



Población y Salud en Mesoamérica

Factores asociados a la salud autoevaluada en personas costarricenses: resultados para la cohorte de jubilación de CRELES

Eduardo Aguilar-Fernández y Ana Maricela Carballo-Alfaro.

Cómo citar este artículo:

Aguilar-Fernández, E. y Carballo-Alfaro, A.M. (2021). Factores asociados a la salud autoevaluada en personas costarricenses: resultados para la cohorte de jubilación de CRELES. *Población y Salud en Mesoamérica*, 19(1).
Doi: 10.15517/psm.v19i2.44219



ISSN-1659-0201 <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>

Revista electrónica semestral
[Centro Centroamericano de Población](#)
[Universidad de Costa Rica](#)

Factores asociados a la salud autoevaluada en personas costarricenses: resultados para la cohorte de jubilación de CRELES

*Factors associated with self-rated health in Costa Ricans: results for the CRELES
retirement cohort*

Eduardo Aguilar-Fernández¹ y Ana Maricela Carballo-Alfaro².

Resumen. Introducción: La salud autoevaluada se ha considerado como una medida subjetiva del estado de salud general. El objetivo de este estudio consistió en identificar factores asociados a la salud autoevaluada en personas adultas costarricenses. **Métodos:** la muestra provino de un estudio de corte transversal que incluyó 992 hombres y 1570 mujeres participantes de una nueva corte de jubilación del proyecto Costa Rica: Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable, referido como CRELES-RC. La salud autoevaluada se midió a través de una sola pregunta sobre la valoración del estado de salud, con cinco opciones de respuesta: excelente, muy buena, buena, regular y mala. Se calcularon odds ratios (OR) para cuantificar la contribución de las enfermedades crónicas y otros factores con una mala salud autoevaluada. **Resultados:** por un lado, los modelos de regresión logística determinaron que la salud autoevaluada se asocia con la zona de residencia, el nivel educativo, la percepción de la situación económica, la actividad física, el apoyo emocional y la presencia de enfermedad crónica. Por otro lado, las personas con alguna enfermedad crónica, excepto cáncer, evidenciaron una peor salud autoevaluada; la relación más fuerte se presentó con la artritis, la enfermedad pulmonar y la diabetes. **Conclusiones:** el estudio identificó que la zona de residencia, la actividad física, el nivel educativo, el apoyo emocional y la enfermedad crónica podrían afectar la salud de las personas.

Palabras clave: salud autoevaluada, estado de salud, enfermedad crónica, factores sociodemográficos.

Abstract. Introduction: Self-rated health has been considered a subjective measure of general health status. We aim was identified factors associated with self-rated health in the Costa Ricans adult population. **Methods:** a population cross-sectional study with a total of 992 men and 1570 women representing a new retirement cohort participating in the project Costa Rica: Longevity and Healthy Aging Study and referred to as CRELES-RC. Self-rated health was measured through a single question on the assessment of health status that considers five options: excellent, very good, good, fair and poor. Odds ratios (OR) were calculated to quantify the contribution of chronic diseases and other factors to poor self-rated health. **Results:** The logistic regression models determined that self-rated health is associated with the area of residence, educational level, perception of the economic situation, physical activity, emotional support and the presence of chronic disease. People with a chronic disease, except cancer, indicate poorer self-rated health. The strongest relationship was with arthritis, lung disease, and diabetes. **Conclusions:** the study allowed to identify that the area of residence, education, physical activity, emotional support and chronic illness could affect people's health.

Keywords. self-rated health, health condition, chronic illness, sociodemographic factors.

Recibido: 14 oct, 2020 | **Corregido:** 10 may, 2021 | **Aceptado:** 11 may, 2021

1 Universidad Nacional, Heredia, COSTA RICA. Correo electrónico: eduardo.aguilar.fernandez@una.cr.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7864-2391>

2 Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología, San José, COSTA RICA. Correo electrónico: anamaricelac@hotmail.com.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9278-8808>

1. Introducción

En el año 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS) planteó que la salud no es solamente la ausencia de enfermedades o afecciones, sino, un estado completo de bienestar físico, mental y social. Además, con el paso del tiempo, la concepción de salud ha incluido una serie de factores económicos, políticos, sociales, culturales, biológicos, de servicios de salud y del entorno (Vélez, 2007). Es decir, la salud se convirtió en un proceso dinámico y multidimensional, considera aspectos personales o internos y del ambiente o externos e involucra tanto el funcionamiento objetivo como la percepción de bienestar, en articulación con la calidad de vida (Gil y Gil, 2007).

En cuanto a la salud autoevaluada o autopercebida, esta refiere a una medida de salud de un solo elemento, con la cual las personas califican el estado de su propia salud mediante una escala de cuatro o cinco puntos que varían de excelente a mala o muy mala (Wu et al., 2013). Dicha medida fue adoptada como confiable e importante en relación con la salud general y la calidad de vida (Wang et al., 2018).

Al respecto, instrumentos como la escala de medición de salud autoevaluada de múltiples elementos (Xu, Zhang, Feng y Qiu, 2010), la Encuesta Canadiense de Salud Comunitaria 2.1 (Veenstra, 2011) y el Estudio de Jubilación y Salud (Stephan et al., 2020) se han utilizado para consultar sobre este tema. Así, la aplicación de ese tipo de encuestas es de gran utilidad en la medición de la salud general, pues manifiestan un concepto amplio de ella, al abordarla desde la perspectiva de un estado de bienestar integral (Gil y Gil, 2007).

Ahora bien, según lo descrito en la literatura, se citan distintos factores que influyen en la salud autoevaluada: (1) factores relacionados con la morbilidad (Latham y Peek, 2013); (2) factores demográficos individuales, como edad, educación y nivel de ingreso económico (Wang et al., 2018); (3) prácticas de salud personal, por ejemplo, el nivel de actividad física y el tabaquismo (Mendoza-Romero, Urbina, Cristancho-Montenegro y Rombaldi, 2019); (4) factores psicológico-sociales, entre otros, el apoyo social (Dai et al., 2016; Wang et al., 2018).

En línea con lo anterior, se ha mencionado que para las personas de 50 años y más la salud autoevaluada tiende a deteriorarse de forma moderada con el tiempo (Liang et al., 2010). Asimismo, datos del "Estudio de Salud y Jubilación" sobre personas adultas, cuya edad promedio rondaba los 55 años, revelaron una fuerte asociación entre salud autoevaluada y morbilidad (Latham y Peek, 2013).

En el caso de Costa Rica, los estudios acerca de la salud autoevaluada en personas adultas mayores determinaron que el aumento del nivel de ingresos económicos del hogar podría conducir a una mejora en la salud autoevaluada (Brenes, 2011); sin embargo, también se señaló que la salud autoevaluada en esta población presenta una vinculación negativa con un estado de ánimo depresivo (Reyes-Fernández, Rosero-Bixby y Koivumaa-Honkanen, 2016). De tal forma, el objetivo del presente estudio consistió en identificar factores asociados a la salud autoevaluada en personas adultas costarricenses.

2. Materiales y métodos

2.1 Tipo de estudio

La presente investigación es no experimental, de corte transversal y de diseño correlacional.

2.2 Datos

Los datos provienen de individuos nacidos entre 1945 y 1955, quienes conformaron la corte de jubilación participante en el proyecto Costa Rica: Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable, conocida como CRELES-RC y entrevistada entre enero de 2010 y diciembre de 2011. La ejecución estuvo a cargo de la Universidad de California, Berkeley y el Centro Centroamericano de Población (CCP) de la Universidad de Costa Rica, con fondos del Instituto Nacional sobre el Envejecimiento de los Estados Unidos (subvención NIH R01 AG031716), contó con la aprobación del Comité de Ciencia Ética de la Universidad de Costa Rica, dada en las sesiones celebradas el 24 de abril de 2009, el 10 de agosto de 2009 y el 23 de febrero de 2011 (Dow, Brenes y Rosero, 2013).

De tal modo, la muestra de la presente investigación quedó conformada por 2562 personas participantes en la primera ronda de entrevistas del proyecto CRELES-RC, de las cuales se disponía de mediciones en todas las variables consideradas en el estudio.

2.3 Red de Apoyo Social y persona adulta mayor

La variable dependiente del estudio fue la Salud Autoevaluada, la cual se definió a partir de la pregunta «¿Cómo diría que es su salud ahora?» y presenta una escala de respuestas de 1 a 5 puntos (1 = *excelente*, 2 = *muy buena*, 3 = *buena*, 4 = *regular* y 5 = *mala*). El uso de una sola medida como indicador del estado de salud se ha considerado válida en distintos grupos étnicos (Chandola y Jenkinson, 2000); para efectos de esta investigación, la salud autoevaluada se clasificó en dos categorías: 1 = *negativa* (incluye las calificaciones regular o mala) y 0 = *positiva* (incluye las

calificaciones buena, muy buena o excelente), pues se encontraron resultados similares sobre la salud autoevaluada en modelos de regresión logística y en métodos estadísticos alternativos que incorporan su naturaleza ordenada (Manor, Matthews y Power, 2000).

2.3.1 Variables sociodemográficas

Dentro de estas se contemplaron las variables de edad, sexo, zona de residencia, estado civil y nivel de escolaridad. Además, se incluyó la percepción de la condición económica a partir de la percepción personal de la situación económica; para ello, se preguntó «¿Cómo describiría su situación económica actual?», la escala de respuestas va de 1 (*excelente*) a 5 (*mala*). La operacionalización de estas variables se observa en la tabla 1

Tabla 1

Operacionalización de las variables sociodemográficas

Característica	Categorías
Edad	continua
Sexo	hombre, mujer
Zona de residencia	urbano, rural
Estado civil	con o sin cónyuge
Nivel de escolaridad	primaria o ninguno: 6 años escolaridad o menos secundaria: 7 a 11 años de escolaridad superior: 12 o más años de escolaridad
Percepción económica	negativa: calificación regular o mala positiva: calificación buena, muy buena o excelente

Fuente: Elaboración propia.

2.3.2 Prácticas de salud personal

Se trata del nivel de actividad física (si realizó o no actividad rigurosa durante el último año contado desde el momento de la entrevista), el tabaquismo (si era o no persona fumadora activa) y el consumo de alcohol (si ingirió bebidas alcohólicas en algún momento de la vida).

2.3.3 Apoyo emocional

Las personas entrevistadas en CRELES-RC respondieron siete preguntas, incorporadas en el cuestionario principal del proyecto, acerca del apoyo emocional recibido en diferentes situaciones:

invitación a distraerse y salir con otras personas; disfrutar amor y afecto; posibilidad de hablar con alguien de problemas personales y familiares; posibilidad de hablar con alguien de problemas en el trabajo o en casa; posibilidad de hablar con alguien de problemas económicos; contar con personas que se preocupan de lo que le sucede; recibir consejos útiles cuando ocurre algún acontecimiento importante en la vida y, finalmente, disponer de ayuda cuando se está enfermo en cama. Cada una de estas preguntas se evaluó con una escala de 1 (*nunca*) a 4 (*frecuentemente*). Para el presente estudio, la variable de apoyo emocional se obtuvo al sumar los puntajes de las siete preguntas, así, los puntajes más altos son indicadores de que las personas entrevistadas reciben más apoyo emocional.

2.3.4 Enfermedad crónica

Se definió en tanto la persona reportara la ausencia o presencia de un diagnóstico médico de al menos uno de los siguientes padecimientos: hipertensión, diabetes, colesterol alto, cáncer, enfermedad pulmonar, enfermedad del corazón (infarto o ataque al corazón), artritis, catarata u osteoporosis.

2.4 Análisis de datos

Los datos se describen como promedios y desviación estándar en el caso de variables continuas y cantidad y porcentaje para variables categóricas según el sexo. El análisis estadístico de variables continuas fue realizado con la prueba de suma de rangos de Wilcoxon y el de las variables categóricas, con la prueba chi cuadrado.

Se construyeron modelos de regresión logística bivariada y multivariada para estimar los odds ratios (OR) y sus respectivos intervalos de confianza del 95 %, con el fin de identificar los diferentes factores asociados con la salud autoevaluada. Para eso, se consideraron las variables sociodemográficas, el apoyo emocional, las prácticas personales de salud y la enfermedad crónica. También, se estudió el efecto de cada enfermedad en la autoevaluación de la salud. En el análisis estadístico se utilizó el programa STATA versión 13.1 (stat Corp. USA) y los valores $p < 0,05$ se consideraron estadísticamente significativos.

3. Resultados

La información analizada provino de 2562 personas adultas con una edad promedio de 59,6 años. El índice de apoyo emocional promedio es de 25,9 (DE = 5,19) y este es mayor en las mujeres ($p <$

0,001). El 43,4 % de las personas entrevistadas reside en zona rural y el 67,2 % indicó poseer nivel educativo de primaria o ninguno. La percepción económica negativa (regular o mala) se presenta en el 54,4 % de la población. El 11,4 % de las personas entrevistadas afirmó fumar activamente y esta práctica es más elevada en los hombres (19,0 % vs. 6,5 %, $p < 0,001$). La proporción de personas que consumieron alguna vez bebidas alcohólicas es del 40,0 %. El 28,0 % de la población manifestó haber realizado ejercicio o actividad física rigurosa en el último año. Un 79,3 % de las personas reportaron diagnóstico médico de al menos una enfermedad crónica, la hipertensión y el colesterol alto son las de mayor prevalencia (49,2 % y 48,1 %, respectivamente), mientras que, el cáncer y el ataque al corazón son las de menor (4,8 % y 3,0 %, respectivamente) (tabla 2).

Tabla 2

Costa Rica. Características descriptivas de la cohorte de jubilación de CRELES

Característica	Total (n = 2562)	Hombres (n = 992)	Mujeres (n = 1570)	<i>p</i>
Edad, (DE)	59,6 (3,19)	59,6 (3,20)	59,7 (3,18)	0,663
Zona rural, n (%)	1112 (43,4)	480 (48,4)	632 (40,2)	< 0,001
Escolaridad, n (%)				0,042
Primaria o menos	1722 (67,2)	646 (65,1)	1076 (68,5)	
Secundaria	472 (18,4)	182 (18,3)	290 (18,5)	
Superior	368 (14,4)	164 (16,5)	204 (13,0)	
Tiene cónyuge, si, n (%)	1641 (64,0)	785 (79,1)	856 (54,5)	< 0,001
Percepción económica, n (%)	1393 (54,4)	605 (61,0)	788 (50,2)	< 0,001
Percepción salud, negativa, n (%)	1208 (47,2)	447 (45,1)	761 (48,5)	0,092
Tabaquismo, si, n (%)	291 (11,4)	189 (19,0)	102 (6,5)	< 0,001
Alcohol, si, n (%)	1026 (40,0)	508 (51,2)	518 (33,0)	< 0,001
Actividad física, si, n (%)	716 (28,0)	455 (45,9)	261 (16,6)	< 0,001
Apoyo emocional, (DE)	25,9 (5,20)	25,5 (5,12)	26,2 (5,23)	< 0,001
Enfermedad crónica, n (%)	2031 (79,3)	690 (69,6)	1341 (85,4)	< 0,001
Hipertensión, si, n (%)	1270 (49,2)	397 (40,1)	860 (54,8)	< 0,001
Diabetes, si, n (%)	486 (19,0)	167 (16,8)	319 (20,3)	0,028
Colesterol, si, n (%)	1232 (48,1)	367 (37,0)	865 (55,1)	< 0,001
Cáncer, si, n (%)	124 (4,8)	35 (3,5)	89 (5,7)	0,014

Continúa...

Enfermedad pulmonar, si, n (%)	353 (13,8)	92 (9,3)	261 (16,6)	< 0,001
Enfermedad del corazón, si, n (%)	78 (3,0)	31 (3,1)	47 (3,0)	0,850
Artritis, si, n (%)	271 (10,6)	55 (5,5)	216 (13,8)	< 0,001
Catarata, si, n (%)	452 (17,6)	193 (19,5)	259 (16,5)	0,056
Osteoporosis, si, n (%)	179 (7,0)	12 (1,2)	167 (10,6)	< 0,001

DE: Desviación estándar. Fuente: CRELES-RC. 2011.

Por su parte, los modelos de regresión logística multivariados evidenciaron que la edad, el sexo, el tabaquismo y el consumo de bebidas alcohólicas no influyen en la salud autoevaluada. Además, existe asociación entre salud autoevaluada y vivir en zona rural (OR = 1,34; IC95 %: 1,12 – 1,60), tener un nivel educativo de primaria o menor (OR = 3,03; IC95 %: 2,23 – 3,87) y presentar una negativa situación económica autoevaluada (OR = 3,22, IC95%: 2,68 – 3,87). Igualmente, existe relación entre la salud autoevaluada y el apoyo emocional (OR = 0,96, IC95 %: 0,94 – 0,97), presencia de enfermedad crónica (OR = 3,12, IC95 %: 2,45 – 3,93) y actividad física (OR = 0,76, IC95 %: 0,62 – 0,94) (tabla 3).

Tabla 3

Costa Rica. Factores asociados a la salud autoevaluada en la cohorte de jubilación de CRELES. OR (IC95 %)

Factor	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4
Edad	1,01 (0,98 – 1,03)	1,01 (0,98 – 1,03)	1,00 (0,98 – 1,02)	0,99 (0,96 – 1,01)
Sexo (ref: Hombre)				
Mujer		1,38 (1,15 – 1,66)*	1,24 (1,02 – 1,51)*	1,12 (0,91 – 1,37)
Zona (ref: Urbana)				
Rural		1,28 (1,08 – 1,53)*	1,31 (1,10 – 1,57)*	1,34 (1,12 – 1,60)*
Escolaridad (ref: Universitaria)				
Secundaria		1,84 (1,32 – 2,58)**	1,82 (1,30 – 2,54)**	1,85 (1,31 – 2,61)**
Primaria o ninguna		3,27 (2,43 – 4,41)**	3,16 (2,34 – 4,27)**	3,03 (2,23 – 4,11)**
Tiene cónyuge (ref: No)				
Sí		1,16 (0,97 – 1,39)	1,16 (0,97 – 1,40)	1,22 (1,01 – 1,48)*
Percepción económica (ref: Positiva)				
Negativa		3,23 (2,70 – 3,87)**	3,17 (2,65 – 3,79)**	3,22 (2,68 – 3,87)**
Tabaquismo (ref: No)				
Sí			1,25 (0,95 – 1,64)	1,27 (0,96 – 1,68)

Continúa...

Factor	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4
Alcohol (ref: No)				
Sí			0,82 (0,69 – 0,98)*	0,84 (0,70 – 1,01)
Actividad física (ref: No)				
Sí			0,72 (0,57 – 0,88)*	0,76 (0,62 – 0,94)*
Apoyo emocional				0,96 (0,94 – 0,97)**
Enfermedad crónica (ref: No)				
Sí				3,11 (2,47 – 3,93)**

Fuente: CRELES-RC. 2011.

ref: categoría de referencia, *: $p < 0,05$; **: $p < 0,001$

Modelo 1: ajuste edad.

Modelo 2: ajuste por edad, sexo, zona de residencia, escolaridad, tenencia de cónyuge y percepción económica.

Modelo 3: incluye las variables del modelo 2 más tabaquismo, consumo de alcohol y actividad física.

Modelo 4: incluye las variables del modelo 3 más el índice de apoyo emocional y la presencia de enfermedad.

Por último, los análisis de regresión logística también mostraron OR de al menos el doble en la mayoría de las enfermedades consideradas en el estudio, excepto el colesterol (OR = 1,72; IC95 %: 1,47 – 2,02), la catarata (OR = 1,83; IC95 %: 1,49 – 2,25) y la osteoporosis (OR = 1,51; IC95 %: 1,10 – 2,07); la artritis (OR = 3,41; IC95 %: 2,57 – 4,54) presenta mayor fuerza de asociación. Además, el padecer cáncer (OR = 1,41; IC95 %: 0,98 – 2,03) no produce un efecto significativo en la salud autoevaluada (OR = 1,41; IC95 %: 0,98 – 2,03) (tabla 4).

Tabla 4

Costa Rica. Factores sistémicos relacionados con la salud autoevaluada de la cohorte de jubilación de CRELES

Enfermedad	Bivariado		Multivariado	
	OR (IC 95%)	<i>p</i>	OR (IC 95%)	<i>p</i>
Hipertensión	2,12 (1,81 – 2,48)	< 0,001	2,13 (1,81 – 2,50)	< 0,001
Diabetes	2,24 (1,82 – 2,74)	< 0,001	2,22 (1,81 – 2,73)	< 0,001
Colesterol	1,73 (1,48 – 2,03)	< 0,001	1,72 (1,47 – 2,02)	< 0,001
Cáncer	1,43 (1,00 – 2,06)	0,053	1,41 (0,98 – 2,03)	0,065
Enfermedad pulmonar	2,29 (1,81 – 2,89)	< 0,001	2,26 (1,79 – 2,86)	< 0,001
Enfermedad corazón	2,04 (1,28 – 3,27)	0,003	2,04 (1,28 – 3,27)	0,003

Continúa....

Artritis	3,44 (2,60 – 45,6)	< 0,001	3,41 (2,57 – 4,54)	< 0,001
Catarata	1,81 (1,47 – 2,23)	< 0,001	1,83 (1,49 – 2,25)	< 0,001
Osteoporosis	1,57 (1,15 – 2,13)	0,004	1,51 (1,10 – 2,07)	0,010

Fuente: CRELES-RC. 2011.

Modelo multivariado ajustado por edad y sexo.

4. Discusión

Los principales hallazgos del estudio demostraron que factores como la zona de residencia, el nivel educativo, la percepción de la situación económica, la actividad física, el apoyo emocional y la presencia de enfermedad crónica se asocian a la salud autoevaluada.

No se encontró una relación significativa entre la edad y la salud autoevaluada. Este resultado difiere de otras investigaciones (Caicedo y Restrepo, 2020; Wu et al., 2013); sin embargo, es importante señalar que estas últimas consideraron rangos de edades más amplios, en los cuales se ha comprobado mayor deterioro de la función física (Franks, Gold y Fiscella, 2003), a saber, disminución de la velocidad y dificultad al caminar, ligadas con una peor salud autoevaluada (Jylhä, Guralnik, Balfour y Fried, 2001).

El presente estudio no identificó una implicación entre tabaquismo y consumo de bebidas alcohólicas con la salud autoevaluada. Al respecto, un estudio previo afirmó que fumar y consumir bebidas alcohólicas favorecen una mejor salud autoevaluada en personas adultas mayores (Kashiwagi, 2017); sin embargo, otras investigaciones lo refutan (Wang et al., 2018).

Esta investigación constató que las personas con pareja reportan una negativa salud autoevaluada. Por el contrario, estudios anteriores sostuvieron que el estado civil no tiene un efecto significativo sobre el tema (Cramm y Nieboer, 2011; Wang et al., 2018) o que las personas sin pareja reportan una peor salud autoevaluada (Maharlouei, Akbari, Khabbaz, Yazdanpanah y Lankarani, 2016).

Se determinó que las personas residentes de zona rural tienen una negativa salud autoevaluada. Resultados similares fueron hallados en la población China; esta relación podría explicarse por las posibilidades de acceso al cuidado de la salud, educación y entretenimiento ofrecidos en las ciudades (Xu et al., 2010).

Referente a la educación, algunos estudios señalaron que las personas de menor nivel educativo tienen una negativa salud autoevaluada (Alazraquil, Diez, Fleischerll y Spinellil, 2009). Otros encontraron que las personas con grado universitario presentan mejor salud autoevaluada frente a quienes no poseen uno (Marquez-Velarde, Jones y Keith, 2020). Tal hecho puede atribuirse principalmente al efecto de selección, así como al efecto causal de la educación sobre la salud y los comportamientos sanitarios (Lamidi, 2020).

En este estudio se comprobó que una valoración negativa de la situación económica se vincula con una negativa salud autoevaluada. Análisis previos en Canadá (Veenstra, 2011), Irán (Maharlouei et al., 2016) y Colombia (Caicedo y Restrepo, 2020) advirtieron la conexión entre un bajo nivel de ingresos y una deficiente salud autoevaluada, lo cual se explica porque un ingreso económico suficiente brinda a las personas más oportunidades de recibir atención médica y entretenimiento; mientras tanto, a las personas de bajos ingresos, aunque se han dado reformas a los sistemas de atención médica, todavía les es difícil adquirir la atención necesaria (Xu et al., 2010).

La inactividad física también involucra una negativa salud autoevaluada (Caicedo y Restrepo, 2020). Esta conclusión se verificó en la presente investigación. El ejercicio físico produce un efecto positivo sobre la salud, pues contribuye a la prevención de padecimientos como la diabetes tipo 2 (Colberg et al., 2016; Sigal et al., 2018), la reducción de los factores de riesgo cardiovascular (Lin et al., 215) y la disminución del riesgo de mortalidad (Sluik et al., 2012).

Las personas con bajo apoyo emocional evidencian una peor salud autoevaluada (Todorova et al., 2013), lo que concuerda con los hallazgos de la investigación. El apoyo social (compañerismo, ser escuchado, comprendido y consolado) ha sido reconocido como un especial determinante de la salud, ayuda a las personas a satisfacer sus necesidades físicas y emocionales (Bryła, Burzyńska y Maniecka-Bryła, 2013).

También, según este estudio, la presencia de enfermedad crónica fue indicador de una salud autoevaluada negativa; otras investigaciones llegaron a conclusiones similares (Khatib, Mansbach-Kleinfeld, Abu-Kaf, Ifrah y Sheikh-Muhammad, 2021; Maharlouei et al. 2016; Wu et al., 2013). La mayoría de las enfermedades consideradas se asociaron con una salud autoevaluada negativa, los OR más elevados se presentaron para la artritis, la enfermedad pulmonar y la diabetes; entre estas, de acuerdo con la literatura, la artritis reumatoide y la diabetes impactan significativamente en la salud autoevaluada (Putcha, Puhan, Hansel, Drummond y Boyd, 2013). Por un lado, la artritis es una enfermedad inflamatoria crónica e implica un deterioro funcional significativo y un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular (Metsios, Stavropoulos-Kalinoglou y Kitis, 2015), quienes la padecen tienen más propensión a la mortalidad que la población general (van den Hoek et al., 2017). Por otro

lado, la diabetes constituye una enfermedad crónica grave, con complicaciones difusas y elevada posibilidad de muerte prematura (Saeedi et al., 2020).

En cuanto a las limitaciones, este estudio enfrentó, en primer lugar, la naturaleza de corte transversal de la muestra, la cual no permitió establecer relaciones causales. En segundo lugar, algunas de las variables consideradas en la investigación, como la presencia de enfermedad o la situación económica, fueron autoinformadas, por tanto, la validez de algunas respuestas podría no ser alta; por ejemplo, se mencionó que la prevalencia de enfermedades reportadas tiende a ser más baja que la obtenida a través de los datos administrativos provenientes de los registros médicos (Koller, Wilson, Asay, Metzger y Neal, 2014). En tercer lugar, el estudio no incluyó otras variables asociadas con una pobre salud autoevaluada, como la discapacidad (Cott et al., 1999) o la presencia de síntomas de depresivos (Ambresin, Chondros, Dowrick, Herrman y Gunn, 2014).

Entre las principales conclusiones, destaca la evidencia proporcionada respecto a la correlación de la salud autoevaluada con las variables demográficas, las prácticas de salud, el apoyo emocional y la enfermedad crónica. De esta forma, dada la relación establecida entre la salud autoevaluada y el estado de salud general, así como el hecho de que el tratamiento activo de las enfermedades, la realización de actividad física y las prácticas de convivencia social pueden promoverse en la población, sería posible modificar los factores asociados a la salud autoevaluada, con el fin de mejorar la calidad de vida.

Finalmente, se considera importante apoyar el desarrollo de programas promocionales y de tratamiento de la salud en las instituciones de atención pública. Con respecto a esto último, los hallazgos expuestos podrían contribuir a la identificación de las personas más necesitadas de los servicios médicos por parte del Estado.

5. Agradecimientos

"Costa Rica: Estudio de longevidad y envejecimiento saludable (CRELES)" es un proyecto de investigación de la Universidad de Costa Rica, realizado por el Centro Centroamericano de Población (CCP) y de la Universidad de California-Berkeley, en colaboración con el Instituto de Investigaciones en Salud, y los laboratorios del Hospital San Juan de Dios y la Oficina de Salud, UCR. Investigadores principales: Luis Rosero-Bixby y William H. Dow. Co-investigadores: Xinia Fernández y Gilbert Brenes-Camacho. Investigadores colaboradores: Ericka Méndez, Guido Pinto, Hannia Campos, Kenia

Barrantes, Alberto Cubero, Fernando Coto, Pamela Jiménez, Jesús Granados y Yesi González. Personal de campo: José Solano, Julio Palma, Jenny Méndez, Maritza Aráuz, Mabelyn Gómez, Marcela Rodríguez, Geovanni Salas, Jorge Vindas, Katthya Alvarado, Randall González, Roberto Patiño, Carlos Robert y Jimmy Navarro.

6. Referencias

- Alazraqui, M., Diez-Roux, A. V., Fleischer, N. y Spinelli, H. (2009). Self-rated health and social inequalities, Buenos Aires, Argentina, 2005. *Cadernos de Saúde Pública*, 25, 1990-2000. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900013>
- Ambresin, G., Chondros, P., Dowrick, C., Herrman, H. y Gunn, J. M. (2014). Self-rated health and long-term prognosis of depression. *The Annals of Family Medicine*, 12(1), 57-65. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.1562>
- Brenes-Camacho, G. (2011). Favourable changes in economic well-being and self-rated health among the elderly. *Social Science & Medicine*, 72, 1228-1235. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.02.027>
- Bryła, M., Burzyńska, M. y Maniecka-Bryła, I. (2013). Self-rated quality of life of city-dwelling elderly people benefitting from social help: results of a cross-sectional study. *Health and quality of life outcomes*, 11, 181. DOI: <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-181>
- Caicedo, B. y Restrepo, M. (2020). The role of individual, household, and area of residence factors on self-rated health in Colombian adults: A multilevel study. *Biomédica*, 40, 296-308. Doi: <https://doi.org/10.7705/biomedica.4818>
- Chandola, T. y Jenkinson, C. (2000). Validating self-rated health in different ethnic groups. *Ethnicity & Health*, 5(2), 151-159. DOI: <https://doi.org/10.1080/713667451>
- Colberg, S. R., Sigal, R. J., Yardley, J. E., Riddell, M. C., Dunstan, D. W., Dempsey, P. C., ... y Tate, D. F. (2016). Physical activity/exercise and diabetes: a position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes care*, 39(11), 2065-2079. DOI: <https://doi.org/10.2337/dc16-1728>

- Cott, C.A., Gignac, M.A. y Badley, E.M. (1999). Determinants of self rated health for Canadians with chronic disease and disability. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 53, 731-736. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/jech.53.11.731>
- Cramm, J.M. y Nieboer, A.P. (2011). The influence of social capital and socio-economic conditions on self-rated health among residents of an economically and health-deprived south African township. *International Journal for Equity in Health*, 10(51). DOI: <https://doi.org/10.1186/1475-9276-10-51>
- Dai, Y., Zhang, C. Y., Zhang, B. Q., Li, Z., Jiang, C. y Huang, H. L. (2016). Social support and the self-rated health of older people: A comparative study in Tainan Taiwan and Fuzhou Fujian province. *Medicine*, 95(24), e3881. DOI: <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000003881>
- Dow, W.H., Brenes, G. y Rosero, L. (2013). CRELES: Costa Rican Longevity and Healthy Aging Study, Retirement Cohort. Methods, Wave 1. Berkeley, CA: Department of Demography, University of California, Berkeley [Electronic Document]. Recuperado de <http://www.creles.berkeley.edu>
- Franks, P., Gold, M. y Fiscella, K. (2003). Sociodemographics, self-rated health, and mortality in the US. *Social Science & Medicine* 56, 2505–2514. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00281-2](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00281-2)
- Jylhä, M., Guralnik, J., Balfour, J. y Fried, L. (2001). Walking difficulty, walking speed and age as predictors of self-rated health: The women's health and aging study. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 56(10), 609-617. Doi: <https://doi.org/10.1093/gerona/56.10.m609>
- Kashiwagi, S. (2017). Relation between smoking habits and self-rated health of older persons in the Philippines: evidence-based tobacco policy advocacy. *Open Journal of Political Science*, 7, 488-500. DOI: <https://doi.org/10.4236/ojps.2017.74038>
- Khatib, M., Mansbach-Kleinfeld, I., Abu-Kaf, S., Ifrah, A. y Sheikh-Muhammad, A. (2021). Correlates of psychological distress and self-rated health among Palestinian citizens of Israel: findings from the health and environment survey (HESPI). *Israel Journal of Health Policy Research*, 10(1), 1-14. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13584-021-00439-z>
- Koller, K. R., Wilson, A. S., Asay, E. D., Metzger, J. S. y Neal, D. E. (2014). Agreement Between Self-Report and Medical Record Prevalence of 16 Chronic Conditions in the Alaska EARTH Study. *Journal of Primary Care & Community Health*, 5(3), 160–165. DOI: <https://doi.org/10.1177/2150131913517902>
- Lamidi, E. (2020). Trends in self-rated health by union status and education, 2000–2018. *SSM - Population Health* 11, 100616. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100616>

- Latham, K. y Peek, C.W. (2013). Self-rated health and morbidity onset among late midlife US adults. *Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(1), 107–116. DOI: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbs104>.
- Liang, J., Quiñones, A. R., Bennett, J. M., Ye, W., Xu, X. y Shaw, B. A. (2010). Evolving Self-Rated Health in Middle and Old Age: How Does it Differ Across Black, Hispanic, and White Americans?. *Journal of aging and health*, 22(1), 3-26. DOI: <https://doi.org/10.1177/0898264309348877>
- Lin, X., Zhang, X., Guo, J., Roberts, C. K., McKenzie, S., Wu, W. C., ... y Song, Y. (2015). Effects of exercise training on cardiorespiratory fitness and biomarkers of cardiometabolic health: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of the American heart association*, 4(7), e002014. DOI: <https://doi.org/10.1161/JAHA.115.002014>
- Maharlouei, M., Akbari, M., Khabbaz, M., Yazdanpanah, D. y Lankarani, K.B. (2016). Factors associated with self-rated health status in Southwestern Iran: a population-based study. *Public Health*, 140, 179-185. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.06.027>
- Manor, O., Matthews, S. y Power, C. (2000). Dichotomous or categorical response? Analysing self-rated health and lifetime social class. *International journal of epidemiology*, 29(1), 149-157. DOI: <https://doi.org/10.1093/ije/29.1.149>
- Marquez-Velarde, G., Jones, N. E. y Keith, V. M. (2020). Racial stratification in self-rated health among Black Mexicans and White Mexicans. *SSM-Population Health*, 10, 100509. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2019.100509>
- Mendoza-Romero, D., Urbina, A., Cristancho-Montenegro, A. y Rombaldi, A. (2019). Impact of smoking and physical inactivity on self-rated health in women in Colombia. *Preventive medicine reports*, 16, 100976. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2019.100976>
- Metsios, G. S., Stavropoulos-Kalinoglou, A. y Kitas, G. D. (2015). The role of exercise in the management of rheumatoid arthritis. *Expert review of clinical immunology*, 11(10), 1121-1130. DOI: <https://doi.org/10.1586/1744666X.2015.1067606>
- Putcha, N., Puhan, M. A., Hansel, N. N., Drummond, M. B. y Boyd, C. M. (2013). Impact of comorbidities on self-rated health in self-reported COPD: an analysis of NHANES 2001-2008. *Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 10(3), 324–332. Doi: <https://doi.org/10.3109/15412555.2012.744963>
- Reyes-Fernández, B., Rosero-Bixby, L. y Koivumaa-Honkanen, H. (2016). Effects of Self-Rated Health and Self-Rated Economic Situation on Depressed Mood Via Life Satisfaction Among Older Adults

- in Costa Rica. *Journal of aging and health*, 28(2), 225–243. DOI: <https://doi.org/10.1177/0898264315589577>
- Saeedi, P., Salpea, P., Karuranga, S., Petersohn, I., Malanda, B., Gregg, E., ..., Williams, R. (2020). Mortality attributable to diabetes in 20–79 years old adults, 2019 estimates: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 162. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2020.108086>.
- Sigal, R. J., Armstrong, M. J., Bacon, S. L., Boulé, N. G., Dasgupta, K., Kenny, G. P. y Riddell, M. C. (2018). Physical activity and diabetes. *Canadian journal of diabetes*, 42, S54-S63. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2017.10.008>
- Sluik, D., Buijsse, B., Muckelbauer, R., Kaaks, R., Teucher, B., Tj, A., ... y Boeing, H. (2012). Physical activity and mortality in individuals with diabetes mellitus: a prospective study and meta-analysis. *Archives of internal medicine*, 172(17), 1285-1295. DOI: <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3130>
- Stephan, Y., Sutin, A. R., Luchetti, M., Hognon, L., Canada, B. y Terracciano, A. (2020). Personality and self-rated health across eight cohort studies. *Social Science & Medicine*, 263, 113245. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113245>
- Todorova, I. L., Tucker, K. L., Jimenez, M. P., Lincoln, A. K., Arevalo, S. y Falcón, L. M. (2013). Determinants of self-rated health and the role of acculturation: implications for health inequalities. *Ethnicity & health*, 18(6), 563–585. DOI: <https://doi.org/10.1080/13557858.2013.771147>
- van den Hoek, J., Boshuizen, H.C., Roorda, L.D., Tjhuis, G.J., Nurmohamed, M.T., van den Bos, G.A.M. y Dekker, J. (2017). Mortality in patients with rheumatoid arthritis: a 15-year prospective cohort study. *Rheumatology International*, 37, 487–493. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00296-016-3638-5>
- Veenstra, G. (2011). Race, gender, class, and sexual orientation: intersecting axes of inequality and self-rated health in Canada. *International journal for equity in health*, 10(1), 1-11. DOI: <https://doi.org/10.1186/1475-9276-10-3>
- Vélez, A. (2007). Nuevas dimensiones del concepto de salud: el derecho a la salud en el estado social de derecho. *Revista hacia la promoción de la salud*, 12, 63-78. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3091/309126689006>

- Wang, L., Dong, W., Ou, Y., Chen, S., Chen, J. y Jiang, Q. (2018). Regional differences and determinants of self-rated health in a lower middle income rural Society of China. *International journal for equity in health*, 17(1), 162. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0875-0>
- Wu, S., Wang, R., Zhao, Y., Ma, X., Wu, M., Yan, X. y He, J. (2013). The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. *BMC Public Health* 13, 320. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-320>
- Xu, J., Zhang, J., Feng, L. y Qiu, J. (2010). Self-rated health of population in southern China: association with socio-demographic characteristics measured with multiple-item self-rated health measurement scale. *BMC Public Health* 10, 393. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-393>

Población y Salud

en Mesoamérica

¿Quiere publicar en la revista?

Ingresa [aquí](#)

O escribanos:

revista@ccp.ucr.ac.cr



Población y Salud en Mesoamérica (PSM) es la revista electrónica que cambió el paradigma en el área de las publicaciones científicas electrónicas de la UCR. Logros tales como haber sido la primera en obtener sello editorial como revista electrónica la posicionan como una de las más visionarias.

Revista PSM es la letra delta mayúscula, el cambio y el futuro.

Indexada en los catálogos más prestigiosos. Para conocer la lista completa de índices, ingrese [aquí](#).



DOAJ

latindex



Dialnet

e-revist@s



Revista Población y Salud en Mesoamérica -

Centro Centroamericano de Población
Universidad de Costa Rica

