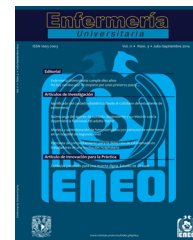




Enfermería Universitaria

www.elsevier.es/reu



ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Salud percibida y salud real: prevalencia en las personas mayores de 60 años

M.C. Pérez-Fuentes*, M.M. Molero, I. Mercader, F.J. Soler Flores,
A. Barragán, Y. Calzadilla y J.J. Gázquez

Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia; Universidad de Almería, Almería, España

Recibido el 19 de octubre de 2014; aceptado el 26 de marzo de 2015
Disponible en Internet el 23 de mayo de 2015

PALABRAS CLAVE

Salud percibida;
Salud real;
Prevalencia;
Anciano;
Adulto mayor;
España

Resumen

Objetivo: Analizar el estado de salud de la población mayor de 60 años y la relación que existe entre la autopercepción de la salud que tienen las personas mayores y su salud real; se valoró la mediación en esta relación de aspectos sociodemográficos como la edad y el género.

Método: Diseño descriptivo, transversal, de prevalencia. **Localización:** 15 centros de día y 10 residencias de la provincia de Almería (España). **Participantes:** 1,220 personas mayores de 60 años ($M = 70.9$; $DT = 7.9$), de los cuales el 48.3% son hombres y el 51.7% mujeres.

Mediciones: Se analizó el género, la edad, el estado civil, la presencia o no de diferentes enfermedades y problemas de salud, y el nivel de salud percibido.

Resultados: Los problemas de salud relacionados con los huesos y articulaciones son los más frecuentes. Existen diferencias significativas ($p = 0.000$) en la percepción de la salud entre ambos géneros; los hombres tienen una mejor percepción de su salud. Hay una relación negativa y significativa ($p < 0.001$) entre la edad y la percepción de la salud. Tanto el número de enfermedades ($r^2 = 0.251$) como la edad ($r^2 = 0.010$) y el género ($r^2 = 0.002$) forman parte del modelo explicativo de la percepción de salud.

Conclusiones: El número de enfermedades, la edad y el género son variables que explican una cuarta parte de la variable subjetiva salud percibida, por tanto ofrecen indicios de poder ser utilizadas en la planificación de las políticas sanitarias.

Derechos Reservados © 2015 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: mpf421@ual.es (M.C. Pérez-Fuentes).

La revisión por pares es responsabilidad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

KEYWORDS

Perceived health;
Real health;
Prevalence;
Aged;
Older adult;
Spain

Perceived health and real health: prevalence among persons aged 60 and older**Abstract**

Objective: To analyze the health of the population aged 60 and older, and the relationship between their perception of their health and their real condition. The relationship with social-demographic issues such as gender was also assessed.

Method: Descriptive, transversal and prevalence study of 15 Day and 10 Residential Centers in the province of Almería (Spain), with 1,220 persons aged 60 and older ($M = 70.9$, $SD = 7.9$), 48.3% male and 51.7% female.

Measurements: Gender, age, civil status, and the presence of pathologies and health problems, as well as the perceived health level were all assessed.

Results: Health problems related to bones and articulations were the most reported. There are significant differences ($P = 0.000$) in the perception of health between both genders; males have a better perception of their health. There is a negative and significant relation ($P < .001$) between age and the perception of health. The number of illnesses ($r^2 = 0.251$), age ($r^2 = 0.010$), and gender ($r^2 = 0.002$) are all part of the explicative model of the perception of health.

Conclusions: The number of illnesses, age, and gender are variables which explain a quarter of the subjective perception of health variable, and thus, they indicate a possible use in the planning of health policies.

All Rights Reserved © 2015 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. This is an open access item distributed under the Creative Commons CC License BY-NC-ND 4.0

PALAVRAS-CHAVE

Saúde percebida;
Saúde real;
Prevalência;
Idoso;
Idoso de 60 anos;
Espanha

Saúde percebida e saúde real: prevalência nas pessoas idosas de 60 anos**Resumo**

Objetivo: Analisar o estado de saúde da população idosa de 60 anos e, a relação que existe entre a auto percepção da saúde que realizam as pessoas idosas e a sua saúde real. Valorizou-se a intermediação de aspetos sócio demográficos como a idade e o género.

Método: Desenho descritivo, transversal de prevalência. **Localização:** 15 centros de dia e 10 moradias da província de Almería (na Espanha). **Participantes:** 1220 pessoas idosas de 60 anos ($M = 70.9$; $DT = 7.9$), das quais o 48.3% são homens e o 51.7% são mulheres.

Medições: Analisou-se o género, a idade, o estado civil, a presença e a não presença de diferentes patologias e problemas de saúde e, o nível de saúde percebido.

Resultados: os problemas de saúde relacionados com os ossos e as articulações são os mais frequentes. Existem diferenças significativas ($p = 0.000$) na percepção de saúde entre ambos os géneros, os homens têm uma melhor percepção da sua saúde. Há uma relação negativa e significativa ($p < 0.001$) entre a idade e a percepção da saúde. Tanto o número de doenças ($r^2 = 0.251$) como a idade ($r^2 = 0.010$) e o género ($r^2 = 0.002$) formam parte do modelo explicativo da percepção da saúde.

Conclusões: O número de doenças, a idade e o género são variáveis que explicam uma quarta parte da variável subjetiva "saúde percebida", portanto, oferecem indícios de poderem ser utilizadas na planificação de políticas sanitárias.

Direitos Reservados © 2015 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a licença de Creative Commons CC License BY-NC-ND 4.0

Introducción

Es un hecho que la esperanza de vida de los seres humanos ha aumentado considerablemente desde la segunda mitad del siglo xx gracias al desarrollo de la medicina, a las políticas de prevención y al control de los riesgos vasculares, lo que sin duda ha repercutido en la estructura de la pirámide

poblacional a nivel mundial¹. No obstante, este incremento en la esperanza de vida ha venido acompañado de forma simultánea, al igual que en el resto de los países industrializados, de enfermedades dependientes relacionadas con la edad², especialmente aquellas cuyos síntomas son cognitivos y mentales, como por ejemplo: la demencia, y sobre todo la demencia tipo alzheimer³.

Según el Instituto Nacional de Estadística en España⁴ la percepción positiva de la salud va decreciendo con el aumento de la edad, siendo múltiples los factores asociados al buen o mal estado de salud percibido⁵. Con el objetivo de mejorar las políticas sanitarias, se busca la relación existente entre la percepción de la salud y la salud real, sin encontrar en muchos casos relación entre ambas^{6,7}, aunque algunos estudios sí apuntan hacia una relación, entre la salud percibida e indicadores de salud desde un punto de vista objetivo, como por ejemplo, la discapacidad física⁸ o la capacidad para la realización de actividades físicas y sociales⁹.

Respecto a los datos objetivos, la última encuesta nacional de salud realizada en nuestro país en 2006, revela que más del 50% de las personas mayores de 65 años sufren hipertensión arterial, más del 50% padecen artrosis, y alrededor del 30% tienen dolores de espalda crónicos cervicales o lumbares; igualmente un porcentaje considerable de trastornos metabólicos, como colesterol alto, así como, cataratas, que rondan el 30%, mientras que otras no superan el 20%, como el estreñimiento crónico y la diabetes. Del mismo modo, casi el 25% manifiestan leves problemas de audición y solo un 7%, presentan dificultades para ver⁴.

Respecto a la información para el cuidado correcto de la creciente población anciana, que presenta variadas enfermedades crónicas, se encuentran un cúmulo de limitaciones. Tal y como señala Martínez Velilla¹⁰, hay una actual tendencia a considerar la comorbilidad como el último síndrome geriátrico y tener un paciente pluripatológico es lo más común. Por otro lado, es destacable que diversas publicaciones que estudian las afecciones de salud en la población mayor se centran en enfermedades individuales, con el objetivo de conocer los resultados de la aplicación de un determinado tratamiento^{11,12}. Aunque también, debido a que la población mayor de 60 años es proclive a la comorbilidad, otros estudios sobre esta temática tienen en cuenta a los ancianos desde un punto de vista multidisciplinar¹³⁻¹⁵.

Entre las enfermedades más comunes en esta etapa, las que más prevalecen son las asociadas al sistema óseo. Muy relacionadas con los dolores óseos están las deformidades de las articulaciones, como un proceso regresivo que trae consigo la disminución de la resistencia del hueso¹⁶; en las mujeres la menopausia tiene gran influencia^{17,18}. Aunque de forma generalizada, son las mujeres quienes muestran peor estado de salud y mayores tasas de discapacidad¹⁹.

El insomnio, en general, es el trastorno del sueño más frecuente y también lo es en la vejez. Aunque estos problemas pueden darse a lo largo de toda la vida, con el paso de los años esta dolencia se acentúa, produciendo una disminución de la calidad de vida y en muchas ocasiones, el uso de fármacos²⁰.

Y por último, la hipertensión tiene también especial incidencia en las personas mayores de 60 años²¹, asociada en muchos casos a la obesidad²² o a la enfermedad cardiovascular; esta última influye de forma directa²³.

Como vemos, son múltiples las enfermedades o problemas de salud de las que es víctima la población anciana. Así, el objetivo de este trabajo se centra, por un lado, en analizar el estado de salud de la población mayor de 60 años con base en la prevalencia de las enfermedades o problemas de salud más comunes, y la influencia en esta presencia de

distintas variables sociodemográficas; y por otro, en analizar la relación entre la autopercepción de la salud que tienen las personas mayores y su salud real, evaluada por el número de enfermedades que padecen, y también se valora la mediación en esta relación de aspectos sociodemográficos como la edad y el género.

Métodos

Se trata de un estudio descriptivo-transversal. La selección de la muestra se realizó mediante muestreo aleatorizado por conglomerados, con base en las diferentes áreas geográficas de la provincia de Almería (centro, levante y poniente), para lo que se seleccionaron de forma aleatoria un total de 15 centros de día y 10 residencias de la provincia de Almería (España) distribuidos en las 3 áreas geográficas. La muestra quedó constituida por 1,220 personas mayores de 60 años.

Para la realización del presente estudio se ha utilizado el *Cuestionario de Necesidades y Demandas de Usuarios de Servicios Sociales para Mayores*²⁴ formado por un total de 69 ítems, del cual se han seleccionado diversas preguntas relacionadas con el estado de salud y las enfermedades o problemas de salud más frecuentes en la población mayor. El ítem sobre «¿Cómo diría usted que es su salud?» posee 5 alternativas de respuesta, otorgándole una puntuación entre 0 y 4; así 0, se corresponde con la peor respuesta «Muy mala», 1 es igual a «Mala», 2 «Regular», 3 «Buena», y finalmente, la mayor puntuación, 4, se corresponde con la mejor opción de respuesta «Muy buena». La otra cuestión analizada en el presente estudio es si «¿Padece usted algún tipo de enfermedad o problema de salud?» contestando «Sí» o «No» a las diferentes enfermedades y problemas de salud que se enumeran de forma separada para que el sujeto responda: problemas de huesos o articulaciones, problemas respiratorios, problemas de corazón (soplo, fibrilación, insuficiencia, etc.), hipertensión, colesterol, problemas circulatorios, problemas digestivos, problemas urinarios, cáncer, diabetes, problemas endocrinos (hipertiroidismo, hipotiroidismo, páncreas, etc.), problemas neurológicos, problemas psicológicos, insomnio/problemas de sueño, problemas de la vista y problemas del oído.

Fueron instruidas 4 personas que se desplazaron a los diferentes centros de día y residencias para personas mayores; se reunieron con responsables y usuarios, y tras obtener el consentimiento informado procedieron a la implementación del cuestionario de forma individual. Por indicación de los responsables de las residencias fueron excluidos aquellos usuarios que no reunían las condiciones de salud para la correcta implementación del cuestionario.

Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS v.15. Los parámetros descriptivos fueron realizados mediante el análisis de frecuencias y la prueba Chi-cuadrado para conocer si las diferencias entre los grupos de género eran significativas. Para la realización de los análisis de puntuaciones medias, hemos realizado previamente una transformación de las alternativas de respuesta y se han puntuado de forma cuantitativa cada una de las 5 opciones de respuesta. Para comprobar si existen diferencias significativas entre las medias, se aplicó la prueba de la *t* de Student para muestras independientes.

Tabla 1 Distribución de la población por género, estado civil y edad

	Género		Estado civil				Edad					
	Hombre	Mujer	Soltero	Casado	Viudo	Divor/Separ	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	≥ 85
n	589	631	82	731	371	36	308	300	250	178	101	83
%	48.3	51.7	6.7	59.9	30.4	3.0	25.2	24.5	20.6	14.6	8.3	6.8

También aplicamos la correlación de Pearson, frecuentemente utilizada en estudios evolutivos²⁵. Se incorporaron las siguientes variables: por un lado, se construyó una nueva variable denominada, *número de enfermedades*, a partir de la suma de enfermedades que los sujetos indicaban tener, así, esta posee un valor que oscila entre 0 y 16 (0=sujetos que no tienen ninguna enfermedad y 16=sujetos que poseen todas las enfermedades por las que se pregunta); y por el otro, se utilizó otra variable, la *percepción que se posee sobre la salud*. Para controlar el efecto en la relación de la variable edad y estado civil, se emplea una correlación biviariada parcial. Y finalmente, se utiliza también el análisis de regresión múltiple paso a paso, para conocer la influencia

del número de enfermedades diagnosticadas y la edad sobre la salud percibida.

Resultados

La muestra quedó compuesta por 1,220 personas mayores de 60 años (M=70.9; DT=7.9), de las cuales el 48.3% son hombres y el 51.7% restante mujeres, con una media de edad de 70.2 (DT=7.6) y 71.6 (DT=8.3) años respectivamente. El 59.9% están casados, el 30.4% son viudos, un 6.7% están solteros y solo un 3% están divorciados o separados. Vemos también en la [tabla 1](#) cómo la muestra se distribuye en 6

Tabla 2 Enfermedades o problemas de salud en función de género y prueba de Chi-cuadrado

Enfermedades o problemas de salud	Sí	Género		Total	χ^2	Sig.
		Masculino	Femenino			
Problemas de huesos o articulaciones	n	233	425	658	95.26	0.000
	%	19.1	34.8	53.9		
Problemas respiratorios	n	128	92	220	10.532	0.001
	%	10	7.5	18.0		
Problemas de corazón	n	109	85	194	5.770	0.016
	%	8.9	7	15.9		
Hipertensión	n	159	181	340	0.434	0.510
	%	13	14.8	27.8		
Colesterol	n	175	168	343	1.433	0.231
	%	14.3	13.7	28.1		
Problemas circulatorios	n	109	199	308	27.408	0.000
	%	8.9	16.3	25.2		
Problemas digestivos	n	100	147	247	7.534	0.006
	%	8.2	12	20.2		
Problemas urinarios	n	113	99	212	2.589	0.108
	%	9.2	8.1	17.3		
Cáncer	n	10	17	27	1.398	0.237
	%	0.8	1.4	2.2		
Diabetes	n	68	85	153	1.031	0.310
	%	5.6	7	12.5		
Problemas endocrinos	n	31	37	68	.215	0.643
	%	2.5	3	5.6		
Problemas neurológicos	n	18	29	47	1.967	0.161
	%	1.5	2.4	3.8		
Problemas psicológicos	n	36	98	134	27.643	0.000
	%	2.9	8	11.0		
Insomnio/Problemas de sueño	n	100	188	288	27.746	0.000
	%	8.2	15.4	23.6		
Problemas de la vista	n	246	315	561	8.156	0.004
	%	20.1	25.8	45.9		
Problemas del oído	n	121	151	272	2.019	0.155
	%	9.9	12.4	22.3		

Tabla 3 Enfermedades o problemas de salud en función del estado civil y los grupos de edad

Enfermedades o problemas de salud	Sí	Estado civil				Edad					
		Soltero	Casado	Viudo	Divor/Separ	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	≥ 85
Problemas de huesos o articulaciones	n	53	354	230	19	138	163	142	108	55	52
	% del total	4.4	29.1	18.9	1.6	11.3	13.4	11.6	8.9	4.5	4.3
Problemas respiratorios	n	15	130	67	8	48	46	43	42	23	18
	% del total	1.2	10.7	5.5	0.7	3.9	3.8	3.5	3.4	1.9	1.5
Problemas de corazón	n	8	112	67	7	35	38	39	40	20	22
	% del total	0.7	9.2	5.5	0.6	2.9	3.1	3.2	3.3	1.6	1.8
Hipertensión	n	18	212	105	5	79	98	60	57	29	17
	% del total	1.5	17.4	8.6	0.4	6.5	8	4.9	4.7	2.4	1.4
Colesterol	n	23	214	98	8	91	83	77	59	19	14
	% del total	1.9	17.6	8	0.7	7.4	6.8	6.3	4.8	1.6	1.1
Problemas circulatorios	n	14	179	107	8	64	69	70	56	28	21
	% del total	1.1	14.7	8.8	0.7	5.2	5.6	5.7	4.6	2.3	1.7
Problemas digestivos	n	13	139	83	12	53	59	44	42	32	17
	% del total	1.1	11.4	6.8	1	4.3	4.8	3.6	3.4	2.6	1.4
Problemas urinarios	n	6	123	78	4	34	34	52	35	30	27
	% del total	0.5	10.1	6.4	0.3	2.8	2.8	4.3	2.9	2.5	2.2
Cáncer	n	2	16	9	0	6	4	9	5	2	1
	% del total	0.2	1.3	0.7	0.0	0.5	0.3	0.7	0.4	0.2	0.1
Diabetes	n	7	93	49	4	39	29	34	27	12	12
	% del total	0.6	7.6	4	0.3	3.2	2.4	2.8	2.2	1	1.0
Problemas endocrinos	n	2	43	21	2	21	22	11	8	5	1
	% del total	0.2	3.5	1.7	0.2	1.7	1.8	0.9	0.7	0.4	0.1
Problemas neurológicos	n	4	29	14	0	8	8	14	8	5	4
	% del total	0.3	2.4	1.1	0.0	0.7	0.7	1.1	0.7	0.4	0.3
Problemas psicológicos	n	4	76	42	11	32	38	26	21	10	7
	% del total	0.3	6.2	3.4	0.9	2.6	3.1	2.1	1.7	0.8	0.6
Insomnio/Problemas de sueño	n	15	167	97	8	63	61	61	58	25	20
	% del total	1.2	13.7	8	0.7	5.2	5	5	4.8	2	1.6
Problemas de la vista	n	38	309	200	12	99	148	105	103	48	58
	% del total	3.1	25.3	16.4	1	8.1	12.1	8.6	8.4	3.9	4.7
Problemas del oído	n	20	133	110	9	53	59	47	44	36	33
	% del total	1.6	10.9	9	0.7	4.3	4.8	3.8	3.6	2.9	2.7

grupos de edades (60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84 y 85 o más), encontrándose casi el 70% de la muestra entre los 3 primeros grupos.

Los problemas relacionados con los huesos o articulaciones son los que mayor prevalencia presentan, seguidos de los problemas de visión, el colesterol alto, la hipertensión y los problemas circulatorios. En función del género, tal y como vemos en la [tabla 2](#), los problemas de

huesos o de articulación, circulatorios, digestivos, psicológicos, insomnio/sueño, y, de la vista están significativamente más presentes entre las mujeres; mientras que los problemas respiratorios y de corazón son significativamente más frecuentes entre los hombres.

El análisis de la prevalencia de las enfermedades que se muestra en la [tabla 3](#) permite observar que, para los distintos estados civiles, son más frecuentes los problemas de

Tabla 4 ¿Cómo diría usted que es su salud?

	n	%	Género			
			Masculino		Femenino	
			n	%	n	%
Muy mala	31	2.5	15	2.6	16	2.5
Mala	141	11.6	56	9.5	85	13.5
Regular	538	44.1	224	38.0	314	49.8
Buena	430	35.2	241	40.9	189	29.9
Muy buena	80	6.6	53	9.0	27	4.3
MD		2.32		2.44		2.20
DT		0.856		0.878		0.818

huesos o articulaciones, y en segundo lugar los problemas de la vista; este mismo comportamiento se encuentra entre los grupos de 60 a 84 años de edad, y es en el grupo de mayor edad (de 85 años y más) en el que esta relación se invierte, es decir los problemas de visión son los más frecuentes y después los de huesos y articulaciones.

Como se observa en la [tabla 4](#), casi el 80% de la muestra valora su salud como «regular» y «buena». El análisis en función del género muestra porcentajes mayores en los hombres en las alternativas «buena» y «muy buena». En el análisis de las puntuaciones medias no se cumple con el criterio de homocedasticidad (prueba Levene $F_{(4,1219)} = 12.796$, $p < 0.05$), por lo que no se asume la igualdad de varianzas en la selección de los valores de la prueba de la t de Student para muestras independientes ($t_{(4,1195)} = 5.042$; $p = 0.000$), lo que refleja la existencia de diferencias significativas en la percepción de la salud entre ambos; los hombres tienen una mejor percepción de su salud. La correlación entre la edad y la percepción de la salud, utilizando el coeficiente de Pearson ($r = -0.191$), indica una relación negativa y significativa ($p < 0.001$) entre ambas, y a medida que aumenta la edad de los sujetos, empeora la percepción de su salud.

Para conocer la relación existente entre la percepción de la salud y el número de enfermedades que el sujeto posee, se utilizó la correlación de Pearson ($r = -0.492$) que muestra la existencia de una relación negativa y significativa entre ambas variables ($p < 0.001$). Es decir, cuanto mejor es la percepción del sujeto sobre su salud, menos son las enfermedades que posee. Esta correlación se mantiene, aun cuando se controle por edad ($r = -0.474$) y por estado civil ($r = -0.489$), nuevamente la relación es negativa y significativa ($p < 0.001$). El análisis de regresión múltiple paso a paso, muestra que, tanto el número de enfermedades ($r^2 = 0.251$), como la edad ($r^2 = 0.010$) y el género ($r^2 = 0.002$) [sin entrar a formar parte en el modelo, el estado civil], explican en un 25.1%, un 1%, y un 0.2% respectivamente, la percepción de salud del sujeto.

Discusión

Uno de los problemas de salud más importantes por su prevalencia entre la población mayor de 60 años está relacionado con los huesos y las articulaciones, lo padecen uno de cada

2 sujetos mayores y es más frecuente en las mujeres, datos coincidentes con los publicados por el INE⁴. Según Impalomeni y Santodirocco¹⁷ las mujeres sufren una pérdida ósea muy rápida entre 5 y 10 años después de la menopausia, por lo que llegan a perder casi la mitad del calcio total que hay en su materia ósea, y además, es una de las enfermedades que más prevalecen en los últimos años de la vida, incrementándose fundamentalmente a partir de los 70 años¹⁸. Quizás la clave sea la repercusión que los problemas relacionados con los huesos y las articulaciones tienen sobre la calidad de vida de las personas; así la mayor prevalencia de estos problemas entre las mujeres podría estar implicando una percepción peor de su salud, aspecto este que debería tenerse en cuenta o que puede ser objeto de investigaciones futuras donde sea incorporada la variable calidad de vida.

La percepción de la salud es mejor entre los hombres, y esa percepción se corresponde también con una menor prevalencia entre los hombres de enfermedades y problemas de salud, por lo que la variable género se constituye en un aspecto a tener en cuenta entre salud real y salud percibida, al igual que la edad, ya que la percepción de la salud empeora a medida que aumenta la edad^{4,5}.

Por último, la utilización del estado de salud percibida como criterio para la valoración del estado de salud real, se ha intentado emplear como un índice subjetivo, que ayude a la realización de las políticas sanitarias. En nuestro caso, la salud real valorada en función del número de enfermedades que padece el sujeto podría ser un buen ejemplo de la correspondencia con un índice más subjetivo de la salud, ya que explica un 25% de las variaciones en la valoración realizada por el sujeto sobre su salud. A este aspecto, debemos añadir la consideración en este estudio de variables socio-demográficas como el género y la edad que median también en la relación existente entre la salud real y la percibida como indicaban Castro-Vázquez et al.⁶.

A pesar de que las correlaciones son significativas, respecto a las variables analizadas, tanto el número de enfermedades como la edad y el género pasan a formar parte del modelo explicativo del índice de salud percibida, pero solo explican algo más de una cuarta parte de esta variable subjetiva; deja así abierto el campo a nuevas investigaciones, que analicen la influencia de otras variables, con el objetivo de que la categoría de salud subjetiva y

autoinformada por el paciente pueda ser utilizada en la planificación de las políticas sanitarias.

Financiación

No se recibió financiamiento para llevar a cabo este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

- Gich J, Quintana M, Zambón D. ¿Existe relación entre el colesterol y el deterioro cognitivo? *Clin Investig Arterioscl.* 2005;17:48–53.
- Formiga F, Ferrer A, Pérez-Castejón JM, et al. Relación entre la pérdida sensorial y la capacidad funcional en personas mayores de 89 años. Estudio Nona Santfeliu. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2006;41:258–63.
- Gázquez JJ, Pérez MC, Lucas F, et al. Prevalencia de los trastornos mentales en la población mayor. *An Psicol.* 2008;24:327–33.
- INE. Encuesta Nacional de Salud. Año 2006. Notas de prensa. España: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. [consultado 21 Sep 2010]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np494.pdf>
- Azpiazu M, Cruz A, Villagrasa JR, et al. Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Rev Esp Salud Pública.* 2002;76:683–99.
- Castro-Vázquez A, Espinosa-Gutiérrez I, Rodríguez-Contreras P, et al. Relación entre el estado de salud percibido e indicadores de salud en la población española. *Int J Clin Health Psychol.* 2007;7:883–98.
- García-Altés A, Pinilla J, Peiró S. Aproximación a los pesos de calidad de vida de los años de vida ajustados por calidad mediante el estado de salud autopercebido. *Gac Sanit.* 2006;20:457–64.
- Lee Y, Shinkai S. A comparison of correlates of self-rated health and functional disability of older persons in the Far East: Japan and Korea. *Arch Gerontol Geriatr.* 2003;37:63–76.
- Leinonen R, Heikkinen E, Jylhä M. Changes in health, functional performance and activity predict changes in self-rated health: A 10-year follow-up study in older people. *Arch Gerontol Geriatr.* 2002;35:79–92.
- Martínez Velilla N. Multimorbilidad: el último de los síndromes geriátricos. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2010;45:177–8.
- Rosso C, Arnau JM. Tratamiento de la hipertensión en pacientes mayores de 80 años. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009;44:162–4.
- Castellote FJ. Mortalidad, colesterol y estatinas en los ancianos. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009;44:289–90.
- Formiga F, Fort I, Robles MJ, et al. Aspectos de comorbilidad en pacientes ancianos con demencia. Diferencias por edad y género. *Rev Clin Esp.* 2007;207:495–500.
- Gázquez JJ, Pérez MC, Fernández M, et al. Old-age stereotypes related to the gerontology education: An intergenerational study. *Eur J Educ Psychol.* 2009;2:263–73.
- Gómez-Pavón J, González P, Francés I, et al. Recomendaciones en la prevención de reacciones adversas a medicamentos en personas mayores con demencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2010;45:89–96.
- Ruiz A. Sobre los cambios osteoarticulares del envejecimiento (I). Efecto de la tensión muscular en el metabolismo del colágeno óseo y en el desarrollo de la deformidad articular de la osteoporosis experimental. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2002;37:311–5.
- Impallomeni M, Santodirocco A. Osteoporosis en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2003;38:54–9.
- Reyes J, Moreno J. Prevalencia de osteopenia y osteoporosis en mujeres posmenopáusicas. *Aten Primaria.* 2005;35:342–7.
- Muñoz F, Espinosa JM. Envejecimiento activo y desigualdades de género. *Aten Primaria.* 2008;40:305–9.
- Marín HA, Franco AF, Vinaccia S, et al. Trastornos del sueño, salud y calidad de vida: una perspectiva desde la medicina comportamental del sueño. *Suma Psicol.* 2008;15:217–40.
- Carretero M. Tratamiento de la hipertensión. *Offarm.* 2009;28:107–10.
- Robles MA, Guzmán JE, Herrera BA, et al. Prevalencia de prehipertensión arterial y de hipertensión arterial y su relación con la obesidad. *Aten Primaria.* 2009;41:473–4.
- Barrios V, Escobar C, Calderón A, et al. Impacto de la presencia de enfermedad cardiovascular en el control de presión arterial y lípidos en la población hipertensa asistida en atención primaria. *Aten Primaria.* 2008;40:21–7.
- Gázquez JJ, Rubio R, Pérez MC, et al. Análisis de los factores predictores de la dependencia funcional en personas mayores. *Intern Jour Psych Psychol Ther.* 2008;8(1):117–26.
- Gázquez JJ, Pérez MC, Carrión JJ. Análisis de la memoria cotidiana en alumnos del programa universitario para mayores. *Eur J Educ Psychol.* 2010;3:155–65.