diariamente
No fuma, pero ha fumado
No fuma, ni ha fumado nunca

P.20 ¿Qué cantidad y qué tipo de tabaco fuma Vd. por término medio al día?

_____ cigarrillos
_____ pipas
_____ puros

P.20a ¿A qué edad comenzó Vd. a fumar?

P.20b ¿Diría Vd. que fuma ahora más, menos o igual que hace dos años?

- Más
- Menos
- Igual
- N.C.

P.21a ¿Cuánto tiempo hace que dejó de fumar?

P.21b ¿Cuáles fueron los dos principales motivos que le llevaron a tomar esa decisión?

- Me lo aconsejó el médico
- Sentía molestias por causa del tabaco
- Aumentó mi grado de preocupación por los efectos nocivos del tabaco (riesgo para la salud)
- Sentía que disminuía mi rendimiento, psíquico y/o físico, en general
- Lo decidí sólo por mi propia voluntad
- Otros motivos

P.21c ¿Qué cantidad de tabaco fumaba por término medio al día?

- _____ cigarrillos
- _____ pipas
- _____ puros

P.22 Ahora quisiera hacerle unas preguntas respecto al consumo de bebidas alcohólicas, es decir, cualquier tipo de bebida que contenga alcohol, independientemente de su graduación. ¿Ha bebido Vd. en estas dos últimas semanas alguna bebida alcohólica?

- Sí
- No
- N.C.

P.23 Y con respecto al consumo de bebidas alcohólicas de los siguientes tipos, ¿podría decirme con qué frecuencia los consume Vd.?

	3-4 veces día	2 veces día	1 vez al día	5-6 veces semana	3-4 veces semana	1-2 veces semana	2-3 veces al mes	1 vez al mes aprox.	Menos de una vez/mes	Menos de una vez/año	Nunca
Vino y cava.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Cerveza con alcohol	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Aperitivos.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Sidra	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Brandy, licores	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Whisky	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

P.24 ¿Y qué cantidad de vasos o copas suele Vd. beber cada vez?

Cantidad cada vez

- Vino y cava
- Cerveza con alcohol
- Aperitivos
- Sidra
- Brandy, licores
- Whisky

P.25 Para cada una de estas bebidas, ¿suele consumirlas sólo en días festivos (incluso viernes por la tarde), sólo en días laborables o en ambos indistintamente?

	Sólo festivos	Sólo días laborables	Ambos indistintamente	N.C.
Vino y cava	1	2	3	9
Cerveza con alcohol	1	2	3	9
Aperitivos	1	2	3	9
Sidra	1	2	3	9
Brandy, licores	1	2	3	9
Whisky	1	2	3	9

P.26 ¿Qué edad tenía cuando comenzó a tomar bebidas alcohólicas de forma regular?

P.27 ¿Podría indicarme, aproximadamente, cuántas horas al día duerme Vd. habitualmente?

P.28 Ahora nos gustaría que nos dijera qué tipo de ejercicio físico implica su trabajo o actividad habitual. De las posibilidades que se le indican, ¿cuál diría Vd. que describe mejor su actividad principal? (en el trabajo, centro de enseñanza, labores domésticas, etc.).

Sentado la mayor parte de la jornada
 De pie la mayor parte de la jornada sin grandes desplazamientos o esfuerzos
 Caminando, llevando algún peso, desplazamientos frecuentes
 Trabajo pesado, tareas que requieren gran esfuerzo físico

P.29 ¿Qué tipo de ejercicio físico hace en su tiempo libre? Dígame cuál de estas posibilidades describe mejor la mayor parte de su actividad en su tiempo libre:

No hago ejercicio. Mi tiempo libre lo ocupo casi completamente sedentario
 Alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar, pasear en bicicleta, etc.)
 Actividad física regular, varias veces al mes (tenis, gimnasia, correr, etc.)
 Entrenamiento físico varias veces a la semana

P.30 Pasando a otro tema, querríamos saber si se ha vacunado de la gripe en la última campaña:

Sí
 No
 N.C.

P.30a ¿Quién se lo indicó?

El médico, por mi edad
 El médico, por mis enfermedades
 Me ponen la vacuna en la empresa/centro de estudio
 Yo solicité la vacuna porque prefiero estar vacunado
 El médico, por otras razones
 Otros

P.31 ¿Ha acudido alguna vez a un ginecólogo?

P.31a ¿Cuánto tiempo hace que ha visitado a un ginecólogo por motivos que no hayan sido un embarazo o un parto?

- Menos de 6 meses
- Entre 6 meses y 1 año
- Entre 1 y 3 años
- Hace más de 3 años
- Nunca por otro motivo que no sea embarazo o parto
- N.C.

P.31b ¿Podría decirme el motivo de la última consulta (que no sea embarazo o parto)?

- Por algún problema ginecológico (enfermedad, molestias)
- Para realizar orientación o planificación familiar
- Para revisiones periódicas
- Para realizar detección precoz de cáncer de mama
- Para realizar detección precoz de cáncer de útero
- Por otro motivo
- N.C.

P.32 ¿Podría decirme cuánto pesa, aproximadamente, sin zapatos ni ropa?

p.33 ¿Y cuánto mide, aproximadamente, sin zapatos?

P.34 Y en relación a su estatura, ¿diría Vd. que su peso es...?

- Bastante mayor de lo normal
- Algo mayor de lo normal
- Normal
- Menor de lo normal
- N.S.
- N.C.

P.35 ¿Oye Vd. un programa de televisión a un volumen que otros consideran aceptable (con o sin prótesis auditiva o audífonos)?

- Sí
- No
- N.C.

P.35a ¿Puede oírlo al aumentar el volumen?

- Sí
- No
- N.C.

P.36 ¿Ve Vd. suficientemente bien como para (con gafas o sin gafas o lentillas) reconocer a un amigo a una distancia de cuatro metros (al otro lado de la calle)?

- Sí
- No
- N.C.

P.36a ¿Puede Vd. reconocerlo a una distancia de un metro?

P.37 Edad.

P.38 En relación con las siguientes actividades de la vida cotidiana, ¿es Vd. capaz de realizarlas con ayuda, sin ayuda o no es capaz de realizarlas?

Utilizar el teléfono (buscar el número y marcar)
Comprar comida o ropa
Coger transporte público
Preparar su propio desayuno
Preparar su propia comida
Tomar sus medicinas (acordarse de cantidad y momento en que las tiene que tomar)
Administrar su propio dinero (pagar recibos, tratar con el banco, firmar cheques)
Cortar una rebanada de pan
Fregar los platos
Hacer la cama
Cambiar las sábanas de la cama
Lavar ropa ligera a mano
Lavar ropa a máquina
Limpiar la casa o el piso (fregar el suelo, barrer)
Limpiar una mancha en el suelo
Comer (cortar la comida e introducirla en la boca)
Vestirse y desnudarse y elegir la ropa que debe ponerse
Peinarse (mujer), afeitarse (hombre)
Andar (con o sin bastón)
Levantarse de la cama y acostarse
Cortarse las uñas de los pies
Coser un botón
Lavarse la cara y el cuerpo de la cintura para arriba
Ducharse o bañarse
Subir diez escalones
Andar durante una hora seguida
Quedarse solo durante toda la noche

P.39 Sexo.

P.40 Estado civil:

Soltero
Casado
Separado
Divorciado
Viudo

P.41 ¿Podría decirme si ha ido Vd. a la escuela o ha cursado algún tipo de estudios?

No, es analfabeto
No, pero sabe leer y escribir
Sí, ha ido a la escuela
N.C.

P.41a ¿Cuáles son los estudios de más alto nivel oficial que Vd. ha cursado (con independencia de que los haya terminado o no)? Por favor, especifique lo más posible, diciéndome el curso en que estaba cuando los terminó (o los interrumpió), y también el nombre que tenían entonces esos estudios (ej.: tres años de Estudios Primarios, Primaria, 5.º de Bachillerato, Maestría Industrial, Preuniversitario, 4.º de EGB, Licenciatura, Doctorado, FP1, etc.).

P.41b ¿Podría decirme qué edad tenía cuando terminó esos estudios?

P.41c Estudios:

Ningún estudio
Estudios terminados a los 14-15 años o menos
Estudios terminados a los 16-19 años
Estudios posteriores sin ser universitarios
Estudios universitarios

P.42 ¿En cuál de las siguientes situaciones se encuentra Vd. actualmente?

Trabaja
Jubilado o pensionista (anteriormente trabajando)
Pensionista (anteriormente sus labores)
Parado y ha trabajado antes
Parado y busca su primer empleo
Estudiante
Sus labores

P.42a ¿Cuál es o era su última ocupación? En el caso de pensionista (anteriormente «sus labores»), preguntar la ocupación de la persona que genera la pensión.

P.42b Clase social:

Alta
Media-alta
Media
Media-baja
Baja

P.43 a P.47 Cuestionario infantil.

P.48 ¿Es Vd. la persona que aporta más ingresos al hogar (cabeza de familia)?

Sí
No
N.C.

P.49 ¿Podría decirme si el cabeza de familia ha ido a la escuela o ha cursado algún tipo de estudios?

No, es analfabeto
No, pero sabe leer y escribir
Sí, ha ido a la escuela
N.C.

P.49a ¿Cuáles son los estudios de más alto nivel oficial que ha cursado el cabeza de familia (con independencia de que los haya terminado o no)? Por favor, especifique lo más posible, diciéndome el curso en que estaba cuando los terminó (o los interrumpió), y también el nombre que tenían entonces esos estudios (ej.: tres años de Estudios Primarios, Primaria, 5.º de Bachillerato, Maestría Industrial, Preuniversitario, 4.º de EGB, Licenciatura, Doctorado, FP1, etc.).

P.49b ¿Podría decirme qué edad tenía el cabeza de familia cuando terminó esos estudios?

P.41c Estudios:

Ningún estudio
Estudios terminados a los 14-15 años o menos
Estudios terminados a los 16-19 años
Estudios posteriores sin ser universitarios
Estudios universitarios

P.50 ¿En cuál de las siguientes situaciones se encuentra el cabeza de familia actualmente?

- Trabaja
- Jubilado o pensionista (anteriormente trabajando)
- Pensionista (anteriormente sus labores)
- Parado y ha trabajado antes
- Parado y busca su primer empleo
- Estudiante
- Sus labores

P.50a ¿Cuál es o era la ocupación del cabeza de familia?

P.50b Clase social del cabeza de familia:

- Alta
- Media-alta
- Media
- Media-baja
- Baja

P.51 Nivel de ingresos:

- Menos de 60.000 pts/mes
- De 60.001 a 100.000 pts/mes
- De 100.001 a 150.000 pts/mes
- De 150.001 a 200.000 pts/mes
- De 200.001 a 300.000 pts/mes
- Más de 300.000 pts/mes

