

# SALUD EN LA VIDA ADULTA Y SU RELACIÓN CON EL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

Tendencias actuales, oportunidades  
y retos futuros en España

**Equipo investigador:**

ROSA GÓMEZ-REDONDO, CELIA FERNÁNDEZ-CARRO, NOELIA CÁMARA-IZQUIERDO  
Y AINA FAUS-BERTOMEU



Fundación **MAPFRE**



# Salud en la vida adulta y su relación con el envejecimiento saludable

**Tendencias actuales, oportunidades  
y retos futuros en España**

**Equipo investigador:**

Rosa Gómez-Redondo  
Celia Fernández-Carro  
Noelia Cámara-Izquierdo  
Aina Faus-Bertomeu

Fundación **MAPFRE**

Fundación MAPFRE no se hace responsable del contenido de esta obra, ni el hecho de publicarla implica conformidad o identificación con la opinión del autor o autores.

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista en la ley.

© 2017, Fundación MAPFRE  
Paseo de Recoletos, 23  
28004 Madrid (España)  
[www.fundacionmapfre.org](http://www.fundacionmapfre.org)

ISBN: 978-84-9844-635-7

Depósito Legal: M-8791-2017

Maquetación y producción editorial: Cyan, Proyectos Editoriales, S.A.

# ÍNDICE

<b>PRESENTACIÓN</b> .....	<b>5</b>
Antecedentes .....	8
Objetivos .....	10
<b>1. RESUMEN EJECUTIVO</b> .....	<b>13</b>
1.1. Introducción .....	13
1.2. Metodología .....	14
<b>2. FUENTES Y METODOLOGÍA</b> .....	<b>19</b>
2.1. Share: análisis internacional comparado .....	19
2.1.1. Características de la fuente .....	20
2.1.2. Limitaciones de la fuente .....	24
2.2. ENSE: análisis del contexto español .....	25
2.2.1. Características de la fuente .....	25
2.2.2. Limitaciones de la fuente .....	26
2.3. Selección de variables e indicadores .....	27
2.3.1. Variable base .....	28
2.3.2. Variables clasificadoras .....	29
2.3.3. Dimensión subjetiva de la salud .....	31
2.3.4. Dimensión objetiva de la salud .....	34
2.3.5. Hábitos de vida saludable .....	37
2.3.6. Indicadores sintéticos .....	42
2.4. Métodos y técnicas de investigación .....	45

2.4.1. Población objeto de estudio . . . . .	46
2.4.2. Técnicas de análisis estadístico . . . . .	47
<b>3. ANÁLISIS . . . . .</b>	<b>51</b>
3.1. Contextualización sociodemográfica: marco demográfico y epidemiológico de la población de 50 o más años en España . . . . .	51
3.1.1. Evolución de la población de 50 o más años . . . . .	51
3.1.2. Evolución de la mortalidad. . . . .	54
3.1.3. Principales causas de muerte . . . . .	60
3.2. La salud autopercebida en la población mayor de 50 años . . . . .	66
3.3. Factores condicionantes del estado de salud de la población de 50 o más años . . . . .	78
3.3.1. Factores subjetivos . . . . .	79
3.3.2. Factores objetivos . . . . .	93
3.3.3. Factores relacionados con hábitos de vida. . . . .	106
3.3.4. Indicadores sintéticos. . . . .	122
3.4. Predictores de la percepción del estado de salud de la población cuidadora y no cuidadora en España. . . . .	138
3.4.1. Predictores de la percepción de la salud en personas no cuidadoras . . . . .	139
3.4.2. Predictores de la percepción de la salud en personas cuidadoras . . .	150
3.4.3. Principales resultados de los predictores de la percepción de la salud. . . . .	160
<b>4. CONCLUSIONES . . . . .</b>	<b>163</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS . . . . .</b>	<b>169</b>
<b>ANEXOS . . . . .</b>	<b>177</b>

# PRESENTACIÓN

El aumento de la longevidad en los países industrializados ha venido acompañado de una serie de cambios demográficos y sociales que están transformando tanto el perfil de la salud de los adultos mayores, como las oportunidades para mantener y extender la calidad de vida durante la vejez. El desplazamiento de la morbilidad hacia edades longevas ha comprimido el periodo de la vida en el que se padece algún tipo de limitación física o cognitiva grave (Christensen et al., 2009), transformando la comorbilidad en edades avanzadas al incrementarse las enfermedades mentales y del sistema nervioso en comparación con las enfermedades crónicas y degenerativas (Gómez Redondo, García González y Faus-Bertomeu, 2014). Sin embargo, mientras la longevidad sigue creciendo, existen evidencias de una disminución del tiempo de vida libre de discapacidad, es decir; de los años disfrutados con salud y sin limitaciones, especialmente entre las mujeres (Gu, Gómez-Redondo y Dupre, 2015). En estos momentos, las evidencias apuntan a que la evolución de la mortalidad y la morbilidad de la población adulta y mayor en España se enmarca dentro del denominado “Equilibrio Dinámico” (Manton, 1982), en el que el tiempo de vida con discapacidad moderada aumenta a medida que se extiende la esperanza de vida.

En este contexto de “equilibrio dinámico”, además, se está produciendo un incremento sin precedentes de la población mayor de 65 años. Según el Instituto Nacional de Estadística, a 1 de enero de 2016, este colectivo representaba el 18,8% del total de población española, cifra que está previsto se duplique en las próximas décadas. Según las previsiones, la población mayor de 65 años llegará a suponer el 24,9% en 2029 y el 38,7% en 2064. Así, el acortamiento de los años de vida con salud y la transformación de los patrones de morbimortalidad, sumado a los cambios en la estructura demográfica del país, hacen esperar un aumento de la probabilidad de experimentar

algún tipo de discapacidad al llegar la vejez y, en consecuencia, de experimentar situaciones de dependencia y del crecimiento de la demanda de cuidados.

Una de las principales consecuencias de la transformación de los perfiles de morbi-mortalidad de la población adulta mayor ha sido la visibilización de la relevancia que presenta el cuidado, formal<sup>1</sup> e informal<sup>2</sup>, como mecanismo para el mantenimiento del bienestar en edades avanzadas. En España, se estima que el 89% del cuidado recibido por la población mayor con discapacidad es de tipo exclusivamente informal (Roger García, 2009), siendo los familiares las figuras proveedoras principales dentro de la red social del mayor, especialmente cónyuges femeninas e hijas (Gómez Redondo y Fernández Carro, 2015). Así, el perfil arquetípico de la persona cuidadora en España suele ser una mujer, con lazos de parentesco con la persona cuidada, con una media de 55 años, casada, con hijos, con bajo nivel de estudios y sin empleo remunerado (Tobío et al. 2010).

En España, la prevalencia del cuidado a cargo de familiares se ha interpretado como un sustituto del cuidado formal, fruto de la escasez de alternativas públicas de apoyo a la dependencia. Sin embargo, también se han encontrado indicios de una relación complementaria entre ambos tipos de cuidados cuando la demanda de asistencia de la persona dependiente requiere un alto nivel de especialización. Ante tratamientos médicos complejos, discapacidades muy graves o rehabilitaciones que requieren una atención muy prolongada, el apoyo formal e informal pueden aparecer ocasionalmente combinados en los países del sur de Europa (Bolin et al., 2008). Sin embargo, es probable que este modelo de ayuda y apoyo se modifique en las próximas décadas debido al actual contexto de baja fecundidad, de transformación de las estructuras familiares y de incorporación femenina generalizada al mercado laboral remunerado. La estructura tradicional de apoyo basado en el único pilar femenino está derivando hacia redes de apoyo más amplias, heterogéneas, intergeneracionales, no únicamente familiares (también vecinales y de amistad) y con mayor diversidad, complementariedad y bidireccionalidad de apoyos y roles (Quilodrán y Puga, 2015).

---

1 Se entiende por cuidado formal aquel que se provee a cambio de una contraprestación económica y que recoge un amplio perfil de proveedores; desde personas sin cualificación a profesionales de los sectores público y privado.

2 El cuidado informal es aquel realizado por miembros de la red social de la persona dependiente, sin mediadores que organicen la actividad ni remuneración, y normalmente realizado de forma voluntaria (Andersen et al., 2002).

Los efectos que la experiencia del cuidado tienen sobre las condiciones de salud de la persona que lo provee y de la persona que lo recibe no son las mismas. Por un lado, contar con apoyo para la realización de las actividades cotidianas mejora considerablemente la calidad de vida de los mayores (Escobar Bravo et al., 2009). Por otro, el rol de cuidador no parece tener efectos tan positivos en la autopercepción de la salud de los cuidadores (Fernández de Larrinoa et al., 2011; Blanes, Carmagnani y Ferreira, 2007; López Gil et al, 2009), incluso asociándolo con un aumento de la mortalidad en las personas con rol de cuidadoras (Schulz y Beach, 1999).

Por todo lo expuesto anteriormente, el proyecto *Salud en la vida adulta y su relación con el envejecimiento saludable. Tendencias actuales, oportunidades y retos futuros en España* tiene como finalidad última analizar el estado de salud de las personas mayores así como sus determinantes, considerando la posición que ocupan los individuos dentro de las dinámicas de cuidado de la población de 50 o más años. Este objetivo se alcanza a partir de los datos aportados por la encuesta *Survey of Health Ageing and Retirement in Europe* (SHARE), que nos permite contextualizar la salud de los mayores españoles dentro del ámbito europeo; y por el otro, de la *Encuesta Nacional de Salud (ENSE)*, a través de la cual se ahonda en las especificidades de la salud de los mayores españoles.

El estado de salud autopercebido es el eje central de este trabajo, cuyo análisis comprende además la exploración de diversos factores asociados; *Salud objetiva*, que aglutina temáticas como el padecimiento de enfermedades crónicas y el consumo de medicamentos; *Salud subjetiva*, que abarca aspectos como el padecimiento de limitaciones físicas para la realización de las actividades diarias o el sufrimiento de dolor o depresión; *Hábitos de vida saludable*, que engloba rutinas como el consumo de tabaco, las horas destinadas al descanso o la ingesta de alcohol; y finalmente, *indicadores sintéticos de salud*, elaborados en los propios estudios y que ahondan en aspectos como la salud mental, el apoyo social recibido o el índice de masa corporal.

Para la elaboración de este estudio se han tenido en cuenta el sexo-género y la edad de las personas, y se ha diferenciado a las personas cuidadoras de las no cuidadoras. Dentro de las primeras, además, se ha clasificado entre aquellas que ejercen de cuidadoras principales o que apoyan y son apoyadas en el cuidado de la persona dependiente. En el segundo grupo poblacional se ha distinguido entre aquellas personas que conviven con una persona dependiente o aquellas en cuyo hogar no hay una persona dependiente. De este modo, además de observar las diferencias entre los diferentes

grupos de población, se han obtenido resultados muy significativos sobre los determinantes del estado de salud en cada uno de ellos.

El estudio se divide en cuatro partes principales. La primera, una breve introducción demográfica y epidemiológica que sirven para contextualizar el marco de análisis posterior. En la segunda parte se exponen los resultados de las cuatro dimensiones en las que se clasifica el constructo *salud*, por un lado, a través de su comparación con el resto de regiones europeas, y por el otro, a través de un análisis exhaustivo y atendiendo a los distintos grupos poblaciones sean estos cuidadores, no cuidadores o dependientes. En el tercer bloque se ahonda en los determinantes del estado de salud subjetivo de los grupos analizados, lo que permite conocer los elementos destacados que inciden en la calidad de vida de las personas cuidadoras. Y finalmente, se incluye un apartado en el que se describen a modo de conclusiones los hallazgos más relevantes.

## ■ Antecedentes

El interés por analizar las condiciones de salud de las poblaciones a través del estado de salud percibido vino impulsado por la demostrada relación que éste tiene con el bienestar y la calidad de vida de los adultos mayores. Estudios realizados en España muestran que aquellos individuos que consideraban tener muy buenas condiciones de salud presentaban mayor probabilidad de tener un alto bienestar emocional comparados con quienes califican sus condiciones como malas (Prieto-Flores et al., 2008). Más tarde, el interés se ha derivado en conocer cuáles son los factores condicionantes de estas evaluaciones y qué divergencias existen entre los distintos grupos de población. En un estudio exhaustivo sobre los determinantes del estado de salud percibido en España, Girón (2010) establece que éstos pertenecen fundamentalmente a cuatro esferas; entorno social, morbilidad y discapacidad, estilo de vida y uso de servicios sanitarios, y consumo de medicamentos.

Las características demográficas de los individuos determinan en primera instancia las evaluaciones que estos hacen de su estado de salud. El análisis del efecto que la edad tiene sobre dichas evoluciones ha arrojado resultados contradictorios. Mientras que algunos estudios certificaron que la población mayor de 50 años realiza estimaciones más positivas de sus condiciones físicas y psicológicas comparada con la población de edades inferiores (Girón, 2010), otros estudios muestran que la percepción de la salud empeora entre la población española de más de 65 años (Fernández

Mayoralas et al., 2007; Martín et al., 2009). En lo que respecta al género, las conclusiones han sido mucho más contundentes. Los varones suelen realizar evaluaciones más positivas de su estado de salud general que las mujeres, así como también las personas con mayor estatus socio económico y las ocupadas (Artacoz et al., 2004; Fernández-Mayoralas et al., 2007; Martín et al., 2009).

El uso de servicios sanitarios y el consumo de medicamentos, así como los relacionados con la morbilidad y la discapacidad, se han revelado como factores clave en la evaluación de la salud por parte de los adultos mayores, con independencia de las desagregaciones por edad y/o género (Girón 2010). Por ejemplo, hay evidencias de la asociación entre la salud mental, la capacidad funcional y la percepción de la salud, sin despreciar la influencia de otros determinantes de tipo más social como bajos ingresos, sentimiento de soledad o falta de apoyo emocional o social (Azpiazu et al., 2002); un menor consumo de medicamentos favorecería la evaluación positiva del estado de salud, así como padecer una enfermedad crónica o limitaciones en las actividades de la vida diaria la perjudicarían.

También los hábitos y costumbres relacionadas con el estilo de vida influyen en las condiciones de salud, actuando como determinantes de estas evaluaciones. El tabaquismo y su relación con la aparición de enfermedades crónicas son importantes condicionantes de la visión que los mayores tienen sobre la salud propia en sentido negativo. Sin embargo, otros comportamientos de riesgo para la salud como el consumo del alcohol se han asociado a una evaluación positiva del estado de salud (Martín et al, 2009). También existen indicios de que la práctica de ejercicio físico; su duración, frecuencia e intensidad, tiene un efecto muy positivo sobre la evaluación de la salud propia, sobre todo en varones mayores (Romero et al., 2010).

En la actualidad, un emergente tema de estudio en relación a las diferencias en salud de la población adulta es el efecto que sobre la percepción de las condiciones físicas y psicológicas propias tiene la experiencia del cuidado. Existe un consenso relativamente amplio sobre las consecuencias negativas que el rol de cuidador tiene en la salud de la persona que lo desempeña. En la mayoría de estudios aplicados al contexto español, los resultados indican que la exigencia del cuidado a los mayores con discapacidad puede provocar en sus cuidadores informales sentimientos de estrés, depresión y ansiedad, trastornos del sueño, apatía, irritabilidad, etcétera, afectando de manera negativa a las condiciones físicas, pero especialmente a las psicológicas, más aún cuando esta tarea se percibe como especialmente demandante (López-Gil et

al., 2009; Palacios et al., 2011). Además, y dado que la mayor parte de las personas cuidadoras en España son mujeres, el impacto del rol de cuidador sobre la salud en el caso de la población femenina en nuestro país es evidente. El hecho de que sean ellas las que ofrecen un cuidado de mayor intensidad comparado con el que proveen los varones, asumiendo tareas más exigentes relacionadas con el aseo y cuidado personal, hace que la percepción que ellas tiene sobre su salud sea más negativa (García-Calvente et al. 2011). A esto hay que sumar el que las mujeres cuidadoras identifiquen una serie de consecuencias derivadas del cuidado que van más allá de la salud física y mental; repercusiones económicas, laborales y del uso del tiempo (García-Calvente et al., 2004).

La comparación entre tipos de cuidadores; informales y formales, han revelado que son los cuidadores familiares los que valoran peor su salud tanto física como psicológica, debido a que presentan mayores niveles de sobrecarga. Los cuidadores profesionales, sin embargo, muestran una mayor satisfacción con la vida, el trabajo y las relaciones sociales (Flores et al., 2015). Aun así, tal y como se ha reconocido (Flores et al., 2015) existen muy pocos estudios en España que comparen el efecto de los determinantes del estado de salud percibido en función de los diversos roles de cuidador.

## ■ **Objetivos**

Esta investigación analiza, desde una perspectiva socio-demográfica, los condicionantes del estado de salud de la población de 50 o más años en España. Nos encontramos en un contexto de máxima incertidumbre dadas las condiciones socio-económicas y demográficas esperables en un futuro próximo, en el que son esperables recortes en políticas sociales de apoyo a la dependencia, un descenso de la fecundidad que viene repercutiendo en el número de potenciales cuidadores informales o el cambio en la percepción sobre la responsabilidad del cuidado en el ámbito familiar. Un escenario, además, en el que no existe evidencia empírica de que la esperanza de vida haya llegado a su máximo, ni tampoco de que pueda mantenerse una trayectoria ascendente en la mejora de la calidad de vida en la vejez, hecho por el cual es fundamental conocer qué factores condicionan el envejecimiento saludable y cuáles son las tendencias actuales en lo relativo a discapacidad y dependencia de los adultos mayores.

Así, esta investigación tiene como principal objetivo examinar los componentes de la salud que se erigen como oportunidades para mantener, o seguir aumentando, la

esperanza de vida saludable en las cohortes de adultos mayores (50 o más años), en vista de las condiciones estructurales esperables para las próximas décadas; reducción del gasto público socio-sanitario y de apoyo a la dependencia, aumento de la proporción de mayores muy longevos, teniendo en cuenta el descenso del volumen y disponibilidad de los potenciales cuidadores o la transformación en la percepción sobre la responsabilidad del cuidado y atención en el ámbito familiar. El presente trabajo contribuirá, además, a reducir el déficit de investigaciones aplicadas al caso español que adoptan una visión multidimensional del concepto de salud y que analizan la evaluación que la población adulta mayor hace de su estado de salud en relación al rol que desempeñan dentro de las dinámicas de cuidado.

La investigación se ha desarrollado a través de tres ejes analíticos:

**(1)** Exploración de los perfiles de morbilidad en los mayores de 50 años residentes en España, analizados por edad y sexo.

Se ha examinado la distribución de la morbilidad en función de la etapa del ciclo vital en la que se encuentran los individuos mayores, dividiéndolos en grupos de edad: adultos mayores (50-64 años) y mayores/ancianos (65-79/ 80+ años), ya que el alargamiento de la vida hace que los patrones de aquellos individuos considerados como “mayores” se diversifiquen.

**(2)** Análisis del estado de salud autopercebido en la población mayor de 50 años y sus factores condicionantes.

Dadas las diferencias que hombres y mujeres muestran en cuanto a perfiles de salud, y también porque es el género femenino es el que más frecuentemente asume el rol de cuidadoras, que da lugar al concepto de feminización de los cuidados; y cuidadas, como resultado de la mayor longevidad, y que deriva en el término de la feminización de la dependencia, se hará especial hincapié en las tendencias de la población femenina. En este sentido, la investigación evalúa específicamente el efecto que el rol de cuidador tiene en la salud del cuidador de la generación bisagra 50-64 años, la prolongación de la vejez activa y la calidad de vida de los mayores.

**(3)** Estudio pormenorizado de la salud objetiva, subjetiva, de los hábitos de vida saludable y de indicadores sintéticos en los adultos mayores que cuidan a otros mayores (padres/madres y parejas), haciendo especial hincapié en el impacto de esta función desarrollada en la salud de la población femenina y sus consecuencias socio-laborales.

Los objetivos específicos son:

1. Examinar la evolución reciente de la estructura de la discapacidad en España para la población de 50 o más años a través de distintos índices de Esperanza de Vida en Salud relativos al género y grupo de edad. La culminación de este objetivo aportará un marco estructural sólido desde donde plantear los análisis posteriores.
2. Determinar el estado de salud percibido de la población mayor de 50 años en España, por género y edad. Se hará hincapié en los colectivos de mayores de 80 años con especial atención a la discapacidad.
3. Examinar los factores que condicionan el estado de salud percibido (objetivos, subjetivos y hábitos de vida), de los cuidadores de la población mayor dependiente en España a partir de 50 años, por género y edad.
4. Explorar las asociaciones que los factores condicionantes de la salud auto-percibida tienen en función del rol que desempeñen en las dinámicas de cuidado (convivencia con persona cuidada o sin convivencia; y en caso positivo cuidador principal o con apoyo).

# 1. RESUMEN EJECUTIVO

## *Salud en la vida adulta y su relación con el envejecimiento saludable: Tendencias actuales, oportunidades y retos futuros en España*

Rosa Gómez-Redondo, Celia Fernández-Carro, Noelia Cámara-Izquierdo  
y Aina Faus-Bertomeu

### ■ 1.1. Introducción

El aumento de la longevidad en los países industrializados ha venido acompañado de una serie de cambios demográficos y sociales que están transformando tanto el perfil de la salud de los adultos mayores, como las oportunidades para mantener y extender la calidad de vida durante la vejez. El desplazamiento de la morbilidad hacia edades longevas ha comprimido el periodo de la vida en el que se padece algún tipo de limitación física o cognitiva grave (Christensen et al., 2009), transformando la comorbilidad en edades avanzadas al incrementarse las enfermedades mentales y del sistema nervioso en comparación con las enfermedades crónicas y degenerativas (Gómez Redondo, García González y Faus-Bertomeu, 2014). Sin embargo, mientras la longevidad sigue creciendo, existen evidencias de una disminución del tiempo de vida libre de discapacidad, es decir; de los años disfrutados con salud y sin limitaciones, especialmente entre las mujeres (Gu, Gomez-Redondo y Dupre, 2015). En estos momentos, las evidencias apuntan a que la evolución de la mortalidad y la morbilidad de la población adulta y mayor en España se enmarca dentro del denominado "Equilibrio Dinámico" (Manton, 1982), en el que el tiempo de vida con discapacidad moderada aumenta a medida que se extiende la esperanza de vida. Además, se está produciendo un incremento sin precedentes de la población mayor de 65 años, lo que hace prever un aumento de la probabilidad de experimentar algún tipo de discapacidad al llegar la vejez y, en consecuencia, de experimentar situaciones de dependencia así como del crecimiento de la demanda de cuidados.

En España, se estima que el 89% del cuidado recibido por la población mayor con discapacidad es de tipo exclusivamente informal (Roger García, 2009), siendo los familiares las figuras proveedoras principales dentro de la red social del mayor, especialmente cónyuges femeninas e hijas (Gómez Redondo y Fernández Carro, 2015). No obstante, las

transformaciones de carácter social como la plena incorporación de la mujer al mercado laboral, la disminución del tamaño de los hogares, el aumento de la proporción de población sin hijos/as, o la prolongación del tiempo de convivencia entre generaciones, condicionan las posibles estrategias para dar respuesta al incremento de la demanda de cuidados. La estructura tradicional de apoyo basado en el único pilar femenino está derivando hacia redes de apoyo más amplias, heterogéneas, intergeneracionales, no únicamente familiares (también vecinales y de amistad) y con mayor diversidad, complementariedad y bidireccionalidad de apoyos y roles (Quilodrán y Puga, 2015).

Existen claras evidencias empíricas que demuestran la relación que el estado de salud guarda con el bienestar y la calidad de vida de los adultos mayores. Por ello, el proyecto *“Salud en la vida adulta y su relación con el envejecimiento saludable: Tendencias actuales, oportunidades y retos futuros en España”* tiene como finalidad última analizar el estado de salud de las personas mayores así como sus determinantes. Asumiendo la naturaleza multidimensional del concepto de “salud”, esta investigación quiere aportar datos que ayuden a reflexionar a cerca de donde residen las oportunidades para mantener, o seguir aumentando, la esperanza de vida saludable en las cohortes de adultos mayores.

Además, sabemos que los efectos que la experiencia del cuidado tienen sobre las condiciones de salud de la persona que lo provee y de la persona que lo recibe no son las mismas. Por un lado, contar con apoyo para la realización de las actividades cotidianas mejora considerablemente la calidad de vida de los mayores (Escobar Bravo et al., 2009). Por otro, el rol de cuidador no parece tener un impacto tan positivo en la autopercepción de la salud de los cuidadores (Fernández de Larrinoa et al., 2011; Blanes, Carmagnani y Ferreira, 2007; López Gil et al, 2009). Dado, existen pocos estudios en España que comparen el efecto de los determinantes del estado de salud percibido en función de los diversos roles del cuidado (Flores et al., 2015), otro de los objetivos de este trabajo es examinar los factores pronosticadores de la percepción del estado de salud de la población mayor considerando la posición que ocupan los individuos dentro de las redes de cuidado, es decir; si son proveedores o receptores de apoyo.

## ■ 1.2. Metodología

El análisis sobre el estado de salud de la población mayor se ha realizado a partir de los datos aportados por la encuesta *Survey of Health Ageing and Retirement in Europe* (SHARE), que nos permite contextualizar la salud de los mayores españoles dentro

del ámbito europeo; y de la Encuesta Nacional de Salud (ENSE), a través de la cual se ahonda en las especificidades de la salud de los mayores españoles.

El estado de salud autopercebido es el eje central de este trabajo, cuyo análisis comprende además la exploración de diversas dimensiones: Salud objetiva, que aglutina temáticas como el padecimiento de enfermedades crónicas y el consumo de medicamentos; Salud subjetiva, que abarca aspectos como el padecimiento de limitaciones físicas para la realización de las actividades diarias o el sufrimiento de dolor o depresión; Hábitos de vida saludable, que engloba rutinas como el consumo de tabaco, las horas destinadas al descanso o la ingesta de alcohol; y finalmente, Indicadores sintéticos de salud, elaborados en los propios estudios y que ahondan en aspectos como la salud mental, el apoyo social recibido o el índice de masa corporal.

El trabajo se ha desarrollado a través de tres líneas de estudio complementarias; una comparativa internacional que situase a España dentro del contexto europeo; otra, dirigida a conocer las especificidades de la realidad española seleccionando diversos grupos de población, en función de los roles que ocupan las personas de 50 y más años dentro de la dinámica de cuidado: población adulta dependiente, cuidadores y no cuidadores; y una última, encaminada a establecer los elementos que condicionan el estado de salud autopercebido de cada uno de estos grupos de población.

Las variables principales utilizadas para realizar el análisis han sido el sexo y la edad (grupos de 50 a 64 años, de 65 a 79 años y 80 o más años) de los individuos, diferenciando entre personas cuidadoras y no cuidadoras. Dentro de las primeras, además, el análisis distingue entre aquellas que ejercen de cuidadoras principales y aquellas que apoyan o son apoyadas en el cuidado de la persona dependiente. En el caso de las personas no cuidadoras se ha clasificado entre aquellas personas que conviven con una persona dependiente o aquellas que no. De este modo, ha sido posible observar las diferencias en los grupos de población mayor y el efecto del rol que ocupan dentro de las redes de apoyo.

### ■ 1.3. Conclusiones

Los resultados de este estudio permiten afirmar que España, dentro del contexto europeo, se encuentra entre los países con el porcentaje más elevado de personas de 50 o más años que valoran negativamente su estado de salud. También se han observado porcentajes muy altos de población con más de dos enfermedades crónicas,

siempre por encima de la media europea, a pesar del elevado porcentaje de individuos sin enfermedades crónicas, especialmente en los grupos de edad de 50-64 años y de 65-79 años. Respecto a los hábitos no saludables, destaca la población femenina de 50 o más años fumadora o ex-fumadora, sobre todo en las edades por encima de los 65 años, que se sitúa por debajo de la media europea. Esto se debe, probablemente, a que el hábito tabáquico fue adquirido por las mujeres españolas más tarde que en otros países europeos como Suecia o Dinamarca.

En lo relativo a las especificidades del contexto español, la percepción que la población española tiene sobre su estado de salud muestra variaciones reseñables por sexo, edad y rol del cuidador desempeñado. Los hombres evalúan de una forma más positiva sus condiciones físicas y cognitivas que las mujeres, y ambos ofrecen peores valoraciones a medida que la edad avanza. El efecto de la discapacidad sobre la salud autopercebida, que afecta de manera especial al género femenino y a las edades avanzadas, se refleja en la valoración que la población hace de su salud.

La comparación entre tipos de cuidadores, informales y formales, ha revelado que son los cuidadores familiares los que valoran peor su salud debido a que presentan mayores niveles de sobrecarga. Los hombres que cuidan en solitario evalúan su salud, al igual que las mujeres cuidadoras —independientemente de que cuenten con ayuda adicional de otros cuidadores—, de una manera negativa. En comparación, los hombres que cuidan con ayuda de otras personas perciben un mejor estado de salud. Probablemente esto se debe a las diferentes tareas que asumen como cuidadores. Cuando hombres y mujeres cuidan con ayuda de otras personas, son ellas quienes normalmente llevan el peso de la actividad, asumiendo las tareas que exigen mayor dedicación y tiempo. Asimismo se han descrito diferencias por edad en la salud percibida en función del rol que se ocupa en las dinámicas de cuidado. Las personas de 50-64 años al cuidado de algún adulto dependiente perciben peor su salud, sobre todo si son cuidadores en solitario, en comparación con los no cuidadores. Sin embargo, en los grupos de mayor edad el patrón cambia y son los cuidadores los que perciben mejor su salud que los no cuidadores. Ello es fruto, posiblemente, del efecto de “selección” de los cuidadores a partir de los 70 años. En los grupos de edad donde las enfermedades comienzan a agravarse, se multiplica el número de dolencias y las limitaciones en las actividades de la vida diaria empiezan a notarse, las personas que se hacen cargo del cuidado de otros son aquellas que presentan un mejor perfil sanitario y tienen las capacidades físicas y cognitivas para desarrollar esta tarea. A su vez, los resultados también pueden atribuirse a un efecto de “generación” asociado al

cambio de valores respecto a la responsabilidad del cuidado, juzgándose, en consecuencia, de forma distinta las capacidades propias para hacerse cargo de esta tarea.

Dado que el estado de salud autopercebido se ha demostrado como un excelente indicador de la salud objetiva, al estar estrechamente relacionado con la aparición de impedimentos y dolencias, no es extraño que las tendencias observadas por sexo y edad en la percepción del estado de salud —peor en las mujeres y en las edades avanzadas—, sean las mismas en el caso de las enfermedades crónicas. El porcentaje de población que presenta multi-morbilidad, dos o más enfermedades crónicas diagnosticadas, también aumenta entre las mujeres y a medida que la edad avanza. Por el contrario, la población masculina muestra mayores porcentajes sin ninguna enfermedad crónica diagnosticada. En lo que respecta al número de enfermedades crónicas, los cuidadores presentan un mayor porcentaje de dolencias que los no cuidadores en todos los grupos de edad y ambos sexos.

En España encontramos grandes diferencias en los hábitos relacionados con la salud como el tabaquismo y el consumo de alcohol. Los hombres de 50 o más años han consumido y consumen tabaco y también beben en mayor proporción que la población femenina de la misma edad. Aun así, se ha observado que el comportamiento de las mujeres en las edades más jóvenes, 50-64 años está cambiando aproximándose al de los varones, al adoptar hábitos tradicionalmente asociados con el género masculino.

Finalmente, los indicadores sintéticos muestran la relevancia que toman los aspectos emocionales y psicológicos en la salud de las personas. Los datos indican que, en general, los españoles gozan de una buena salud mental, a pesar que ésta es mejor en los varones, y que las personas cuidadoras no sólo se sienten peor anímicamente sino que también autoperciben un menor apoyo social y mayor padecimiento de ansiedad o estrés, lo que les resta salud y, por ende, bienestar y calidad de vida. De este modo, queda patente que el apoyo social debe concebirse dentro de los determinantes de la salud dadas las diferencias que aglutina en función del sexo y la edad, pero especialmente en función del rol del cuidador desarrollado.

Centrándonos en los factores que pronostican un buen estado de salud autopercebido, elementos como padecer limitaciones que afectan a la realización de las actividades de la vida diaria, así como sufrir enfermedades crónicas o sentir dolor y malestar, son comunes a todos los grupos analizados y con una fuerte influencia en la valoración de la propia salud. Sin embargo los elementos que intervienen en la salud autopercebida

varían en relación al sexo, la edad y el rol de cuidador. El número de elementos que influyen en la salud autopercebida de las mujeres es mayor que entre los varones y, además, existe una clara diferencia en su origen siendo los elementos que se definen como 'subjetivos' más condicionantes de la salud femenina y aquellos clasificados como 'objetivos' más pronosticadores de la salud masculina. Así, variables como las horas destinadas al descanso, padecer ansiedad y el indicador de apoyo social ejercen una influencia en la salud del género femenino (sin ser significativos en el masculino) y, el consumo de fármacos se erige como elemento determinante del masculino.

Entre las personas no cuidadoras y que no viven con una persona dependiente influyen también en su salud el consumo de medicamentos, no sentirse deprimido o ansioso, tener una buena salud mental y realizar actividades físicas o deportivas. A estas variables, en el caso de las personas que no cuidan pero habitan con un dependiente se agregan, en los varones el no consumir de manera continuada fármacos y, el indicador de masa corporal para el género femenino —siendo el único grupo poblacional donde éste es significativo.

En el caso de las personas que desarrollan las tareas del cuidado, solos o con apoyo, los elementos diferenciadores respecto a quienes no cuidan se vinculan a lo psicológico y emocional como es el caso del índice de salud mental, del padecimiento de ansiedad o depresión o del sentimiento de apoyo social que condicionan el estado de salud; así como a determinados hábitos como las horas de descanso. Además existen ciertos elementos propios para cada grupo de cuidadores principales: en los varones, un elemento clave es la ingesta de alcohol; en las mujeres de 50 a 64 años, las horas destinadas al descanso; y de 65 a 79 años el consumo de tabaco clasifica a las mujeres con una percepción buena de su salud o una valoración negativa.

## 2. FUENTES Y METODOLOGÍA

La recogida de datos sobre la población mayor en los países occidentales ha experimentado una profunda transformación en las últimas tres décadas. El cambio demográfico ha actuado como catalizador en la implementación de nuevas encuestas y proyectos estadísticos, multiplicando de manera exponencial la cantidad de información sobre mayores. Factores como la disciplina de la que nace la encuesta, el marco territorial al cual se circunscribe, los objetivos para los que son creadas o el tipo de adultos mayores al que está dirigida, hacen que las opciones para realizar análisis cuantitativos de estos colectivos se hayan diversificado de una manera extraordinaria. En este trabajo se han combinado los datos de *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE), de ámbito europeo, con los provistos por otras encuestas de ámbito nacional como la *Encuesta Nacional de Salud* (ENSE) para el análisis del contexto español. Para ello ha sido necesario el uso de la encuesta SHARE, en la oleada realizada en el 2012, seleccionando aquellas variables que también recoge la ENSE desarrollada en 2011-12. A continuación se exponen las decisiones metodológicas adoptadas para la explotación y análisis de los microdatos de cada una de las encuestas empleadas.

### ■ 2.1. Share: análisis internacional comparado

Parte del trabajo de investigación desarrollado ha consistido en contextualizar el objeto de estudio, los factores asociados a la salud de la población mayor en España, a través de una comparativa internacional europea. Para ello, se usa de forma exclusiva la encuesta *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE). SHARE es un proyecto europeo de recogida de datos iniciado en 2004 y que continúa en la actualidad. Cuenta con una muestra total de 123.000 individuos mayores de 50 años residentes en 27 países europeos, entre ellos España. Aunque estaba previsto que la encuesta

se realizará hasta el 2024, el análisis desarrollado en esta investigación cubre el período 2004-2014. Los datos aquí utilizados corresponden a la oleada de 2013.

A continuación exponemos las características de la encuesta, el proceso de selección de variables y las limitaciones.

### 2.1.1. Características de la fuente

Las características de SHARE; el diseño de su muestra, la óptica longitudinal bajo la que está concebida y la riqueza de información registrada, ofrecen una oportunidad única para resolver los objetivos planteados por esta investigación. Su uso se ha fundamentado en cuatro potencialidades:

- **Universo muestral.** Los sujetos elegibles para contestar al cuestionario SHARE son personas mayores de 50 años, lo cual se ajusta perfectamente a la población objeto de estudio en la que se centra esta investigación. El que se trate de una encuesta sobre mayores pero que también considere a la población por debajo de la edad de 65 años, umbral que marcan la mayoría de proyectos estadísticos centrados en la vejez, permite analizar no sólo a los colectivos en edades avanzadas sino también a aquellos grupos de población que arribarán a esta etapa en los próximos años. En definitiva, SHARE permite observar las características de los individuos de mediana edad y las condiciones en las que realizan su transición a la vejez.

Además, las ventajas del diseño muestral de SHARE no son solo cualitativas, sino también cuantitativas. Su tamaño permite extraer submuestras lo suficientemente amplias como para realizar análisis estadísticos comparando diferentes grupos de edad, que es, si recordamos, uno de los ejes analíticos esenciales de esta investigación. Esto ayuda a captar de una manera más precisa la variedad de perfiles y situaciones vitales experimentadas por los mayores, habilitando la distinción entre etapas del curso de vida avanzado; personas en edad madura, avanzada y muy avanzada, Tercera y Cuarta Edad, etc., visibilizando las particularidades de cada una de estas subetapas, así SHARE permite estudiar cómo se produce la transición hacia esta etapa de la vida. La Tabla 1 presenta el número de casos que SHARE contiene en las diferentes oleadas, y su distribución en función del país, el género y la edad.

**Tabla 1.** Tamaño muestral de SHARE por sexo, grupo de edad y país (Número de casos), distintas oleadas

		AT	BE	DK	FR	DE	GR	IL	IT	NL	ES	SE
Oleada 1	<b>Total</b>	<b>1.893</b>	<b>3.827</b>	<b>1.707</b>	<b>3.193</b>	<b>3.008</b>	<b>2.898</b>	<b>2.598</b>	<b>2.559</b>	<b>2.979</b>	<b>2.396</b>	<b>3.053</b>
	Hombres	783	1.741	771	1.384	138	1.244	1.139	1.132	1.367	996	1.412
	Mujeres	1.110	2.086	936	1.809	1.628	1.654	1.459	1.427	1.612	1.400	1.641
	50- 64	949	1.991	916	1.648	1.569	1.458	1.416	1.342	1.693	1.079	1.589
	65-79	724	1.336	522	1.069	1.165	932	874	987	943	976	1.095
	80+	160	256	153	284	172	238	140	136	203	260	273
Oleada 2	<b>Total</b>	<b>1.341</b>	<b>3.169</b>	<b>2.616</b>	<b>2.968</b>	<b>2.568</b>	<b>3.243</b>	-	<b>2.983</b>	<b>2.661</b>	<b>2.228</b>	<b>2.745</b>
	Hombres	546	1.435	1.176	1.273	1.184	1.398	-	1.345	1.212	1.003	1.267
	Mujeres	795	1.734	144	1.695	1.384	1.845	-	1.638	1.449	1.225	1.478
	50- 64	594	1.664	1.455	1.522	1.299	1.673	-	1.436	1.553	1.011	1.352
	65-79	592	1.072	808	1.010	1.018	1.084	-	1.260	856	887	1.016
	80+	114	269	209	272	174	248	-	168	167	239	281
Oleada 3	<b>Total</b>	<b>847</b>	<b>2.832</b>	<b>2.141</b>	<b>2.483</b>	<b>1.852</b>	<b>2.951</b>	-	<b>2.492</b>	<b>2.210</b>	<b>2.048</b>	<b>1.893</b>
	Hombres	343	1.267	958	1.078	864	1.275	-	1.129	1.007	904	848
	Mujeres	504	1.565	1.183	1.404	988	1.676	-	1.363	1.203	1.144	1.045
	50- 64	301	1.291	1.094	1.149	800	1.429	-	1.039	1.095	827	731
	65-79	424	1.124	776	917	862	1.146	-	1.212	901	911	899
	80+	104	374	231	327	164	310	-	239	199	302	272
Oleada 4	<b>Total</b>	<b>5.286</b>	<b>5.300</b>	<b>2.276</b>	<b>5.857</b>	<b>1.572</b>	-	-	<b>3.583</b>	<b>2.762</b>	<b>3.570</b>	<b>1.951</b>
	Hombres	2.230	2.363	1.036	2.512	736	-	-	1.605	1.220	1.606	894
	Mujeres	3.056	2.937	1.240	3.345	836	-	-	1.978	1.542	1.964	1.057
	50- 64	2.511	2.797	1.180	2.845	601	-	-	1.540	1.334	1.449	603
	65-79	2.083	1.690	770	1.986	776	-	-	1.586	1.085	1.462	1.024
	80+	471	590	238	738	160	-	-	321	257	522	275
Oleada 5	<b>Total</b>	<b>5.637</b>	<b>8.137</b>	<b>5.487</b>	<b>5.916</b>	<b>7.613</b>	-	<b>3.765</b>	<b>7.161</b>	<b>5.700</b>	<b>9.577</b>	<b>5.926</b>
	Hombres	2.524	3.895	2.632	2.722	3.705	-	1.744	3.401	2.754	4.676	2.806
	Mujeres	3.113	4.242	2.855	3.194	3.908	-	2.021	3.760	2.946	4.901	3.120
	50- 64	1.775	2.758	2.077	1.945	2.916	-	1.019	1.933	1.884	2.635	1.584
	65-79	1.972	2.036	1.582	1.748	2.138	-	1.016	2.179	1.800	2.583	2.346
	80+	526	771	469	732	449	-	385	573	433	1.198	650

**Tabla 1.** Tamaño muestral de SHARE por sexo, grupo de edad y país (número de casos), distintas oleadas (cont.)

		CH	CZ	IE	PL	SI	HU	PT	EE	LU	TODOS LOS PAÍSES
Oleada 1	<b>Total</b>	<b>1.004</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>31.115</b>
	Hombres	462	-	-	-	-	-	-	-	-	13.811
	Mujeres	542	-	-	-	-	-	-	-	-	17.304
	50- 64	505	-	-	-	-	-	-	-	-	16.155
	65-79	351	-	-	-	-	-	-	-	-	10.974
	80+	94	-	-	-	-	-	-	-	-	2.369
Oleada 2	<b>Total</b>	<b>1.462</b>	<b>2.830</b>	<b>1.134</b>	<b>2.467</b>	-	-	-	-	-	<b>34.415</b>
	Hombres	645	1.191	514	1.074	-	-	-	-	-	15.263
	Mujeres	817	1.639	620	1.393	-	-	-	-	-	19.152
	50- 64	792	1.606	654	1.396	-	-	-	-	-	14.351
	65-79	484	894	362	832	-	-	-	-	-	10.087
	80+	121	200	68	152	-	-	-	-	-	2.262
Oleada 3	<b>Total</b>	<b>1.296</b>	<b>1.837</b>	-	<b>1.918</b>	-	-	-	-	-	<b>26.836</b>
	Hombres	559	791	-	852	-	-	-	-	-	11.875
	Mujeres	737	1.082	-	1.066	-	-	-	-	-	14.960
	50- 64	611	927	-	1.083	-	-	-	-	-	10.367
	65-79	497	777	-	689	-	-	-	-	-	9.669
	80+	138	167	-	156	-	-	-	-	-	2.660
Oleada 4	<b>Total</b>	<b>3.750</b>	<b>6.118</b>	-	<b>1.724</b>	<b>2.756</b>	<b>3.076</b>	<b>2.080</b>	<b>6.828</b>	-	<b>58.489</b>
	Hombres	1.682	2.576	-	753	1.196	1.322	895	2.748	-	25.374
	Mujeres	2.068	3.542	-	971	1.560	1.754	1.185	4.080	-	33.115
	50- 64	1.831	2.965	-	854	1.410	1.622	1.024	2.997	-	16.691
	65-79	1.416	2.431	-	657	999	1.109	801	2.881	-	13.878
	80+	342	496	-	170	258	230	163	690	-	3.914
Oleada 5	<b>Total</b>	<b>4.266</b>	<b>7.905</b>	-	-	<b>5.057</b>	-	-	<b>7.821</b>	<b>2.721</b>	<b>92.689</b>
	Hombres	2.006	3.525	-	-	2.409	-	-	3.377	1.340	43.516
	Mujeres	2.260	4.380	-	-	2.648	-	-	4.444	1.381	49.173
	50- 64	1.314	2.397	-	-	1.366	-	-	2.263	895	28.761
	65-79	1.301	2.725	-	-	1.174	-	-	2.728	527	27.855
	80+	351	614	-	-	378	-	-	886	147	8.562

Fuente: elaboración propia

- **Información sobre salud y bienestar en la vejez.** La recogida de información que realiza la encuesta SHARE se organiza a través de módulos temáticos, que cubren un buen número de ámbitos biográficos de los mayores; demográfico, laboral, financiero, residencial, familiar, etcétera, y que al ser vinculados permiten análisis más globales del objeto de estudio. Esta característica nos permite relacionar el estado de salud de los adultos mayores con otras características básicas como el perfil socio-demográfico, los tratamientos médicos que han seguido, estilo y condiciones de vida, etc. Esto es vital para la resolución de los objetivos que aquí planteamos ya que en esta investigación la *salud* queda definida como un elemento multidimensional, que no solo responde a factores biológicos, sino también sociales y del entorno.

Después de una revisión exhaustiva de los cuestionarios, se han seleccionado las variables potenciales indicadoras del estado de salud objetivo, subjetivo y de hábitos de vida saludables de los adultos mayores en España (Tabla 2). Como puede observarse, existen una serie de ítems que ofrecen información con la que establecer las condiciones de salud de los mayores españoles; qué enfermedades padecen, qué tratamientos siguen, etc. A su vez, también existen variables que informan sobre las percepciones que presenta esta población en relación a su bienestar psicológico y emocional. Además de estas variables, SHARE ofrece otras variables generadas por la propia encuesta que sirven para el cálculo de indicadores agregados sobre discapacidad. Esta investigación ha utilizado el indicador *Global Activity Limitation Index* (GALI), que mide la prevalencia de discapacidad, para calcular la Esperanza de Vida en Salud de la población española mayor de 50 años.

- **Enfoque Longitudinal.** El diseño panel de SHARE permite describir la evolución y los cambios en la salud objetiva y percibida de los mayores a través del tiempo. Hasta el momento SHARE cuenta con cinco oleadas de una periodicidad aproximadamente bianual, aunque el tiempo transcurrido entre oleadas varía ligeramente. El hecho de que la ejecución de la encuesta dependa de los grupos de investigación nacionales dificulta la coordinación e incrementa las posibilidades de imprevistos y retrasos tanto en la realización del trabajo de campo como en la organización posterior de los datos. Por este motivo, las oleadas de SHARE se suelen identificar más por su número de orden que por el año de referencia.

- **Comparaciones internacionales.** SHARE posibilita la comparación de la evolución del perfil sanitario de las personas mayores en España con las de otros países del ámbito europeo. Esta potencialidad ha sido explotada intensivamente, según las posibilidades que ofrecen las variables seleccionadas, con el objetivo de situar los resultados para España dentro del contexto internacional europeo.

### 2.1.2. Limitaciones de la fuente

A pesar de todo lo expuesto anteriormente, SHARE también cuenta con una serie de limitaciones que hacen necesaria su combinación con otras encuestas sobre salud y discapacidad de ámbito nacional.

La primera de las limitaciones surge al extraer una submuestra que contenga únicamente a la población española. Si bien es cierto que el tamaño muestral permite contar con una cantidad de casos suficientes para realizar análisis estadísticos por sexo y edad, se ha podido comprobar que el número de casos se reduce considerablemente al utilizar en el análisis variables con un alto porcentaje de no respuesta menor como el nivel de ingresos, enfermedades que se padecen, tratamientos médicos, etc. Por este motivo, para determinar los patrones de enfermedad y los motivos de discapacidad entre la población mayor esta investigación se apoya en otras fuentes de datos de ámbito nacional como la ENSE, donde el carácter específico de la fuente, diseñada ex profeso para el estudio del estado de salud de la población, asegura un mayor número de casos.

Otra de las limitaciones se deriva del hecho de que SHARE sea una encuesta. Pueden existir problemas de subrepresentación de ciertos colectivos de mayores dependientes a los que no es fácil acceder o con problemas graves de salud que les impidan realizar el cuestionario. Este es el caso, por ejemplo, de los mayores institucionalizados. La definición de la población objeto de estudio en la oleada 2011 quedó descrita de la siguiente manera por los implementadores de la encuesta: *Persons born in 1960 or earlier, and persons who are a spouse/partner of a person born in 1960 or earlier, who speak the official language(s) of the country and who are residents within private households, regardless of nationality and citizenship* (Lynn, Luca, Ganninger, & Häder, 2013:74). Como vemos, quedan explícitamente excluidos aquellos adultos mayores que viven en instituciones, por lo que se puede afirmar que la práctica totalidad del universo muestral de SHARE, y, en el caso de España, la totalidad de la muestra, está residiendo en una vivienda privada en el momento

del muestreo y del trabajo de campo. Dado que la encuesta está dirigida a la población mayor, también se registra si las respuestas dadas por los entrevistados las realizaron ellos solos o con la ayuda de alguien presente en el hogar, hecho frecuente en los individuos de más edad.

La sistemática exclusión de este tipo de poblaciones de las encuestas invisibilizan estadísticamente a estos colectivos y dificultan su inclusión en las investigaciones sobre salud y condiciones de vida. Como apuntan Peeterns, Debels y Verpoorten (2011), eliminar a los mayores en viviendas colectivas de las encuestas supone una subestimación de indicadores socioeconómicos, como el grado de privación material o calidad residencial. Este sesgo es difícilmente solucionable ya que proviene de las características intrínsecas de las fuentes.

## ■ 2.2. ENSE: análisis del contexto español

La ENSE, en la oleada realizada durante 2011-2012, ha sido utilizada para comparar la salud de las personas mayores de 50 años partiendo de las diferentes características que presenta este amplio grupo poblacional a nivel nacional. Así mismo, el estudio de los determinantes de la salud ha sido abordado a través de los datos que proporciona esta encuesta.

### 2.2.1. Características de la fuente

El Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad y el Instituto Nacional de Estadística (INE) realizan esta encuesta de modo bianual desde el año 1987, y quinquenal desde 2009 puesto que se combina con la *Encuesta Europea de Salud en España* (ESEE) que se desarrolla cada dos años. Su implementación forma parte del Sistema de Información Sanitaria, concibiéndose como un instrumento para la toma de decisiones y para la evaluación de políticas sanitarias. Sus potencialidades son las siguientes:

- **Universo muestral.** El universo muestral de la ENSE considera al conjunto de personas de todo el territorio nacional que reside en viviendas familiares principales, por lo tanto, es de ámbito estatal y representativo de toda la población. Como en el caso de SHARE, no analiza la población que reside en viviendas colectivas.
- Entre las mejoras metodológicas que se han ido incorporando a lo largo de los años, destaca la introducción de la perspectiva de género y la ampliación de la

muestra para ganar representatividad a nivel autonómico. Dado que cuenta con un amplio tamaño muestral, es posible la selección de submuestras en función del sexo y la edad (50 o más años en el caso de este estudio) a las que aplicar diversas técnicas de análisis estadístico.

- El **objetivo general** de esta encuesta es recabar la información necesaria sobre la salud de la población, para lo cual cuenta con una serie de **objetivos específicos**: 1) Proporcionar información sobre la valoración del estado de salud general, física y psíquica, e identificar los principales problemas de salud de los ciudadanos: enfermedades crónicas, dolencias, accidentes y limitaciones funcionales. 2) Conocer el grado de acceso y utilización de los servicios de salud. 3) Conocer los factores determinantes de la salud: hábitos de vida y características del medio ambiente físico y social que suponen riesgo para la salud. 4) Analizar las diferencias con que se presentan los problemas de salud, los factores de riesgo y la utilización de servicios entre los distintos subgrupos de población (por sexo, edad, clase social, país de origen y comunidad autónoma).
- El **método de recogida de datos** se realiza mediante tres cuestionarios. El primero, el del hogar, que recoge los datos sociodemográficos de las personas que habitan y las características de la vivienda; el segundo, el de adultos, realizado a personas mayores de 16 años; y el tercero, el de menores, dirigido a los residentes del hogar de entre 0 y 15 años.
- **Su contenido se estructura en cuatro grandes bloques**: 1) Estado de salud, que incluye aspectos como la salud percibida y la calidad de vida, la discapacidad y la dependencia funcional; 2) Determinantes de la salud, donde se observa el estilo de vida; consumo de alcohol y tabaco, alimentación, actividad física,... y también el apoyo social y los determinantes medioambientales; vivienda y medio laboral; 3) Utilización de servicios sanitarios, que incluye el registro de la frecuencia de uso de las consultas médicas, las hospitalizaciones, la vacunación y la toma de medicamentos; 4) Características demográficas y socioeconómicas, como son el sexo y la edad, el nivel de estudios y el estado civil, la situación laboral y los ingresos.

### 2.2.2. Limitaciones de la fuente

Además de las limitaciones originadas por la propia naturaleza de los cuestionarios y de la selección de las muestras en hogares privados, comentadas anteriormente en

la sección sobre SHARE, las principales restricciones que presenta la ENSE derivan de la dificultad para medir determinadas acciones como son la salud mental y la calidad de vida. Las preguntas para la construcción de estos indicadores se han diseñado utilizando diferentes metodologías obteniéndose resultados dispares. Lo mismo sucede con los ítems relativos al consumo de alcohol y la práctica del ejercicio físico, cuya frecuencia está sujeta a la subjetividad del entrevistado a la hora de evaluar lo mucho o poco que se tiene ese hábito.

### 2.3. Selección de variables e indicadores

Como se ha expuesto anteriormente, el estudio de la salud de las personas mayores de 50 años en España se ha realizado a través de su estado de salud percibido, considerando como determinantes diversos aspectos; la salud objetiva, la salud subjetiva, los hábitos relacionados con la salud y los indicadores sintéticos proporcionados por los cuestionarios. Dichas variables se han clasificado tal y como se muestra en la Tabla 2.

**Tabla 2.** Dimensiones y variables analizadas del constructo *salud*

Dimensiones		Variables
VARIABLE BASE		Estado de salud subjetivo o autopercebido
Variables clasificadoras		Edad
		Sexo-género
		Tipología del cuidador
Factores condicionantes	Salud subjetiva	Limitación en las actividades de la vida diaria
		Padecimiento de dolor o malestar
		Padecimiento de ansiedad o depresión
	Salud objetiva	Padecimiento de enfermedades crónicas
		Número de enfermedades crónicas padecidas
		Consumo de medicamentos
	Hábitos de vida saludables	Consumo de tabaco
		Consumo de bebidas alcohólicas
		Frecuencia con la que realiza actividades físicas o deportivas
		Horas destinadas al sueño
	Indicadores sintéticos	Estado de salud mental
		Apoyo social funcional percibido
		Índice de masa corporal

Fuente: elaboración propia

### 2.3.1. Variable base

Para ofrecer una panorámica sobre el estado de salud general de la población, se ha recurrido como indicador al grado de salud autopercebido; una medida subjetiva que, sin embargo, se ha demostrado como una muy buena aproximación al estado de salud objetivo de los individuos en los estudios demográficos, epidemiológicos y, en general, de los estudios de salud. Normalmente, la recogida de información cuantitativa sobre el grado de salud percibida se realiza mediante la inclusión de una pregunta en los cuestionarios donde se pide la valoración que el entrevistado hace de su estado de salud.

Como respuesta, se ofrecen varias categorías que forman un gradiente que va de muy positivo a muy negativo. No existe una única escala de medición, aunque normalmente las categorías de respuesta son cinco.

En el caso de esta investigación, para realizar la comparativa internacional europea sobre la valoración que la población de 50 o más años hace sobre su estado de salud, se han utilizado datos de la última oleada de la encuesta SHARE. El cuestionario de SHARE incluye un ítem para captar el grado de salud auto-percebida, que registra las respuestas mediante una escala que va de “Excelente” hasta “Mala”. Esta escala de medición ha sido denominada como *Self-perceived health US version*, por ser utilizada con más frecuencia en Estados Unidos, Canadá Nueva Zelanda y Australia. Se trata de una gradación de respuesta asimétrica que ofrece más categorías de evaluación positivas que otros instrumentos de medición similares como la *Self-perceived health EU versión*, donde las respuestas son simétricas y se ofrecen tantas opciones positivas como negativas. Aunque SHARE implementó ambas escalas en su inicio, en la actualidad sólo cuenta con la primera, que es la que se ha utilizado en el análisis:

*‘Diría Ud. que su salud es ....’ (PH003)*

1. *Excelente*
2. *Muy buena*
3. *Buena*
4. *Pasable*
5. *Mala*

En el caso de la ENSS, se utiliza la escala *Self-perceived health EU versión*, con diferente gradiente en los ítems de respuesta y una temporalidad limitada al último año, aspectos que difieren con SHARE:

*‘En los últimos doce meses, ¿diría que su estado de salud ha sido...’ (G20)*

1. *Muy bueno*

2. *Bueno*

3. *Regular*

4. *Malo*

5. *Muy malo*

El uso de la diferente escala de medición así como la delimitación temporal entre la SHARE y la ENSE puede producir divergencias al comparar en los resultados obtenidos en cada encuesta

La percepción subjetiva del estado de salud ha sido utilizada para contextualizar a través, por un lado, de la comparación con el resto de regiones europeas; y por el otro y, centrado en España, para observar las diferencias entre la distinta tipología de cuidadores mayores de 50 años. Pero, también, se ha concebido como el punto de partida, esto es, como variable clasificadora, a la hora de abordar el análisis de los determinantes del estado de salud en los distintos grupos poblacionales. Con el objeto de facilitar la interpretación de estos resultados, así como de alcanzar conclusiones sólidas, la variable percepción del estado de salud en este análisis bivariado ha sido recodificada, pasando de sus cinco ítems de respuesta originales a tres: ‘bueno’ (bueno y muy bueno), ‘regular’ y ‘malo’ (malo y muy malo).

### **2.3.2. Variables clasificadoras**

Se incluyen en este apartado las variables utilizadas para determinar los subgrupos analizados, obteniendo de la muestra las tipologías de individuos que se comparan a lo largo del análisis.

- *Variables demográficas*

Cada una de las variables relativas al estado de salud se ha analizado en función de las variables demográficas básicas: género (hombre/mujer) y la edad (50-64, 65-79 y 80 o más años).

- *Tipología del cuidador*

Dado que uno de los objetivos prioritarios de este estudio es la comparación del estado de salud entre las personas mayores dependientes, cuidadoras y no cuidadoras, se ha construido una variable atendiendo a estas características. El resultado y la definición utilizada para cada categoría se muestran en la Tabla 3. Esta variable ha sido creada a partir de las siguientes variables extraídas de la ENSE:

*A7\_2a: 'Número de orden del adulto seleccionado'*

*'Finalmente, le voy a preguntar sobre el cuidado de las personas del hogar. ¿En su hogar viven personas que, por alguna limitación o discapacidad, no son capaces de cuidarse por sí mismas y necesitan que les cuide otra persona?' (Z140)*

*1. Sí → Indique quiénes*

*2. No*

*8. No sabe*

*9. No contesta*

*'¿Quién se ocupa del cuidado de esa persona (dependiente), principalmente?' (Z141.1)*

*'¿Quién se ocupa, en global, más tiempo del cuidado de estas personas (dependientes)' (Z141.2)*

*1. Vd. solo/a*

*2. Vd. compartiéndolo con otras personas*

*3. Otra persona de la casa*

*4. Una persona que no reside en el hogar remunerada por ello*

*5. Los servicios sociales*

*6. Otra situación*

*8. No sabe*

*9. No contesta*

**Tabla 3.** Subgrupos de población empleados en el análisis de la ENSE y su definición

Subgrupo	Definición
Persona Dependiente	Personas que contestan que vive en el hogar una persona con alguna limitación o discapacidad que necesita cuidados y es la misma persona que contesta.
Cuidador/a: a) Solo/a b) Con ayuda	Personas que contestan que vive en el hogar una persona con alguna limitación o discapacidad que necesita cuidados y que son ellas las que prestan ese cuidado, bien sin ayuda de ninguna otra persona ('solas') o bien compartiendo este cuidado con otras personas ('con alguien').
No cuidador/a: a) Con dependiente b) Sin dependiente	Personas que contestan que vive en el hogar una persona con alguna limitación o discapacidad que necesita cuidados pero que ellas no prestan ese cuidado ('con dependiente') y personas que contestan que no vive en el hogar una persona con alguna limitación o discapacidad que necesita cuidados ('sin dependiente').
No sabe/ no contesta	No saben o no contestan si hay una persona con alguna limitación o discapacidad que necesita cuidados en el hogar.
<b>Muestra total</b>	<b>Personas de 50 o más años</b>

Fuente: elaboración propia

### 2.3.3. Dimensión subjetiva de la salud

Esta dimensión incluye aquellas variables que implican la autovaloración del propio sujeto sobre aspectos relacionados con sus condiciones de salud; así abarca cuestiones como la percepción de limitaciones de las actividades diarias, el padecimiento de dolor o malestar y la sensación de ansiedad o depresión.

- *Percepción de limitaciones en las actividades diarias*

Los efectos que la transformación de la longevidad ha tenido sobre la duración y la calidad en los últimos años de vida adulta hacen necesario el análisis de las condiciones de salud bajo los cuales se experimentan. El predominio de las enfermedades crónicas no letales pero sí potencialmente discapacitantes en el patrón de morbilidad de la población mayor ha impulsado la aparición de nuevas herramientas que miden la prevalencia de discapacidad utilizando un criterio de *dificultad* para la realización de las actividades diarias. Gradualmente, la medición de la discapacidad está transitando de indicadores centrados en la morbilidad, la cronicidad y las limitaciones físicas o cognitivas del individuo a otros enfocados en captar las consecuencias que las condiciones de salud tienen para los mayores en relación al medio y la sociedad en la que se produce. Estos nuevos indicadores se basan en información subjetiva sobre las limitaciones que el entrevistado/a percibe debido a su estado de salud. Uno de los

indicadores más relevantes en este sentido es el índice GALI (*Global Activity Limitation Index*), implementado recientemente en las encuestas europeas, aunque con un uso que crece exponencialmente, para homogeneizar las medidas de discapacidad y hacerlas comparables entre países. Una única pregunta recoge información sobre:

1. Si el individuo percibe alguna limitación de actividad.
2. Si esta limitación influye negativamente en la realización de las actividades de la vida diaria.
3. Si esa limitación es debida a un problema de salud.
4. Si esa limitación ha tenido una duración de al menos 6 meses. Las categorías de respuesta son: Gravemente limitado / limitado, pero no gravemente / Nada limitado.

La pregunta y variables de respuesta incluidas en el cuestionario de la encuesta SHARE, a través de las cuales se calcula el indicador GALI, dicta:

*'En los seis últimos meses o más, ¿se ha sentido limitado en sus actividades habituales debido a problemas de salud?' (PH005)*

1. *Completamente limitado*
2. *Limitado, pero no completamente*
3. *No*

La formulación que utiliza la ENSE, también delimitada temporalmente a los últimos seis meses, para averiguar si los sujetos sufren de restricciones físicas es:

*'Pensando ahora en los últimos 6 meses, ¿en qué medida se ha visto limitado/a debido a un problema de salud para realizar las actividades que la gente habitualmente hace?' (K29)*

1. *Gravemente limitado/a*
2. *Limitado/a, pero no gravemente*
3. *Nada limitado/a*

- *Calidad de vida medida a través del padecimiento de dolor o malestar*

El estado de salud determinará la calidad de vida de los individuos en su día a día. En el cuaderno metodológico de la ENSE se define la calidad de vida como la *'Percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas e intereses'* (2011:37). De este modo se incluyen en el término influencias procedentes de la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y la relación con los aspectos principales de su entorno. Para medir la calidad de vida asociada a la salud se utiliza el instrumento del 'The EuroQoL Group' (1990) en el que se contempla el estado de salud de los individuos a partir de cinco dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor o malestar y ansiedad o depresión.

En el análisis que aquí se desarrolla tan sólo se utiliza el eje dolor o malestar y ansiedad o depresión, dado que el resto de dimensiones se han abarcado a partir de otras variables. La formulación de la pregunta que incluye la ENSE al respecto del padecimiento de dolor o malestar es:

*'Dígame qué afirmaciones de las siguientes que le voy a leer describe mejor su estado de salud en el día de hoy' (26.4):*

- 1. No tengo dolor ni malestar;*
- 2. Tengo dolor o malestar leve;*
- 3. Tengo dolor o malestar moderado;*
- 4. Tengo dolor o malestar fuerte;*
- 5. Tengo dolor o malestar extremo*

Con el objeto de simplificar el análisis, para el análisis de los determinantes del estado de salud esta variable ha sido recodificada pasando de cinco a tres ítems para una mejor interpretación de los resultados y una mejor aplicación de las técnicas estadísticas de análisis: Sin dolor o malestar; Con dolor o malestar reducido (leve y moderado); con mucho dolor y malestar (fuerte y extremo).

Su homónima no existe en SHARE por lo que sólo se analizan resultados obtenidos a partir de la ENSE.

- *Calidad de vida medida a través del padecimiento de ansiedad o depresión*

Siguiendo idéntico patrón a la cuestión anterior y modo de operar, se indaga en el padecimiento de ansiedad o depresión que condiciona la calidad de vida relacionada con el estado de salud. En este caso, la formulación de tal variable es:

*Dígame qué afirmaciones de las siguientes que le voy a leer describe mejor su estado de salud en el día de hoy” (26.5):*

- 1. No estoy ansioso/a ni deprimido/a;*
- 2. Estoy levemente ansioso/a o deprimido/a,*
- 3. Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a;*
- 4. Estoy muy ansioso/a o deprimido/a;*
- 5. Estoy extremadamente ansioso/a o deprimido/a*

Los resultados de esta variable sólo se expresan a través de la ENSE dado que no se incluyen en SHARE.

### **2.3.4. Dimensión objetiva de la salud**

Para abordar el estado de salud objetivo de las personas, se ha estudiado la información sobre las enfermedades o problemas crónicos que tiene la persona encuestada y el consumo de medicamentos.

- *Padecimiento de enfermedades crónicas*

Una de las informaciones que permiten analizar el estado de salud de las poblaciones es la aparición de enfermedades crónicas, uno de los factores más relacionados con la aparición de discapacidad, actuando como uno de los principales desencadenantes de situaciones de dependencia en edades avanzadas.

La encuesta SHARE ofrece información sobre el número de enfermedades crónicas que padece la persona entrevistada, además de codificar el tipo de dolencia que padece o ha padecido, siempre que ésta haya sido diagnosticada por un médico. Así, se complementa la dimensión subjetiva ofrecida por el grado de salud autopercibido, a otra dimensión más objetiva donde el estado de salud se evalúa a través del diagnóstico médico. La formulación de esta pregunta así como las categorías contempladas son las siguientes:

*Si alguna vez un médico le ha dicho que tenía o tiene alguno de los problemas de salud que figuran en esta tarjeta (número 6), dígame el número o números correspondientes (PH006):*

- 1. Ataque cardíaco, incluidos el infarto de miocardio o la trombosis coronaria, o algún otro problema de corazón, incluyendo la insuficiencia cardíaca congestiva*
- 2. Tensión arterial alta o hipertensión*
- 3. Colesterol alto*
- 4. Derrame cerebral o enfermedad vascular cerebral*
- 5. Diabetes o azúcar elevado en sangre*
- 6. Enfermedad pulmonar crónica, como bronquitis crónica o enfisema*
- 7. Asma*
- 8. Artritis, incluyendo osteoartritis, o reumatismo*
- 9. Osteoporosis*
- 10. Cáncer o tumor maligno, incluyendo leucemia o linfoma, pero excluyendo cánceres de piel de menor importancia*
- 11. Úlcera de estómago o duodenal, úlcera péptica*
- 12. Enfermedad de Parkinson*
- 13. Cataratas*
- 14. Fractura de caderas o de femoral*
- 96. Ninguno*
- 97. Otros problemas de salud no mencionados*

Por su parte, la ENSE analiza las enfermedades crónicas del entrevistado en los últimos doce meses. Para ello, y a través de una pregunta dicotómica y filtro se plantea:

*¿Tiene alguna enfermedad o problema de salud crónicos o de larga duración?’ (G20).*

En caso afirmativo, se pregunta sobre una serie de enfermedades o problemas de salud crónicos o de larga duración tales como: *tensión alta, infarto de miocardio, enfermedades del corazón, varices en las piernas, artrosis, artritis o reumatismos, dolor de espalda crónico (cervical), dolor de espalda crónico (lumbar), alergia crónica (asma alérgico excluido), asma, bronquitis crónica, enfisema, EPOC, diabetes, úlcera de estómago o duodeno, intolerancia urinaria, colesterol, cataratas, problemas crónicos de piel, estreñimiento crónico, cirrosis, disfunción hepática, depresión crónica, ansiedad crónica, otros problemas mentales, lesiones o defectos permanentes causados por un accidente, osteoporosis, problemas de tiroides, problemas de próstata, problemas de periodo menopáusico, tumores malignos y otra enfermedades crónicas.*

Como segundo paso para analizar este aspecto objetivo de la salud de los mayores, se ha creado una nueva variable basada en el número de enfermedades crónicas padecidas teniendo en cuenta las planteadas en el cuestionario. Las categorías de respuesta son: 1) Personas que no tienen ninguna enfermedad crónica; 2) Personas que tienen una enfermedad crónica; 3) Personas que tienen dos o más enfermedades crónicas.

La diferente formulación de la pregunta e ítems de respuesta así como la distinta delimitación temporal pueden ocasionar divergencias en los resultados obtenidos a partir de ambas fuentes de datos.

- *Consumo de medicamentos*

La bibliografía consultada indica que el número de fármacos consumidos de forma regular aumenta según el grado de salud autopercebida, ello exige incluir tal variable. Las fórmulas a través de las que se indaga sobre el consumo de medicamentos varía entre los cuestionarios: algunos diferencian entre fármacos recetados por personal sanitario y autosuministrados; también varían el número y tipo de medicamentos incluidos.

En el caso de SHARE a través de una única pregunta se valora la ingesta de fármacos y el tipo de medicamento consumido. Ello ha obligado a construir una nueva variable dicotómica con el objeto de comparar con los resultados obtenidos en la ENSE. La enunciación de la variable original dicta:

*“A continuación le preguntaré sobre la medicación que está tomando. ¿Está Ud. tomando al menos una vez a la semana alguno de los medicamentos que se mencionan en la tarjeta? (PH011):*

- 1. medicamentos para el colesterol*
- 2. medicamentos para la tensión arterial alta*
- 3. medicamentos para enfermedades coronarias o cerebro-vasculares*
- 4. medicamentos para otras enfermedades cardiacas*
- 5. medicamentos para el asma*
- 6. medicamentos para la diabetes*
- 7. medicamentos para el dolor o inflamación de las articulaciones*
- 8. medicamentos para otros dolores (por ejemplo, jaquecas, dolores de espalda, etc.)*
- 9. medicamentos para problemas de sueño*
- 10. medicamentos para la ansiedad o la depresión*
- 11. medicamentos hormonales para la osteoporosis*

- 12. medicamentos no hormonales para la osteoporosis
- 13. medicamentos para la acidez de estómago
- 14. medicamentos para la bronquitis crónica
- 96. ninguno
- 97. otros medicamentos no mencionados

Por su parte, la ENSE aborda este aspecto de manera diferente. Primero, limita la temporalidad a las últimas dos semanas a diferencia de SHARE que se concibe en el momento en el que se realiza el cuestionario. Segundo, aplica distinta formulación para hombres y mujeres, mencionando en éstas últimas el consumo de anticonceptivos. Tercero, la ingesta de fármacos se introduce a través de una variable dicotómica que actúa de filtro, para posteriormente, indagar en los medicamentos a través de un listado. Y cuarto, distingue entre los fármacos consumidos y los recetados. Así, las cuestiones se configuran del siguiente modo:

*(Hombre) “Durante las últimas dos semanas, ¿ha consumido algún medicamento, independientemente de que se lo recetara el médico o no? Por favor, tenga en cuenta también suplementos dietéticos y vitaminas” (P81\_a):*

- 1. Sí,
- 2. No

*(Mujer) “Durante las últimas dos semanas, ¿ha consumido algún medicamento, independientemente de que se lo recetara el médico o no? Por favor, tenga en cuenta también suplementos dietéticos, vitaminas, pastillas anticonceptivas y otros medicamentos hormonales” (P81\_b):*

- 1. Sí,
- 2. No

Con el objeto de poder comparar ambas fuentes de datos, SHARE y ENSE, esta cuestión se ha centrado en conocer si se consumen fármacos, independientemente de la temporalidad y de ser autosuministrados o recetados, lo que puede conducir a una divergencia en los resultados.

### **2.3.5. Hábitos de vida saludable**

El tercero de los aspectos tratados es el de los hábitos que influyen en la aparición/prevenición de patologías, y en consecuencia determinan el estado de salud que

presentan los mayores. Concretamente, se han abordado los siguientes aspectos; consumo de medicamentos, tabaquismo, consumo de alcohol, actividad física y horas destinadas al sueño.

- *Consumo de tabaco*

Un factor que influye de manera muy negativa en el estado de salud de las personas es el consumo de tabaco. Aunque tradicionalmente este hábito ha estado vinculado al género masculino, los patrones de consumo que presentan mujeres y varones están cada vez más próximos a todas las edades, incluso observándose porcentaje mayores entre las mujeres, con excepción de los mostrados por los grupos de población en edades longevas.

En SHARE se aborda el tabaquismo medido mediante dos variables diferentes; a) si la persona ha fumado alguna vez a lo largo de su vida, y b) si fuma en la actualidad:

*“¿Alguna vez ha fumado diariamente cigarillos, puros, puritos o tabaco en pipa durante un período de, por lo menos, un año?” (BR001)*

1. *Sí*
2. *No*

*“¿Fuma actualmente?” (BR001)*

1. *Sí*
2. *No, lo he dejado*

La misma cuestión se plantea en la ENSE a través de una única pregunta:

*“¿Podría decirme si actualmente fuma?” (S105)*

1. *Sí, fuma diariamente*
2. *Sí fuma, pero no diariamente*
3. *No fuma actualmente, pero ha fumado antes*
4. *No fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual*

Para la comparabilidad de resultados entre ambas fuentes de datos se han construido una única variable categórica cuyas respuestas son: fuma en la actualidad; ha fumado en algún momento; o no ha fumado nunca. En el caso de SHARE ha sido necesario

utilizar las dos preguntas contenidas por el cuestionario. En el caso de la ENSE ha sido necesario recodificar la variable existente.

- *Consumo de alcohol*

La ingesta de alcohol se vincula a multitud de enfermedades cardiovasculares, por ello es imprescindible considerar este factor en el análisis y examinar cuales son los patrones de consumo de la población mayor. Dado que existen importantes diferencias en el consumo de alcohol en función del género y la edad, el análisis se ha realizado en base a estas características.

El consumo de alcohol es analizado en los cuestionarios de SHARE y ENSE de modo diferente. En SHARE, al tiempo que se averigua si existe tal hábito se incluye la frecuencia de consumo:

*“A continuación le haré algunas preguntas sobre lo que bebe, si es que bebe. Por favor, mire a la tarjeta 11. ¿Ha consumido bebidas alcohólicas en los seis últimos meses, por ejemplo, cerveza, sidra, vino, licores o combinados?” (BR010)*

- 1. Casi todos los días*
- 2. Cinco o seis días a la semana*
- 3. Tres o cuatro días a la semana*
- 4. Una o dos veces a la semana*
- 5. Una o dos veces al mes*
- 6. Menos de una vez al mes*
- 7. Nunca en los últimos seis meses*

En la ENSE, por el contrario, se introduce esta cuestión, primero, a través de una pregunta filtro sobre la posible ingesta y, segundo, se cuestiona su frecuencia:

*“¿Ha tomado Vd. en los últimos 12 meses alguna bebida alcohólica?” (T121)*

- 1. Sí*
- 2. No*

*“Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tomado bebidas alcohólicas de cualquier tipo (es decir, cerveza, vino, licores, bebidas destiladas y combinados u otras bebidas alcohólicas)? (T123)*

1. Todos los días
2. De 3 a 6 veces a la semana
3. De 1 a 2 veces a la semana
4. De 2 a 3 veces al mes
5. Una vez al mes o menos

Con el objeto de hacer comparables los resultados de ambas fuentes de datos, no se ha tenido en cuenta la distinta periodicidad, últimos doce meses frente a últimos seis meses, dado que se entiende que un hábito adquirido se modifica a largo plazo. Además en SHARE se ha seleccionado la categoría de respuesta “diariamente”, como indicador de una frecuencia suficientemente alta como para causar problemas de salud.

- *Frecuencia de práctica de actividad física o deportiva*

Los beneficios de la práctica de alguna actividad física son múltiples para la salud: prevención de sobrepeso, mayor movilidad articular, mejora de las habilidades corporales, etc. La cara opuesta, el sedentarismo físico, se vincula a una vulnerabilidad de la salud asociándose a enfermedades de tipo cardiovascular y a un malestar emocional o psicológico.

El nivel de actividad física que practican los individuos se registra en SHARE a partir de la frecuencia con la que realiza alguna actividad física en su tiempo libre:

*“Nos gustaría saber qué tipo de ejercicio físico lleva a cabo en su vida diaria. ¿Con qué frecuencia realiza actividades físicas que requieran intensa energía, como el deporte, labores domésticas pesadas o un trabajo que requiera esfuerzo físico?” (BR015)*

1. Más de una vez a la semana
2. Una vez a la semana
3. De una a tres veces al mes
4. Casi nunca, o nunca

Con una formulación, un tanto diferente, el nivel de actividad física se aborda en la ENSE a través de la siguiente pregunta:

*“¿Cuál de estas posibilidades describe mejor la frecuencia con la que realiza alguna actividad física en su tiempo libre?” (U129)*

1. *No hago ejercicio. El tiempo libre lo ocupo de forma casi completamente sedentaria (leer, ver la televisión, ir al cine, etc.).*
2. *Hago alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar o pasear, bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades recreativas que requieren un ligero esfuerzo, etc.).*
3. *Hago actividad física varias veces al mes (deportes, gimnasia, correr, natación, ciclismo, juegos de equipo, etc.).*
4. *Hago entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana.*

A pesar de la diferente formulación en la pregunta y de los ítems de respuesta, es posible la comparación estableciendo un paralelismo entre ambos tipos de frecuencia puesto que entendemos que la práctica de 'más de una vez a la semana' (SHARE) connota la misma significación que 'varias veces a la semana' (ENSE); una vez a la semana es similar a ocasionalmente; de una vez a tres al mes se asemeja a varias veces al mes; y finalmente, no hago ejercicio se traduce en nunca o casi nunca.

- *Horas destinadas al sueño*

La alimentación, la actividad física y el sueño son tres elementos que influyen en la salud física, mental y social de las personas, existiendo en su práctica diferencias por género, por edad y por clase social.

Es esta una variable que únicamente se ha incluido en el análisis bivariado de los determinantes del estado de salud. Dado que el trabajo reproductivo, como el cuidado, limita el tiempo disponible para el descanso y, en mayor medida, si hay que compaginarlo con el trabajo productivo, se hace necesario observar las diferencias existentes entre las horas de sueño de las personas que cuidan y de las que no.

La ENSE plantea esta cuestión a partir de una variable numérica en la que deben indicarse libremente las horas destinadas a dormir. En este análisis, dicha variable se ha recodificado en función de cuatro posibles respuestas siguiendo las pautas indicadas por Bueta (2004) que dicta que un patrón de sueño corto se corresponde con seis horas diarias de sueño, en nuestro caso, además, y entendiendo que las personas cuidadoras solas trabajan 24 horas se ha clasificado en dos subgrupos (menos de cuatro horas y de cinco a siete horas); un patrón de sueño intermedio de siete a ocho horas; y un patrón de sueño largo nueve o más horas:

*“¿Podría indicarme, aproximadamente, cuántas horas duerme habitualmente al día? Incluya las horas de siesta” (127)*

*1. Menos de cuatro horas*

*2. De cinco a siete horas*

*3. Ocho horas*

*4. Más de nueve horas*

### **2.3.6. Indicadores sintéticos**

Recientemente los indicadores sintéticos se han convertido en uno de los instrumentos de análisis más relevantes dada su capacidad para facilitar la interpretación de la información y evaluar de forma sencilla fenómenos complejos y multidimensionales (Blancas et al., 2011). Según la OCDE, podemos denominar “indicadores sintéticos”, a la combinación (o agregación) matemática de diversos indicadores relativos a varios componentes del concepto que se pretende medir a partir de un sistema base, permitiendo una evaluación multidimensional del mismo (Saisana y Tarantola, 2002). Los indicadores empleados en esta investigación se incluían ya en las fuentes de datos analizadas, esto es, por SHARE y la ENSE.

- *Índice de Masa Corporal (IMC)*

Para analizar el peso de los individuos a nivel agregado existen herramientas como el Índice de Masa Corporal (IMC). Se trata de un indicador sintético que relaciona la talla, expresada en metros cuadrados, con la masa de la persona, expresada en kilogramos, para conocer las características de su peso y establecer en qué parámetros se encuentra. La escala de medición, establecida por la OMS, ubica a las personas con un IMC menor de 18,5 como aquellos que presentan delgadez extrema, de 18,5 a 24,99 como IMC normal o normopeso, un IMC superior a 25 como personas con sobrepeso, y un IMC mayor que 30 como personas con obesidad.

La encuesta SHARE ofrece directamente el IMC ya calculado, para lo cual se sirve de dos preguntas incluidas en el cuestionario; la que informa sobre la talla del entrevistado/a, *¿Cuánto mide?* (PH013), y la que informa sobre su masa en kilogramos, *¿Cuánto pesa?* (PH012). Dado que es un indicador estandarizado y universalizado, la ENSE responde a idéntico formato.

- *Índice sintético del estado de salud mental*

Dado que estudios recientes evidencian el papel crucial que los factores psicológicos y emocionales tienen en la percepción del estado de salud (Alonso, Otin y Rojos, 2003; Florenzano, et al., 2006), se hace imprescindible la inclusión en el análisis de indicadores que capten este tipo de información. Así, se ha utilizado el índice sintético del estado de salud mental (INE, 2012); un indicador construido por el INE a partir de una variable multirrespuesta en la que se contemplan aspectos relacionados con la psique; concentración, autoestima, superación personal, resolución de conflictos o el sentimiento de felicidad. Este indicador es una forma abreviada de 12 ítems que ofrece el cuestionario 'General Health Questionnaire', instrumento diseñado como screening para detectar trastornos psíquicos en la población general (INE, 2012):

*"Ahora nos gustaría saber cómo se ha sentido, en general, durante las últimas semanas. Por favor, conteste a todas las preguntas indicando la respuesta que, a su juicio, mejor puede aplicarse a usted. Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes y los que tiene ahora, no sobre los que tuvo en el pasado", (P40)*

- *¿Ha podido concentrarse bien en lo que hacía?*
- *¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho tiempo?*
- *¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?*
- *¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?*
- *¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?*
- *¿Ha tenido la sensación de que no puede superar sus dificultades?*
- *¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?*
- *¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?*
- *¿Se ha sentido poco feliz o deprimido?*
- *¿Ha perdido la confianza en sí mismo?*
- *¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?*
- *¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?*

La escala de respuestas posibles contempla: No, en absoluto; Mejor que lo habitual; Igual que lo habitual, Menos que lo habitual. La puntuación del indicador se obtiene asignando 0 puntos a las respuestas 1 y 2, y asignando 1 punto a las respuestas 3 y 4 encada pregunta; y a continuación se suman los puntos de los 12 ítems. Por lo tanto, la puntuación total oscila entre 0 y 12 puntos, siendo la de

menor valor equivalente a una mala salud mental y correspondiendo el máximo valor a una buena salud mental.

Por otro lado, y con el objeto de facilitar el análisis de los determinantes del estado de salud autopercebida, los valores obtenidos del indicador se han distribuido uniformemente en tres grupos de respuesta para obtener tres grupos con un número similar de ítems. Así, una mala salud mental aglutina a los valores entre el 0 y el 4, una salud mental regular incluye valores entre el 5 y 8, y una buena salud mental corresponde a los valores entre 9 y 12.

- *Índice sintético del apoyo social funcional percibido*

Existen múltiples definiciones y metodologías para el estudio del apoyo social que perciben los individuos. En algunos estudios se entiende como la interacción que establece el individuo con su red de apoyos personales y familiares abarcando, por lo tanto, aspectos emocionales y materiales. En otros, sin embargo, se enfatiza el compromiso adquirido entre los individuos con la finalidad de movilizar recursos psicológicos y materiales (Ferrando, et al., 1996). De lo que no hay duda es que todas estas herramientas persiguen evaluar algunas de las diferencias existentes en la distribución de ciertas enfermedades tanto físicas como mentales en función de la ayuda recibida.

Esta cuestión se aborda en la ENSE a partir del *cuestionario de apoyo social funcional de Duke-UNC*, que mide, a través de once situaciones específicas, los aspectos cualitativos y funcionales de la red de cuidados, más que las características de la propia red en sí. Se trata de medir la ayuda afectiva y personal a través de dos dimensiones: el apoyo confidencial y el afectivo (INE, 2012). De este modo, en la ENSE se plantea:

*“Ahora le voy a hacer unas preguntas sobre el apoyo afectivo que Vd. Recibe. Voy a entregarle una tarjeta con diferentes situaciones de apoyo afectivo y personal que suelen ocurrir en la vida cotidiana. Al lado de cada situación hay un conjunto de respuestas. Por favor, lea cada situación y dígame una por una el número de la respuesta que mejor refleje su situación”. (P139)*

– Recibo visitas de mis amigos y familiares

– Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa

– Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo

- *Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede*
- *Recibo amor y afecto*
- *Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en casa*
- *Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares*
- *Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos*
- *Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas*
- *Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida*
- *Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama*

Siendo las categorías de respuesta en una escala Likert: Mucho menos de lo que deseo; Menos de lo que deseo; Ni mucho ni poco; Casi como deseo; y Tanto como deseo.

El INE configura el índice de apoyo social funcional que se obtiene sumando las respuestas de los 11 ítems. Si aparece un ns/nc en alguna de las preguntas, el INE lo considera como “no consta”. Por lo tanto, la puntuación total varía entre 11 y 55 puntos, de menor a mayor apoyo social funcional.

Con la finalidad de una interpretación más sencilla, para el análisis por sexo, edad y tipología del cuidador, el índice de apoyo funcional ha sido recodificado en cinco grupos que aglutinan de manera idéntica y uniforme el mismo número de opciones de respuesta: Apoyo mucho menor del deseado, de 11 a 21 puntos; Apoyo menor del deseado, de 22 a 32 puntos; Apoyo medio, de 33 a 43 puntos; Apoyo casi como se desea, de 44 a 54 puntos; y Apoyo como se desea, 55 puntos. Y para el desarrollo del estudio de los determinantes del estado subjetivo de salud, donde se precisan de menos categorías de respuesta, la recodificación seguida ha sido: Poco apoyo (de 11 a 25); Moderado apoyo (de 26 a 40); y Mucho apoyo (de 41 a 55).

## ■ 2.4. Métodos y técnicas de investigación

El tratamiento estadístico de las bases de datos para la obtención de los primeros resultados se ha llevado a cabo a través de dos softwares; STATA, en el caso de los datos de SHARE y SPSS, en el caso de la ENSE.

## 2.4.1. Población objeto de estudio

### 2.4.1.1. La muestra de SHARE

Como se ha expuesto anteriormente, los sujetos elegibles para contestar al cuestionario SHARE son personas de 50 o más años. Esta muestra ha ido incrementándose con el transcurso del tiempo, pasando de 31.115 individuos en el año 2004 a más de 123.000 individuos en su última oleada en 2013, tras la actualización de las muestras de los países participantes y la inclusión de nuevos territorios. En el caso de España, que lleva participando en esta encuesta desde su inicio, la muestra inicial superaba los 2.000 individuos, incrementándose notablemente en la Oleada 5, superando los 9.500 (Tabla 4).

**Tabla 4.** Muestra SHARE para España (número de casos): distribución de la población de 50 o más años por sexo, grupos de edad y oleadas

	Total	Hombres	Mujeres	50-64	65-74	75+
Oleada 1	2.396	996	1.400	1.121	701	574
Oleada 2	2.228	1.003	1.225	1.004	651	573
Oleada 3	2.048	904	1.144	860	593	595
Oleada 4	3.570	1.606	1.964	1.615	964	991
Oleada 5	9.577	4.676	4.901	2.635	2.583	1.198

Fuente: Elaboración propia

- *La muestra en la ENSE*

El universo muestral de la ENSE considera al conjunto de personas de todo el territorio nacional que reside en viviendas familiares principales desde julio de 2011 hasta junio de 2012. Puesto que se realiza a población de todas las edades, esta investigación ha extraído una submuestra compuesta únicamente de personas de 50 o más años, siendo un total de 10.762 individuos. Del total de la muestra el 57,8% son mujeres y el 42,1% son hombres; y por edades el 45'2% tienen de 50- 64 años, el 37'7% de 65 y 84 años y el 17% 80 o más años (Tabla 5).

Para lograr el objetivo de comparar el estado de salud de la población en función del rol que desempeñan dentro del intercambio de cuidados (receptor, proveedor o ninguna de las dos anteriores), la muestra total de personas de más de 50 años ha sido dividida en varios Subgrupos, diferenciando según sean personas dependientes (el 5'1%), cuidadoras o no cuidadoras (Tabla 5), así como por su sexo y edad. Además,

dentro de las personas cuidadoras, todas ellas principales, se ha distinguido entre aquellas que reciben apoyo de una red familiar o cercana (el 2,2%) y aquellas que desempeñan esta función sin ningún tipo de ayuda (el 1,3%). Y entre las personas no cuidadoras, se diferencia aquellas que habitan con una persona dependiente (el 1,3%) de las que no presentan esta característica (el 89,9%).

**Tabla 5.** Muestra ENSE: distribución de la población de 50 o más años por sexo, grupos de edad y tipología del cuidador. España, 2011-12<sup>3</sup>

	Hombres						Mujeres					
	50-64 años		65-79 años		80 o más años		50-64 años		65-79 años		80 o más años	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Persona dependiente	54	2,3	51	3,2	74	12,1	43	1,7	102	4,2	233	19
Cuidadora:												
Solo	23	1	32	2	8	1,3	101	4	75	3,1	8	0,7
Con apoyo	31	1,3	25	1,5	17	2,8	29	1,1	24	1	18	1,5
No cuidadora:												
Con dependiente	42	1,8	25	1,5	19	3,1	21	0,8	12	0,5	17	1,4
Sin dependiente	2.164	93,4	1.480	91,8	492	80,7	2.354	92,3	2.231	91,2	951	77,4
No sabe/ No contesta	2	0,1	0	0	0	0	2	0,1	1	0	1	0
<b>Total</b>	<b>2.316</b>	<b>100</b>	<b>1.613</b>	<b>100</b>	<b>610</b>	<b>100</b>	<b>2.550</b>	<b>100</b>	<b>2.445</b>	<b>100</b>	<b>1.228</b>	<b>100</b>

Fuente: ENSE, 2011-12

Por otro lado, para realizar el análisis de los determinantes del estado de salud a través de técnicas estadísticas bivariantes, además del sexo, la edad y la tipología del cuidador, se ha incluido como variable dependiente el estado de salud subjetivo. En la Tabla 6 se presenta la distribución de la muestra de acuerdo con las variables mencionadas. Dado el objetivo de este estudio, observar las diferencias en los componentes del estado de salud de las personas cuidadoras y no cuidadoras, las personas discapacitadas han sido excluidas de éste.

## 2.4.2. Técnicas de análisis estadístico

En la primera parte de la investigación se efectúa una aproximación descriptiva a los datos. Todas las variables han sido analizadas por sexo y edad, en el caso de SHARE

<sup>3</sup> En los resultados presentados a continuación no representamos el “no sabe/ no contesta” por su escaso valor, pero sí está incluido en el total.

**Tabla 6.** Resumen muestra en el análisis sobre los determinantes del estado de salud, ENSE 2011-12 (número de casos)

	Tipología cuidador	Estado de Salud	Sexo	
			H	M
<b>50-64 años</b>	Cuidador/a principal	Malo	5	19
		Regular	6	37
		Bueno	12	45
		Total	23	101
	Cuidador/a con apoyo	Malo	0	9
		Regular	12	7
		Bueno	19	13
		Total	31	29
	No cuidador/a con dependiente	Malo	1	8
		Regular	14	3
		Bueno	27	10
		Total	42	21
	No cuidador/a sin dependiente	Malo	164	255
		Regular	474	679
		Bueno	1.526	1.420
		Total	2.164	2.354
<b>Total</b>			<b>2.260</b>	<b>2.505</b>
<b>65-79 años</b>	Cuidador/a principal	Malo	3	14
		Regular	11	36
		Bueno	18	25
		Total	32	75
	Cuidador/a con apoyo	Malo	2	8
		Regular	8	8
		Bueno	15	8
		Total	25	24
	No cuidador/a con dependiente	Malo	4	4
		Regular	8	5
		Bueno	13	3
		Total	25	12
	No cuidador/a sin dependiente	Malo	160	388
		Regular	456	838
		Bueno	864	1005
		Total	1.480	2.231
<b>Total</b>			<b>1.562</b>	<b>2.342</b>

**Tabla 6.** Resumen muestra en el análisis sobre los determinantes del estado de salud, ENSE 2011-12 (número de casos) (cont.)

	Tipología cuidador	Estado de Salud	Sexo	
			H	M
<b>80 o más años</b>	Cuidador/a principal	Malo	0	1
		Regular	7	3
		Bueno	1	4
		Total	8	8
	Cuidador/a con apoyo	Malo	5	4
		Regular	5	7
		Bueno	7	7
		Total	17	18
	No cuidador/a con dependiente	Malo	4	4
		Regular	6	8
		Bueno	9	5
		Total	19	17
	No cuidador/a sin dependiente	Malo	81	208
		Regular	207	424
		Bueno	204	319
		Total	492	951
<b>Total</b>			<b>536</b>	<b>994</b>

Fuente: ENSE, 2011-12

{05}, a lo que se ha añadido la distinción entre cuidadores y no cuidadores en el análisis de la ENSE (2011-12). Las distintas variables han sido comparadas internacionalmente, contexto europeo, como como entre los subgrupos poblacionales dentro de España.

En la parte final del estudio, se ha recurrido a análisis estadísticos más complejos para abordar los factores que más influyen el estado de salud percibido. En concreto, se ha utilizado el análisis estadístico binario. A través de tablas de contingencia se ha observado la relación entre la variable dependiente, *percepción de la salud*, y las variables clasificadas en las cuatro dimensiones de la salud —*la salud objetiva, la salud subjetiva, hábitos de vida saludable e indicadores sintéticos*— que actúan como variables independientes.

Al considerar un amplio espectro de variables —sexo, grupos de edad, tipología del cuidado y estado de salud— la distribución de la muestra presenta pocos casos en

algunas categorías de las variables (Anexo, Tabla 1). Para solventar este problema, se ha decidido no desagregar algunos grupos de cuidadores/no cuidadores por edad. Un ejemplo son los cuidadores principales del género masculino.

Por otro lado, se ha establecido que el vínculo entre dos variables sea estadísticamente significativo si  $p < 0,05$ ; y puesto que la variable dependiente es de tipo ordinal (con las categorías 'bueno', 'regular' y 'malo'), se ha utilizado el estadístico de correlación D de Somers. En las tablas de contingencia se toman como valores significativos aquellos en los que la  $n \geq 45$  y los residuos tipificados corregidos son  $\pm 1,96$  (Sánchez Carrión, 1989), siendo la escala de D de Somers entre el -1 y el 1, alcanzando los valores máximos cuando existe concordancia entre la variable dependiente e independiente y los valores próximos a 0 indican ausencia de asociación. Los valores positivos indican que ambas variables se incrementan en la misma dirección y los negativos que mientras una variable aumenta la otra disminuye. Se ha realizado este análisis a cada grupo de edad y género, teniendo en cuenta así mismo también la tipología del cuidador.

## 3. ANÁLISIS

### 3.1. Contextualización sociodemográfica: marco demográfico y epidemiológico de la población de 50 o más años en España

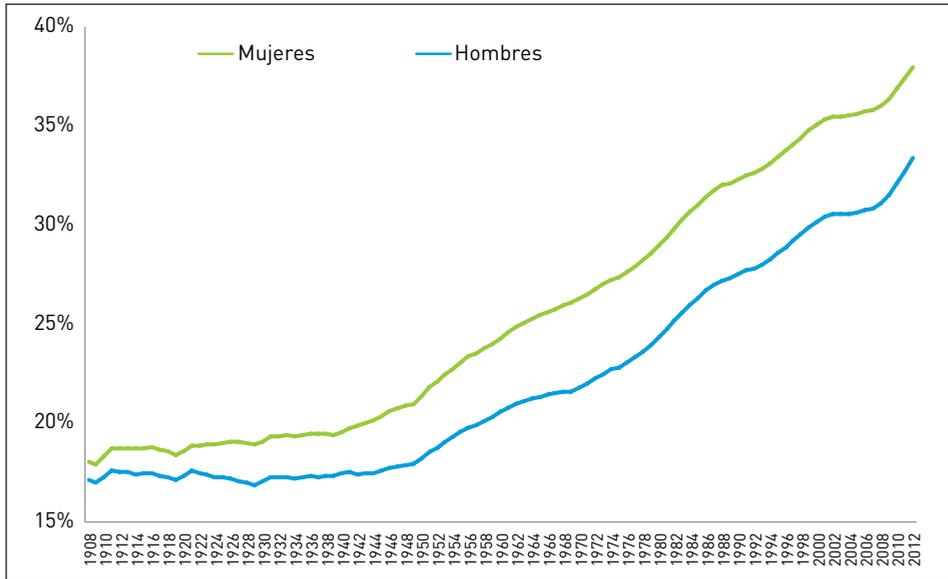
La descripción de la evolución de la población española durante el último siglo es un punto de partida esencial desde donde analizar cuestiones relacionadas con las condiciones de salud de la población mayor. Antes de conocer cuáles son las características de salud de los mayores españoles y los factores que lo determinan, es necesario entender los perfiles de morbimortalidad que presentan, y contextualizados en el aumento de la esperanza de vida y volumen de población mayor.

#### 3.1.1. Evolución de la población de 50 o más años

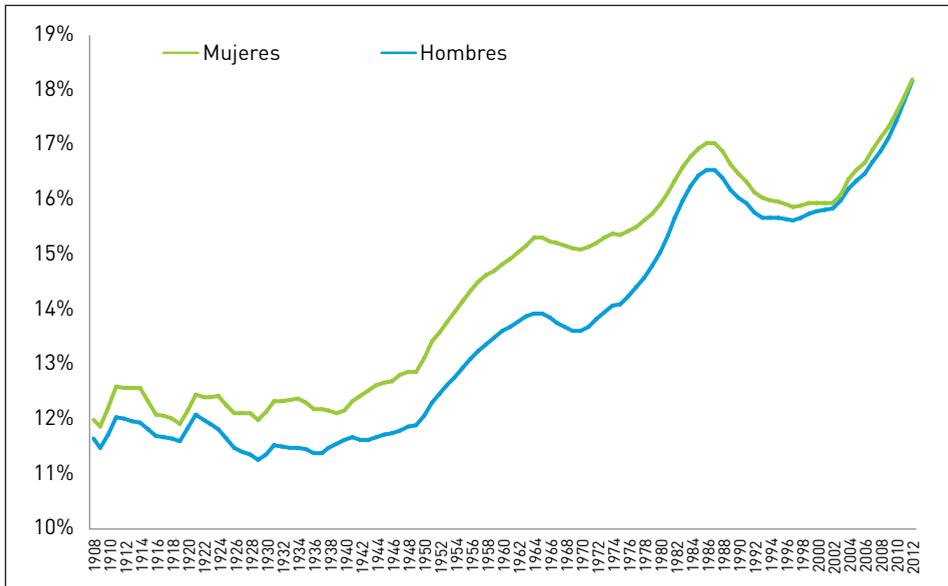
La población española de 50 o más años ha ido aumentando de manera progresiva a lo largo del siglo pasado, tendencia que continúa en el presente siglo. En el periodo 1908-2012, los hombres de 50 o más años han pasado de representar el 17,1% del total de la población masculina a un 33,4%, y en el caso de las mujeres del 18,0% al 38,0% (Gráfico 1). Al desagregar esta población por grupos de edad observamos diferencias, además de una evolución demográfica diferente en función del sexo. Así, el porcentaje de individuos entre 50-64 años siguió una tendencia ascendente hasta 1987, para luego decrecer y volver a repuntar de nuevo en 2003, cuando empiezan a llegar las generaciones del *baby-boom* a ese grupo de edad. Cabe esperar que esa tendencia creciente continúe, a medida que dichas generaciones alcancen estas edades avanzadas. Debido al volumen y particularidades que presentan, el análisis de las generaciones del *baby-boom* es clave en nuestro estudio tanto en su rol como cuidadores, como en el rol de mayores con discapacidad en el futuro.

**Gráfico 1.** Evolución del porcentaje de población de 50-64, 65-79 y 80 o más años entre la población total por sexo. España, 1908-2012

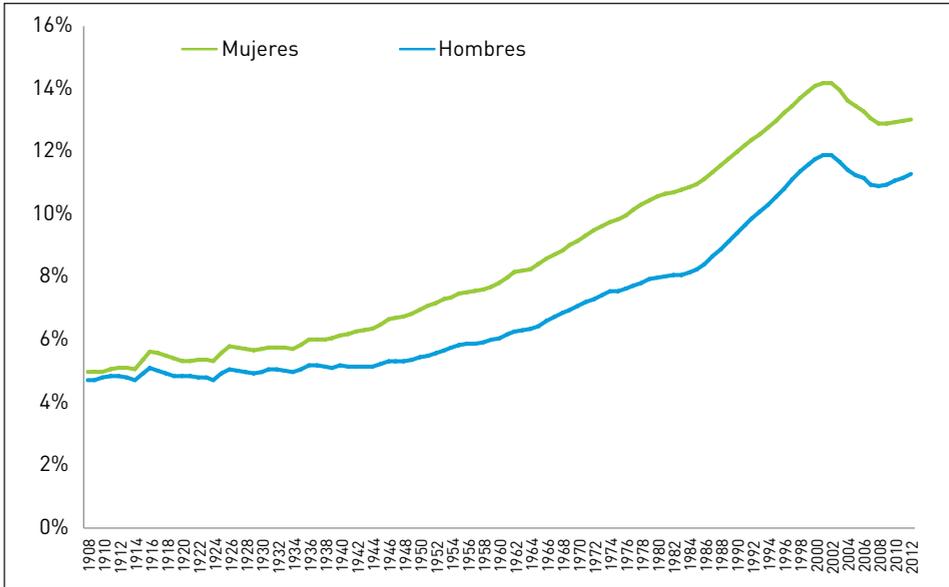
**Gráfico 1a. % población 50+/total**



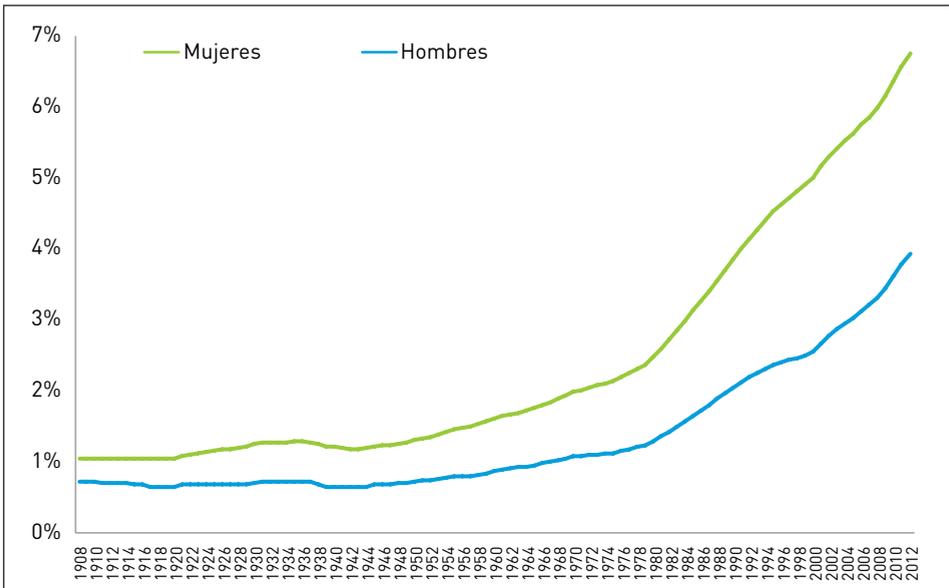
**Gráfico 1b. % población 50-64/total**



**Gráfico 1c. % población 65-79/total**



**Gráfico 1d. % población 80+/total**



Fuente: Human Mortality Database (HMD)

Analizando la evolución del grupo 50-64 años por sexo se puede apreciar que el porcentaje que representaban las mujeres de 50-64 años sobre el total de la población femenina a lo largo del siglo pasado es mayor que el que representaba la población masculina de la misma edad. Desde inicios del siglo XXI estos porcentajes se han igualado. En los grupos de edad de población de 65 o más años (65-79 años y 80 o más años), no se aprecia, sin embargo, este comportamiento; la diferencia entre mujeres y hombres, en vez de igualarse, se han ido distanciando conforme ha avanzado el tiempo. Una explicación plausible es que se va, poco a poco, produciendo una convergencia de la mortalidad por sexo.

### **3.1.2. Evolución de la mortalidad**

Las transformaciones demográficas, económicas, sociales y científicas que han desencadenado el proceso de aumento de la longevidad han sido denominadas como Transición Sanitaria de la población (Frenk et al., 1991), la cual se inscribe dentro de la Transición Epidemiológica (Omran, 1971). Ambas teorías sirven como marco desde donde explicar estos cambios en la estructura de la mortalidad, atendiendo sobre todo al perfil epidemiológico del proceso.

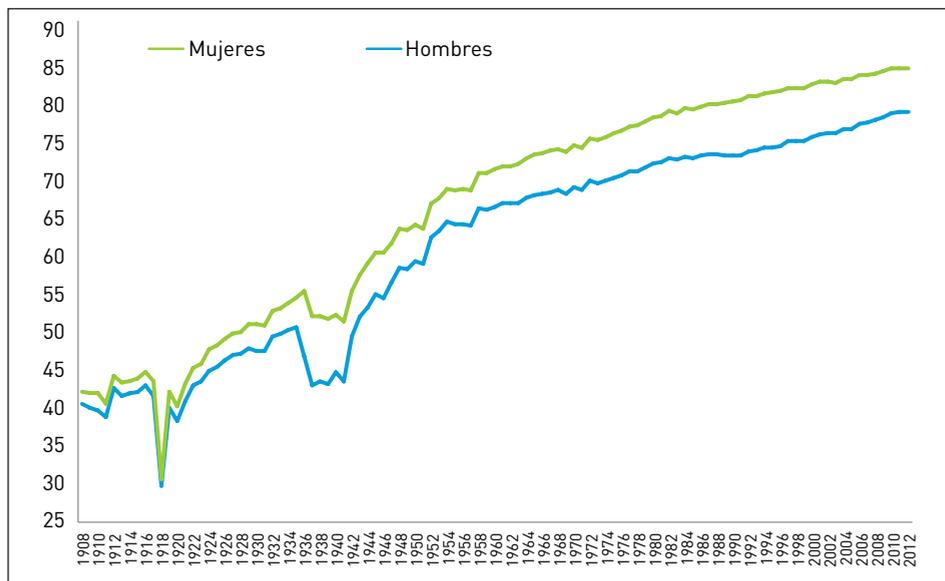
Actualmente nos encontramos en la última etapa de esta Transición Epidemiológica, denominada como de “las enfermedades crónicas y degenerativas tardías” y de “las enfermedades de sociedad”. A estas teorías se han añadido posteriormente otras denominaciones y clasificaciones de las etapas de la Transición Epidemiológica, fruto de estudios sobre la evolución de la mortalidad que han dado lugar a aproximaciones y reinterpretaciones constantes (Robine, 2001); cuartas y quintas etapas que fueron apareciendo como desarrollos posteriores de los marcos teóricos generados en torno a la Transición Epidemiológica, siendo elaboradas algunas de ellas por los mismos autores. Algunos ejemplos son “la etapa híbrida” (Olshansky y Ault, 1986; Rogers y Hackenberg, 1987), la reaparición de “enfermedades infecciosas y parasitarias” (Olshansky et al., 1998), “la de los riesgos medio-ambientales y la calidad de vida y persistente desigualdad” (Omran, 1998), o aquellas referidas a “las sociedades con enfermedades ligadas al envejecimiento” (Horiuchi, 1999). Una de las más recientes es la que defiende una secuencia de sucesivos ciclos de divergencia y convergencia entre las pautas de mortalidad de las diferentes poblaciones (Vallin y Meslé, 2004). Una vez avanzada la Transición Sanitaria, tras un descenso de la mortalidad continuado, se produce una mortalidad unimodal, concentrada en la vejez y retrasada a edades cada vez

más elevadas. Estas características tienen su origen en la Transición Epidemiológica de la población que ha terminado concentrando las defunciones, fundamentalmente causadas por enfermedades crónicas y degenerativas (Blanes, 2007); cada vez en una proporción creciente a edades progresivamente más avanzadas e incluso extremas. Así, se produce un aumento de la vida media de los españoles, a la que contribuyen proporcionalmente las personas mayores en mayor grado que el resto de la población (Gómez Redondo y Boe, 2005) con el consiguiente envejecimiento de la vejez en las últimas décadas y el proceso paralelo de feminización de la población mayor.

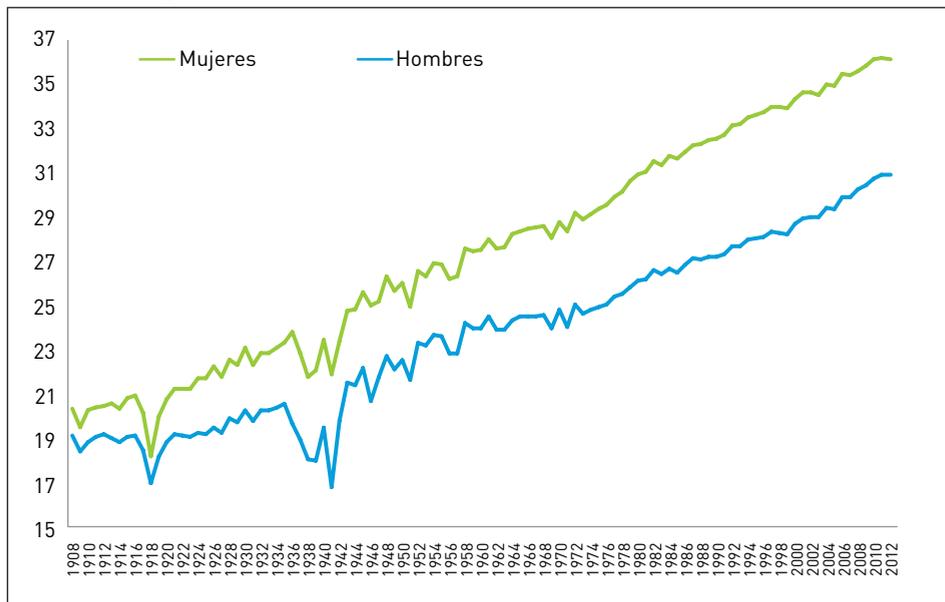
La mortalidad de la población española experimentó un extraordinario descenso en todo el siglo pasado que continúa en la actualidad. Como se puede observar en el Gráfico 2, en los más de 100 años transcurridos desde entonces, la esperanza de vida ha aumentado en todas las edades a partir de los 50 años, siendo esta ganancia mayor para las mujeres en comparación con los hombres. Si bien en un primer momento el aumento de la esperanza de vida al nacer experimentó una clara aceleración, como consecuencia del descenso de la mortalidad infantil producido en la década de 1930, a partir de los años sesenta este aumento vino provocado fundamentalmente por la prolongación de la vida de los adultos mayores, sin que por el momento exista evidencia empírica de que el tiempo de vida humana haya alcanzado su techo de mejora (Wilmoth, 1997; Jagger et al, 2009).

**Gráfico 2.** Esperanza de vida al nacer, a los 50, 65 y 80 años por sexo. España, 1908-2012

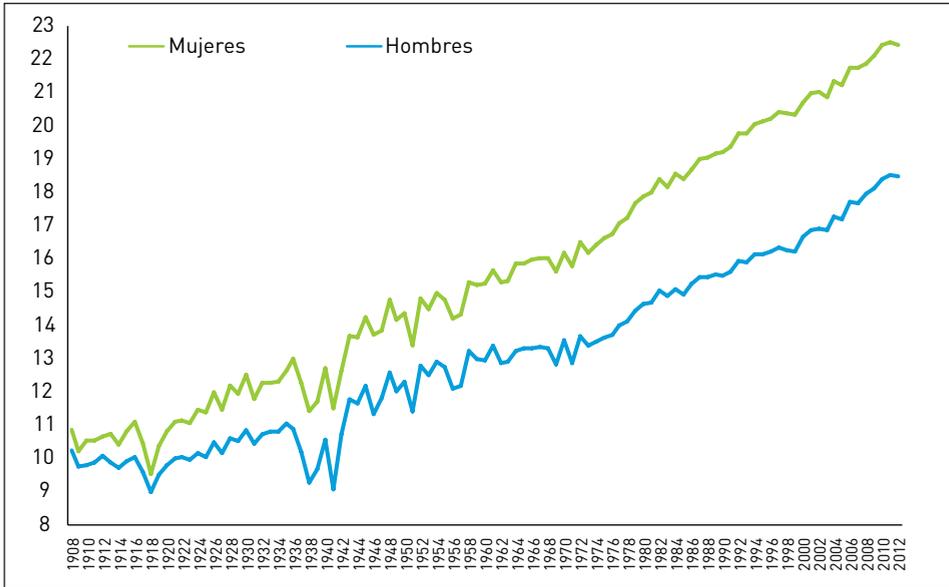
**Gráfico 2a. Esperanza de vida al nacer**



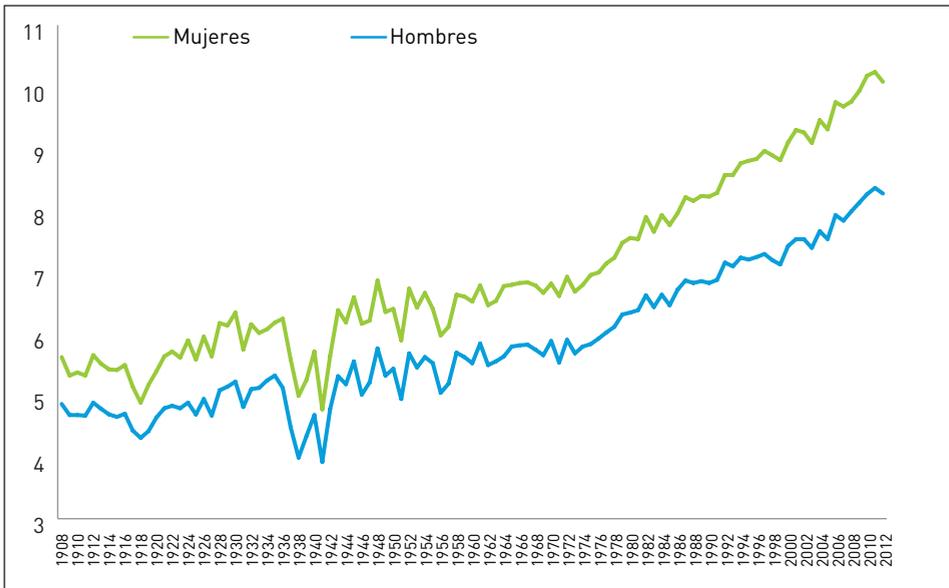
**Gráfico 2b. Esperanza de vida a los 65 años**



**Gráfico 2c. Esperanza de vida a los 65 años**



**Gráfico 2d. Esperanza de vida a los 80 años**



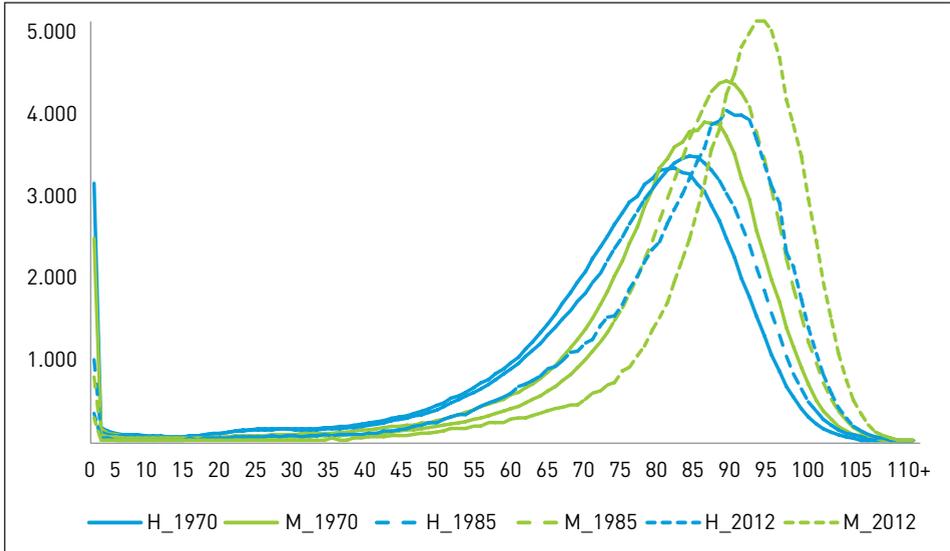
Fuente: HMD

En lo que respecta a la evolución de la esperanza de vida en España, un rasgo característico ha sido que la ganancia de años no ha sido igual para todas las edades. Así, mientras la esperanza de vida al nacer se ha incrementado en 38,9 años en el caso de los hombres (en 1908 era de 40,4 años y en 2012 de 79,3) y en 42,8 años en el de las mujeres (de 42,3 a 85,1 en el mismo periodo) —por lo que, las mujeres han tenido una ventaja de más del doble (101,3%) y los hombres un poco menor al doble (96,3%)—, a los 65 años los hombres han prolongado un 80,7% (de 10,2 a 18,5 años) sus años de vida y las mujeres un 106,8% (de 10,8 a 22,4 años). Esto significa que es en la edad 65 donde más han aumentado los años de vida ganados. A los 50 años esta ganancia es de 60,4% (de 19,3 a 31 años) y 76,2% (de 20,5 a 36,2 años) y a los 80 es de 70,2% (de 4,9 a 8,3 años) y 79,4% (de 5,6 a 10,1 años) respectivamente.

El doble proceso en la distribución de las defunciones por edad representado en el Gráfico 3a ilustra la tendencia a la compresión de las defunciones (de la tabla de mortalidad) hacia edades avanzadas, concentradas en torno a la edad modal a la muerte. Este proceso de compresión se produce en paralelo al desplazamiento de decesos cada vez en mayor proporción a edades más avanzadas. De este modo, la curva de defunciones se estrecha y eleva (compresión) mientras avanzan los fallecimientos a edades cada vez más extremas (desplazamiento). Utilizando una expresiva imagen elaborada por Kannisto (2000; 2001), sería como si la curva de defunciones representada chocara contra una “pared invisible” que la frenase, concentrando la mortalidad al final del ciclo vital.

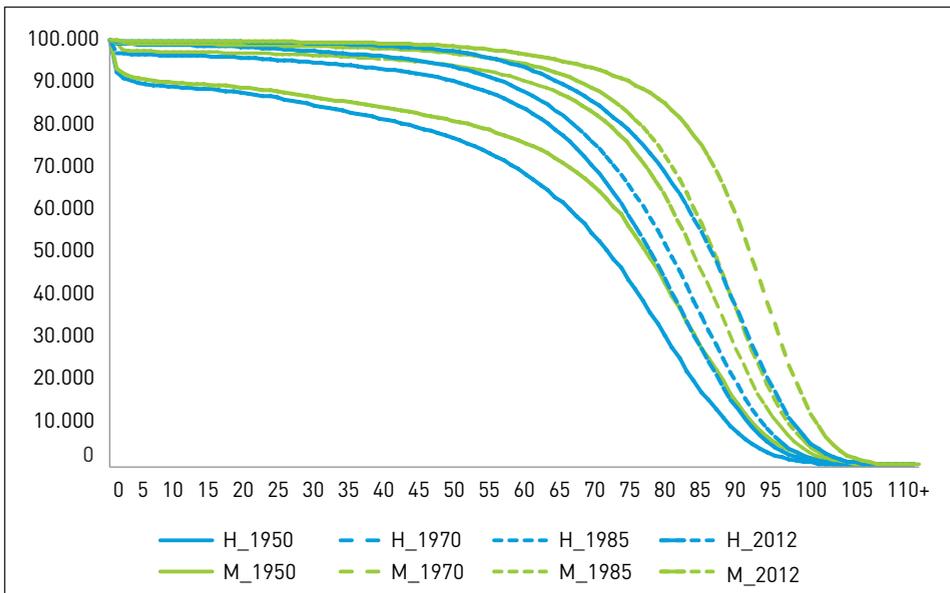
La tabla de mortalidad de la población española ejemplifica perfectamente estos dos procesos, tal y como muestra la *rectangularización* de la curva de supervivientes de (Gráfico 3b). Ahí se observa como partiendo de los mismos efectivos teóricos (cohorte ficticia de 100.000 individuos), la pérdida gradual y la extinción de esos efectivos se ralentiza en el tiempo y cada vez son más individuos los que alcanzan edades más longevas. En ambas representaciones, las curvas correspondientes a la población femenina son una anticipación de lo que más tarde reproducirá la población masculina.

**Gráfico 3a.** Defunciones de la tabla de mortalidad por sexo y edad. España, 1970-2012



Fuente: HMD

**Gráfico 3b.** Supervivientes de la tabla de mortalidad por sexo y edad. España, 1950-2012



Fuente: HMD

### 3.1.3. Principales causas de muerte

En este apartado se van a describir brevemente las tasas estandarizadas<sup>4</sup> por causas de muerte de la población española mayor de 65 años entre 1975 y 2006. Se prestará especial atención a las causas que, por una parte, representan a los grupos de enfermedades con mayor peso en la mortalidad española y que lo seguirán siendo en un futuro próximo —las relativas al aparato circulatorio, los tumores y el aparato respiratorio—, y por otra, a aquellas causas emergentes, que aunque con menor peso en la mortalidad, presentan un rápido crecimiento —como son las enfermedades mentales y las enfermedades del sistema nervioso y de los sentidos—.

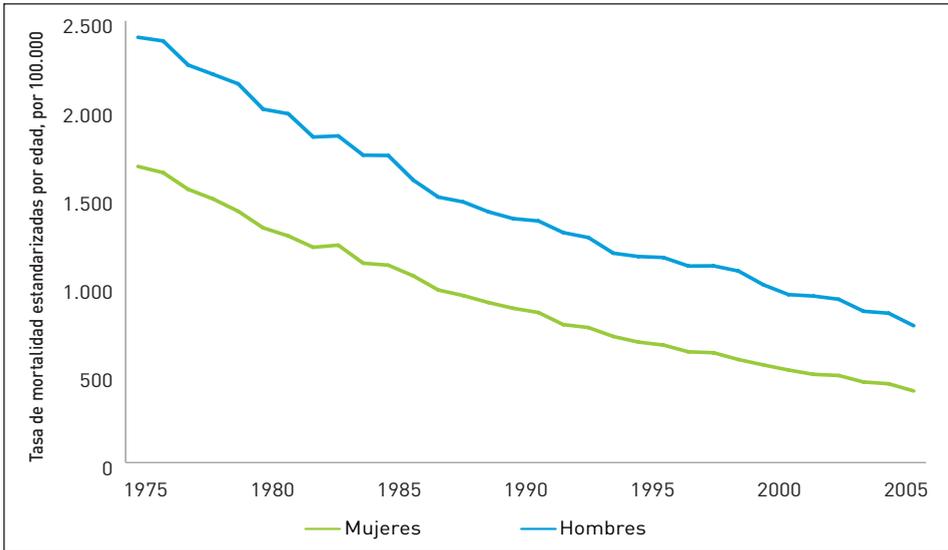
La disminución significativa de la mortalidad en la población mayor entre 1975 y 2006, se debió principalmente al descenso de las enfermedades circulatorias, especialmente a la reducción de la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares (Gómez Redondo et al., 2014). Esta constante reducción de la mortalidad es una tendencia inducida por la que puede ser considerada como una revolución cardiovascular, pilar fundamental del aumento observado en la longevidad entre los españoles (Gráfico 4). Si bien la disminución de la mortalidad por enfermedades respiratorias también contribuyó a este descenso, lo hizo en un grado mucho menor y más irregular a pesar de su prevalencia a edades avanzadas (Horiuchi, 2006).

---

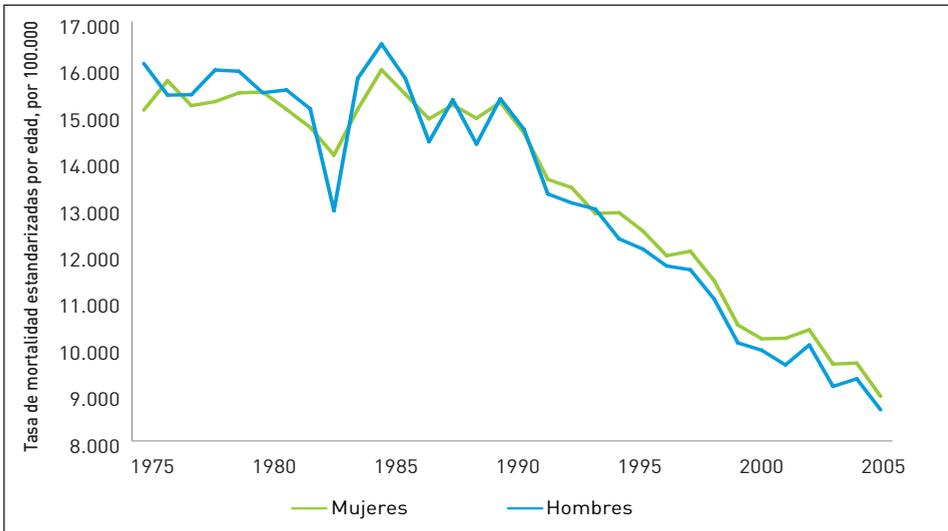
4 Se utilizan tasas estandarizadas según la causa básica o principal del INE, evitando a través de este ajuste metodológico el impacto del envejecimiento poblacional del periodo. Se utiliza la Población de hecho HMD (exposición). Se usa la lista estándar de correspondencia entre CIEs (European Shortlist de Causes of Death, Eurostat, 1998).

**Gráfico 4.** Evolución de la mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio en personas mayores por sexo. España, 1975-2006

**a) De 65 a 79 años**



**b) 90 o más años**



Fuente: HMD e INE

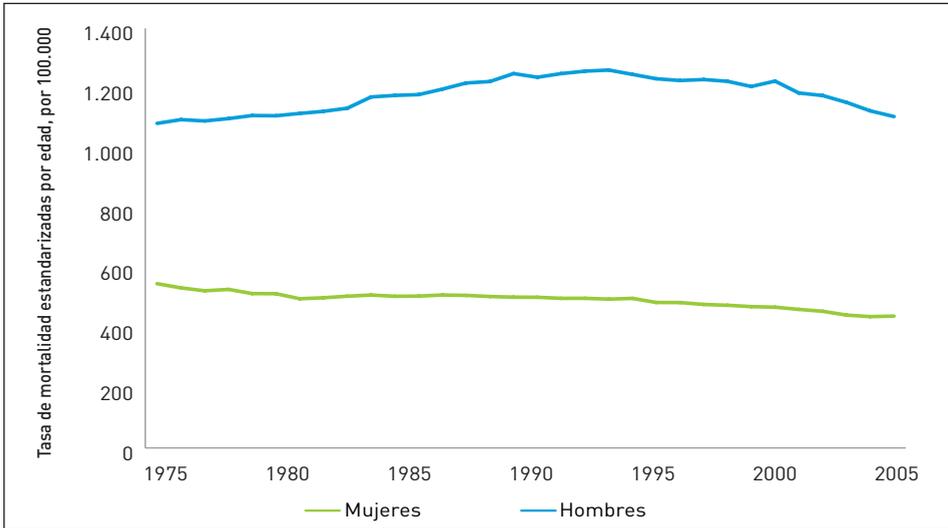
El segundo grupo de enfermedades causantes de muerte que crecieron en prevalencia a lo largo de estas décadas son los tumores, grupo que ha estabilizado su incidencia sobre la mortalidad de los mayores en España.

Si se considera el grupo de tumores de manera global, los indicadores muestran indicios de convergencia en la mortalidad diferencial por sexo-género (Gráfico 5). Estos síntomas son más prominentes en el caso del de laringe, tráquea, los bronquios y pulmón, que están disminuyendo entre los hombres de 65-79 años de edad. Por lo tanto, esto podría contribuir a que la mortalidad de los hombres en edades mayores jóvenes de hoy, siga acercándose al nivel disfrutado por las mujeres en el futuro, suponiendo que ellas se mantengan en los niveles actuales.

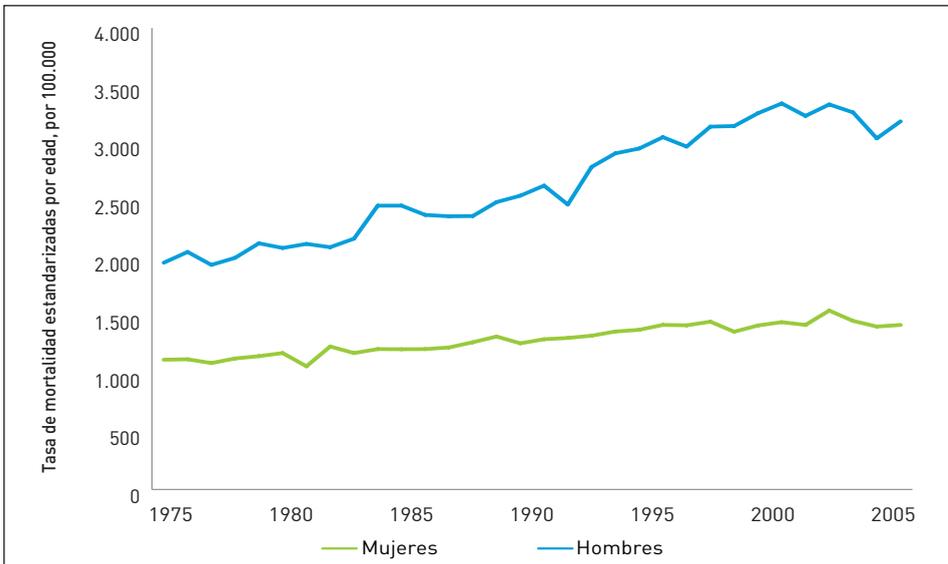
En cuanto a las diferencias por sexo, su persistencia a lo largo del tiempo se debe principalmente a una mayor mortalidad masculina, causada, en primer lugar, por los tumores y, en segundo lugar, por las enfermedades respiratorias. Especial relevancia en esta desigualdad por género tienen aquellas enfermedades ligadas al hábito tabáquico, como los tumores de pulmón, y dentro del grupo de enfermedades del aparato respiratorio, las enfermedades obstructivas (Gómez Redondo et al., 2014). Aún con esa brecha, se observa en ambos casos que el descenso de la mortalidad es más acusado en los hombres de 65-79 años que en las mujeres de la misma edad, debido a mejoras en la salud masculina. Esto apunta a un potencial cambio hacia la convergencia en la mortalidad diferencial por sexo en España. Sin lugar a dudas, la evolución de la mortalidad por tumores malignos determinará el aumento o estabilización de la esperanza de vida en los próximos años, dada su enorme importancia en relación con la mortalidad general.

**Gráfico 5.** Evolución de la mortalidad por tumores en personas mayores por sexo. España, 1975-2006

**a) De 65 a 79 años**



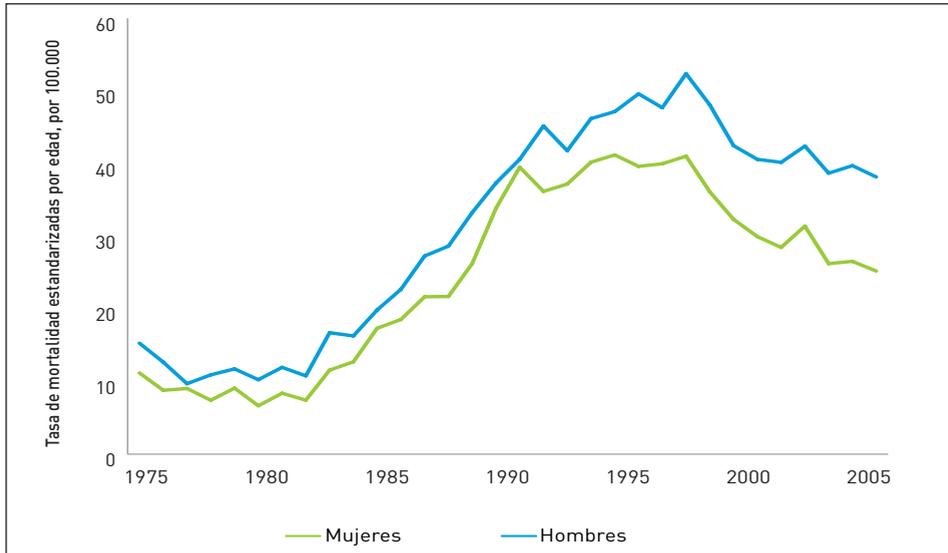
**b) 90 o más años**



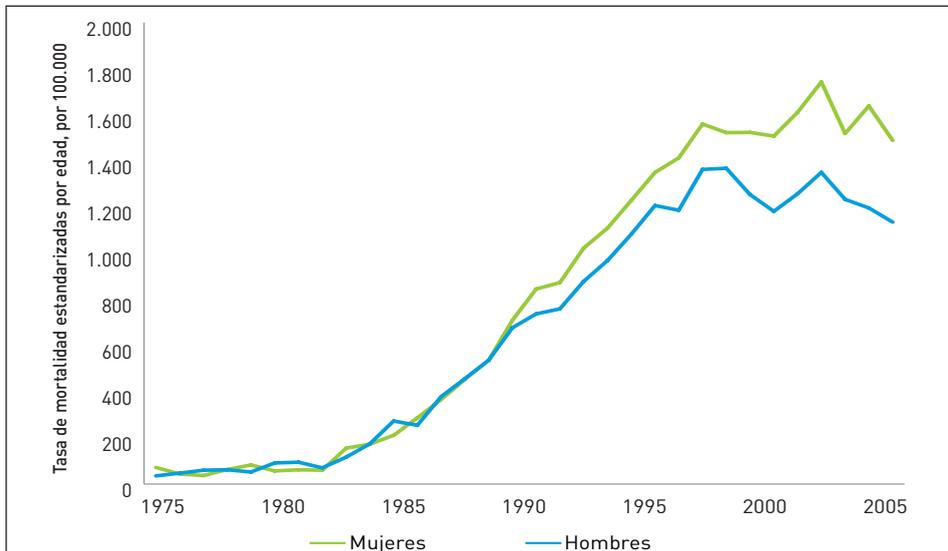
Fuente: HMD e INE

**Gráfico 6.** Evolución de la mortalidad por enfermedades mentales en personas mayores por sexo. España, 1975-2006

**a) De 65 a 79 años**



**b) 90 o más años**



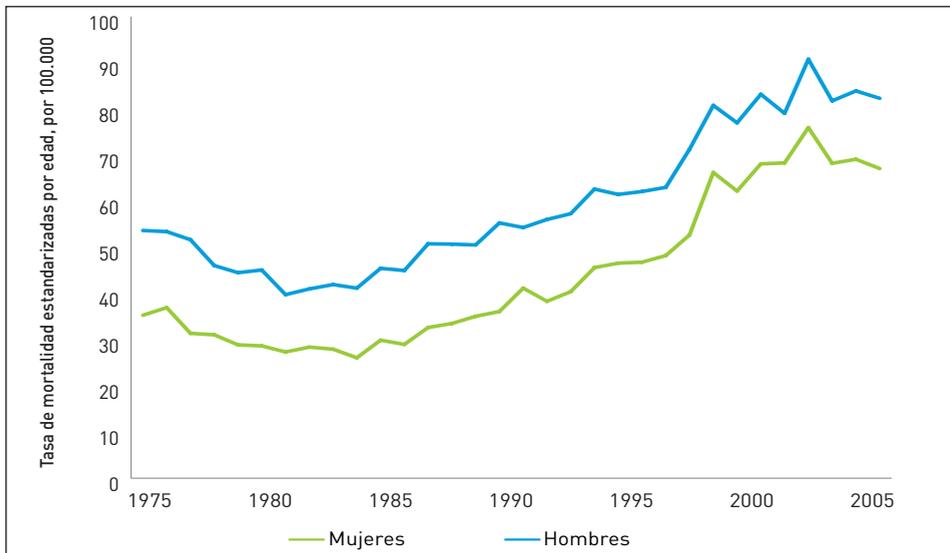
Fuente: HMD e INE

Si los anteriores grupos de causas de muerte mencionados son, en general, enfermedades decrecientes o estabilizadas en la población española, existen otras causas de defunción emergentes en rápido aumento como las enfermedades mentales y del sistema nervioso (Gráficos 6 y 7). Pese a que en los últimos años tanto las enfermedades mentales como las del sistema nervioso han estabilizado su mortalidad, el nivel alcanzado por su extraordinario crecimiento previo en el tramo de edad 65-79 años durante la década de 1980, hace esperar un importante impacto en el sistema sanitario y en la sociedad en general, afectando a las administración pública y redes de cuidadores como factor amplificador de la demanda de cuidados formales o informales entre la población española de edad avanzada.

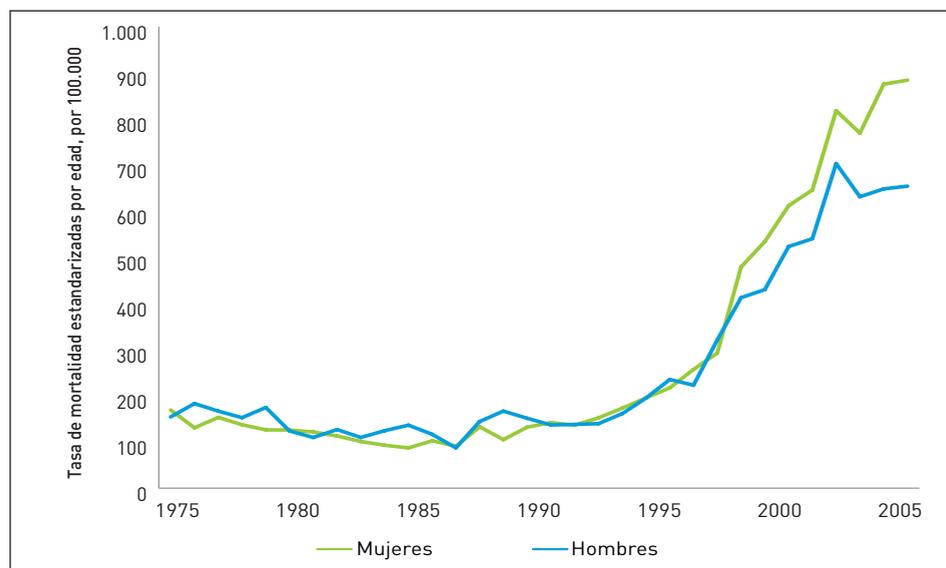
Precisamente, la situación privilegiada de las mujeres con respecto a los hombres en la intensidad de la mortalidad en casi todas las causas, no es tal en las enfermedades nerviosas y mentales. En las edades más avanzadas (90 o más años), existe sobremortalidad femenina debido a esas causas, lo que no ocurre en las personas mayores más jóvenes.

**Gráfico 7.** Evolución de la mortalidad por enfermedades del sistema nervioso en personas mayores por sexo. España, 1975-2006

**a) De 65 a 79 años**



## b) 90 o más años



Fuente: HMD e INE

## 3.2. La salud autopercebida en la población mayor de 50 años

Uno de los indicadores socio-sanitarios más utilizados para analizar el bienestar de la población en los países desarrollados es el grado de salud auto-percibida. En contextos inmersos en la última etapa de la transición demográfica, donde la mortalidad es baja y se concentra en edades muy avanzadas, se necesita otro tipo de herramientas con las que aproximar la calidad de vida de las poblaciones, más allá de aquellos que informan sobre la letalidad de las enfermedades. En este sentido, el estado de salud percibido se ha mostrado como un buen indicador de la supervivencia de los individuos, al estar correlacionado con la aparición de dolencias y enfermedades (Gumà Lao y Hueso, 2014). Algunos estudios apuntan incluso a que una autopercepción negativa del estado de salud puede interpretarse como un predictor de la mortalidad (Moreno et al., 2014). Las limitaciones funcionales y cognitivas (Azpiazu et al., 2002) o el número de enfermedades diagnosticadas (Harschel et al., 2015), aunque también factores de índole más psicológica y emocional como el estado de ánimo, la soledad o el grado de satisfacción con la vida (Wu et al., 2013.), determinan en gran medida la percepción, positiva o nega-

tiva, que la población mayor tiene sobre su estado de salud general. Por ese motivo, el uso de este indicador subjetivo como medida del estado de salud objetivo está ampliamente aceptado por la comunidad científica. Aun así, conviene tener en cuenta a la hora de interpretar los resultados que la auto-evaluación sobre el grado de salud no está exenta de la influencia de otros factores subjetivos interrelacionados, como las expectativas de vida, el nivel de optimismo, valores socio-culturales, y las aspiraciones personales (Bowling 2014), que varían ampliamente entre contextos nacionales y entre grupos de población dentro de una misma sociedad, género, ingresos, nivel educativo, etc.

En líneas generales, la población mayor de 50 años residente en Europa<sup>5</sup> considera que su estado de salud es bueno, siendo 3 el valor mediano y modal de la variable. Más del 50% de la población mayor de 50 años europea considera que su estado de salud es bueno (33%) o muy bueno (27,5%). Sin embargo, el análisis regional de estos datos revela importantes variaciones entre países (Tabla 7).

En los países escandinavos y occidentales del continente, la proporción de mayores que declaran tener un excelente o muy buen estado de salud es significativamente mayor que la de los países del sur y el este. En este sentido, Suecia, Países Bajos y Dinamarca, son los territorios cuya población mayor mejor salud reporta. Mientras la media europea se sitúa en el 11%, los mayores de estos territorios que consideran tener un estado de salud “excelente” se sitúan alrededor del 20%. Por el contrario, Estonia (22%) e Italia (20%), son los países con una mayor proporción de mayores de 50 años que declaran un muy mal estado de salud. España se encuentra cercana a estos países con un 15% de población mayor que considera que su estado de salud es muy malo.

---

5 Recordamos que estos porcentajes están calculados sobre el total de países europeos participantes en SHARE (05); Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Italia, Luxemburgo, Países Bajos, Polonia, Portugal, República Checa, y Suecia. Esto se habrá de tener en cuenta al interpretar los resultados relativos al contexto europeo. No todos los países del territorio UE-28 están representados.

**Tabla 7.** Porcentaje de población de 50 o más años por grado de salud autopercebida. Países europeos, 2013

	Excelente	Muy buena	Buena	Pasable	Mala
<b>Austria</b>	11,6	38,2	35,3	38,0	12,1
<b>Alemania</b>	10,1	23,3	39,3	50,2	16,4
<b>Suecia</b>	27,1	36,7	32,1	28,1	8,2
<b>Países Bajos</b>	22,0	26,4	7,1	42,7	8,8
<b>España</b>	5,5	25,2	38,5	45,3	23,9
<b>Italia</b>	11,6	20,7	5,3	46,9	20,9
<b>Francia</b>	10,8	25,0	42,4	44,6	19,6
<b>Dinamarca</b>	29,3	41,3	23,4	22,2	7,2
<b>Suiza</b>	19,8	50,5	42,9	24,7	5,0
<b>Bélgica</b>	13,2	37,5	44,0	39,0	10,3
<b>Israel</b>	11,1	34,7	28,9	33,5	20,6
<b>República Checa</b>	6,2	20,8	38,2	49,2	23,9
<b>Luxemburgo</b>	15,2	30,4	38,1	39,1	15,2
<b>Eslovenia</b>	9,3	22,4	44,1	46,1	22,2
<b>Estonia</b>	2,0	4,5	23,0	64,5	29,0
<b>Total</b>	<b>12,9</b>	<b>27,5</b>	<b>33,3</b>	<b>42,6</b>	<b>17,0</b>

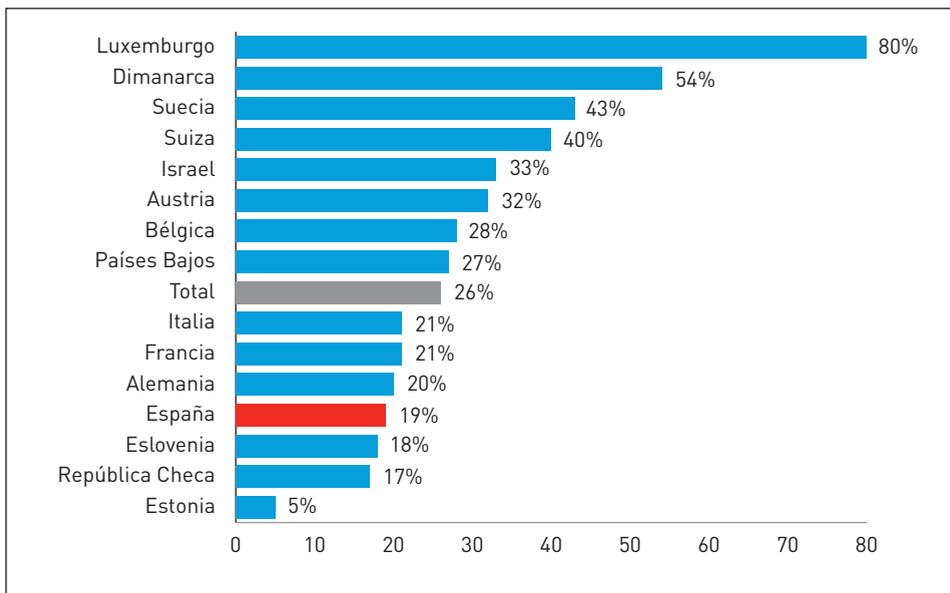
Fuente: SHARE, 05

Estas diferencias se aprecian más claramente al observar los porcentajes de las categorías positivas de la escala de medición (excelente/ muy buena). El Gráfico 8 muestra que, especialmente en Luxemburgo, aunque también en Dinamarca, el porcentaje de adultos mayores que perciben un muy buen estado de salud supera a los que autovaloran una mala salud. En el resto de países esta relación entre la población que percibe buena y menos que buena salud se da a la inversa, con brechas que se van incrementando a medida que nos desplazamos al sur y al este del continente. España es uno de los países que cuenta con un menor porcentaje de mayores con un muy buen estado de salud autopercebida, por debajo del 20%.

La evaluación positiva del estado de salud mantiene una relación inversa con la edad, al ser un indicador de la aparición de dolencias y enfermedades. A medida que el proceso de envejecimiento biológico avanza, generalmente en paralelo a la edad del individuo, el porcentaje de población que percibe un estado de salud desfavorable aumenta. Como muestra el Gráfico 9 los adultos mayores europeos entre los 50 y los 65 años presentan una proporción más elevada de personas que valoran su estado de salud como excelente o muy bueno cuando se comparan con

grupos de población de más edad. A partir de los 70 años, esa proporción cae drásticamente hasta alcanzar sus mínimos a partir de los 85 años. Por el contrario, a partir de la edad de 70 años el porcentaje de personas que realizan valoraciones negativas del estado de salud comienzan a incrementarse. Esta tendencia es igual para todos los países, aunque variando en la magnitud de los porcentajes de cada grupo de edad.

**Gráfico 8.** Porcentaje de población de 50 o más años con un estado de salud autopercebida Excelente/Muy bueno. Países europeos, 2013



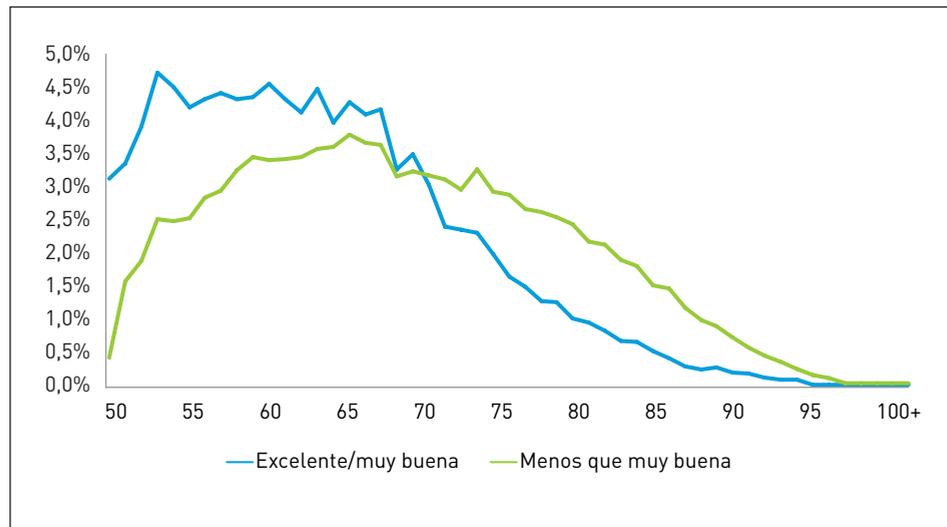
Fuente: SHARE, 05

Si observamos estos datos por grupo de edad y país, vemos, como era de esperar, que la percepción de un estado de salud excelente o muy bueno muestra porcentajes más elevados entre los 50 y los 64 años, decayendo según la edad aumenta en todos los países. La principal diferencia entre territorios la encontramos en la magnitud de esos mismos porcentajes (Gráfico 10), que en ese grupo de edad oscilan entre el 60,4% de Dinamarca y el 8,3% de Estonia, situándose la media europea en el 34,0%. España, igual que Francia o Alemania, se encuentra por debajo de esa media con el 28,0% de personas de entre 50 y 64 años con un muy

buen estado de salud autopercibido. Lo cual refleja que los adultos mayores españoles tienen una peor percepción de salud propia comparados con la población de esa misma edad residente en los países del norte del continente.

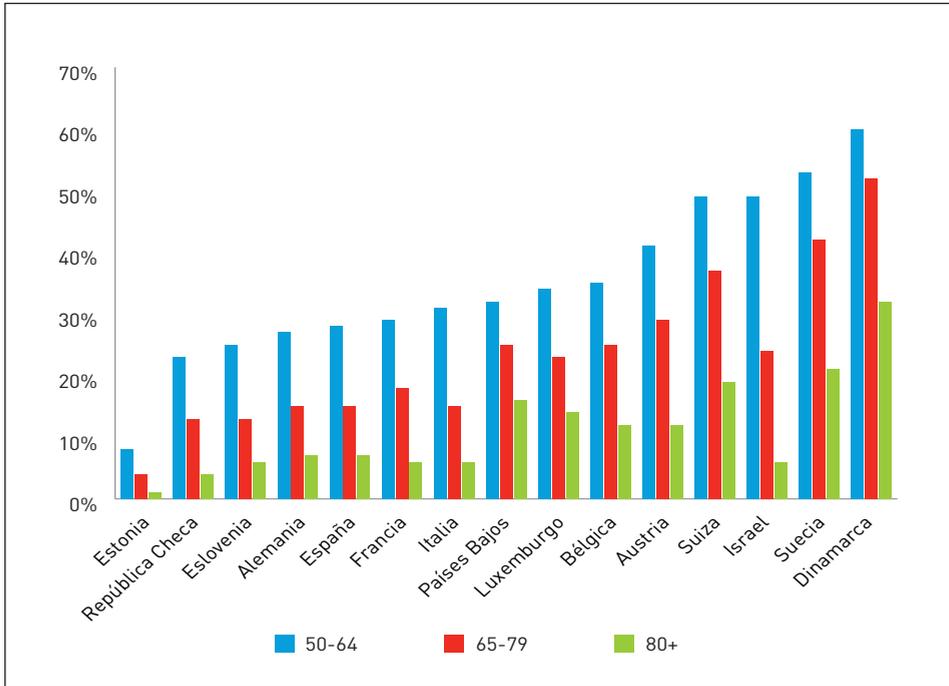
Otro de los resultados que reflejan estos datos, es el elevado porcentaje de mayores de 70 años que declaran una salud excelente en los países del norte de Europa, como Dinamarca o Suecia, considerablemente más alto que en el resto de territorios. En Dinamarca, por ejemplo, más de la mitad de la población de entre 65 y 79 años considera que sus condiciones de salud son óptimas. Ocurre lo mismo con la población danesa de 80 o más años, por encima del 30%. Precisamente en aquellas edades donde la morbilidad se cronifica y donde las limitaciones debido a las condiciones de salud se hacen más evidentes, la población en edades avanzadas percibe que su estado de salud es muy bueno. En España, sin embargo, los individuos de más de 80 años que consideran un buen estado de salud apenas superan el 5%.

**Gráfico 9.** Porcentaje de población de 50 o más años por edad simple y grado de salud autopercibida. Países europeos agregados, 2012



Fuente: SHARE, 05

**Gráfico 10.** Porcentaje de población de 50 o más años con grado de salud autopercibida Excelente /Muy buena por grupo de edad. Países europeos, 2013



Fuente: SHARE, 05

En lo que respecta a las diferencias de género, vemos que los varones de 50 o más años presentan porcentajes más elevados en las categorías relativas a un estado de salud positivo (salud excelente, muy buena o buena), mientras que los porcentajes de las mujeres de esa misma edad indican un mal estado de salud percibido (mala o muy mala) en mayor porcentaje (Tabla 8). Esto quiere decir que, en líneas generales, la población femenina de 50 o más años evalúan peor su bienestar que los varones. Este patrón es especialmente evidente en el caso español. En nuestro país, la población masculina que considera que su salud es excelente, buena o muy buena asciende al 61,8%, frente al 53,5% en el caso de la población femenina. Por el contrario, el 46,4% de las mujeres valora que su estado de salud es malo o muy malo, mientras que el porcentaje de varones en las mismas circunstancias asciende al 38,1%. Entre todos los países, las mayores diferencias de género las encontramos en los países del sur de Europa; España e Italia. Aunque la diferencia entre ambos géneros es poco pronunciada,

es en los países del sur de Europa donde encontramos las mayores divergencias. En España, la población masculina de 50 o más años que declara una salud excelente o muy buena asciende al 20,4%, mientras que en el caso de las mujeres el porcentaje se ubica en el 17,6%, situándose una vez más por debajo de la media europea que se sitúa en el 26,8% para los varones y el 24,7% para las mujeres.

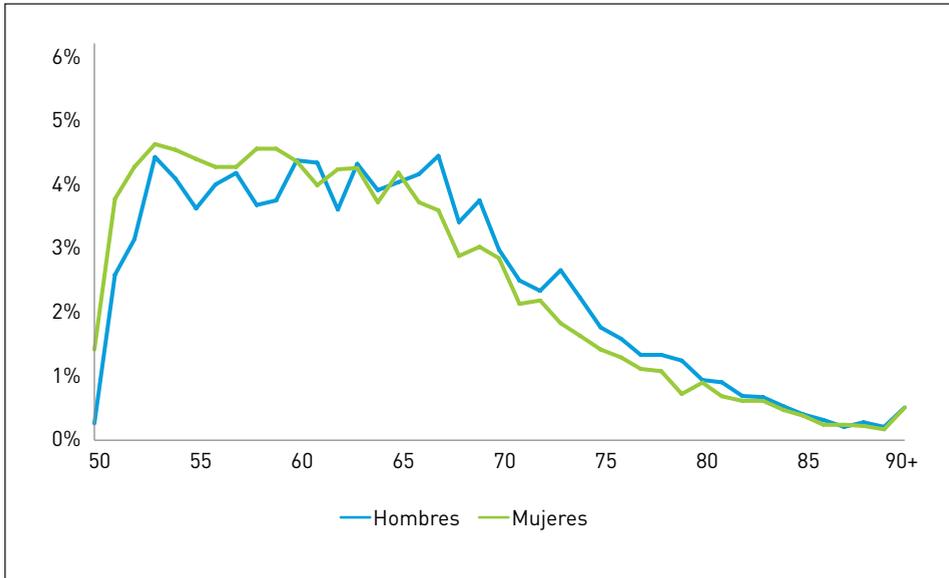
**Tabla 8.** Porcentaje de población de 50 o más años por grado de salud autopercebida y sexo. Países europeos, 2013

	Excelente		Muy buena		Buena		Pasable		Mala	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Austria	7,1	7,8	25,9	23,9	35,7	35,0	22,6	26,1	8,7	7,2
Alemania	5,6	6,6	13,9	14,4	39,5	39,1	30,6	30,3	10,4	9,6
Suecia	18,9	17,8	24,9	24,9	33,0	31,4	17,4	20,5	5,7	5,4
Países Bajos	12,9	12,1	15,4	14,6	43,3	43,3	23,7	24,6	4,7	5,2
España	3,6	3,1	16,7	14,5	41,5	35,9	25,3	30,1	12,8	16,3
Italia	8,1	6,9	15,0	11,7	37,2	34,9	29,1	30,8	10,6	15,7
Francia	6,9	5,7	15,2	13,8	42,5	42,3	24,3	26,7	11,0	11,5
Dinamarca	21,6	23,2	32,7	30,6	24,7	22,3	15,5	18,3	5,4	5,5
Suiza	11,8	10,9	28,6	29,0	43,4	42,5	12,7	15,2	3,5	2,4
Bélgica	8,1	6,8	22,6	19,7	44,0	43,9	19,8	23,5	5,4	6,1
Israel	8,4	7,5	25,2	24,2	26,9	30,4	24,2	23,6	15,3	14,2
República Checa	4,3	3,5	12,7	13,0	38,8	37,9	28,4	31,8	15,9	13,9
Luxemburgo	9,2	9,6	18,2	19,4	41,7	34,9	21,5	26,7	9,5	9,4
Eslovenia	6,3	4,3	13,3	12,0	42,9	44,9	24,9	26,4	12,4	12,4
Estonia	1,0	1,8	3,1	3,7	22,8	23,2	50,2	49,3	22,9	21,9
<b>Total</b>	<b>8,5</b>	<b>7,9</b>	<b>18,2</b>	<b>16,8</b>	<b>37,3</b>	<b>35,9</b>	<b>25,5</b>	<b>28,2</b>	<b>10,5</b>	<b>11,1</b>

Fuente: SHARE, 05

Al observar las diferencias de género por edades simples, se aprecia como las mujeres declaran un mejor estado de salud en las edades adultas, entre los 50 y los 60 años, para a partir de entonces ser los varones los que evalúan más positivamente su estado de salud (Gráfico 11). Esta situación viene, probablemente, inducida por la prevalencia de la discapacidad entre la población femenina y, en consecuencia, una peor percepción sobre las capacidades propias. La mayor longevidad de las mujeres y el diferente perfil epidemiológico con respecto a los varones, dominado por una mayor propensión de la población femenina a padecer patologías no letales pero muy discapacitantes —enfermedades osteomusculares y algunas enfermedades mentales y del sistema nervioso—, resulta en una mayor prevalencia de la discapacidad.

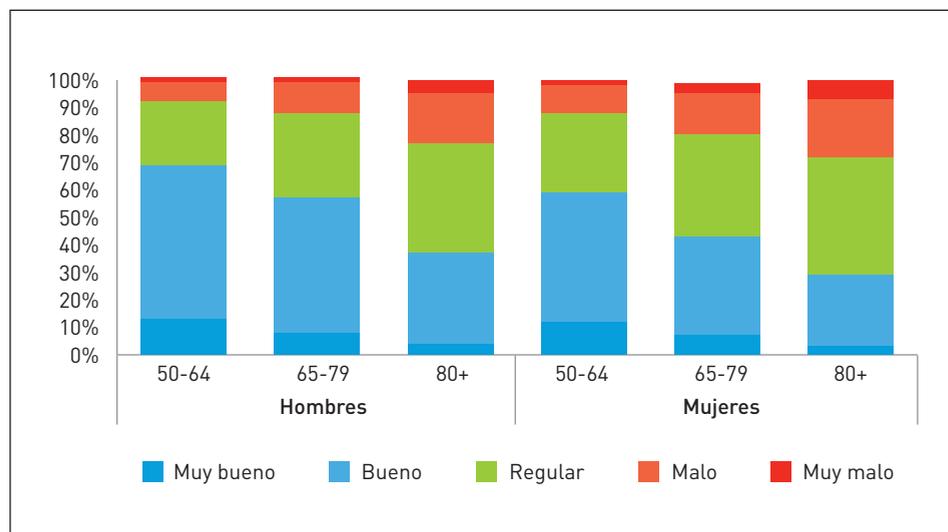
**Gráfico 11.** Porcentaje de población de 50 o más años con grado de salud autopercebida excelente o muy buena por sexo y edad simple. Países europeos, 2013



Fuente: SHARE, O5

Centrándonos ya exclusivamente en España, los datos de la ENSE muestran que la percepción de la salud que tiene la población de 50 o más años es, en términos generales, buena (Gráfico 12). Más del 50% consideran su estado de salud como bueno (43,7%) o muy bueno (8,9%).

**Gráfico 12.** Porcentaje de población de 50 o más años según su percepción del estado de salud en los últimos doce meses por sexo y grupo de edad. España, 2011-12



Fuente: ENSE, 2011-12

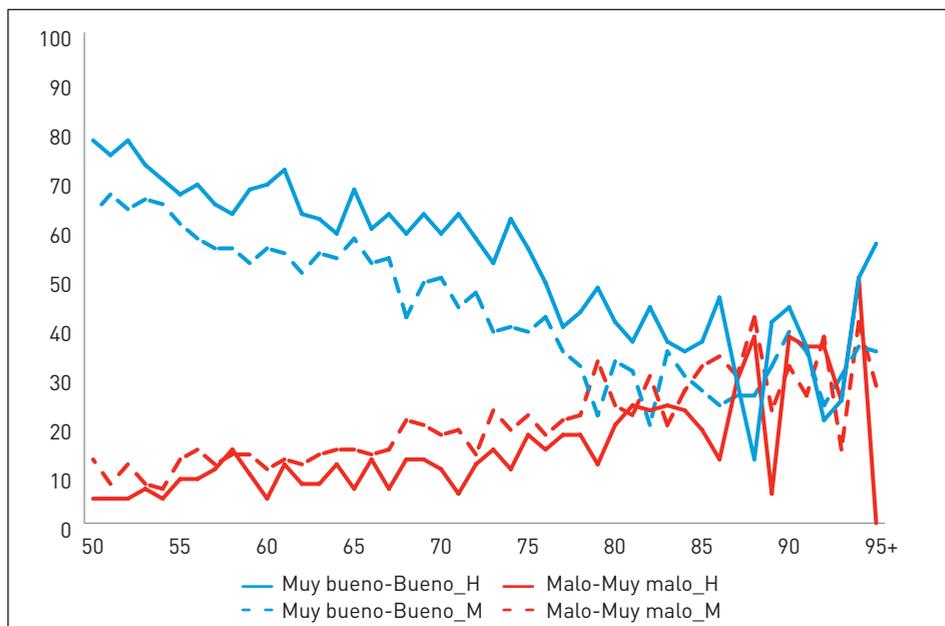
Sin embargo, el análisis por sexo y edad de estos datos revela importantes diferencias, en congruencia con lo avanzado por los datos de SHARE.

La distribución de porcentajes por sexo y edad muestra que en el grupo 50-64 años el 69,2% de los varones declaran que su estado de salud es bueno o muy bueno, esa misma evaluación es hecha por el 50% de las mujeres (Gráfico 13). La autopercepción de la salud en las mujeres de 65-79 años empeora respecto al grupo de edad anterior; perciben su salud como buena o muy buena el 43%, frente al 57% de los hombres. En el grupo que aglutina las edades más avanzadas, 80 o más años, continúa la misma tendencia, siendo únicamente un 30% de las mujeres las que perciben su salud como buena o muy buena, frente al 37% de los hombres.

Por tanto, podemos concluir que cuanto mayor es el grupo de edad, peor es la valoración del estado de salud, siendo esta percepción siempre más negativa en las mujeres. Esto se aprecia con más detalle al analizar los mismos datos por edades simples (Gráfico 13); a medida que aumenta la edad del individuo, característica vinculada al avance del envejecimiento biológico, el porcentaje de población española que califica su salud de forma favorable disminuye, incrementándose, por el contrario, el porcentaje de

población que valora negativamente. Si bien a los 50 años hay una diferencia de unos 50 puntos porcentuales entre la percepción del estado de salud como ‘muy bueno-bueno’ y ‘malo-muy malo’, a partir de los 80 años estas autopercepciones se igualan.

**Gráfico 13.** Porcentaje de población de 50 o más años según su percepción del estado de salud en los últimos doce meses por sexo y edad simple. España, 2011-12



Fuente: ENSE, 2011-12

También encontramos diferencias significativas en lo que respecta a los grupos de interés de este estudio; personas dependientes, cuidadoras y no cuidadoras. Las personas que peor perciben su salud son las dependientes, en todos los grupos de edad y en ambos géneros. Menos del 30% de la población dependiente de 50-64 años en España percibe que su salud es buena o muy buena mientras que más del 40% declaran una salud mala o muy mala; dato que aumenta al 60% a partir de los 65 años (Gráfico 14).

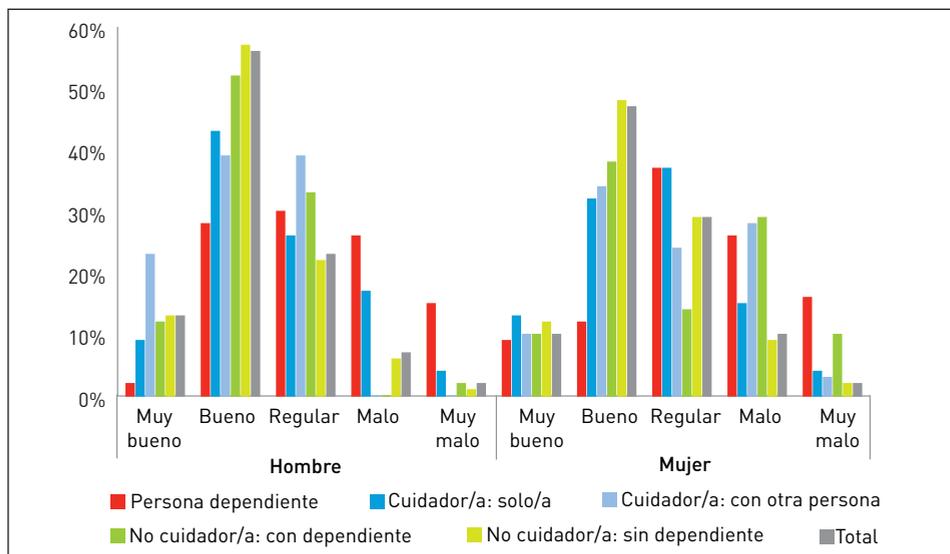
Las personas que están al cuidado de algún adulto dependiente presentan, en el grupo de edad de 50-64 años, una peor percepción de su salud que las que no lo están. Dentro del grupo de cuidadores también se observan importantes diferencias por género. Los hombres que realizan tareas de cuidado en solitario perciben su salud de forma más

negativa que los que cuidan con ayuda de otras personas (el 52,2% de los cuidadores principales valoran que su salud como buena o muy buena frente al 61,3% de los cuidadores con apoyo de otras personas). En el caso de las mujeres, no existen divergencias entre cuidadoras principales o con apoyo de otras personas (el 44,6% frente al 44,8% respectivamente), posiblemente, por la especialización en las tareas de cuidado por género, que recae sobre el género femenino asumiendo los tipos de cuidado más exigentes y de mayor tiempo de dedicación. Las mujeres que cuidan a un dependiente ayudadas por otras persona llevan el mayor peso del cuidado y, por lo tanto, tienen un comportamiento similar a las que cuidan solas, algo que no ocurre en el caso de los hombres, ya que aunque ayuden en el cuidado, no son ellos los que realizan la mayor parte de las tareas.

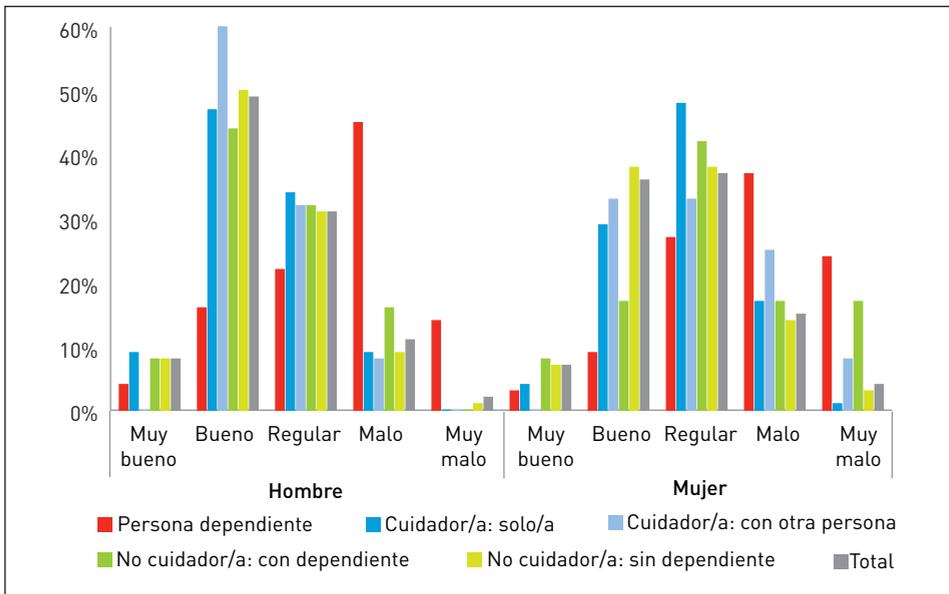
Así, los que presentan mejor evaluación de sus condiciones de salud son las personas no cuidadoras y que no residen con ningún dependiente, aunque en este grupo de población también se aprecia una peor valoración en función del género; las mujeres declaran más negativamente su estado de salud que los varones: el 70,5% de los hombres consideran su salud como buena o muy buena frente al 60,3% de las mujeres, lo cual es un reflejo de la tendencia general anteriormente mencionada.

**Gráfico 14.** Porcentaje de personas de 50 o más años según su percepción del estado de salud en los últimos doce meses por tipología del cuidador, sexo y grupo de edad. España, 2011-12

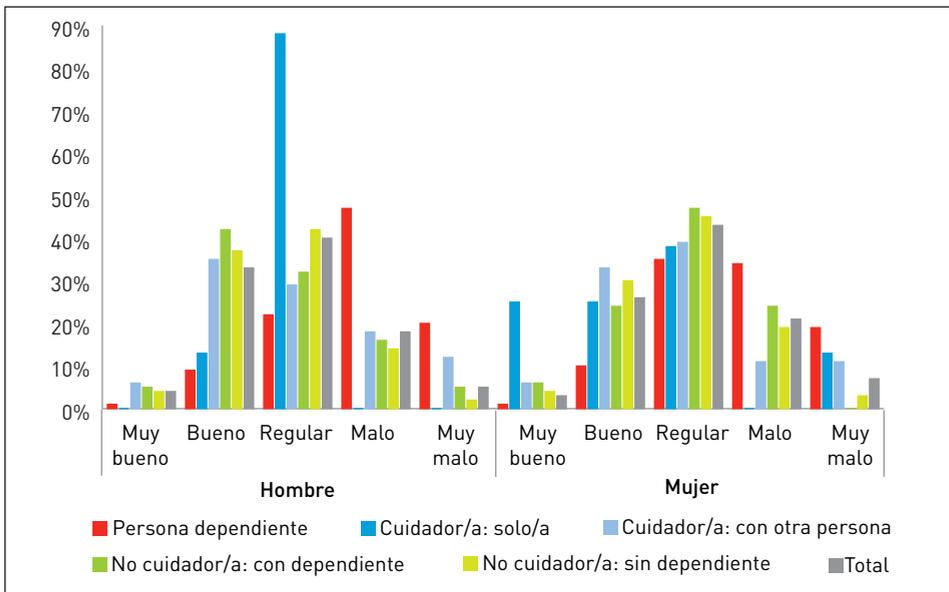
**a) Personas de 50-64 años**



### b) Personas de 65-79 años



### c) Personas de 80 o más años



Fuente: ENSE, 2011-12

Las diferencias entre cuidadores y no cuidadores entre los 65 y 79 años son menores que en el anterior grupo de edad (50-64 años). No se aprecian grandes divergencias entre los hombres, pero sí entre las mujeres. Así, el 45% de las mujeres no cuidadoras sin persona con discapacidad en casa perciben su estado de salud como bueno o muy bueno (mejor que la media); las que no son cuidadoras pero conviven con una persona dependiente valoran su salud de forma muy negativa (25%), probablemente debido a que su salud no les permite hacerse cargo de las necesidades de esa persona dependiente corresidente.

En el grupo de edad de 80 o más años, las cuidadoras principales son las que mejor percepción de la salud presentan, sobre todo las mujeres que cuidan solas (el 50% valoran su salud como buena o muy buena). Dos hipótesis podrían explicar este hecho: primera, el rol de cuidador único a edades muy avanzadas hace suponer que las condiciones de salud de la persona cuidadora son bastante favorables, tanto como para desarrollar esa tarea en solitario. Segunda; a pesar de presentar limitaciones, la comparación que el cuidador hace de sus condiciones de salud con las de la persona a la que cuida hace que las relativice, considerándolas de forma más positiva que otras personas con salud similar.

En este último grupo de edad, las personas que no cuidan tienen peor percepción de su salud, porcentaje que se incrementa entre quienes no cuidan pero conviven con una persona dependiente. Esto puede deberse a que, como ya se ha dicho para el grupo de edad anterior, las condiciones de salud que presentan estas personas no les permita asumir el rol de cuidador.

### **3.3. Factores condicionantes del estado de salud de la población de 50 o más años**

Dado que el concepto de *salud* en los países desarrollados cada vez se aleja más de una concepción meramente biológica, asumiendo que el bienestar también depende de factores sociales, el tipo de variables que se analizan recorren el eje objetivo-subjetivo, considerando tanto las patologías diagnosticadas y los comportamientos de los individuos, como las percepciones sobre el bienestar general y los estilos de vida saludables.

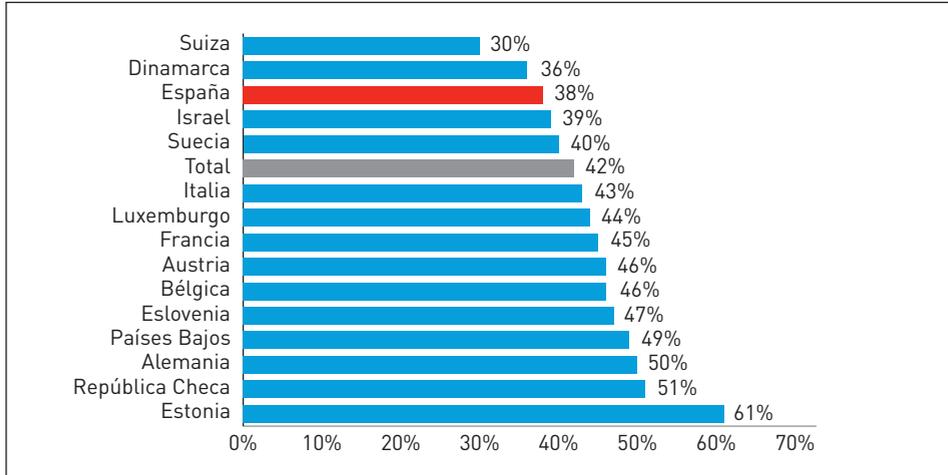
### **3.3.1. Factores subjetivos**

#### *3.3.1.1. Limitación de actividad entre los mayores de 50 años*

Según el índice GALI el porcentaje de población europea de 50 o más años que percibe alguna limitación de actividad debido a su estado de salud supera el 40% (Gráfico 15). En España la prevalencia de discapacidad, calculada en base a ese indicador, se sitúa en torno a la media europea; el 38,0% de la población mayor de 50 años declara tener limitaciones, lo que la convierte en una de las poblaciones europeas que menos trabas percibe en la realización de sus rutinas diarias.

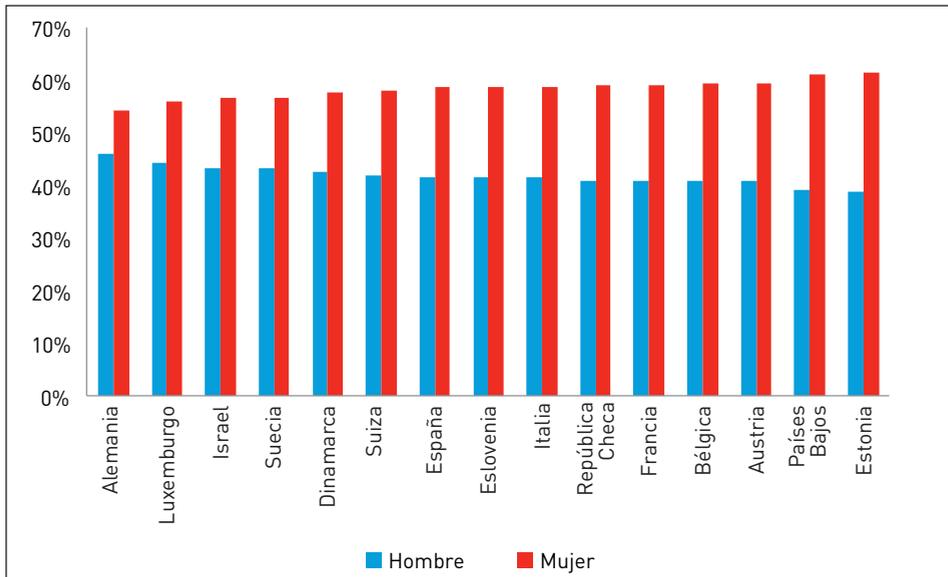
La distribución de la discapacidad por género en Europa es homogénea; en todos los países analizados la población femenina padece limitaciones en mayor medida que los varones, y lo único que varía entre territorios es la brecha que separa la magnitud de los porcentajes mostrados por ambos sexos (Gráfico 16). Alemania es el país donde la prevalencia de discapacidad entre hombres y mujeres es más parecida, con solo 7 puntos porcentuales más de población femenina que sufre de restricciones. Por el contrario, en Países Bajos y Estonia la brecha a favor de las mujeres supera los 20 puntos porcentuales. La diferencia en la prevalencia de discapacidad de hombres y mujeres en España está más cerca de este segundo modelo; mientras el 41,5% de hombres admiten tener limitaciones en su vida cotidiana debido a su estado de salud, las mujeres lo hacen en un 58,5%. Otra de las características de la distribución espacial de la discapacidad por sexos es que en aquellos territorios donde existe una mayor proporción de mujeres con discapacidad la divergencia entre géneros es más grande.

**Gráfico 15.** Porcentaje de población de 50 o más años con limitaciones (GALI). Países europeos, 2013



Fuente: SHARE, 05

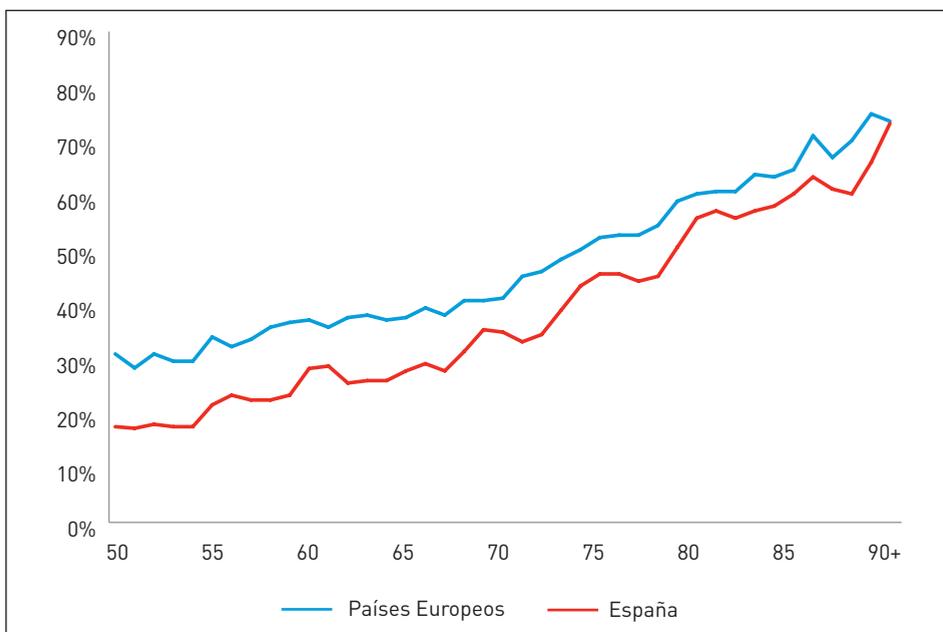
**Gráfico 16.** Porcentaje de población de 50 o más años con limitaciones (GALI) por sexo. Países europeos, 2013



Fuente: SHARE, 05

El empeoramiento de las condiciones fisiológicas del organismo propia del proceso de envejecimiento, la senescencia y la aparición de nuevas patologías hacen que la prevalencia de discapacidad esté muy ligada a la edad de los individuos. A medida que el tiempo de vida avanza, la aparición de limitaciones derivadas del deterioro de las condiciones de salud es más frecuente. Como muestra el Gráfico 17, el porcentaje de población con discapacidad aumenta a medida que lo hace la edad. La media europea pasa de un 30% de población con discapacidad a los 50 años a casi un 80% entre la población de 90 o más años. En España la tendencia es la misma, aunque con valores sensiblemente inferiores a la media europea. A los 50 años, el porcentaje de españoles que declaran alguna discapacidad se sitúa por debajo del 20%. A los 90 o más años, la tendencia converge con la mostrada por la población europea, situándose en casi en el 80%.

**Gráfico 17.** Porcentaje de población de 50 o más años con limitaciones (GALI) por edades simples. Países europeos, 2013



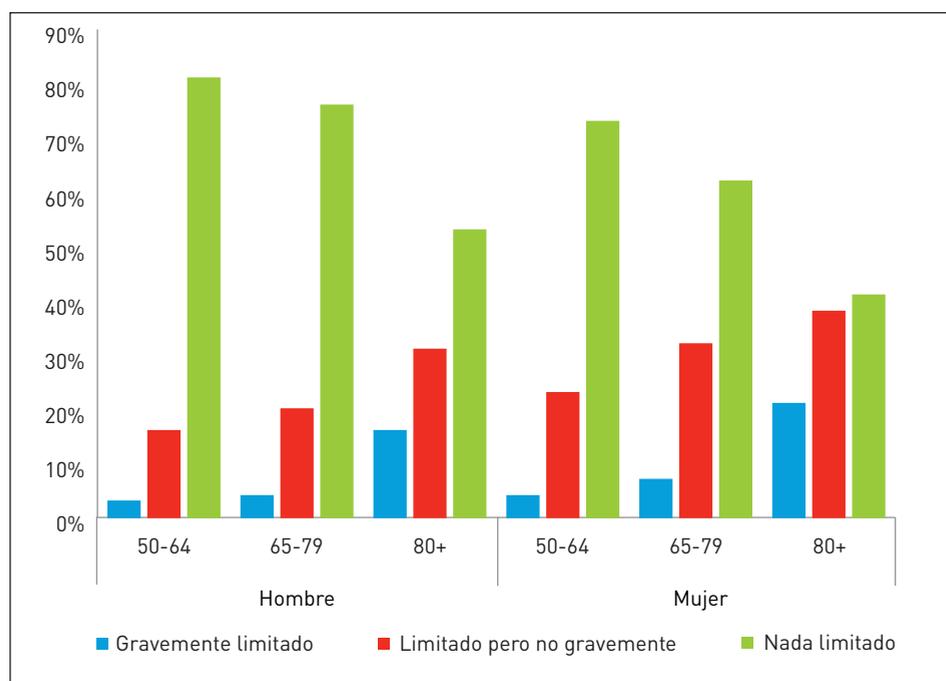
Fuente: SHARE, 05

Según los datos de la ENSE, en España estas restricciones son mayores en la población femenina en todos los grupos de edad y aumentan, en ambos sexos y de forma

brusca, a partir de los 80 años o más años (Gráfico 18). Así, un 46,7% de los hombres de 80 o más años padece limitaciones (el 15,6% gravemente) y un 58,6% de las mujeres (el 20,6% gravemente). Por lo tanto, aunque las tendencias son similares, los datos de SHARE muestran una mayor prevalencia de discapacidad que los datos de la ENSE.

El análisis de estos mismos datos en función del rol de cuidador desempeñado, arrojan resultados bastante intuitivos; aquellas personas que declaran padecer más limitaciones, incluidas las limitaciones severas, son las que tienen algún tipo de discapacidad, hecho observable en todos los grupos de edad y en ambos sexos.

**Gráfico 18.** Proporción de población de 50 o más años con limitaciones (GALI) por sexo y grupo de edad. España, 2011-12

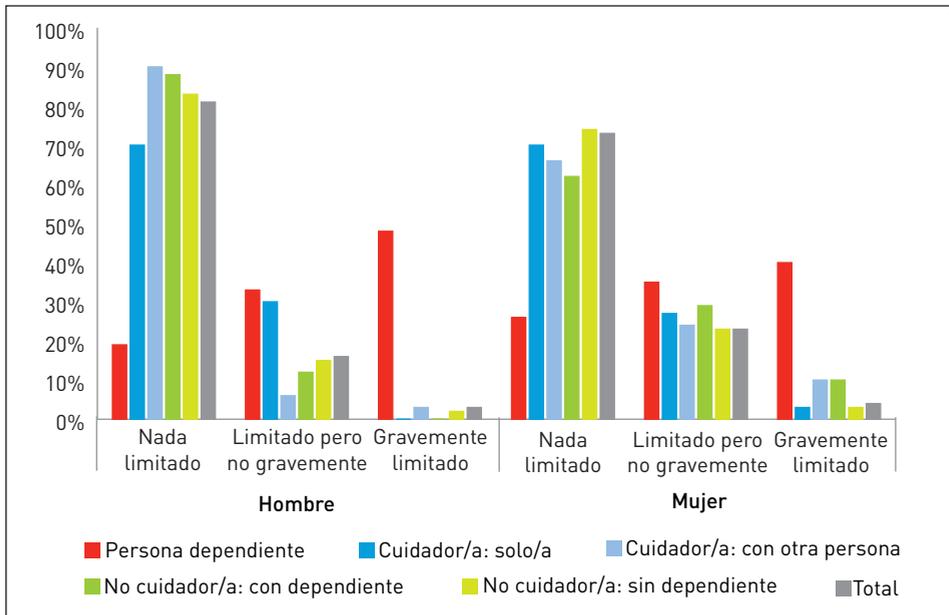


Fuente: ENSE, 2011-12

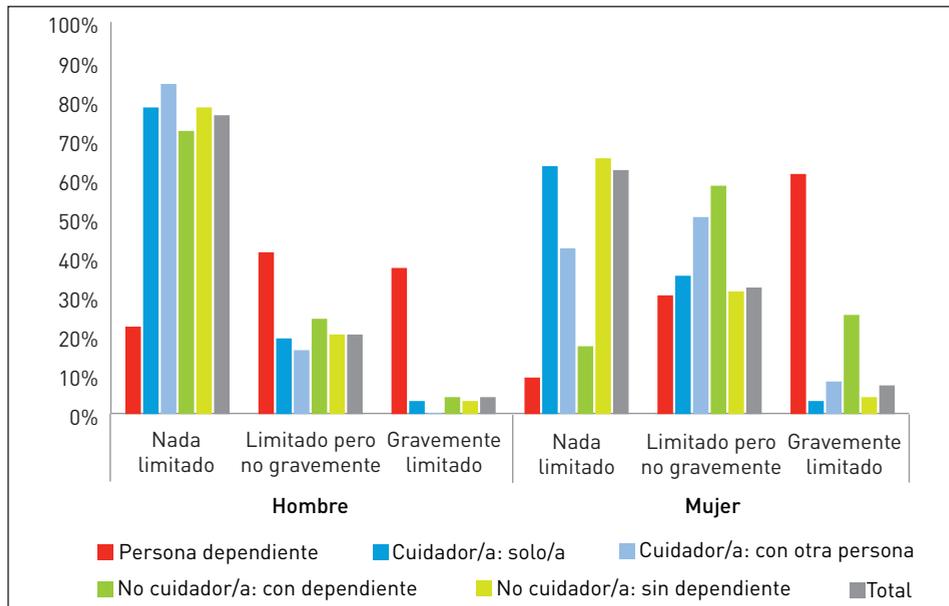
En general en todas las edades y tanto en la población femenina como en la masculina, las personas cuidadoras y las que no cuidan y no moran con una persona dependiente, presentan menores grados de limitación que las personas que no son cuidadoras pero habitan con un dependiente en casa (Gráfico 19). Como ya se reseñó en el análisis de la autopercepción de la salud, la explicación podemos encontrarla en que estas limitaciones en la actividad de la vida diaria se originen debido a un problema de salud que impide cuidar de la persona dependiente que reside en su casa.

**Gráfico 19.** Porcentaje de población de 50 o más años con limitaciones (GALI) por sexo y grupo de edad. España, 2011-12

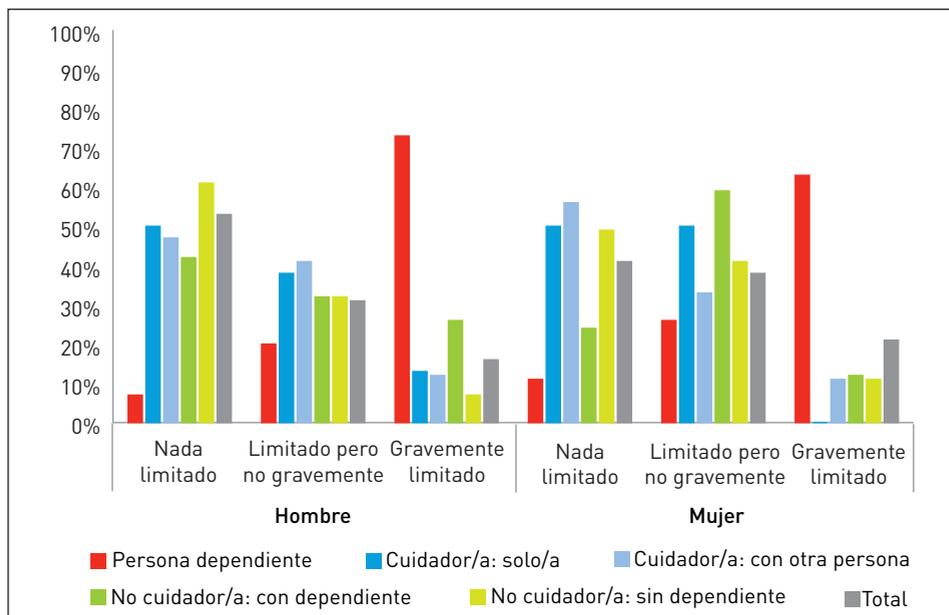
**a) Personas de 50-64 años**



## b) Personas de 65-79 años



## c) Personas de 80 o más años



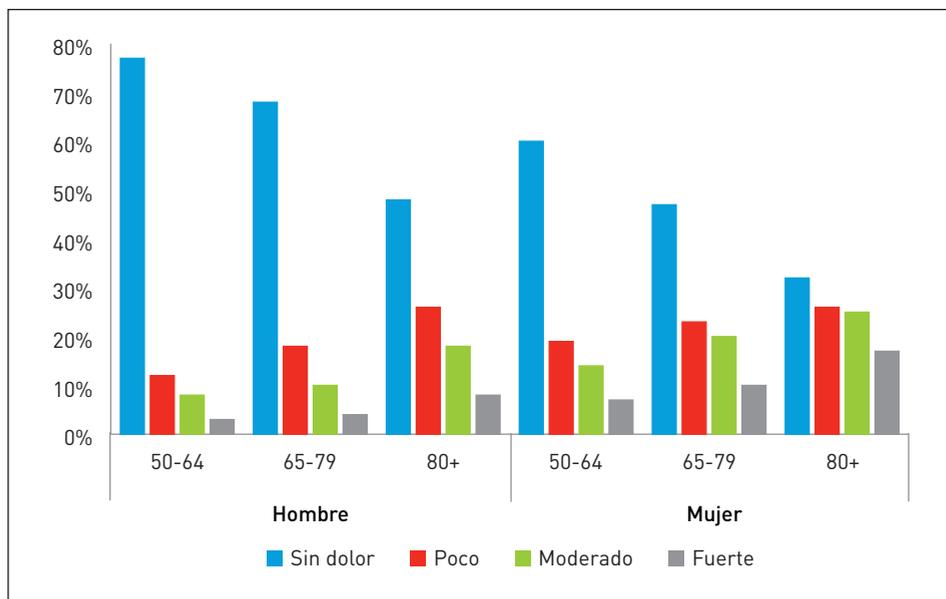
Fuente: ENSE, 2011-12

### 3.3.1.2. Padecimiento de dolor o malestar

No existe una definición única y consensuada del concepto *dolor*. Posiblemente, la más utilizada es la elaborada por la *Internacional Association for Study of Pain* (IASP), que lo describe como *una experiencia emocional desagradable, asociada o no a una lesión tisular, o que se describe con las manifestaciones propias de tal lesión* (1986), dejando entrever que se trata de un fenómeno complejo y multideterminado, resultado de la interacción entre factores fisiológicos, psicológicos y socio-culturales. De lo que no hay duda, es que el dolor es uno de los detonantes más frecuentes de las visitas a las consultas de atención primaria, y que su padecimiento limita la calidad de vida de las personas (López-Silva, et al., 2007).

El dolor o malestar no se experimenta de igual modo en hombres y mujeres divergiendo en ritmo e intensidad, a pesar de que en ambos géneros su padecimiento se incrementa en paralelo a la edad. En líneas generales, las mujeres sufren dolores en mayor medida que los varones (Gráfico 20). El porcentaje de varones españoles que no experimentan dolor pasa del 77,4% en el grupo de 50-64 años al 68,0% en el grupo 65-79 años, mostrando un 47,6% en el grupo de 80 o más años. En las mujeres, ese mismo porcentaje decrece del 60,4% en el grupo 50-64 años, a 46,6% en el grupo 65-79 años, ubicándose en el 32,0% entre la población femenina de 80 o más años. Lo que reflejan estos datos es que el incremento de la proporción de varones con dolor o malestar es proporcional y continuo, incrementándose las categorías poco, moderado y fuerte especialmente en las edades longevas. En las mujeres, dado que el porcentaje que no padece dolores o malestar es inferior, sufrir un poco, un moderado o un fuerte dolor se incrementa pero a un ritmo más suave. Estos datos se asemejan a los resultados de otros estudios precedentes (Casals y Samper, 2004) que asocian un fuerte dolor con patologías relacionadas con la artrosis, siendo más frecuentes en mujeres mayores de 70 años y vinculadas a peor calidad del sueño; y el dolor leve, como el derivado de lumbalgia es más común en los varones de menor edad (55 años).

**Gráfico 20.** Proporción de población de 50 o más años según padecimiento de dolor o malestar por sexo y grupo de edad. España, 2011-12

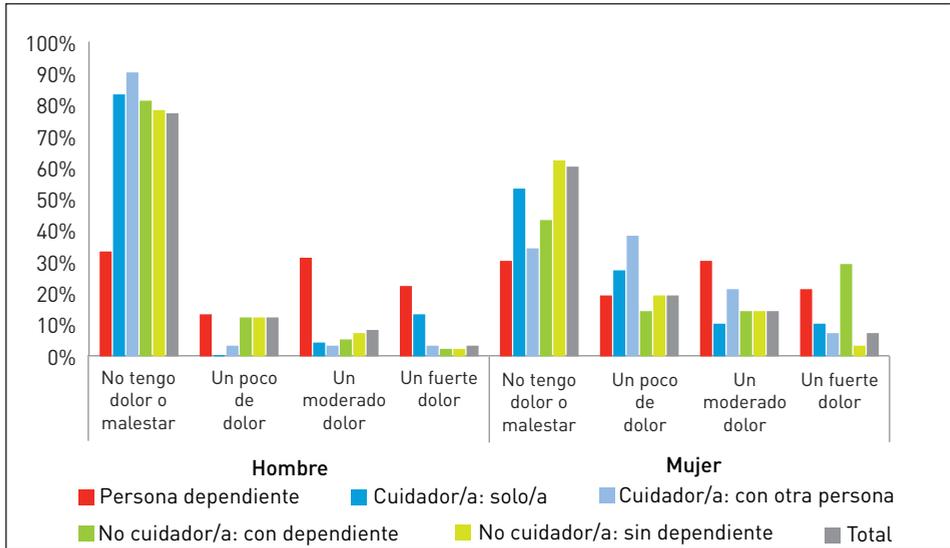


Fuente: ENSE, 2011-12

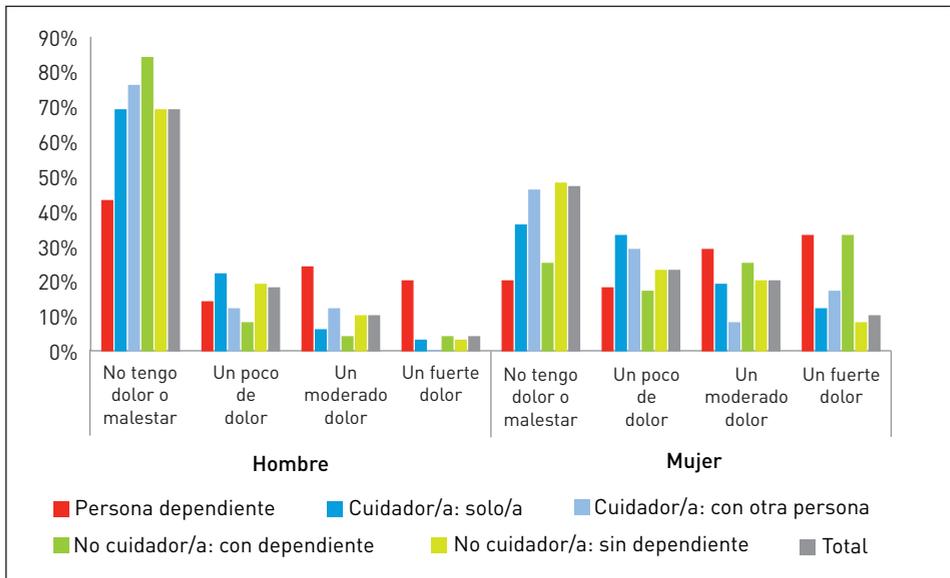
Atendiendo a la tipología de cuidadores, las personas que más dolores padecen son las discapacitadas en sus distintas formas (leve, moderado y fuerte), en todos los grupos de edad y en ambos géneros (Gráfico 21). Además, en este grupo poblacional no tener dolor disminuye a medida que se incrementa la edad: a modo de ejemplo, si de 50 a 64 años el 33,3% de hombres y el 30,2% de mujeres no tiene dolor, la cifra disminuye hasta el 15,7% y el 17,0%, respectivamente, en 80 o más años. El porcentaje de personas con discapacidad en el grupo 50-64 años que tienen un fuerte dolor se mantiene alrededor del 20% para ambos sexos, dato que asciende hasta el 30% en las edades avanzadas. Independientemente de la edad y el sexo, el porcentaje de población española con un dolor moderado es siempre superior al leve.

**Gráfico 21.** Porcentaje de población de 50 o más años según padecimiento de dolor o malestar por sexo y grupo de edad. España, 2011-12

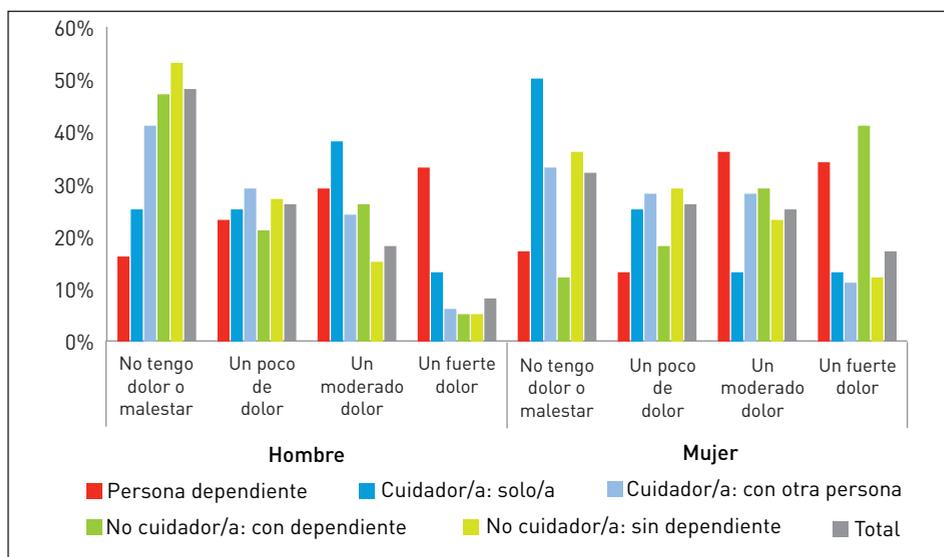
**a) Personas de 50-64 años**



**b) Personas de 65-79 años**



### c) Personas de 80 o más años



Fuente: ENSE, 2011-12

Respecto a las personas no cuidadoras, existen diferencias entre quienes viven con una persona dependiente y quienes no, padeciendo menor proporción de dolor las últimas. En los varones de edades de 50-64 años, alrededor del 80% de ambos subgrupos no presentan dolores, y quienes los padecen presentan datos similares en todas las categorías de respuesta. De 65-79 años, un leve dolor asciende en quienes no viven con un dependiente mientras que quienes habitan con éste mantienen constante el 80% de no experimentar dolor. Y en edades avanzadas, de 80 o más años, disminuyen los que no sufren dolor, ubicándose su no padecimiento tanto en quienes viven con un dependiente como en quienes no, alrededor del 50%. Simultáneamente, aumenta el leve malestar y el moderado dolor, éste último de manera más abrupta en quienes moran con un dependiente. Por lo tanto, en los varones no cuidadores, el padecimiento de dolor es mayor en las personas que viven con un dependiente.

En las mujeres no cuidadoras existe una gran diferencia en la experiencia del dolor dependiendo de si viven o no con una persona dependiente, siendo las categorías de dolor leve, moderado o fuerte más elevadas en quienes corresiden con una persona enferma. De hecho este subgrupo de mujeres es quien más dolores fuertes padece en todos los grupos de edad: el 28,6% de 50-64 años, el 33,3% de 65-79 años y el

41,2% de 80 o más; una proporción mayor incluso que las mostradas por las personas discapacitadas.

Respecto a los individuos que cuidan, también se observan diferencias por género a pesar de presentar porcentajes mayores de población que no experimenta ningún dolor en comparación con aquellos que no cuidan. En todos los grupos de edad analizados, los varones tienen menos dolor que las mujeres puesto que mientras que los hombres se concentran en la categoría 'no tiene dolor' las mujeres se reparten entre ésta y padecer un dolor leve. Sin embargo, es de destacar a las mujeres cuidadoras solas de 80 o más años que son las que menor grado de dolor padecen, el 50%. Por otro lado, las personas que cuidan con apoyo de otras sufren menos malestar que las cuidadoras principales, a pesar de que esta tendencia se invierte en la edad longeva, 80 o más años, y en ambos sexos.

### ***3.3.1.3. Padecimiento de ansiedad o depresión***

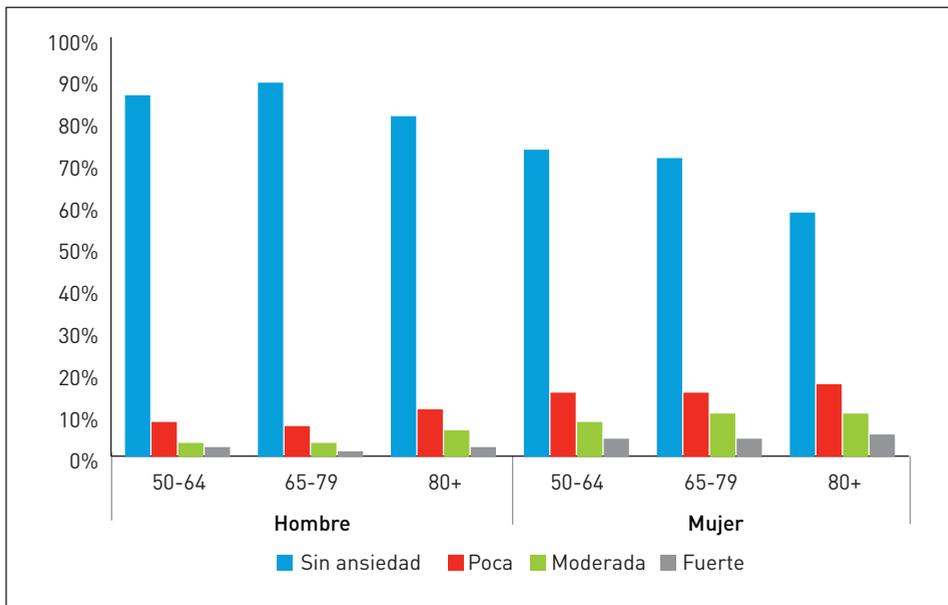
Estudios precedentes, como el desarrollado por Azpiazu y colaboradores (2002) concluyen que entre los factores que restan salud y calidad de vida en la vejez se encuentran los trastornos de ansiedad y los depresivos, además del dolor y la limitación en la movilidad. Otros análisis asocian la ansiedad y la depresión a dolencias como la diabetes (Velasco y Sinibaldí, 2001) o la hipertensión (Riveros et al, 2005) por las reacciones fisiológicas que implican. Por otro lado, se ha observado una mayor prevalencia de ansiedad y depresión en las personas cuidadoras principales, así como una mayor sensación de apoyo social insuficiente (López Gil et al, 2009).

Los datos de la ENSE muestran en la población española una tendencia general de no padecimiento de ansiedad o depresión, a pesar de que las mujeres experimentan esta sensación en mayor medida que los varones (Gráfico 22). De este modo, si el porcentaje de varones que dicen no sentir ansiedad se estabiliza alrededor del 85% entre los 50 y los 79 años, se produce un ligero descenso hasta el 80% en las edades avanzadas. Ese mismo porcentaje en las mujeres se sitúa en torno al 70%, sin apenas variaciones en función de la edad. Entre quienes sí padecen este tipo de malestar, lo más común es que se trate de trastornos leves, con patrones por género similares a los descritos anteriormente: los hombres de 50 a 79 años que presentan ansiedad leve son aproximadamente el 7,5% y las mujeres un 15,0%, datos que ascienden al 11,0% y al 16,9% en el grupo de 80 o más años. Respecto a las posiciones más extremas de padecimiento, en el género masculino de 50 a 79 años el 3,5% sufre de moderada ansiedad

y el 1,6% de fuerte ansiedad, dato que crece hasta el 6,0% y el 2,0% en 80 o más años. En las mujeres el 8,5% de 50 a 79 años sufren de malestar moderado y el 4,2% de fuerte malestar, cifras que se incrementan hasta el 10,2% y el 5,4% en 80 o más años. Por lo tanto, si bien la experiencia de la ansiedad o la depresión no es una dolencia generalizada en la población, es más común en las mujeres y en las edades avanzadas.

Si observamos los datos en función del rol detentado en las dinámicas de cuidado, son las personas dependientes quienes más sufren de este tipo de trastorno. En todas las edades presentan los porcentajes más elevados de padecimiento, hecho que se remarca en las mujeres y en las edades comprendidas entre los 50-64 años (Gráfico 23).

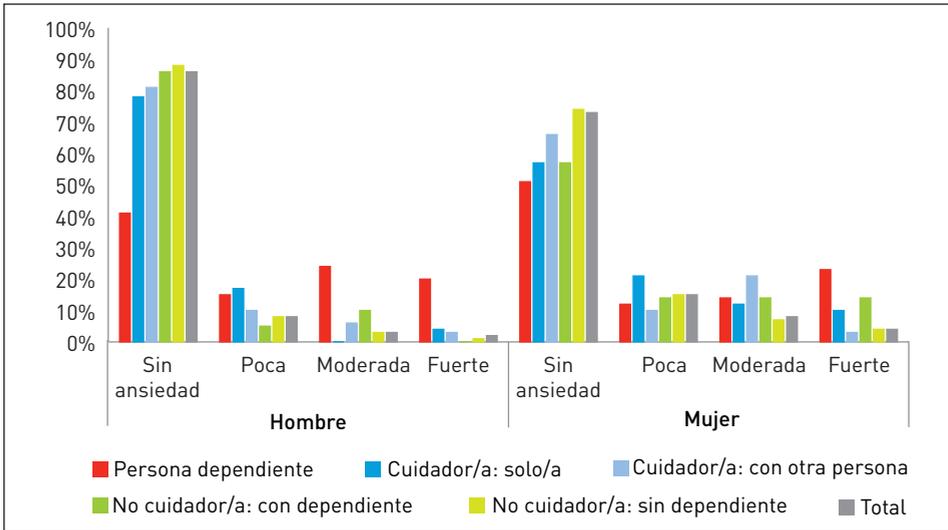
**Gráfico 22.** Porcentaje de población de 50 o más años según padecimiento de ansiedad o depresión por sexo y grupo de edad. España, 2011-12



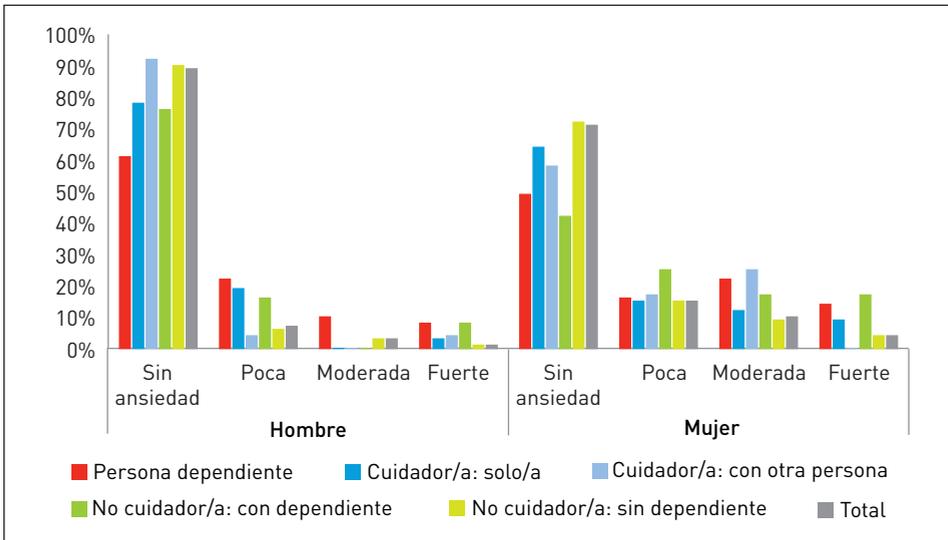
Fuente: ENSE, 2011-12

**Gráfico 23.** Porcentaje de población de 50 o más años según padecimiento de ansiedad o malestar por sexo y grupo de edad. España, 2011-12

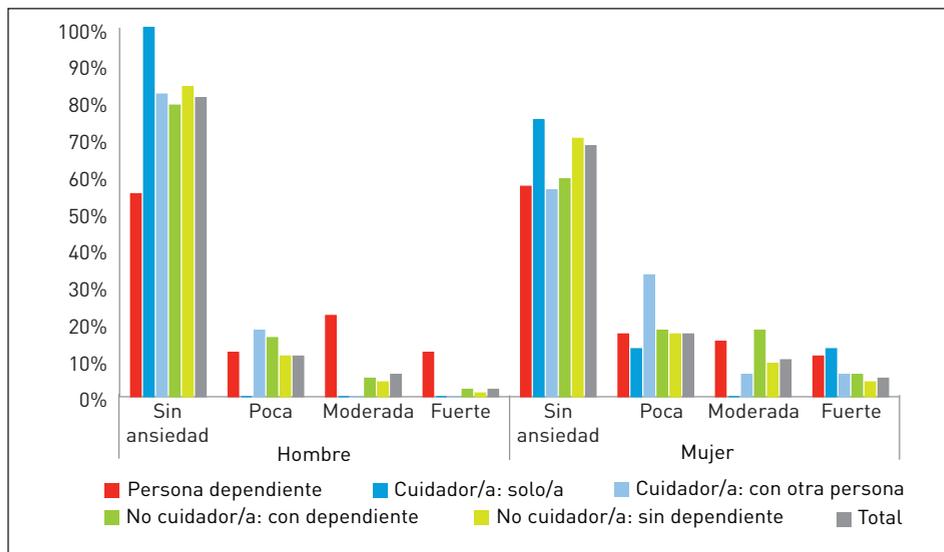
**a) Personas de 50-64 años**



**b) Personas de 65-79 años**



### c) Personas de 80 o más años



Fuente: ENSE, 2011-12

Entre las personas no cuidadoras hay grandes diferencias en los niveles de ansiedad y depresión. Mientras que quienes no cohabitan con una persona dependiente presentan los menores porcentajes de padecimiento de ansiedad o depresión, los no cuidadores que conviven con un dependiente son, tras los dependientes y con valores semejantes a los cuidadores, los que más padecen este tipo de malestar psicológico. Especialmente en las mujeres, los porcentajes son muy elevados en todos los grados de ansiedad contemplados; leve, moderada y fuerte. Por el contrario, los no cuidadores que no conviven con una persona dependiente presentan la mayor proporción de no padecimiento a todas las edades, siendo los varones los que aventajan a las mujeres.

Las personas cuidadoras presentan elevados porcentajes de padecimiento de ansiedad o depresión. Los datos muestran que, además de las diferencias de género que juegan a favor de los varones, los cuidadores con apoyo son más proclives a sufrir con mayor intensidad este tipo de dolencia que los cuidadores principales, aunque las diferencias se disipan entre ambos grupos a medida que se incrementa la edad. Así, si en el tramo de edad de 50 a 64 años son las mujeres cuidadoras sin ayuda quienes obtienen el mayor porcentaje de padecimiento de una ansiedad leve, las cuidadoras con apoyo presentan un porcentaje mayor de ansiedad moderada. Esta pauta se repite

en el siguiente grupo de edad, 80 o más años, para ambos tipos de cuidadores que padecen ansiedad o depresión leve.

Estos resultados se asemejan a las conclusiones obtenidas en estudios como el de López Gil et al (2009), en el que se concluye que la población cuidadora presenta más ansiedad, depresión y de síntomas como alteraciones del sueño, apatía o irritabilidad que la población no cuidadora; a lo que se añade en este estudio que son las personas cuidadoras sin apoyo las más propensas a padecer este tipo de alteraciones emocionales.

### 3.3.2. Factores objetivos

#### 3.3.2.1. Padecimiento de enfermedades crónicas

De media, el 51% de la población europea de 50 o más años declara padecer una enfermedad crónica (Tabla 9), lo cual supone que más de la mitad de este colectivo tiene algún problema de salud. El 27,0% presenta un perfil de alta comorbilidad, al afirmar que ha sido diagnosticado de dos o más enfermedades crónicas. Por el contrario, un porcentaje de población muy similar, el 22,3%, declara no haber sido diagnosticada de ninguna enfermedad crónica ni padecerla en la actualidad.

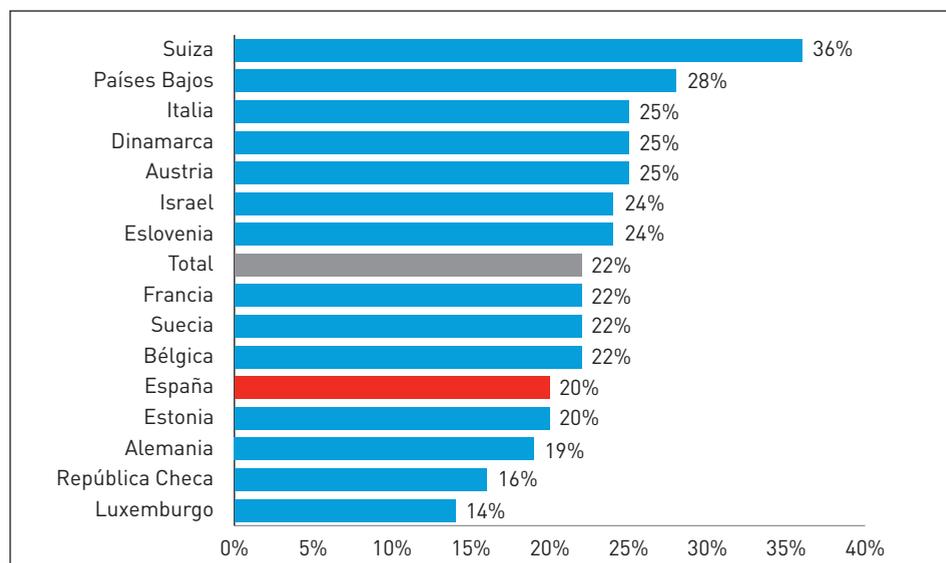
**Tabla 9.** Porcentaje de población de 50 o más años diagnosticada de enfermedad crónica. Países europeos, 2013

	Sin enfermedad crónica	< 2 crónicas	2+ crónicas
Austria	24,7	52,6	22,7
Alemania	18,6	50,8	30,7
Suecia	21,9	53,2	25,0
Países Bajos	27,7	52,0	20,2
<b>España</b>	<b>19,5</b>	<b>50,3</b>	<b>30,1</b>
Italia	25,1	49,9	25,1
Francia	22,2	52,5	25,3
Dinamarca	24,8	49,8	25,4
Suiza	36,1	49,3	14,6
Bélgica	21,7	51,8	26,5
Israel	24,4	40,2	35,3
República Checa	16,4	49,2	34,4
Luxemburgo	14,2	47,9	37,9
Eslovenia	23,8	52,6	23,6
Estonia	19,5	51,4	29,1
<b>Total</b>	<b>22,3</b>	<b>50,7</b>	<b>27,0</b>

Fuente: SHARE, 05

Dentro de este panorama global, existe divergencia entre los porcentajes presentados por cada país europeo analizado. En lo que respecta a la población con más de una enfermedad crónica, España se encuentra por encima de la media, junto con Alemania o la República Checa, superando en todos los casos el 30% de población con alto nivel de multimorbilidad. En el extremo opuesto, Suiza y Países Bajos son las regiones con menor proporción de mayores con dos o más enfermedades crónicas, por debajo del 20%. Entre la proporción de población mayor de 50 años que no tiene ninguna enfermedad crónica destaca el 36,1% de Suiza, seguido del 27,7% de Países Bajos. España se sitúa en el 19,5% (Gráfico 24).

**Gráfico 24.** Porcentaje de población de 50 o más años sin enfermedades crónicas por país. Países europeos, 2013

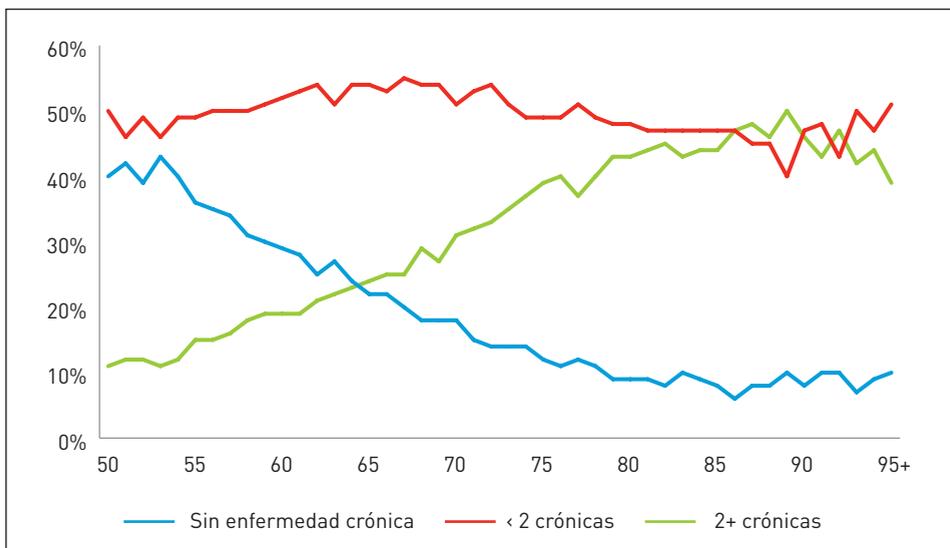


Fuente: SHARE, 05

Como muestra el Gráfico 25, a medida que la edad de los individuos aumenta, también se incrementa el número de enfermedades crónicas diagnosticadas. En este gráfico se aprecia claramente como desde los 50 años de edad el porcentaje de población sin ninguna enfermedad crónica desciende abruptamente, pasando del 40% de la población en este rango de edad al 20% a los 65 años, a la vez que el porcentaje de población con dos o más enfermedades crónicas aumenta, pasando del 10% a los 50 años al 20% a los 65. Como era de esperar, en las edades más avanzadas, a partir

de la edad de 80 años, el porcentaje de población europea con dos o más enfermedades crónicas alcanza el 50%, mientras que el de la población sin ninguna dolencia crónica se mantiene estable en el 10%. La población que declara menos de dos enfermedades crónicas se mantiene relativamente estable en todas las edades, en torno al 50%; y sólo desciende levemente a partir de los 85 años, situándose alrededor del 45%, probablemente debido a la aparición de más enfermedades crónicas.

**Gráfico 25.** Porcentaje de población de 50 o más años con enfermedades crónicas por edades simples. Países agregados<sup>6</sup>, 2013



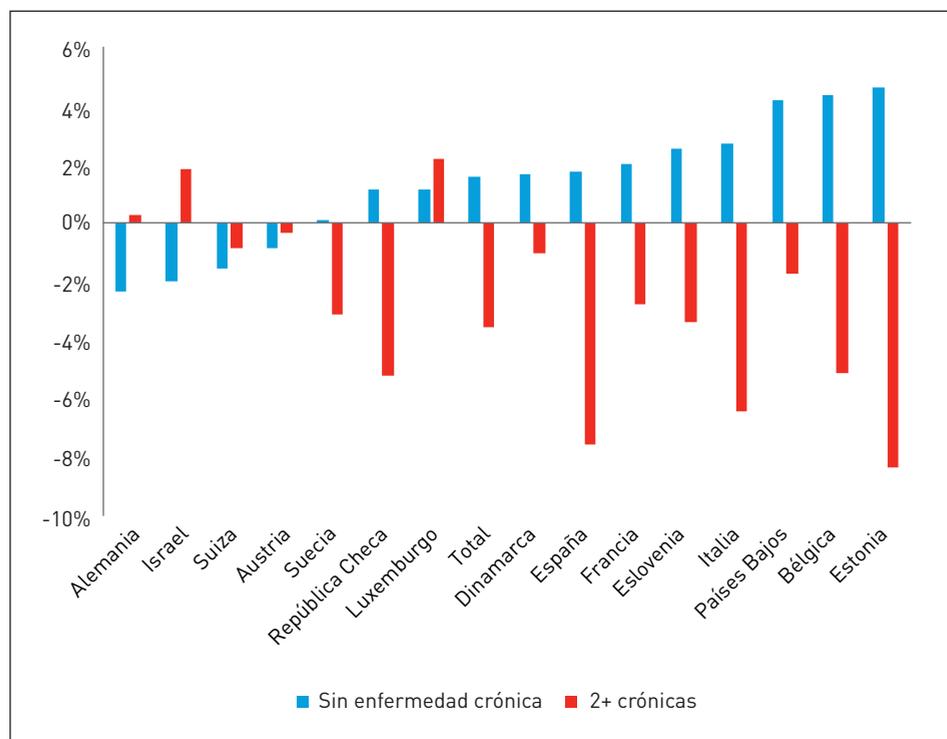
Fuente: SHARE, 05

Analizando estos datos en función del género, se observa que mientras la población masculina presenta mayores porcentajes de no padecimiento de enfermedades crónicas en prácticamente todos los países (con la excepción de Alemania, Israel, Suiza, y Austria), las mujeres son las que disponen de mayores porcentajes de padecimiento, excepto en el caso de Luxemburgo e Israel (Gráfico 26), donde encontramos (Gráfico 26). La diferencia entre la proporción de hombres sin enfermedades crónicas y la de mujeres, a favor de los primeros, es mayor en Estonia, Bélgica

<sup>6</sup> Aunque la magnitud de los porcentajes de cada categoría varía considerablemente entre países, los datos son presentados de manera agregada debido a que esta tendencia es observable en todos los países analizados.

y Países Bajos, en torno al 5%. En España, el porcentaje de mujeres y de hombres mayores de 50 años sin ninguna enfermedad crónica es bastante parejo (el 20,5% y el 18,7% respectivamente), lo cual está ligeramente por debajo de la media europea (el 23,1% y el 21,6%). Por el contrario, la proporción de mujeres con dos o más enfermedades crónicas diagnosticadas alcanza el 33,6%, mientras que el de varones supone el 26,1%. Así, España aparece como el país junto con Estonia, donde la diferencia entre varones y mujeres en el porcentaje de población con más de una dolencia crónica es más elevada.

**Gráfico 26.** Diferencias entre los porcentajes de hombres y mujeres de 50 o más años sin enfermedades crónicas con más de dos enfermedades crónicas, por país. Países europeos 2013



Fuente: SHARE, 05

Es necesario tener en cuenta que, en ambos casos —tanto en la población sin enfermedades crónicas como en la que ha sido diagnosticada de más de dos dolencias— la diferencia por género es relativamente pequeña si el análisis se desarrolla con las edades agregadas. Por ese motivo, se ha realizado un cruce de las variables género y grupo de edad, con el fin de comprobar si la magnitud y dirección de la diferencia entre porcentajes varía o no.

Como muestra la Tabla 10, el porcentaje de población sin ninguna enfermedad crónica es superior en las mujeres de las edades más jóvenes, entre los 50 y los 64 años. En España, la diferencia entre hombres (64,9%) y mujeres (73,6%) adultas sin enfermedad crónica es de 9 puntos porcentuales, algo por encima de la media europea, que se sitúa en 6 puntos porcentuales. Sin embargo, el patrón cambia a partir de los 65 años, cuando los hombres presentan mayores porcentajes de población sin ninguna enfermedad crónica, al igual que en las edades más avanzadas (80 o más años). En ambos casos, la población española masculina tiene alrededor de 5 puntos porcentuales más de no padecimiento de enfermedades crónicas que la femenina.

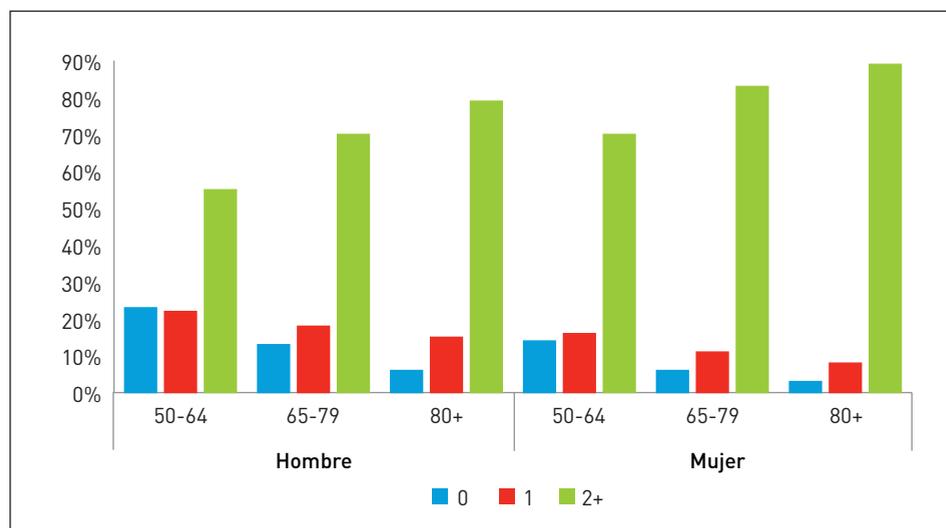
**Tabla 10.** Porcentaje de población de 50 o más años sin enfermedades crónicas por sexo y grupo de edad. Países europeos 2013

	50-64		65-79		80+		Total	
	H	M	H	M	H	M	H	M
Austria	55,4	61,8	37,7	32,9	6,8	5,2	24,2	25,1
Alemania	66,6	75,5	31,0	21,0	2,4	3,5	17,3	19,7
Suecia	48,3	54,6	43,5	42,3	8,3	3,1	21,9	21,8
Países Bajos	55,1	63,4	37,7	32,3	7,2	4,3	30,0	25,9
<b>España</b>	<b>64,9</b>	<b>73,6</b>	<b>27,3</b>	<b>22,3</b>	<b>7,8</b>	<b>4,1</b>	<b>20,5</b>	<b>18,7</b>
Italia	61,2	67,1	33,8	30,7	5,0	2,2	26,5	23,8
Francia	68,2	65,9	25,5	27,5	6,4	6,6	23,4	21,4
Dinamarca	66,8	69,3	29,5	25,7	3,7	5,0	25,7	24,1
Suiza	55,8	63,7	36,8	30,9	7,4	5,4	35,2	36,8
Bélgica	58,7	71,2	34,7	21,3	6,7	7,5	24,1	19,8
Israel	63,6	69,6	30,9	27,0	5,5	3,4	23,3	25,3
República Checa	65,7	70,2	30,1	26,9	4,3	2,9	17,0	15,9
Luxemburgo	75,7	79,1	19,8	19,1	4,5	1,7	14,8	13,7
Eslovenia	67,7	71,1	26,3	22,7	6,0	6,1	25,2	22,7
Estonia	54,9	63,2	39,8	31,7	5,4	5,1	22,3	17,7
<b>Total</b>	<b>60,8</b>	<b>67,2</b>	<b>33,2</b>	<b>28,2</b>	<b>6,0</b>	<b>4,6</b>	<b>23,1</b>	<b>21,6</b>

Fuente: SHARE, 05

Centrándonos en el contexto español, los datos provenientes de la ENSE muestran que la mayoría de la población mayor de 50 años tiene algún tipo de enfermedad o problema de salud crónico, especialmente en las mujeres y en edades avanzadas (Gráfico 27). Así, para el total de la población, el porcentaje de varones con este tipo de dolencias aumenta del 77,2% en el grupo 50-64 años al 87,5% en la población de 65-79 años, hasta alcanzar el 94,1% a los 80 o más años. En el caso de las mujeres, estos porcentajes son el 86,1%, el 94,0% y el 96,7% respectivamente. Además, también observamos como con la edad va disminuyendo la proporción de españoles con una única enfermedad crónica diagnosticada y se incrementa la que padece de comorbilidad, esto es, dos o más enfermedades.

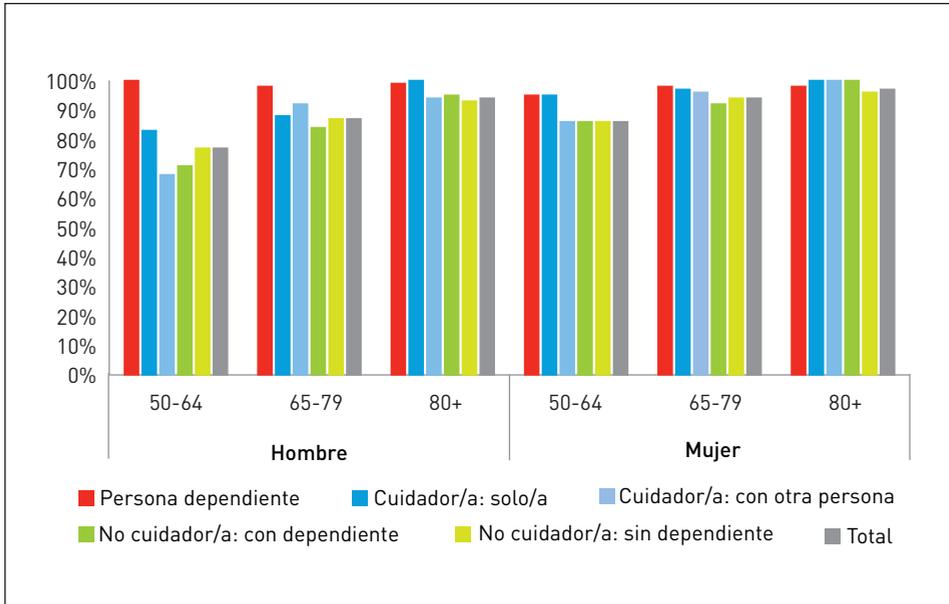
**Gráfico 27.** Porcentaje de población de 50 o más años diagnosticada de enfermedad crónica por sexo y grupo de edad. España, 2011-12



Fuente: ENSE, 2011-12

Al considerar el rol dentro de las dinámicas de cuidado, la totalidad de las personas dependientes padecen de algún tipo de enfermedad crónica independientemente del sexo y la edad (Gráfico 28). También se aprecia como las personas cuidadoras y, sobre todo, las que desempeñan esta actividad sin ayuda, son quienes más problemas crónicos padecen.

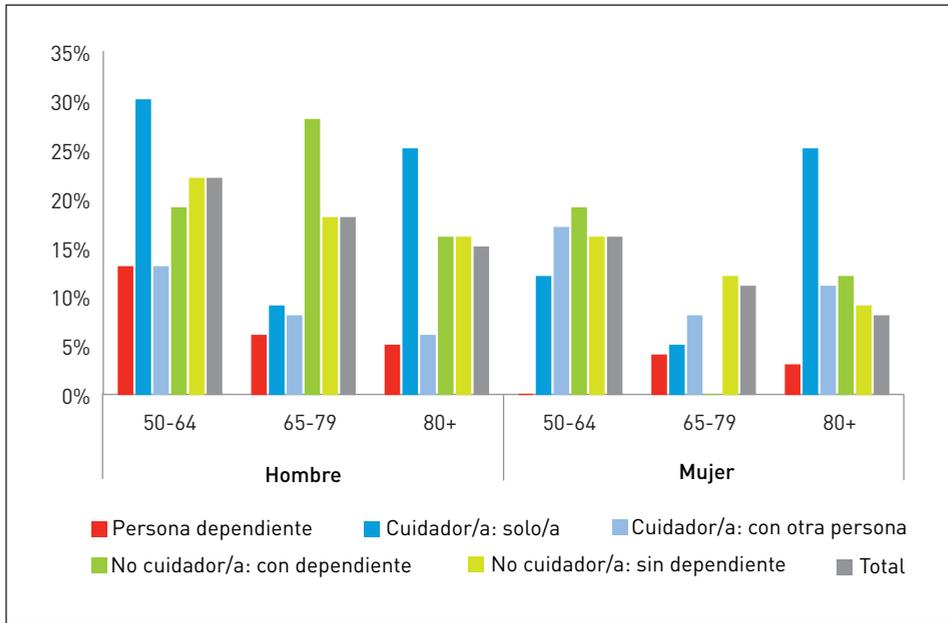
**Gráfico 28.** Proporción de la población de 50 o más años con “algún” problema de salud crónica por tipología del cuidador, sexo y grupo de edad. España, 2011-12



Fuente: ENSE, 2011-12

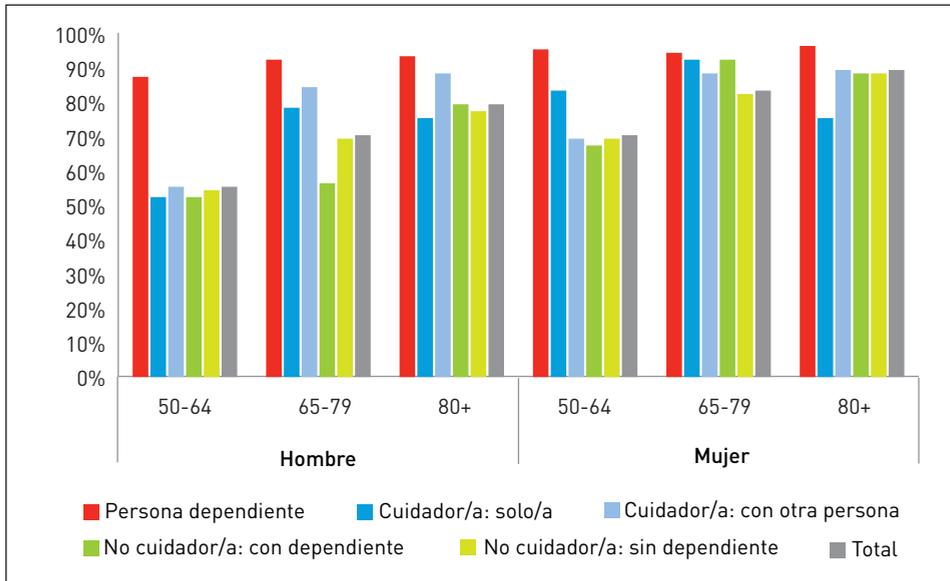
Al observar que la mayor parte de la población con 50 o más años sufre de algún tipo de enfermedad o problema de salud crónica y con el fin de ver si existe alguna disparidad, se ha repetido el análisis creando dos grandes grupos; quienes padecen solamente de una dolencia de este tipo y quienes sufren de dos o más. En los Gráficos 29 y 30 se observa que independientemente del rol que se asuma, hay una disminución de personas con una sola enfermedad crónica y un incremento de las que sufren dos o más, paralelo al aumento de la edad. Las personas dependientes son las que presentan un porcentaje mayor de enfermedades crónicas. Curiosamente, las cuidadoras principales de 80 o más años padecen de un menor número de problemas crónicos que el resto, tendencia observada anteriormente en el análisis del estado de salud subjetivo. Como en ese caso, los datos sugieren que el rol de cuidador a edades tan avanzadas sólo es viable si se tienen unas condiciones de salud relativamente favorables que posibiliten su desempeño.

**Gráfico 29.** Proporción de la población de 50 o más años con “un” problema de salud crónico por tipología del cuidador, sexo y grupo de edad. España, 2011-12



Fuente: ENSE, 2011-12

**Gráfico 30.** Proporción de la población de 50 o más años con “dos o más” problemas de salud crónico por tipología del cuidador, sexo y grupo de edad. España, 2011-12



Fuente: ENSE, 2011-12

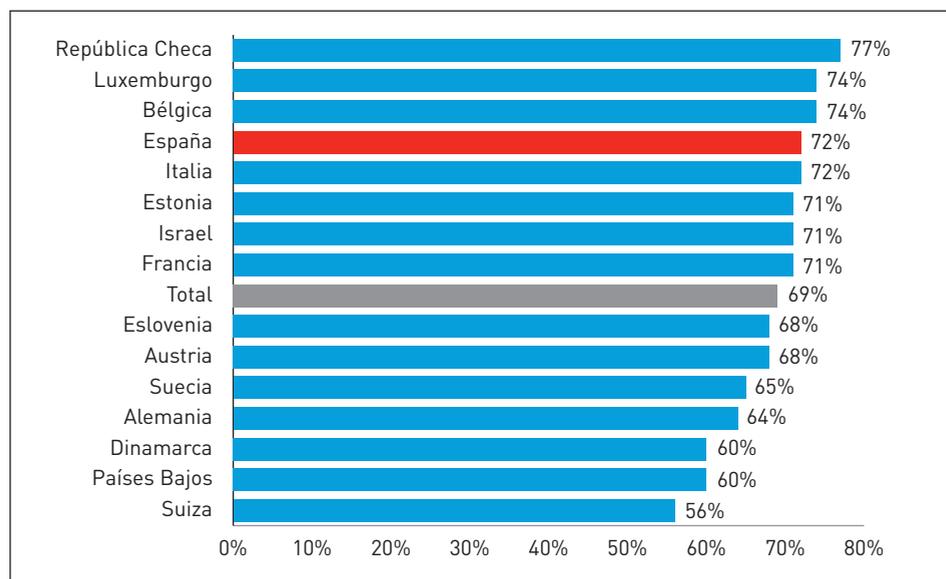
### 3.3.2.2. Consumo de medicamentos

La población mayor, en especial la que supera los 65 años, es la que más propensión al consumo de medicamentos presenta. La aparición de enfermedades y su cronificación hacen necesario el uso de tratamientos farmacológicos que aseguren y extiendan la supervivencia del organismo. Sin embargo, uno de los problemas más comunes asociados al consumo de medicamentos por parte de la población mayor es la polifarmacia y sus consecuencias sobre la evolución de las enfermedades; la toma de varios fármacos, prescritos o no, muchas veces no soluciona, sino que agrava, los síntomas de las dolencias, repercutiendo negativamente en el estado de salud tanto objetivo como percibido (Vivero et al, 1997), aunque paralelamente prolonguen la supervivencia. De ahí la importancia en conocer los patrones de consumo de medicamentos de la población mayor.

Casi el 70% de la población de 50 o más años en Europa consume medicamentos al menos una vez a la semana (Gráfico 31). Los países del centro y el norte del continente son los que presentan menores porcentajes; Suiza, Países Bajos y Dinamarca, con

menos del 60% de la población. En el caso de España, el porcentaje de población mayor que toma medicamentos se sitúa en torno a la media europea, con un 72,5%. A pesar del elevado porcentaje, los resultados obtenidos por este análisis respaldan los mostrados por otros estudios previos que sitúan a España dentro de la media europea (Miñana, 2012). Además, y según investigaciones realizadas en nuestro país, una buena parte de ese 72,5% son mayores polimedificados, principalmente aquellos individuos que toman fármacos indicados para problemas en el sistema cardiovascular, el sistema nervioso central y los analgésicos/antiinflamatorios (Valderrama Gama et al, 1998).

**Gráfico 31.** Porcentaje de población de 50 o más años que consume medicamentos (al menos una vez a la semana). Países europeos, 2013



Nota: Los porcentajes comprenden medicamentos para colesterol alto, hipertensión, enfermedades coronarias o cerebrovasculares, bronquitis, osteoporosis, asma, diabetes, antiinflamatorios, analgésicos, para el sueño, ansiedad o depresión.

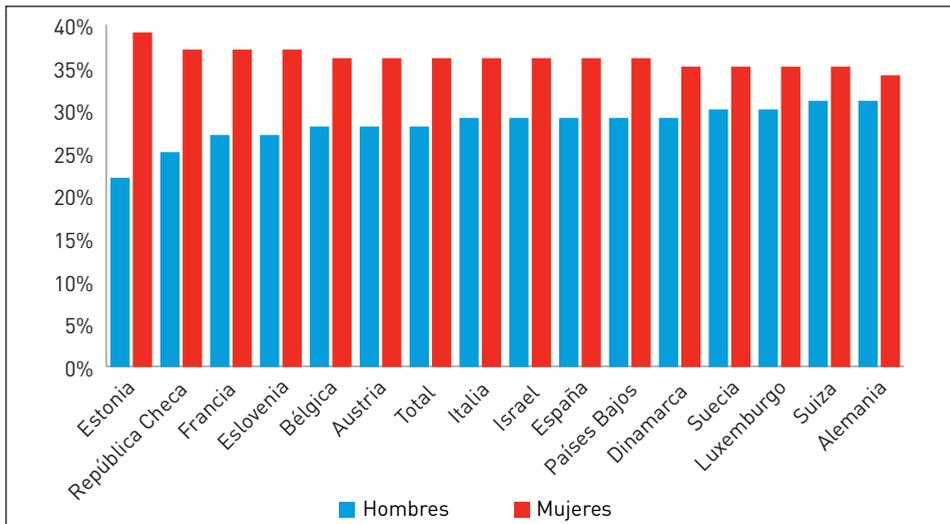
Fuente: SHARE, 05

El consumo de medicamentos está especialmente extendido entre las mujeres europeas. En todos los países analizados, el porcentaje de población femenina que consumía algún fármaco con regularidad semanal superaba al de varones, aunque la diferencia entre los porcentajes de hombres y mujeres variaba dependiendo del territorio (Gráfico 32). Estonia es el país con mayor distancia entre los porcentajes de hombres y

mujeres (el 22,4% en varones frente al 38,8% en mujeres). Alemania es el país donde encontramos porcentajes más parejos; el 31,4% en varones frente al 34,3% de mujeres. España presenta un patrón más parecido al alemán, situándose la prevalencia del consumo de medicamentos en el 36% para las mujeres y el 29% para los varones.

A medida que la edad aumenta, también lo hace el porcentaje de personas que consumen algún tipo de fármaco al menos una vez a la semana (Gráfico 33). Este patrón de consumo por edad es igual para hombres y para mujeres, aunque, en consonancia a lo mostrado en el patrón por género, son ellas las que muestran porcentajes más elevados hasta edades superiores a los 90 años. Es en esas edades muy avanzadas cuando los porcentajes de la población femenina y masculina convergen, superando en ambos casos el 80% (el 88% de la población femenina y el 85% de la masculina). El patrón por edad y género mostrado por el total de los países agregados y el de España es muy similar tanto en la dirección como en la intensidad de la prevalencia de la toma de medicamentos.

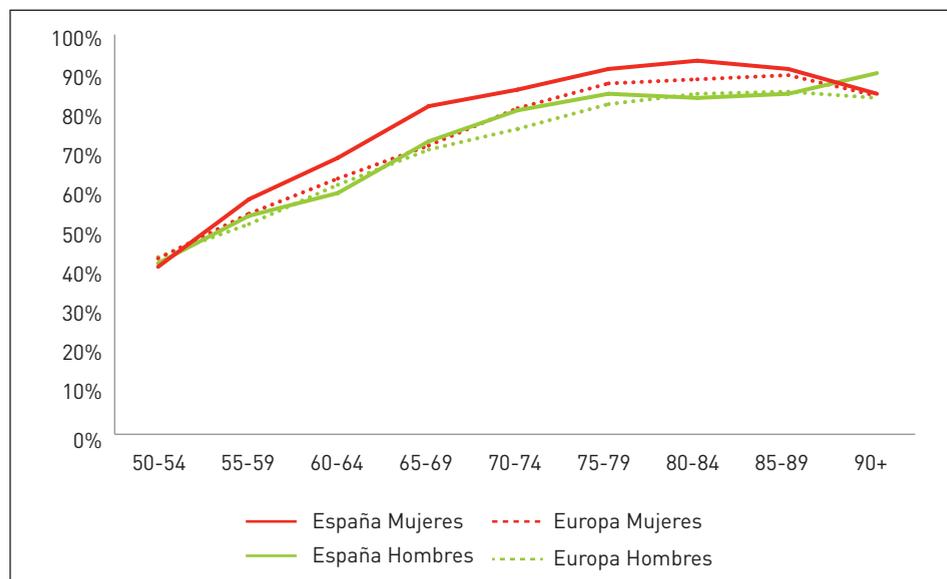
**Gráfico 32.** Porcentaje de población de 50 o más años que consume medicamentos (al menos una vez a la semana) por género. Países europeos, 2013\*



\*Nota: Los porcentajes comprenden medicamentos para colesterol alto, hipertensión, enfermedades coronarias o cerebrovasculares, bronquitis, osteoporosis, asma, diabetes, antiinflamatorios, analgésicos, para el sueño, ansiedad o depresión.

Fuente: SHARE, 05

**Gráfico 33.** Porcentaje de población de 50 o más años que toma medicamentos por sexo y grupo de edad. España, 2013\*

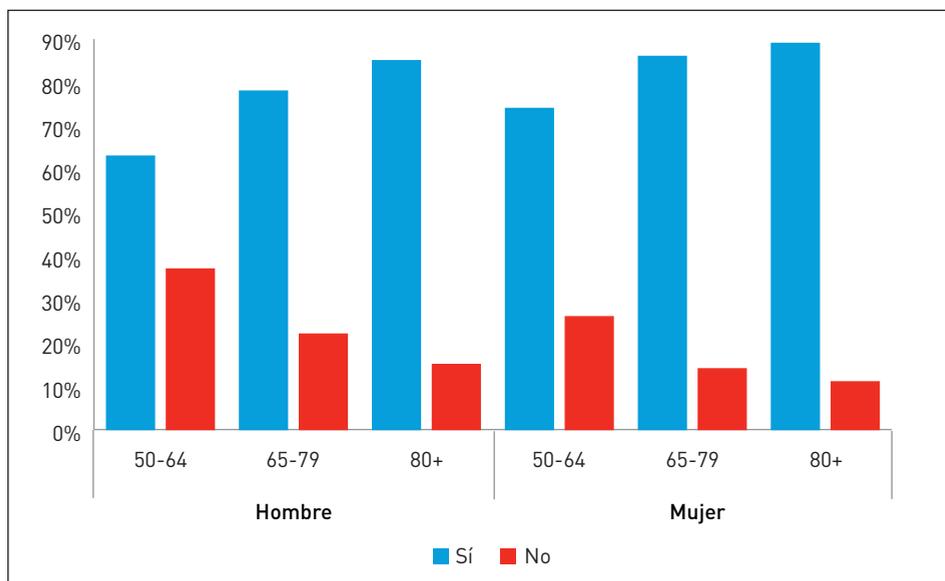


\*Nota: Los porcentajes comprenden medicamentos para colesterol alto, hipertensión, enfermedades coronarias o cerebrovasculares, bronquitis, osteoporosis, asma, diabetes, antiinflamatorios, analgésicos, para el sueño, ansiedad o depresión.

Fuente: SHARE, 05

Según los datos de la ENSE, más de tres cuartas partes de la población de 50 o más años en España consumen algún tipo de medicamento (Gráfico 34), siendo superior en la población femenina (81,5%) que en la masculina (71,3%), lo cual respalda los resultados ofrecidos por SHARE. A su vez, los datos analizados por edad también confirman lo mostrado por SHARE. El consumo de medicamentos aumenta a la vez que se van cumpliendo años, en el caso de los hombres con un incremento de 22 puntos porcentuales desde el menor grupo de edad (50-64) al mayor (80 o más años), y de 15,5 puntos porcentuales en la población femenina. Así, a pesar de que el incremento de este consumo es mayor entre hombres que mujeres, en todos los grupos de edad son las mujeres las que consumen medicamentos en mayor proporción.

**Gráfico 34.** Proporción de población de 50 o más años según consumo de medicamentos durante las dos últimas semanas por sexo y grupo de edad. España, 2011-12



Fuente: ENSE, 2011-12

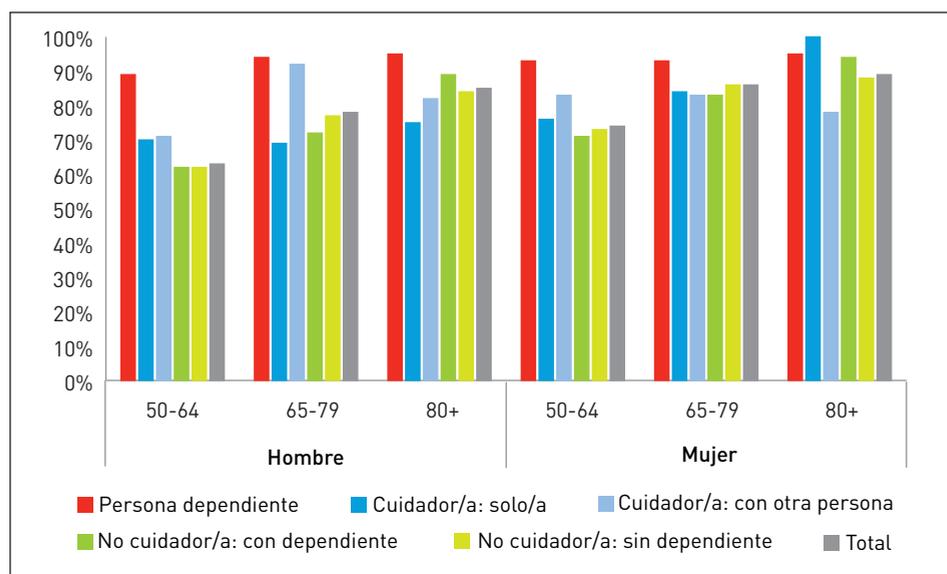
Los datos en función del rol en los flujos de cuidados muestran que más del 90% de las personas dependientes de 50 o más años en España ingieren algún tipo de medicamento, sin grandes diferencias por razón de edad (Gráfico 35).

En general, las personas de 50 o más años que tienen algún dependiente a su cargo consumen medicamentos en mayor proporción que las que no son cuidadoras, aunque se aprecian diferencias por sexo y grupo de edad. Entre las personas de 50-64 años, donde el consumo de medicamentos es menor, esta diferencia es muy clara tanto en hombres como en mujeres. Conforme se incrementa la edad y el consumo de medicamentos, la diferencia entre cuidadores y no cuidadores no es tan visible.

En el grupo de edad de 65-79 años las mujeres presentan un porcentaje similar entre las cuidadoras y no cuidadoras, y en los hombres destacan los cuidadores con apoyo. En el último grupo de edad (80 o más años) son los cuidadores hombres los que menos medicamentos toman; por el contrario, entre las mujeres destacan las cuidadoras sin ayuda.

Por tanto, se puede concluir que el cuidar de un dependiente conduce a consumir, en mayor proporción, algún tipo de medicamento, aunque en las edades más avanzadas (65 o más años) es un tanto difuso ya que el consumo de dichos medicamentos aumenta para toda la población en paralelo al envejecimiento biológico.

**Gráfico 35.** Porcentaje de población de 50 o más años que han consumido medicamentos en las dos últimas semanas por tipología del cuidador, sexo y grupo de edad. España, 2011-12



Fuente: ENSE, 2011-12

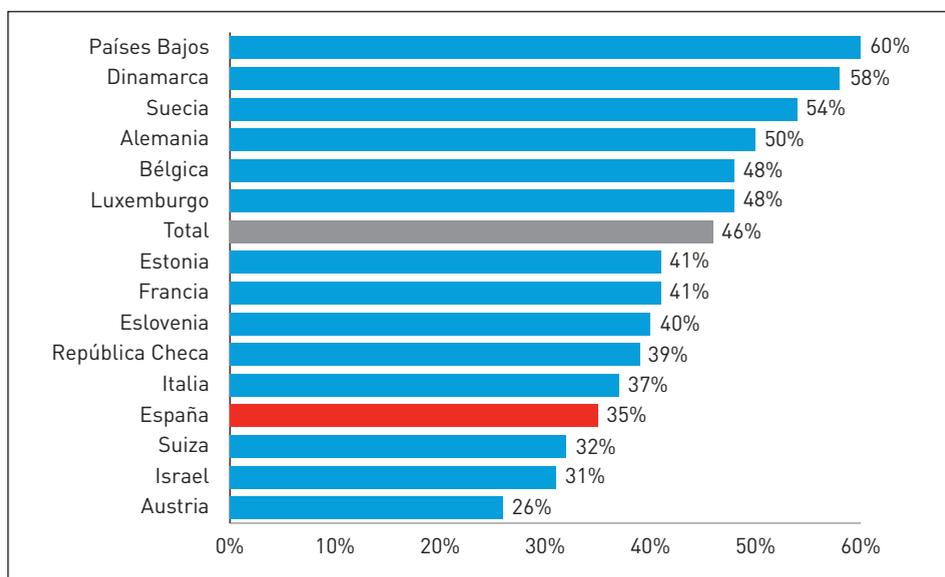
### 3.3.3. Factores relacionados con hábitos de vida

#### 3.3.3.1. Tabaquismo

Los hábitos mantenidos durante toda la vida o gran parte de esta: la dieta, la frecuencia del ejercicio físico, el descanso, etcétera, tienen una importante repercusión sobre el estado de salud que las personas manifiestan en la vejez. Uno de los hábitos más estudiados en relación a las consecuencias que produce en la salud, por ser un determinante clave de riesgo cardiovascular y respiratorio, incluso letal, es el tabaquismo.

Como muestra el Gráfico 36, un 46,3% de la población europea de 50 o más años ha fumado diariamente durante alguna época de su vida, existiendo una importante diferencia entre territorios. Los países del norte y oeste del continente; Países Bajos y Dinamarca, en torno al 60%; y Suecia o Alemania, con más del 50%, son los territorios con mayor porcentaje de población mayor que admite haber tenido este hábito. Entre los que menor porcentaje de población mayor de 50 años que ha sido fumadora destaca Austria con un 26,3%. España se encuentra entre los países con menor proporción global de mayores que han sido fumadores, en torno al 35,0%.

**Gráfico 36.** Porcentaje de población de 50 o más años que ha fumado diariamente alguna vez por país. Países europeos, 2013

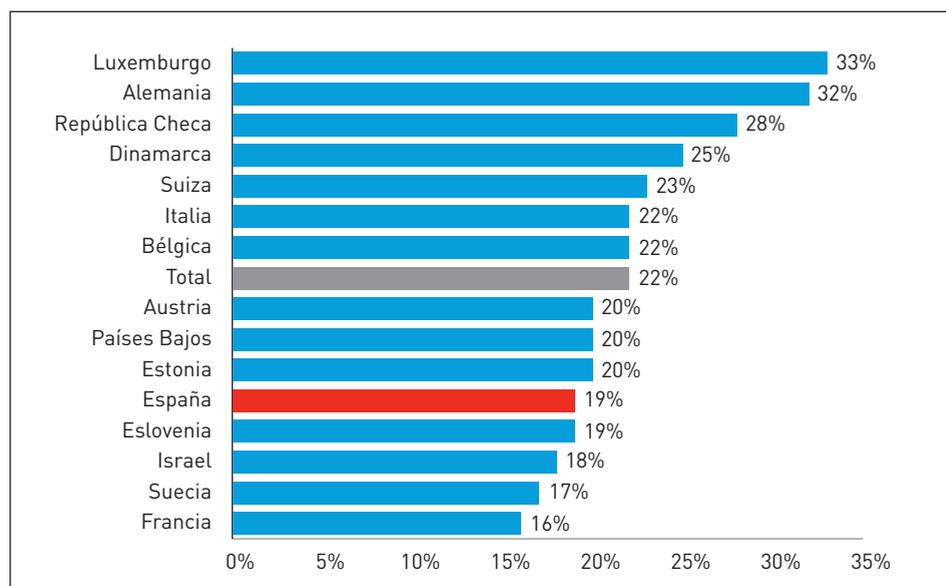


Fuente: SHARE, 05

Si nos fijamos en los porcentajes de población europea mayor de 50 años que aún mantiene ese hábito, los porcentajes reducen su magnitud —aunque mantienen cifras bastante elevadas—, así como una destacada diferencia entre países (Gráfico 37). De media, un 21,7% de europeos continúa fumando pasados los 50 años. Los países donde hay una mayor proporción de fumadores son Luxemburgo y Alemania, ambos con más del 30%. En el extremo opuesto está Francia con el menor porcentaje; un 16,1%. España se sitúa también por debajo de la media, en este caso con un 19,2%.

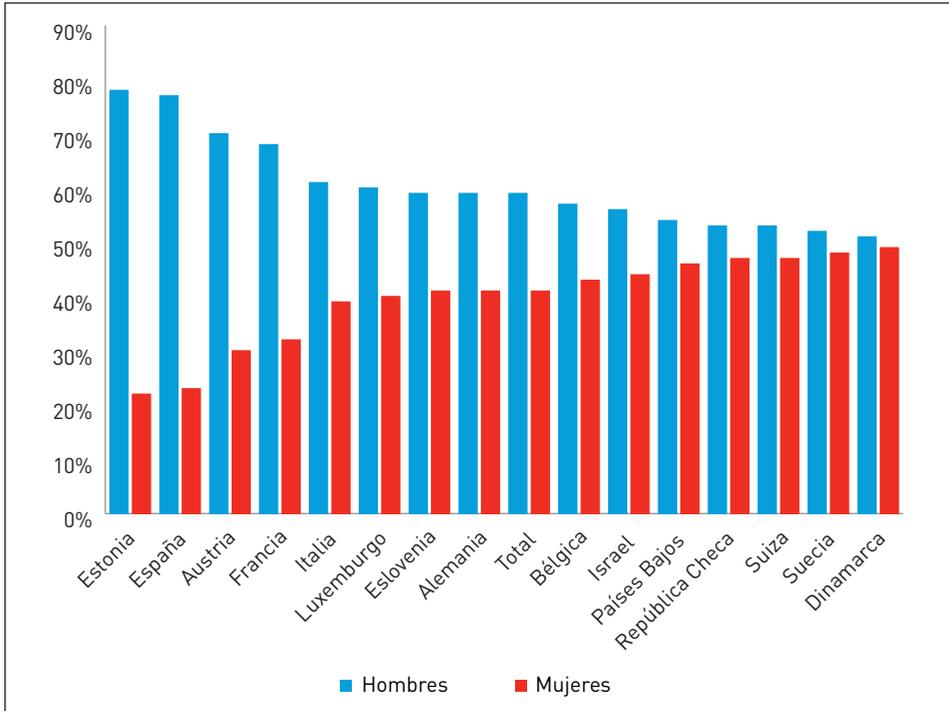
El tabaquismo es un hábito estrechamente relacionado con los roles de género en edades avanzadas, hecho que se refleja en los datos analizados en función del género (Gráfico 38). De la población europea de 50 o más años, el 58,5% de los varones y el 41,5% de las mujeres han fumado diariamente en algún momento de su vida. En líneas generales, los varones han sido fumadores en mucha mayor medida que las mujeres. Aun así, las diferencias entre géneros varían en función del país, siendo los países del sur y el este de Europa donde la proporción de varones que han sido fumadores supera al de mujeres, y siendo los países del norte del continente, Dinamarca y Suecia, donde la brecha de género se reduce hasta casi igualarse. Los distintos sistemas culturales, de socialización e incluso de modernización, ligados al momento socio-histórico en el que cada generación vive su juventud —momento en que por lo general los individuos se inician en el hábito tabáquico—, están detrás de estas diferencias.

**Gráfico 37.** Porcentaje de población de 50 o más años que fuma diariamente en la actualidad por país. Países europeos, 2013



Fuente: SHARE, O5

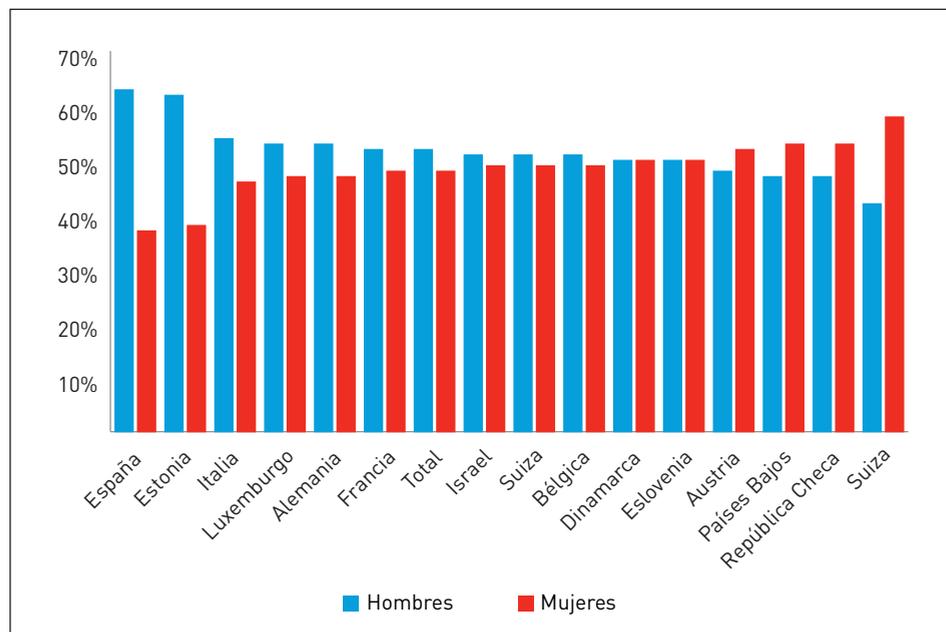
**Gráfico 38.** Porcentaje de población de 50 o más años que ha fumado diariamente alguna vez por país y sexo. Países europeos, 2013



Fuente: SHARE, 05

En lo que respecta a la población que es fumadora en la actualidad, también existen diferentes patrones de distribución por sexos entre países (Gráfico 39). En los países del Sur de Europa, y en España más que en ningún otro país de los analizados, aún se aprecia la prevalencia de los varones como fumadores. Mientras que solo el 22% de las personas fumadoras de más de 50 años son mujeres, el restante 78% son varones. La relación inversa entre géneros se puede observar en Suiza, República Checa, Países Bajos y Austria, donde son las mujeres las que fuman en mayor proporción al ser comparadas con los varones.

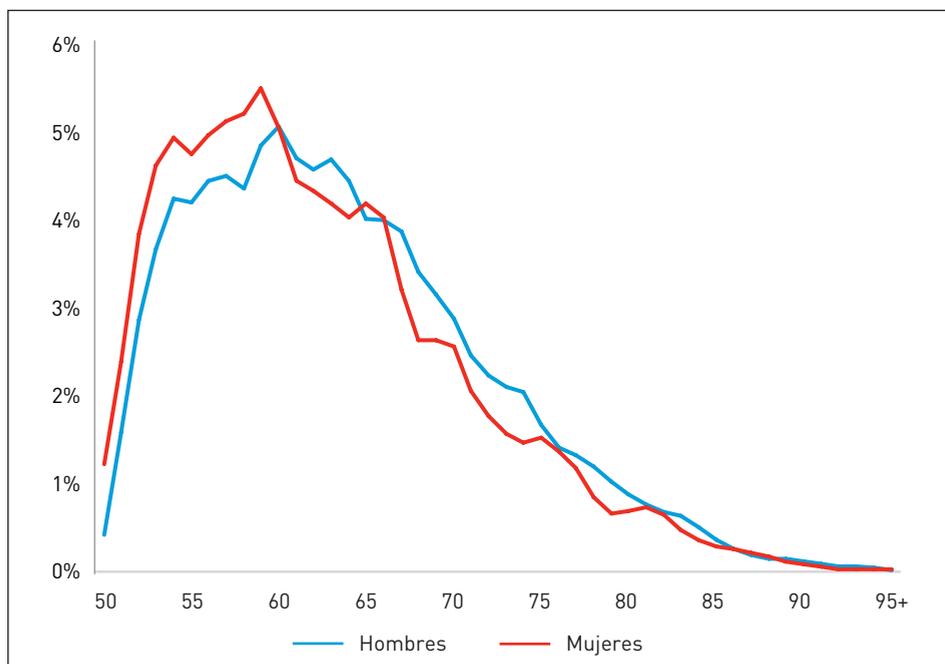
**Gráfico 39.** Porcentaje de población de 50 o más años que fuma diariamente en la actualidad por país y sexo. Países europeos, 2013



Fuente: SHARE, 05

El Gráfico 40 muestra que el porcentaje de mujeres fumadoras prevalecen en las edades más jóvenes, entre los 50 y los 60 años, mientras que los porcentajes de varones fumadores son más elevados en las edades más avanzadas, es decir; a partir de los 60 años, sin diferencias muy acusadas. Una tendencia compartida por ambos géneros se relaciona con la edad: a medida que la edad de los individuos avanza, el porcentaje de personas que fuman en la actualidad decae progresivamente, hasta situarse a niveles muy bajos, por debajo del 5% a partir de los 85 años.

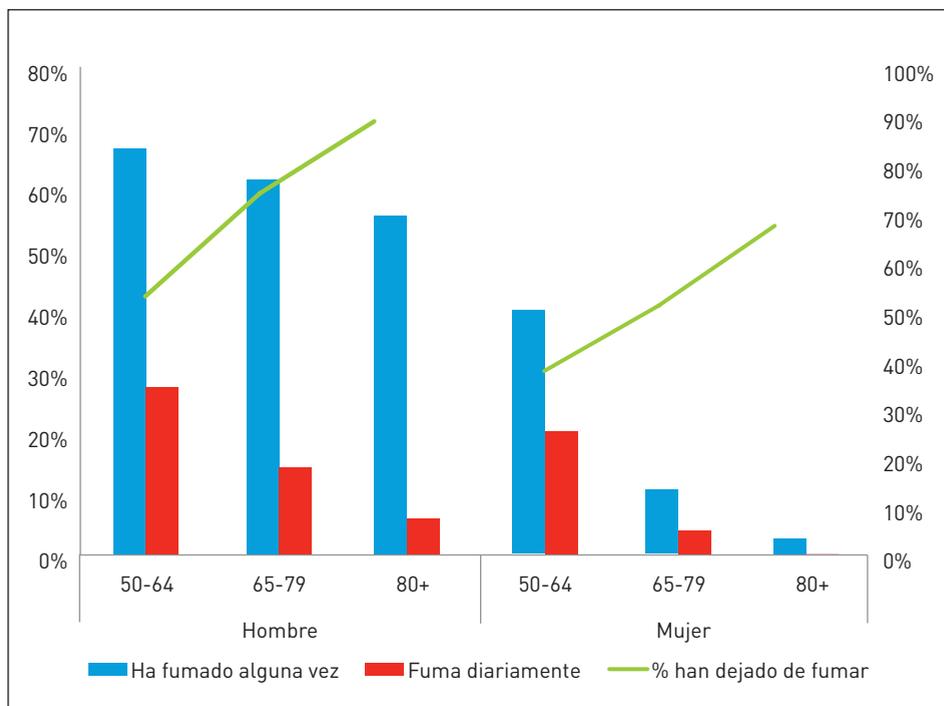
**Gráfico 40.** Porcentaje de población de 50 o más años que fuma diariamente en la actualidad, por edades simples. Países europeos agregados, 2013



Fuente: SHARE, 05

Las mismas tendencias observadas en la ENSE se confirman en la SHARE con los datos para España. Primero, los varones fuman más que las mujeres a edades avanzadas; el 20,8% de los hombres y el 9,3% de las mujeres mayores de 65 años fuma en la actualidad. Segundo, a mayor edad disminuye el consumo de tabaco. A modo de ejemplo, el 54,3% de los varones de 50-64 años han abandonado este hábito, cifra que asciende hasta el 90% en 80 o más años. Y tercero, se observa un cambio en la tendencia en el género femenino respecto a los varones y a generaciones anteriores y que protagonizan las mujeres de 50-64 años con mayor porcentaje de tabaquismo que en 65 o más años (Gráfico 41).

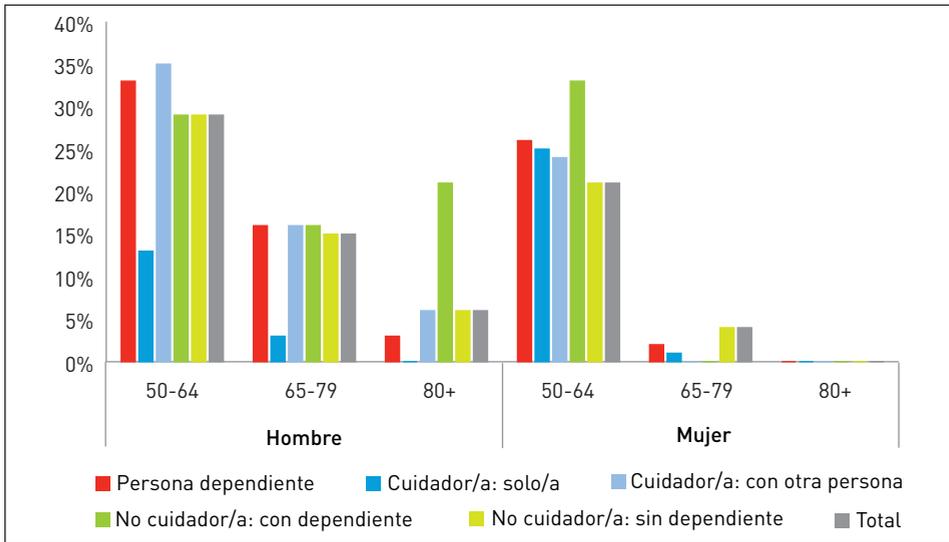
**Gráfico 41.** Proporción de población de 50 o más años que han fumado alguna vez y fumadoras diariamente y porcentaje de población que han dejado de fumar por sexo y grupo de edad. España, 2011-12



Fuente: ENSE, 2011-12

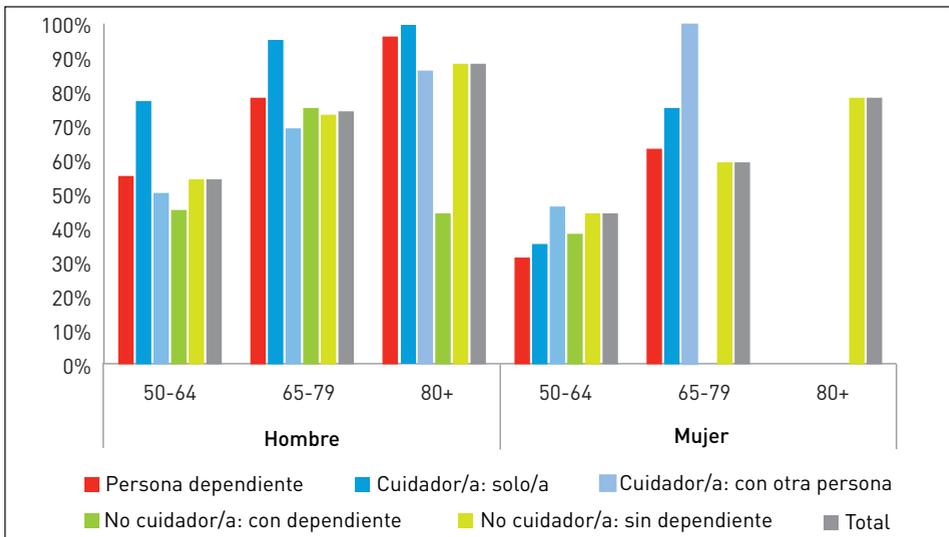
Fijándonos en la tipología del cuidador, los hombres que desempeñan el rol de cuidadores solos son los que menos fuman a diario ya que en mayor proporción han dejado de fumar, seguidos de las personas dependientes y sobre todo en edades avanzadas (Gráfico 42 y 43). Por el contrario, los que más fuman diariamente son los cuidadores con apoyo entre los 50-79 años y los no cuidadores con dependiente en el hogar a partir de los 80 años.

**Gráfico 42.** Proporción de población de 50 o más años de personas fumadoras diariamente por tipología del cuidador, sexo y grupo de edad. España, 2011-12



Fuente: ENSE, 2011-12

**Gráfico 43.** Proporción entre población alguna vez fumadora y han dejado de fumar por tipología del cuidador, sexo y grupo de edad. Personas de 50 o más años. España, 2011-12



Fuente: ENSE, 2011-12

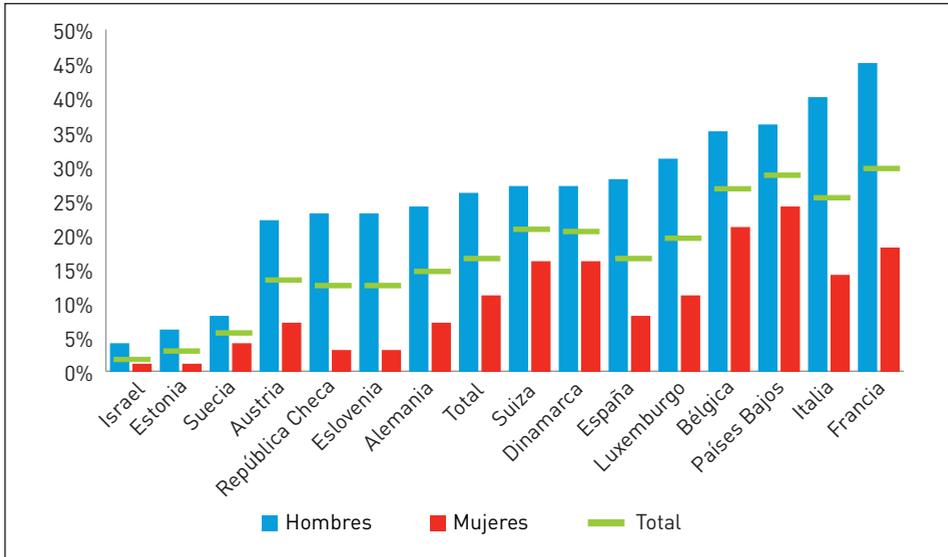
En las mujeres de 50-64 años, con los mayores porcentajes de fumadoras, presentan este hábito diario en mayor medida las no cuidadoras que conviven con una persona dependiente, seguidas de las mujeres dependientes. Los menores porcentajes se concentran en las mujeres no cuidadoras sin dependiente en el hogar (Gráfico 42 y 43). A partir de los 65 años son pocas las fumadoras, por lo que estadísticamente no es significativo analizar según la tipología del rol de cuidadoras.

### 3.3.3.2. Consumo de alcohol

El consumo de alcohol es un hábito considerablemente extendido entre la población occidental, con una amplia aceptación social y cultural, como así lo demuestra el hecho de que ésta sea la droga legal más consumida. Por ejemplo, según la *Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España* (EDADES) 2011-12, el 76% de la población española admite haber ingerido alcohol en los últimos 12 meses, mientras que la segunda más consumida, el tabaco, se sitúa en el 40%. En el caso de la población adulta, en comparación con los jóvenes, el consumo de alcohol se caracteriza por ser regular, vinculado a la gastronomía y a ciertos eventos sociales, realizándose buena parte de su consumo en el propio hogar (Pardo, 2002). Si bien es cierto que desde la década de 1980 existe una mayor sensibilización sobre las consecuencias del abuso de bebidas alcohólicas, lo cual ha contribuido al descenso de su consumo, también se han observado factores que lo han incrementado entre la población adulta como el aumento por parte de las mujeres o la “fidelización” de muchos consumidores que han pasado de tomarlo ocasionalmente a hacerlo de manera habitual.

El consumo de alcohol en la población adulta se considera un factor de riesgo para la salud en dos sentidos; el primero es que contribuye a la aparición de patologías derivadas de un consumo abusivo prolongado y su dependencia; cirrosis, demencia, etc. El segundo se refiere a la comorbilidad, la ingesta de alcohol a edades avanzadas contribuye al empeoramiento de otras enfermedades pudiendo derivar en ciertos tipos de cánceres como el de hígado, estómago o páncreas (Jurado et al., 2015), provocar trastornos en el sistema inmunológico o accidentes cardiovasculares. A esto hay que sumar que el alcohol está detrás de muchas dolencias de origen externo, como los accidentes de tráfico o lesiones por caídas.

**Gráfico 44.** Porcentaje de población de 50 o más años que consume alcohol diariamente (últimos 6 meses). Países europeos, 2013



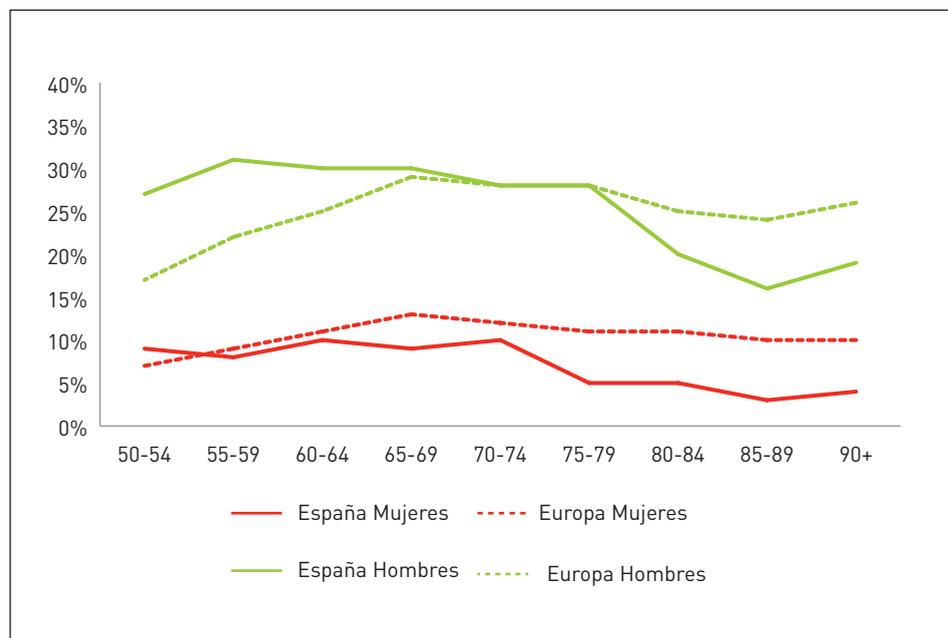
Fuente: SHARE, 05

Según los datos de SHARE, un 17,1% de la población europea de 50 o más años admite que ha consumido alcohol diariamente durante los últimos 6 meses (Gráfico 44). Mientras que Israel (2%), Estonia, (2,8%) y Suecia (5,8%) son los países con un menor consumo diario, Francia (29,7%) y Países Bajos (29,2%) son los territorios con mayor porcentaje de población que admite haber tomado alcohol cada día. En el caso de España, ese porcentaje estaría situado justo en la media europea, con un 17,1%.

Como muestra el Gráfico 44, se ha experimentado un incremento del consumo de bebidas alcohólicas a diario entre las mujeres más adultas, lo que hace que en edades mayores sigan observándose porcentajes mayores de ingesta en los varones. En países como Francia o Italia, 26 puntos porcentuales más de varones que de mujeres presentan este hábito. En España, los varones ingieren bebidas alcohólicas a diario con una diferencia de 20 puntos porcentuales respecto a las mujeres. Por el contrario, en Estonia y Suecia la diferencia entre géneros está por debajo de 5 puntos porcentuales. Precisamente en aquellos países donde menos alcohol se consume diariamente, es donde la diferencia entre sexos es más reducida.

Al comparar los datos de consumo de alcohol por edad y sexo entre España y la media de países europeos, vemos patrones de distribución diferentes (Gráfico 45). El patrón por edad mostrado por la población masculina en España evidencia porcentajes por encima del 30% en las edades más jóvenes, entre los 55 y los 69 años, que luego descienden progresivamente a partir de esa edad. En el grupo de edad 70-74 años, el porcentaje de varones que toman bebidas alcohólicas a diario se sitúa en el 27% descendiendo al 16% en el grupo de edad 85-89 años. Se da un ligero repunte en el grupo de edades más avanzadas, 90 o más años, donde asciende de nuevo al 18%, pero que no debe descartarse como un artefacto estadístico debido al bajo número de bebedores en esa población. El patrón europeo por edad en los varones, sin embargo, muestra porcentajes muy inferiores en las edades más jóvenes; casi diez puntos porcentuales menos. Por el contrario, es a partir de los 80 años cuando el porcentaje de españoles que consume alcohol a diario desciende más significativamente, la media europea se mantiene más o menos estable, entre un 25% y un 27%.

**Gráfico 45.** Porcentaje de población de 50 o más años que consume alcohol diariamente (últimos 6 meses) por sexo y grupo de edad. Países europeos agregados y España, 2013

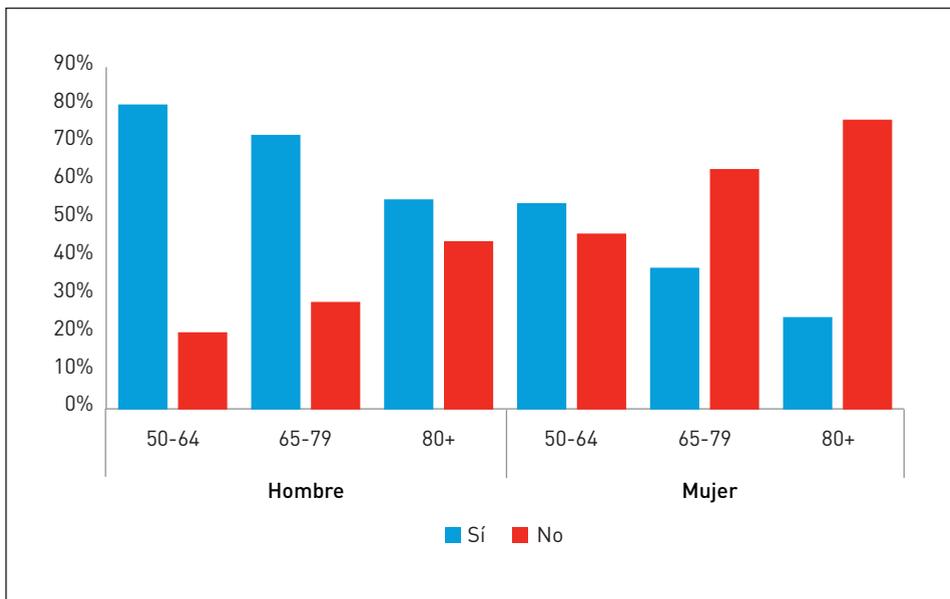


Fuente: SHARE, 05

El patrón de consumo diario de alcohol por edad de la población femenina en España se asemeja bastante al de las europeas en los grupos de edad de los 50 a los 64 años, manteniéndose alrededor del 10%. A partir de los 65 años, el porcentaje de mujeres con ese hábito desciende progresivamente en el caso de las españolas, hasta situarse en el 4% en el grupo de 90 o más años. Sin embargo, entre las europeas, el porcentaje de mujeres que consumen diariamente alguna bebida alcohólica aumenta y se estabiliza en los 90 o más años entre el 10%-11%.

Los datos de la ENSE muestran como el comportamiento en cuanto al género y edad en el consumo de alcohol en España, similares al tabaquismo, apuntan en la misma línea que los resultados obtenidos mediante SHARE: los hombres, en todas las edades, consumen más alcohol diariamente que las mujeres; ingesta que disminuye a medida que se incrementa la edad (Gráfico 46), sobretodo en quienes ingieren todos los días y de 1 a 2 veces por semana (Gráfico 47). Además, en las mujeres se observa un cambio de patrón generacional, las de 50-64 años beben más alcohol que las de edad más avanzada.

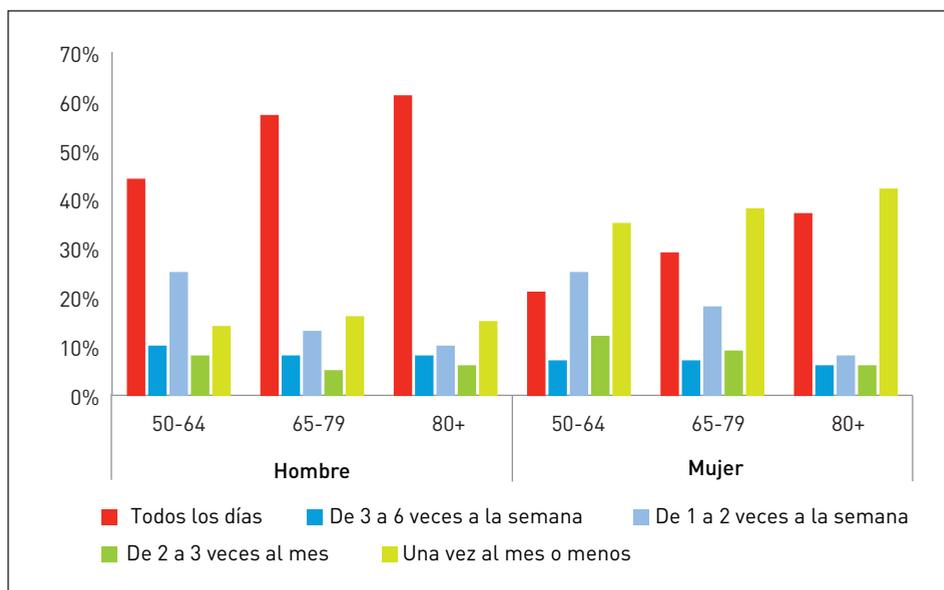
**Gráfico 46.** Proporción de población de 50 o más años según hayan o no consumido alcohol o no en los últimos 12 meses por sexo y grupo de edad. España, 2011-12



Fuente: ENSE, 2011-12

Fijándonos en la tipología de situaciones respecto al cuidado, los hombres dependientes de 50-79 años beben menos alcohol que el resto (Gráfico 48). Entre los hombres de edad más joven, de 50-64 años, consumen menos alcohol los que tienen un dependiente a su cuidado comparados con aquellos que no lo tienen. En los siguientes grupos de edad, este comportamiento cambia: entre los varones de 65-79 años, el consumo de alcohol es mayor en los cuidadores que asumen esta tarea en solitario. Entre los de 80 o más años, el consumo es más elevado entre las personas dependientes, los cuidadores con apoyo y los no cuidadores conviviendo con un dependiente.

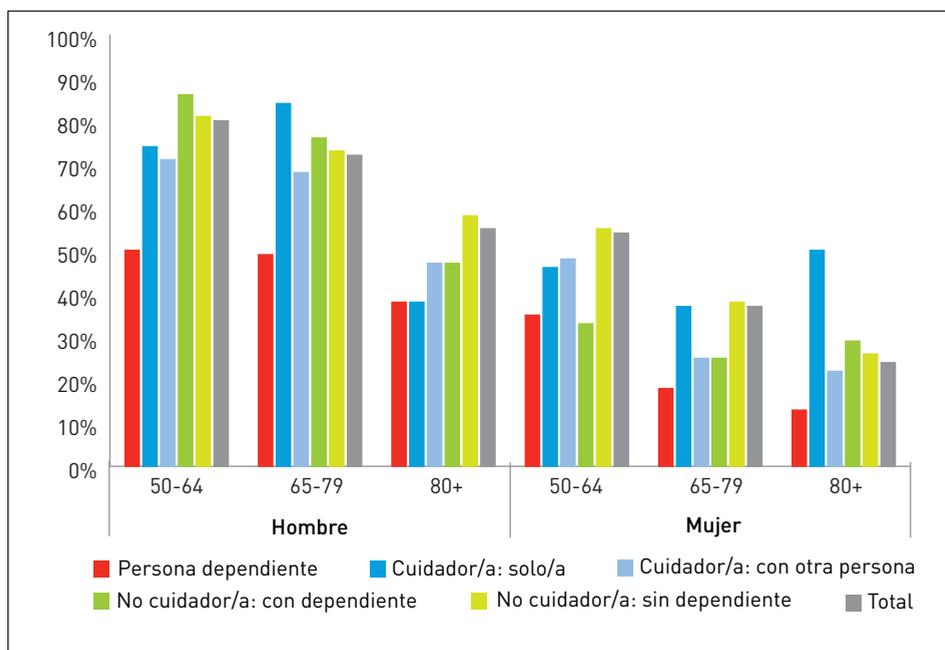
**Gráfico 47.** Proporción de población de 50 o más años según frecuencia en el consumo de alcohol en los últimos 12 meses por sexo y grupo de edad. España, 2011-12



Fuente: ENSE, 2011-12

Centrándonos en las mujeres, se observan diferencias en los dos primeros grupos de edad (50-79 años); la población femenina dependiente es la que muestra un menor consumo de alcohol, siendo las cuidadoras sin apoyo y las no cuidadoras sin dependiente en el hogar, las que más alcohol ingieren. A partir de los 80 años se produce un cambio, las no cuidadoras que conviven con una persona dependiente son las que más bebidas alcohólicas consumen, seguidas de las dependientes.

**Gráfico 48.** Proporción de población de 50 o más años que han consumido alcohol en los últimos doce meses por tipología del cuidador, sexo y grupo de edad. España, 2011-12



Fuente: ENSE, 2011-12

### 3.3.3.3. Práctica de actividad física o deportiva

Otro de los hábitos que influyen en el estado de salud, esta vez en positivo, es la realización de ejercicio físico. En líneas generales, la población europea de 50 o más años realiza actividades físicas habitualmente de manera generalizada, puesto que un 81,6% de los entrevistados declararon que practicaban algún tipo de ejercicio físico de manera semanal (Tabla 11). Por el contrario, el 12,9% de los europeos mayores de 50 años, manifiesta que nunca realiza ningún tipo de actividad. Los países del norte de Europa, como Suecia y Dinamarca, son los que mayores porcentajes presentan, con un 90% de mayores que realizan deporte semanalmente y solo un 6%-7% que nunca lo realiza. España se encuentra en el extremo opuesto, con un 76,5% de población que realiza deporte semanalmente, siendo, además, uno de los países europeos donde el porcentaje de población que nunca realiza actividad física es menor, con un 18,2%.

**Tabla 11.** Porcentaje de población 50 o más años que realiza algún tipo de actividad física. Países europeos, 2013

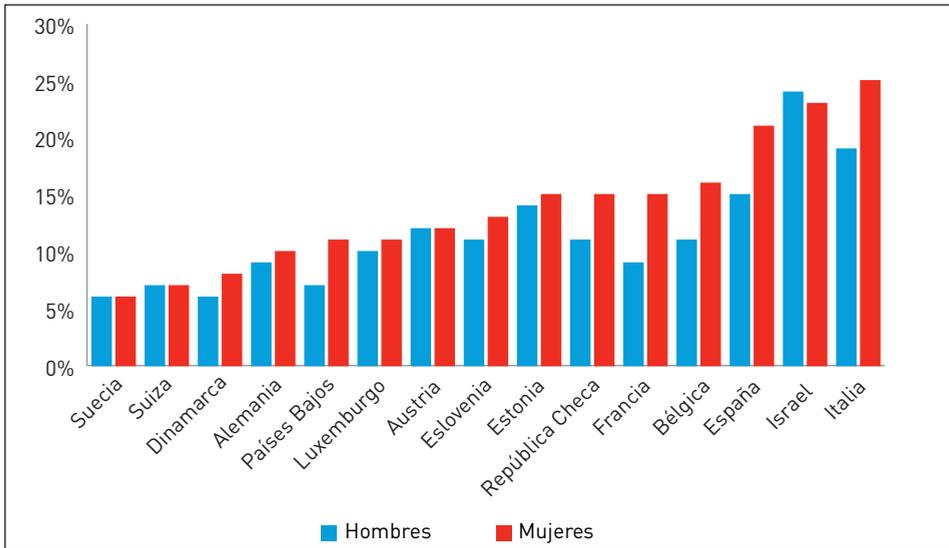
	Semanal	Mensual	Nunca
Suecia	90,2	3,8	6,0
Dinamarca	89,9	2,9	7,1
Suiza	87,5	5,3	7,1
Países Bajos	87,7	3,2	9,1
Alemania	85,9	4,6	9,5
Luxemburgo	83,6	5,9	10,5
Austria	83,9	4,3	11,8
Eslovenia	83,8	3,9	12,3
Francia	81,0	6,4	12,6
Bélgica	78,1	8,6	13,4
Estonia	79,9	6,3	13,8
República Checa	79,8	5,9	14,3
España	76,5	5,3	18,2
Israel	67,8	9,9	22,3
Italia	73,4	2,9	23,7
<b>Total</b>	<b>81,6</b>	<b>5,5</b>	<b>12,9</b>

Fuente: SHARE, 05

Las mujeres son las que menos actividad física realizan, especialmente en los países del sur de Europa, como Italia, donde los varones que no realizan actividad física suponen el 18,6% y las mujeres el 25,5%, y España, donde los porcentajes respectivos son del 15,2% y el 20,9%. En ambos casos, la diferencia entre géneros alcanza los 6 puntos porcentuales (Gráfico 49). En los países donde la población de 50 o más años más actividad física práctica, como Suecia, la diferencia de género entre hombres y mujeres mayores inactivos son apenas apreciables.

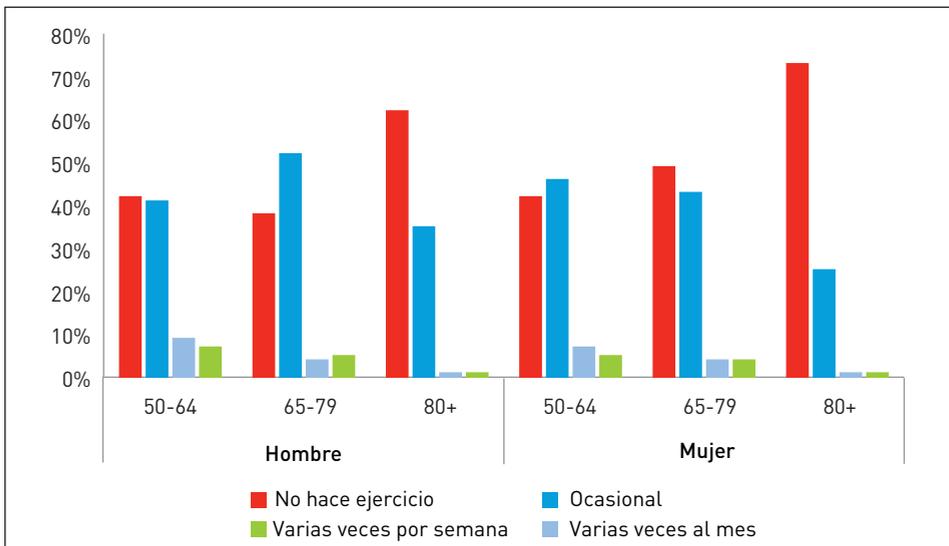
El análisis de los datos españoles realizado con la ENSE, corrobora los dos resultados principales obtenidos con SHARE; por un lado, confirma que la actividad física de los mayores en nuestro país disminuye con la edad, o dicho de otra forma, que el sedentarismo se incrementa. Por el otro, que las mujeres son más sedentarias que los hombres independientemente de la edad (Gráfico 50). Así, las personas de 50-79 años tienen una inactividad física más baja que las de 80 o más años, siendo similar en ambos géneros.

**Gráfico 49.** Población de 50 o más años que no realiza ninguna actividad física por país y sexo. Países europeos, 2013



Fuente: SHARE, 05

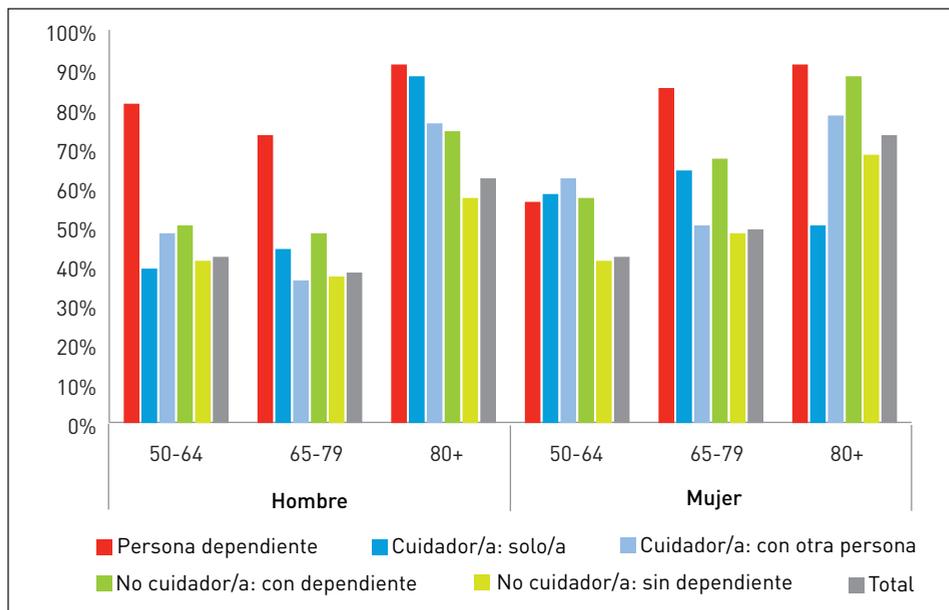
**Gráfico 50.** Proporción de población de 50 o más años según su actividad física por sexo y grupo de edad. España, 2011-12



Fuente: ENSE, 2011-12

Como es esperable, las personas con algún tipo de discapacidad son las que menos actividad física realizan debido, en su mayoría, a los impedimentos y limitaciones que su estado de salud impone para la movilidad (Gráfico 51). En general, tanto para hombres como para mujeres y en todos los grupos de edad, los más activos físicamente son las personas que no tienen ninguna persona dependiente a su cargo, seguidos de las personas que son cuidadoras con apoyo, lo cual esté probablemente relacionado tanto con sus condiciones físicas como con la disponibilidad de tiempo para realizar tales actividades.

**Gráfico 51.** Proporción de población de 50 o más años que no hacen ningún tipo de actividad física por tipología del cuidador, sexo y grupo de edad. España, 2011-12



Fuente: ENSE, 2011-12

### 3.3.4. Indicadores sintéticos

Los indicadores sintéticos son medidas que permiten sintetizar y combinar información y que facilitan la interpretación de fenómenos o situaciones en las que intervienen diversos factores. En este caso, se han utilizado indicadores objetivos de las condiciones de salud, como el Índice de Masa Corporal, y subjetivos como es el caso del Índice de

Salud Mental y del Índice de Apoyo Social, los cuales se elaboran en base a la percepción de las personas encuestadas.

#### **3.3.4.1. Índice de masa corporal**

La obesidad es considerada un síndrome crónico en cuya manifestación intervienen diversos factores genéticos, conductuales y ambientales. Consiste en el aumento de los depósitos de tejido adiposo que desencadena un aumento del peso corporal. La obesidad es un factor que influye negativamente en la calidad de vida de las personas, así como un importante factor de riesgo en el deterioro de las condiciones de salud dada su relación con el aumento de la morbilidad; cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, diabetes, estando además relacionado incluso con la aparición de algunos tipos de cáncer. A su vez, la obesidad y el sobrepeso influyen negativamente en el bienestar y la calidad de vida de las personas, limitando su movilidad y agilidad, impidiendo una normal realización de actividades cotidianas como la higiene personal, tareas domésticas o la socialización, lo cual puede conducir a situaciones de dependencia sin necesidad de la aparición de una enfermedad.

Considerada como “la epidemia del siglo XXI”, el porcentaje de población adulta que presenta sobrepeso u obesidad no ha dejado de crecer en Europa desde la década de 1980, incluso en aquellos países que presentaban bajas tasas de población con exceso de peso (Branca et al., 2007). En el caso concreto de España, el aumento de población con sobrepeso, principalmente en los grupos de población infantil y juvenil pero también en los mayores, ha convertido esta cuestión en un problema de salud pública.

Observando los resultados del Índice de Masa Corporal (IMC) para una selección de países europeos, vemos como el porcentaje de población mayor de 50 años con sobrepeso u obesidad supera el 50% en todos los territorios analizados (Tabla 12), oscilando entre el 53,0% de Suiza, país con el menor porcentaje de población mayor con exceso de peso, y la prevalencia del 73,8% mostrada por República Checa. Estos datos concuerdan con los informes elaborados por la OMS, donde advierten de que, a pesar de que la obesidad es un problema común a todos los países europeos, la magnitud de su prevalencia varía considerablemente entre regiones (Branca et al., 2007). También cabe resaltar que el porcentaje de población de 50 o más años con sobrepeso es siempre mayor que el de población con obesidad.

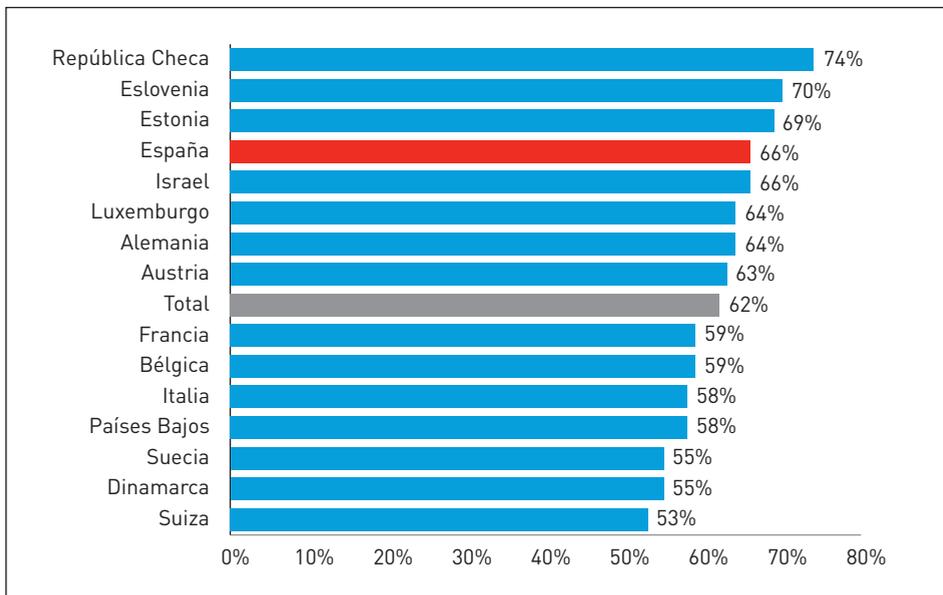
**Tabla 12.** Prevalencia de pesos en la población de 50 o más años según el Índice de Masa Corporal. Países europeos, 2013 (%)

	Por debajo	Normal	Sobrepeso	Obesidad
República Checa	0,8	26,2	44,6	29,1
Eslovenia	0,9	29,9	45,5	24,6
Estonia	1,1	30,6	39,6	29,8
<b>España</b>	<b>0,9</b>	<b>33,9</b>	<b>46,0</b>	<b>20,1</b>
Israel	1,1	34,4	44,0	21,5
Luxemburgo	1,9	35,7	38,6	25,7
Alemania	1,0	36,1	41,0	22,9
Austria	1,6	37,3	41,7	21,0
Francia	2,1	40,8	39,0	20,2
Bélgica	1,8	40,8	39,3	19,8
Italia	1,4	42,0	42,2	15,8
Países Bajos	0,8	42,1	41,1	16,8
Suecia	1,1	44,5	40,0	15,5
Dinamarca	2,1	44,7	39,2	16,1
Suiza	2,2	47,0	37,3	15,7
<b>Total</b>	<b>1,4</b>	<b>38,4</b>	<b>40,0</b>	<b>21,6</b>

Fuente: SHARE W5

Como muestra el Gráfico 52, España, con un 66,1%, es el país con mayor porcentaje de población mayor de 50 años con exceso de peso (sobrepeso y obesidad) después de los Países del Este que participan en la encuesta (República Checa, Eslovenia y Estonia). No obstante, la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en este colectivo se mantiene cercana a la media europea situada en un 61,6%.

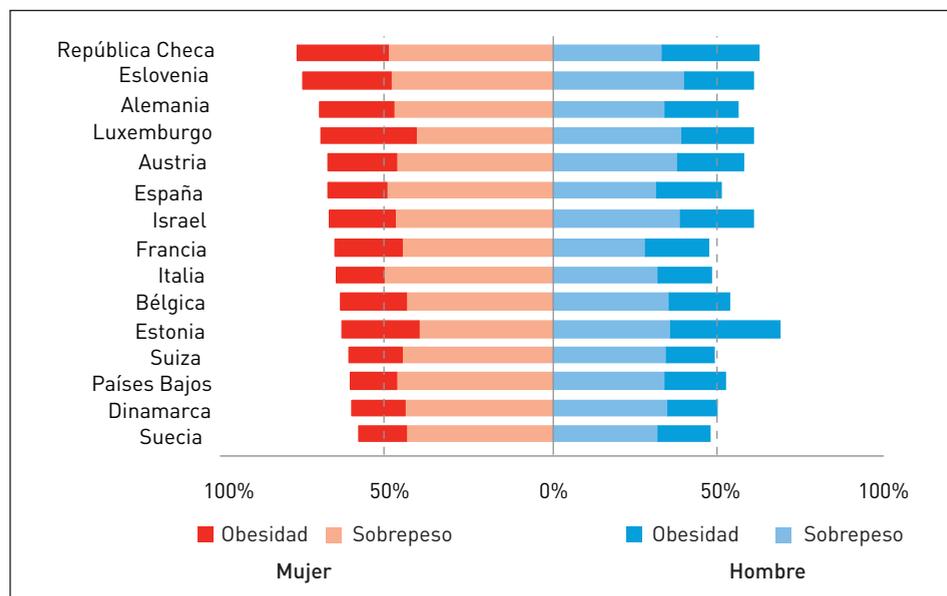
**Gráfico 52.** Porcentaje de población de 50 o más años con sobrepeso y obesidad (Índice de Masa Corporal). Países europeos, 2013



Fuente: SHARE, 05

Desagregando estos datos por género, observamos como la prevalencia del exceso de peso entre la población europea varía dependiendo de la magnitud del IMC (Gráfico 53). Por un lado, el porcentaje de varones con sobrepeso es superior al de las mujeres en todos los países europeos. En el caso concreto de España, los varones presentan 15 puntos porcentuales más de sobrepeso que las mujeres. Por otro lado, no se advierte un patrón claro y común a todos los países en la prevalencia de obesidad, aunque sí que se observa una reducción notable de la distancia de los porcentajes mostrados por la población masculina y femenina. En España, por ejemplo, las mujeres mayores de 50 años muestran un porcentaje de obesidad ligeramente mayor al de los varones; el 19,2% frente al 17,7%. Este también es el caso de Italia, Países Bajos o Suecia. Por el contrario, en países como Austria, Francia o Bélgica, los varones presentan dos puntos porcentuales más de obesidad que las mujeres. Esto quiere decir que la distribución de la obesidad entre la población de 50 o más años en Europa es más homogénea en relación al género.

**Gráfico 53.** Porcentaje de población de 50 o más años con sobrepeso y obesidad por sexo (Índice de Masa Corporal). Países europeos, 2013



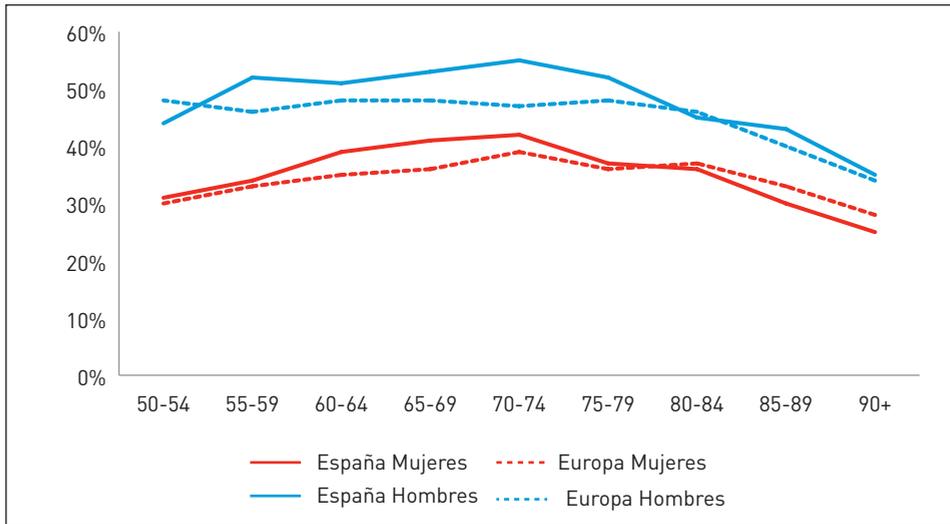
Fuente: SHARE, 05

La edad es otra de las características en base a las cuales la prevalencia de sobrepeso y obesidad de la población varía. Sin embargo, como han apuntado algunas investigaciones previas (Ortiz-Moncada et al., 2011), es necesario analizar este factor en relación con el género, ya que el patrón de distribución de la prevalencia de sobrepeso y obesidad por edad no es el mismo para hombres y para mujeres.

En primer lugar, los resultados contenidos en el Gráfico 54 permiten afirmar que la tendencia del patrón por edad de la población con exceso de peso en España y el mostrado en los países europeos sigue la misma tendencia. En todas las edades a partir de los 50 años, la población masculina tiene un mayor porcentaje de individuos con sobrepeso que la femenina. En segundo lugar, también se observa que tanto en Europa como en España, la población femenina y masculina con mayor índice de sobrepeso se concentra entre los 60 y los 74 años, para descender progresivamente a partir de la edad de 75 años y alcanzar sus mínimos a partir de la edad 90. En cuanto a la magnitud de los porcentajes por grupo de edad, vemos que en el caso de los varones españoles, existe una prevalencia de sobrepeso sensiblemente mayor a la media

Europea entre 55 y 80 años. En el caso de las mujeres también observamos una prevalencia mayor, aunque menos marcada, cuando comparamos con la media europea entre los 55 y los 75 años.

**Gráfico 54.** Porcentaje de población de 50 o más años con sobrepeso por sexo y grupo de edad, Europa y España, 2011-12 (%)

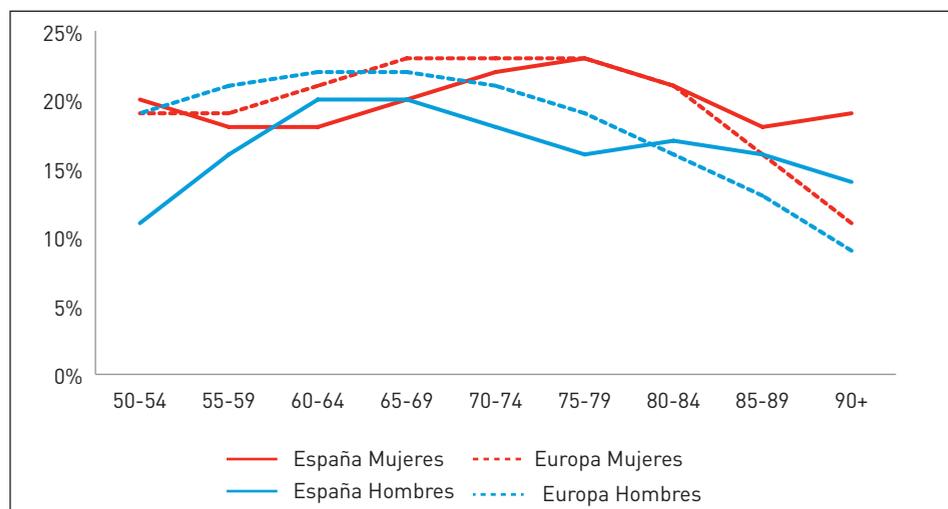


Fuente: SHARE, 05

En lo que respecta a la obesidad, como ya se vio en la distribución del patrón por género, los porcentajes de prevalencia mostrados por hombres y mujeres en España y en Europa son más parecidos que en el caso del sobrepeso, principalmente entre los 50 y los 70 años (Gráfico 55). El porcentaje de población con obesidad en España presenta porcentajes inferiores a los de la media europea hasta los 80 años. Esta circunstancia es especialmente observable en el caso de los hombres entre 50 y 54 años. Mientras que la media de varones de esa edad con obesidad en Europa es del 19,0%, en España es de 10,9%. A partir de la edad de 80 años se invierte la relación, y son los mayores españoles los que presentan una media superior a la europea. Mientras que el porcentaje de hombres europeos con obesidad decae rápidamente, pasando del 21,5% en las edades 70-74 años al 9,1% en la población de 90 o más años, en España ese descenso es mucho menos pronunciado iniciándose a partir del grupo de edad de 65-69 años, con un 20,0%, hasta alcanzar el 13,8% en el grupo de 90 o más.

La prevalencia de obesidad entre las mujeres europeas es mayor comparada con la española entre los 55 y los 79 años. Sin embargo, mientras ese porcentaje crece entre las mujeres europeas a medida que aumenta su edad, en España observamos la tendencia contraria; el porcentaje de mujeres con obesidad decrece hasta el grupo de edad 60-64 años, para luego ir aumentando paulatinamente hasta converger con la media europea en el grupo de 75-79 años, donde el porcentaje de mujeres con obesidad alcanza su máximo con un 22,6%. A partir de la edad de 80 años los porcentajes descienden; de manera continuada en el caso de las mujeres europeas, y de manera algo más sostenida en el caso de las mujeres españolas.

**Gráfico 55.** Porcentaje de población de 50 o más años con obesidad por sexo y grupo de edad, Europa y España, 2011-12 (%)

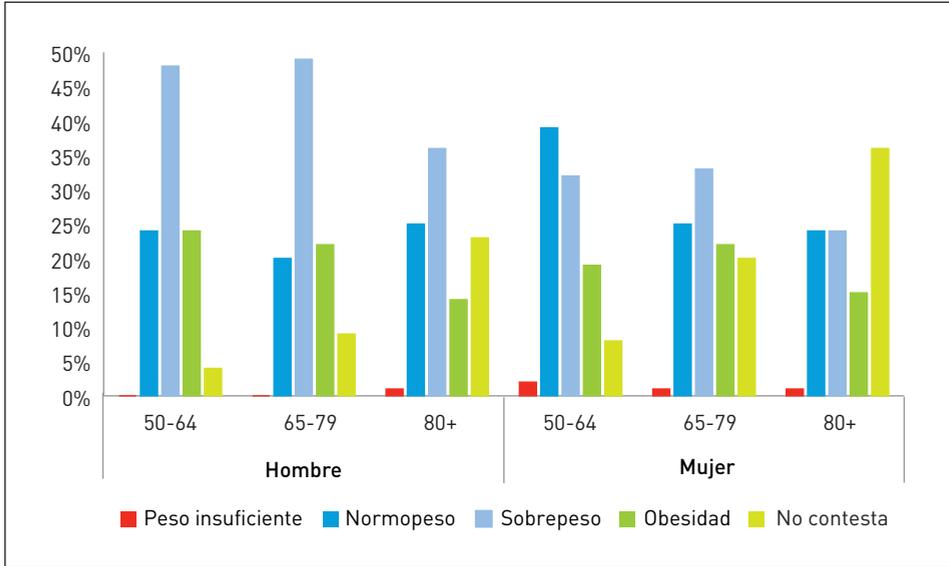


Fuente: SHARE, 05

Analizando los datos de la ENSE por género y edad se asemejan a los expuestos a través de la SHARE. Además, entre la población de 50 o más años una baja proporción presenta peso insuficiente y los varones en su mayoría tienen sobrepeso. En lo que respecta a las mujeres, con la edad desciende el normopeso incrementándose ligeramente el sobrepeso y obesidad a partir de los 65-79 años<sup>7</sup> (Gráfico 56).

<sup>7</sup> El elevado porcentaje de respuestas 'no contesta', sobre todo a partir de los 80 o más años, obliga a incluir en el análisis esta categoría.

**Gráfico 56.** Proporción de población de 50 o más años según peso (Índice de Masa Corporal) por sexo y grupo de edad. España, 2011-12

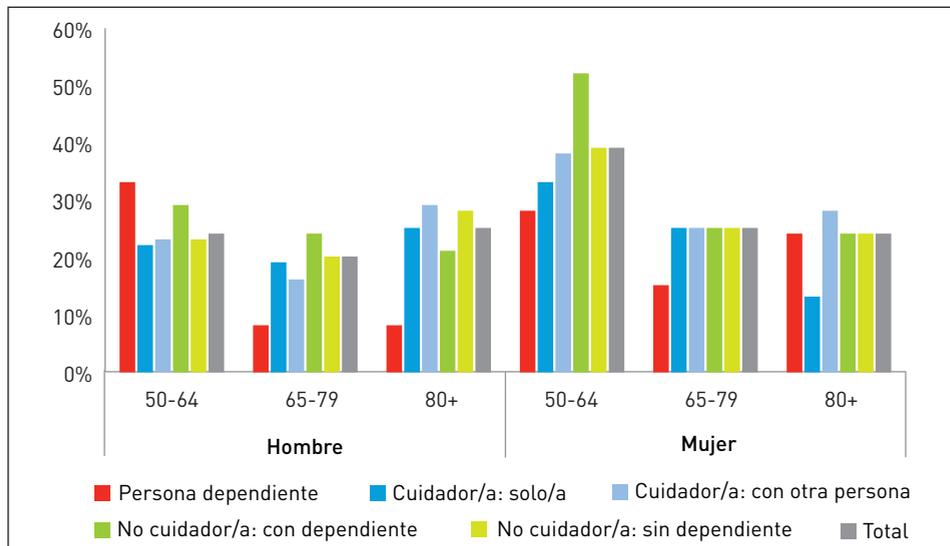


Fuente: ENSE, 2011-12

Si observamos los que tienen normopeso por el rol que ostenta la persona dentro de las dinámicas de cuidado no se aprecian muchas diferencias por razón de edad y sexo (Gráfico 57), aunque es destacable que a los 50-64 años en el caso de los hombres dependientes y, sobre todo, en el caso de las mujeres no cuidadoras con una persona dependiente viviendo en el hogar, más del 50% tienen normopeso.

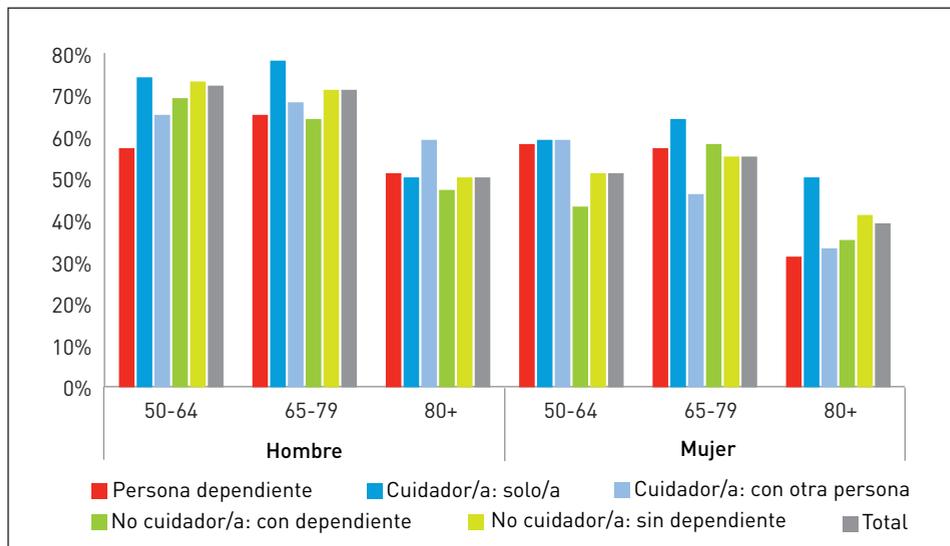
En relación al sobrepeso y la obesidad no se encuentran diferencias llamativas según la tipología establecida (Gráfico 58).

**Gráfico 57.** Porcentaje de población de 50 o más años con “normopeso” por tipología del cuidador, sexo y grupo de edad. España, 2011-12



Fuente: ENSE, 2011-12

**Gráfico 58.** Proporción de población de 50 o más años con sobrepeso u obesidad por tipología del cuidador, sexo y grupo de edad. España, 2011-12



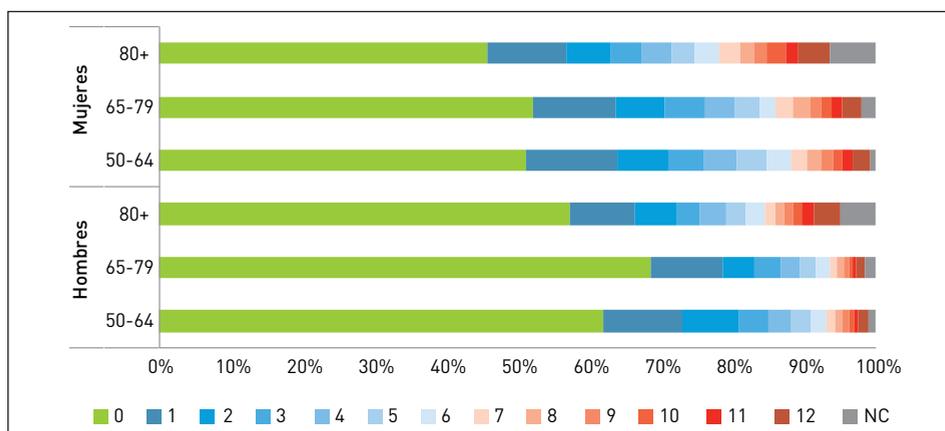
Fuente: ENSE, 2011-12

### 3.3.4.2. Índice Estado de Salud Mental

La calidad de vida de una persona depende de la interacción de múltiples factores; condiciones socio-económicas, salud física, la roles y relaciones sociales o la salud emocional o psicológica. Un estado de salud mental negativo, derivado del padecimiento de estrés, ansiedad o depresión, repercute en el estado de salud general y, por ende, en la calidad de vida a los individuos (Mokkink et al., 2009). A modo de ejemplo, el hecho de ser consciente de que se padece una dolencia mental, independientemente del deterioro físico que la acompañe, puede conducir a un cambio en las actividades diarias o el comportamiento de las personas (Azpiazu et al., 2002). Además, un estado de salud mental negativo también repercutirá en el rol que la persona desempeñe dentro de sus redes sociales, como la familia o los amigos, así como en las dinámicas y tiempos de socialización.

En general, la población de 50 o más años en España percibe que su salud mental es buena. Más del 50% de los entrevistados la valoran de forma positiva. Las mujeres, en todos los grupos de edad a partir de los 50 años, evalúan su salud mental con puntuaciones inferiores que los hombres (Gráfico 59). En los dos primeros grupos de edad, de 50 a 79 años, no existen diferencias respecto al estado de salud mental por género. Tanto hombres como mujeres presentan porcentajes similares, e incluso en los hombres la evaluación de la salud mental es mejora a los 65-79 años que a los 50-64 años. Sin embargo, la tendencia se invierte a los 80 o más años pasando a valorarse en términos negativos.

**Gráfico 59.** Porcentaje de personas de 50 o más años según su salud mental por grupos de edad y sexo. España, 2011-12



Fuente: ENSE, 2011-12

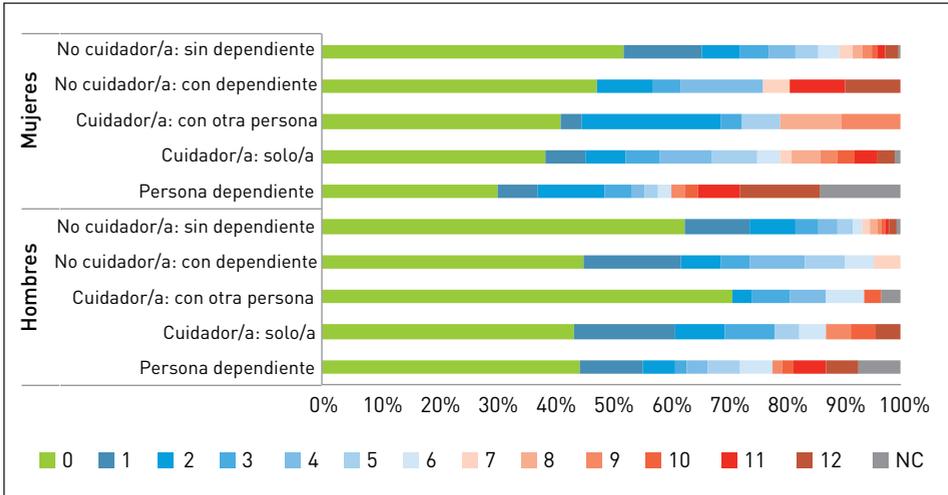
Parece que la tipología no es condición para tener mejor o peor salud mental, si no que depende principalmente del género y la edad del cuidador. En el Gráfico 60 se observa que las personas dependientes del cuidador, sin importar el grupo de edad, son los que peor salud mental perciben. Sin embargo, la percepción de la salud mental entre las personas cuidadoras no presenta un patrón tan homogéneo en lo que respecta a la edad, aunque sí respecto al género, siendo las mujeres quienes presentan peores niveles de salud mental en líneas generales. No obstante, al considerar las tres variables de análisis; sexo, edad y rol con respecto al cuidado podemos observar algunas diferencias reseñables, sin ser posible afirmar que la evaluación de los cuidadores sea peor que la de los no o viceversa.

En el grupo de edad de 50-64 años, las mujeres con peor salud mental son las cuidadoras, ya sean cuidadoras principales en solitario o compartan esa tarea con otras personas. En los hombres de esa misma edad, son los cuidadores principales y los que no cuidan pero conviven con una persona dependiente los que peor salud mental perciben. Como ya se vio en el análisis de otras variables como el estado de salud percibido o el padecimiento de limitaciones, las mujeres que cuidan a un dependiente presentan comportamientos similares, con independencia de que se trate de cuidadoras principales o de cuidadoras con apoyo. Esta tendencia no es apreciable para el género masculino, dado que aquellos que cuidan con ayuda tienen una salud mental mucho mejor que los que lo hacen solos.

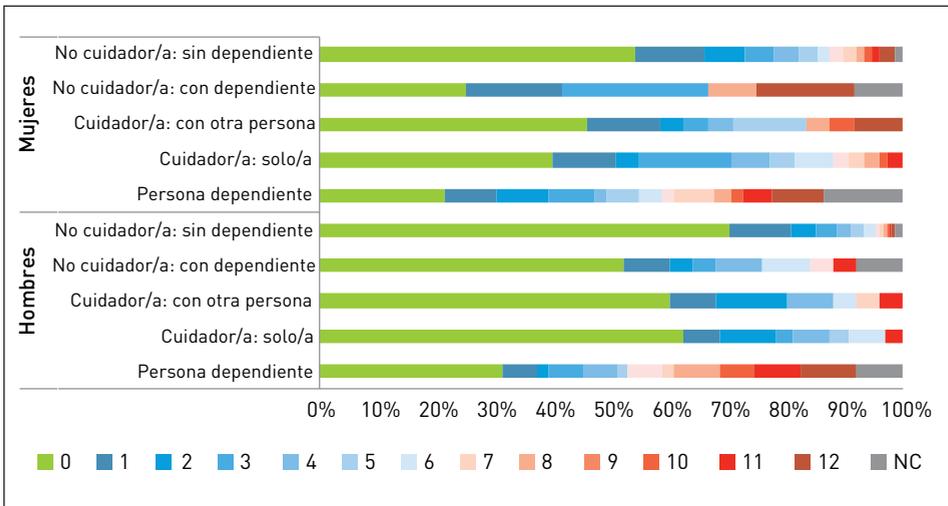
Los que peor salud mental presentan, en el grupo de edad de 65-79 años, tanto en hombres como en mujeres —aunque con especial intensidad siempre en el caso de las mujeres—, son los no cuidadores pero que conviven con una persona dependiente. Seguido, en el caso de las mujeres, de las cuidadoras únicas. Los mejores niveles de salud mental se concentran en las personas que no cuidan y no conviven con una persona dependiente, además de en, paradójicamente, los varones cuidadores sin apoyo.

**Gráfico 60.** Porcentaje de personas de 50 o más años según su salud mental por tipología del cuidador, sexo y grupos de edad. España, 2011-12

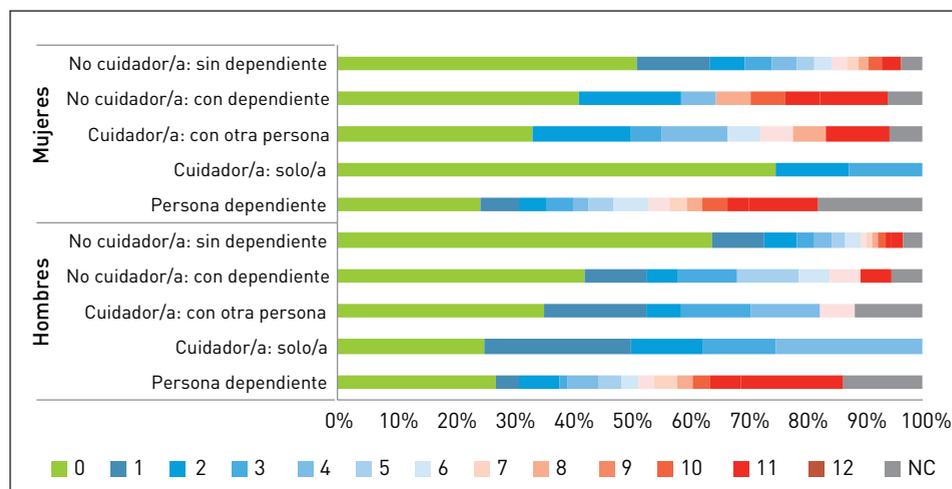
**a) Personas de 50 a 64 años**



**b) Personas de 65 a 79 años**



### c) Personas de 80 o más años



Fuente: ENSE, 2011-12

En el siguiente grupo de edad, población de 80 o más años, curiosamente son las personas que cuidan solas, las que gozan de mejor salud mental, sin importar el género. Esta circunstancia responde a que, como ocurría con variables anteriores, las mujeres que cuidan a estas edades presentan niveles de salud global, tanto físicas como mentales, suficientes como para asumir esta tarea. Por este motivo no es extraño que la proporción de cuidadores principales, hombres y mujeres, y de varones que no cuidan y no habitan con un dependiente, se asemejen mucho más que en otros grupos de edad.

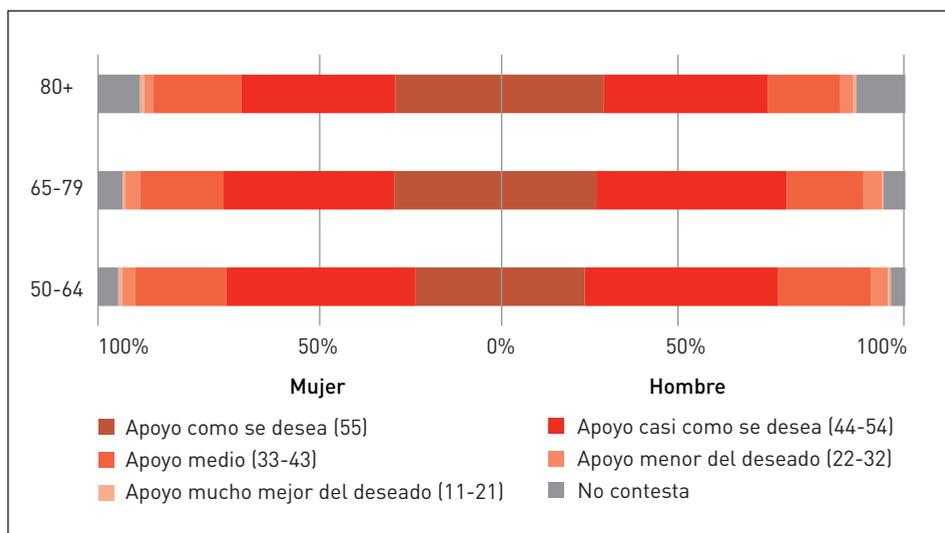
#### 3.3.4.3. Índice de Apoyo Social Funcional

Investigaciones previas sobre el apoyo social en mayores concluyen que la presencia o ausencia de relaciones sociales influye sobre la salud de los individuos. Aquellas personas que cuentan con relaciones afectivas, ya sean estas de carácter familiar, vecinal o de amistad, presentan mejores condiciones de salud física y mental (Escobar Bravo et al., 2012). El principal debate generado en torno a estos estudios se centra en el modo en que las relaciones sociales benefician las condiciones de salud de los individuos. Por un lado, y siguiendo los postulados del modelo del 'efecto directo', el apoyo social incrementaría el bienestar emocional y físico de las personas con independencia del nivel de estrés que padezcan, favoreciendo, por ejemplo, el cambio de conducta en los individuos

y disminuyendo la probabilidad de los efectos adversos de la enfermedad. Por el otro, el modelo del 'efecto amortiguador' propone que el apoyo social interviene como 'mediador' con la enfermedad, de tal forma que el individuo no identifica como estresantes ciertas situaciones que si perciben como tal otros individuos de la misma condición (Castro, Campero y Hernández, 1997; Almagià, 2014).

El grado de apoyo social que reciben las personas de 50 o más años en España, medido a través del índice de apoyo social funcional, no cambia de forma significativa según género y grupo de edad (Gráfico 61). No obstante, y según nuestros datos, con la edad asciende levemente el porcentaje de personas que afirman disponer de relaciones de apoyo "tanto como desean". Los valores de respuesta que toma el índice se concentran en las puntuaciones de 44-54 puntos y 55 puntos, que representan a las dos categorías de máximo apoyo. Esto quiere decir que, a pesar de no haberse identificado patrones claros por sexo y edad, las personas de más de 50 años en España se sienten apoyadas por las personas que integran su red social.

**Gráfico 61.** Porcentaje de personas de 50 o más años según apoyo social recibido por grupos de edad y sexo. España, 2011-12



Fuente: ENSE, 2011-12.

Si analizamos estos datos en función de la tipología del rol de cuidador, las personas dependientes, las que cuidan a un dependiente con ayuda y las que no son cuidadoras y no conviven con personas dependientes son las que perciben un mayor grado de apoyo social (Gráfico 62). Dicho de otra forma; quienes menos apoyo social sienten son las personas de más de 50 años que son cuidadoras sin apoyo.

Las personas no cuidadoras y que no conviven con una persona dependiente, independientemente de su sexo y su edad, perciben los mayores porcentajes en las categorías de máximo apoyo social. Les sigue muy de cerca y sin divergencias significativas por sexo y edad, las personas dependientes, ya que más del 50% muestran valores superiores a 44 puntos.

En el caso de las personas no cuidadoras que viven con una persona dependiente, sí son reseñables las diferencias por sexo y grupos de edad. Por un lado, la percepción de estar recibiendo apoyo social en términos globales es menor que en los dos grupos anteriores; sin embargo, en el grupo de 80 o más años, para ambos géneros, las personas no cuidadoras que conviven con un dependiente son quienes presentan mayores porcentajes de apoyo social al considerar las puntuaciones mayores a 44 puntos. Por el otro lado, si bien en los dos primeros grupos de edad, de 50 a 79 años, las mujeres dicen recibir menos ayuda que los varones, esta pauta cambia a los 80 o más años, siendo las mujeres quienes aventajan a los varones.

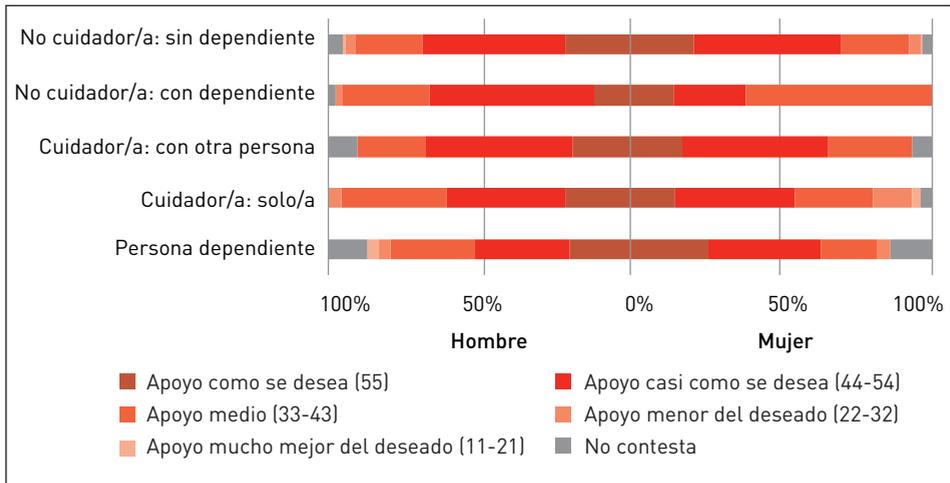
Respecto a los cuidadores que reciben ayuda en el cuidado a un dependiente, su percepción del apoyo social es elevada en el primer grupo de edad, de 50-64 años, produciéndose un empeoramiento gradual de dicha percepción al aumentar la edad. En líneas generales, esta tendencia no presenta diferencias destacadas por género, aunque sí una disminución bastante abrupta del apoyo social percibido en los hombres de 65-79 años. A partir de ese umbral, se da una tendencia a la convergencia entre hombres y mujeres en edades longevas, 80 o más años.

El apoyo social de los cuidadores principales varía según género y edad. En los dos primeros grupos de edad, de 50 a 79 años, son las mujeres las que dicen recibir menos ayuda social y emocional en comparación con los hombres, invirtiéndose la tendencia a partir de los 80 o más años, edad a partir de la cual es la población masculina cuidadora la que percibe mayor desventaja en este sentido. De hecho, no existen varones de 80 o más años que presenten una puntuación máxima en el cálculo del índice de apoyo social funcional, lo que significa que ninguno

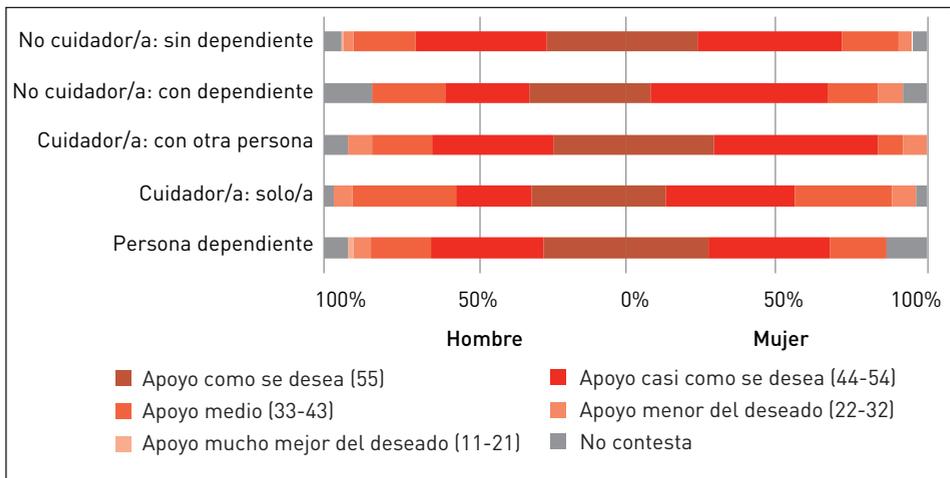
ha contestado a los 11 ítems que configuran este índice con la máxima puntuación de apoyo social.

**Gráfico 62.** Porcentaje de personas de 50 o más años según apoyo social recibido por tipología del cuidador, sexo y grupos de edad. España, 2011-12

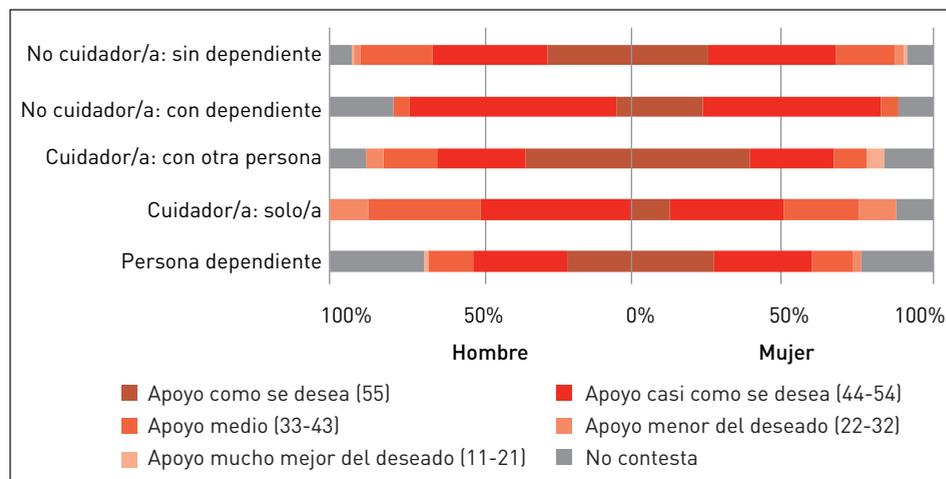
**a) Personas de 50 a 64 años**



**b) Personas de 65 a 79 años**



### c) Personas de 80 o más años



Fuente: ENSE, 2011-12 (INE).

## 3.4. Predictores de la percepción del estado de salud de la población cuidadora y no cuidadora en España

El estado de salud subjetivo, entendido como la percepción que las personas tienen de sus condiciones de salud, ha adquirido una gran relevancia como indicador debido a que refleja las condiciones de salud objetivas en relación con otros factores de carácter más social, económico o del entorno de las personas. La valoración que hace una persona de su estado de salud será global, relacionando su aspecto físico visible, pero también sus habilidades funcionales, su bienestar psicológico y el apoyo social con el que cuente. La evaluación de la percepción de la salud depende también de factores de tipo educativo, socioeconómico y cultural, así como de los niveles de vida de las sociedades.

El deterioro biológico del organismo hace que el estado de salud se degrade con el paso de los años y, por lo tanto, que la percepción de la salud empeore en la misma dirección y con intensidad similar. El análisis realizado en capítulos anteriores sobre la percepción del estado de salud indica que, a pesar de que la mitad de las personas mayores de 50 años sienten disponer de buenas condiciones de salud, su percepción se presenta en términos menos favorables que la media europea y empeora con el paso de los años. Las diferencias en la autopercepción de la salud en hombres y mujeres, presentes en todos los grupos de edad, indica que los varones hacen evaluaciones más positivas que las

mujeres, tendencia que si bien es común al resto de Europa, se intensifica en los países mediterráneos como España.

Así mismo, se ha visto que las personas dependientes son las que peor valoración hacen de su salud. Observando la tipología del rol de cuidador, se observa una disminución de la percepción de la salud en paralelo al incremento de las obligaciones de los cuidados y de las horas de dedicación. Así, aquellos individuos sin personas dependientes en el hogar gozan de mayor salud que aquellas que conviven con una persona dependiente; y las personas cuidadoras con otras personas que apoyan en el cuidado presentan mayores niveles que quienes son cuidadoras en solitario. Las divergencias de género también se confirman en las personas que cuidan sin apoyo, esta vez sin embargo, presentando mejor percepción de la salud el género femenino en todas las edades.

Las diferencias en el estado de salud subjetivo no dependen de un único factor, puesto que la distinta morbilidad y calidad de vida resulta de la combinación de los factores biológicos, ligados al ciclo vital; y de los factores socioculturales, que inciden en la posición social de las mujeres y los varones y en los respectivos modelos de masculinidad y feminidad. Las mujeres se sitúan en una posición desfavorable como consecuencia de la distinta relación en el mercado de trabajo, de las asimetrías en las responsabilidades domésticas, y en la variedad y cantidad de recursos disponibles. Siendo así, tanto el género, como la edad y el rol de cuidador desempeñado se conciben como determinantes de la salud.

Ahora bien, además de las características demográficas básicas; existen otros determinantes que se configuran como variables pronosticadoras de la percepción del estado de salud. El análisis que se presenta en este capítulo tiene como objeto indagar en los distintos componentes que intervienen en la valoración del estado de salud que hacen los individuos mayores de 50 años en España, prestando especial atención a las divergencias que se establecen en función de la tipología de cuidadores y que justifican sus diferencias.

### **3.4.1. Predictores de la percepción de la salud en personas no cuidadoras**

#### ***3.4.1.1. Personas no cuidadoras que no conviven con una persona dependiente en el hogar***

La percepción de la salud por parte de las personas que no cohabitan con una persona dependiente en España es, en líneas generales, bueno. Sobre todo, en las edades entre los 50 y los 64 años, y comparada con la percepción de las personas que

desempeñan el rol de cuidador. El 70,5% de los hombres y el 60,3% de las mujeres de 50 a 64 años; el 58,4% y el 45% respectivamente en el grupo de 65 a 79 años; y el 41,5% y el 33,5% en el grupo de más de 80 años valoran su salud como buena (Anexo, Tabla 1). Por el contrario, definen su estado de salud como malo el 7,6% de la población masculina y el 10,8% de la población femenina de 50 a 64 años, el 10,8% y el 17,4% correspondientemente en el grupo de 65 a 79 años; y el 16,5% y el 21,9% respectivamente en el grupo de 80 o más años.

De entre todos los factores considerados en esta investigación, las limitaciones en la realización de las actividades cotidianas es un importante condicionante de la percepción del estado de salud de los no cuidadores, a todas las edades y en ambos géneros (Tabla 13). No padecer limitaciones está asociado a una buena percepción de la salud, mientras que padecer enfermedades que limitan moderadamente el desarrollo de las rutinas diarias se relaciona con un estado de salud regular, y sufrir limitaciones graves con una mala salud. No obstante, encontramos algunas variaciones en función de la edad y el sexo de la persona (Tabla 13). En los varones, el peso de las limitaciones en las actividades de la vida diaria sobre la salud es elevado (Gráfico 63a). Entre los 50 y los 64 años, no padecen limitaciones el 93,5% de los hombres que gozan de buena salud, y el 31,1% de quienes afirman tener una mala salud (Anexo, Tabla 2). En el siguiente grupo de edad, de 65 a 79 años, la tendencia es similar (Tabla 13), no sienten obstáculos para el desarrollo de la vida diaria el 92,2% de quienes admiten tener buena salud y el 33,1% de mala salud. Entre los mayores de 80 años, se intensifica esta relación entre la existencia de limitaciones y la salud; el 84,3% de los que no tienen limitaciones perciben buena salud y el 17,2% de mala salud. En las mujeres, la influencia de las limitaciones en las tareas de la vida diaria se atenúa a medida que aumentan los años de vida (Gráfico 64a), indicando que la percepción del estado de salud en las mujeres de edades muy avanzadas está influenciada por otras variables: de 50 a 64 años desarrollan su vida diaria sin limitaciones el 92,5% de quienes gozan de buena salud y el 20% con mala salud; de 65 a 79 años son el 88,9% y el 23,7% respectivamente; y entre las mujeres de más de 80 años el 77,7% y el 16,8%.

Otra variable que influye en la percepción de la salud, común a todas las edades y ambos sexos, es la falta de calidad de vida provocada por padecimiento de dolor o malestar (Tabla 13). En una conexión bastante intuitiva, los estadísticos indican que un fuerte dolor se vincula a una mala salud, sentir leve o moderado dolor a una percepción regular del estado de salud, y la ausencia de dolor a una buena salud. La intensidad de estas asociaciones varía en función del sexo, siendo su influencia mayor

entre la población femenina, que entre la masculina. En lo que respecta a la edad, la correlación entre el dolor y el estado de salud percibido está presente en todos los grupos, a excepción de las mujeres mayores de 80 o más años, donde desciende la importancia de este factor en la evaluación del estado de salud (Anexo, Tabla 3). En los varones, esta asociación se mantiene constante en los grupos de edad: de 50 a 64 años no sufre dolor el 89,1% con buena salud y el 31,7% con mala salud; de 65 a 79 años son el 84,4% y el 31,4% respectivamente; y en mayores de 80 años son el 75% y el 25% también respectivamente. Entre las mujeres de 50 a 64 años dicen no sufrir malestar o dolor el 80,4% con una percepción buena de su salud frente al 20,4% con mala salud; de 65 a 79 años son el 74,3% y el 13,7% respectivamente; y mayores de 80 años representan el 63% y el 11,1% de los casos descritos.

**Tabla 13.** Resumen y valor de los determinantes (D de Somers), por orden de significación, del estado de salud en personas no cuidadoras que no habitan con una persona dependiente por género y edad

**a) Ambos sexos, todas las edades agrupadas**

Hombres	Mujeres
Limitación de las actividades diarias (Somers: 0,457)	Limitación de las actividades diarias (D de Somers:0,515)
Calidad de vida: dolor o malestar (D de Somers: -0,431)	Calidad de vida: dolor o malestar (D de Somers: -0,497)
Número de enfermedades crónicas padecidas (D de Somers: -0,361)	Padecimiento de enfermedades crónicas (D de Somers: -0,41)
Padecimiento de enfermedades crónicas (D de Somers en -0,356)	Número de enfermedades crónicas padecidas (D de Somers: -0,352)
Calidad de vida: ansiedad o depresión (Somers: 0,25)	Calidad de vida: ansiedad o depresión (D de Somers:-0,345)
Consumo de medicamentos (D de Somers: 0,234)	Indicador sintético de salud mental (D de Somers: 0,297)
Indicador sintético de salud mental (D de Somers: 0,223)	Práctica de actividad física (D de Somers: 0,237)
Práctica de actividad física (D de Somers: 0,185)	Consumo de medicamentos (D de Somers: 0,222)
Consumo de bebidas alcohólicas (D de Somers: 0,084)	Índice de masa corporal (D de Somers: 0,186)
Índice de masa corporal (D de Somers: 0,038)	Indicador sintético de apoyo social (D de Somers: 0,102)
	Consumo de bebidas alcohólicas (D de Somers: 0,071)
	Horas de sueño (D de Somers: 0,06)

## b) De 50 a 64 años

Hombres	Mujeres
Limitación de las actividades diarias (D de Somers: -0,447)	Limitación de las actividades diarias (D de Somers: -0,535)
Calidad de vida: dolor o malestar (D de Somers: -0,419)	Calidad de vida: dolor o malestar (D de Somers: -0,497)
Número de enfermedades crónicas padecidas (D de Somers: -0,354)	Padecimiento de enfermedades crónicas (D de Somers: -0,413)
Padecimiento de enfermedades crónicas (D de Somers: -0,367)	Calidad de vida: ansiedad o depresión (D de Somers: -0,396)
Calidad de vida: ansiedad o depresión (D de Somers: -0,276)	Número de enfermedades crónicas padecidas (D de Somers: -0,378)
Indicador sintético de salud mental (D de Somers: 0,258)	Indicador sintético de salud mental (D de Somers: 0,342)
Consumo de medicamentos (D de Somers: 0,247)	Consumo de medicamentos (D de Somers: 0,255)
Práctica de actividad física (D de Somers: 0,123)	Índice de masa corporal (D de Somers: 0,201)
Consumo de bebidas alcohólicas (D de Somers: 0,056)	Práctica de actividad física (D de Somers: 0,173)
Índice de masa corporal (D de Somers: 0,069)	Indicador sintético de apoyo social (D de Somers: 0,129)
	Horas de sueño (D de Somers: 0,091)
	Consumo de bebidas alcohólicas (D de Somers: 0,073)

## c) De 65 a 79 años

Hombres	Mujeres
Limitación de las actividades diarias (D de Somers: -0,428)	Calidad de vida: dolor o malestar (D de Somers: -0,491)
Calidad de vida: dolor o malestar (D de Somers: -0,414)	Limitación de las actividades diarias (D de Somers: -0,495)
Padecimiento de enfermedades crónicas (D de Somers: -0,325)	Padecimiento de enfermedades crónicas (D de Somers: -0,39)
Número de enfermedades crónicas padecidas (D de Somers: -0,31)	Calidad de vida: ansiedad o depresión (D de Somers: 0,331)
Calidad de vida: ansiedad o depresión (D de Somers: -0,244)	Número de enfermedades crónicas padecidas (D de Somers: -0,324)
Práctica de actividad física (D de Somers: 0,235)	Indicador sintético de salud mental (D de Somers: 0,279)
Consumo de medicamentos (D de Somers: 0,183)	Práctica de actividad física (D de Somers: 0,244)
Indicador sintético de salud mental (D de Somers: 0,165)	Índice de masa corporal (D de Somers: 0,169)
Índice de masa corporal (D de Somers: 0,044)	Consumo de medicamentos (D de Somers: 0,167)
Índice de masa corporal (D de Somers: 0,069)	Consumo de bebidas alcohólicas (D de Somers: 0,129)
	Indicador sintético de apoyo social (D de Somers: 0,085)
	Horas de sueño (D de Somers: 0,063)

#### d) De 80 o más años

Hombres	Mujeres
Limitación de las actividades diarias (D de Somers: -0,464)	Limitación de las actividades diarias (D de Somers: -0,441)
Calidad de vida: dolor o malestar (D de Somers: -0,4)	Calidad de vida: dolor o malestar (D de Somers: -0,432)
Padecimiento de enfermedades crónicas (D de Somers: -0,291)	Padecimiento de enfermedades crónicas (D de Somers: -0,322)
Número de enfermedades crónicas padecidas (D de Somers: -0,288)	Calidad de vida: ansiedad o depresión (D de Somers: 0,272)
Indicador sintético de salud mental (D de Somers: 0,279)	Indicador sintético de salud mental (D de Somers: 0,261)
Práctica de actividad física (D de Somers: 0,202)	Práctica de actividad física (D de Somers: 0,242)
Calidad de vida: ansiedad o depresión (D de Somers: 0,195)	Número de enfermedades crónicas padecidas (D de Somers: -0,199)
Consumo de medicamentos (D de Somers: 0,172)	Índice de masa corporal (D de Somers: 0,115)
Consumo de bebidas alcohólicas (D de Somers: 0,034)	Indicador sintético de apoyo social (D de Somers: 0,102)
	Consumo de medicamentos (D de Somers: 0,098)
	Horas de sueño (D de Somers: 0,086)
	Consumo de bebidas alcohólicas (D de Somers: 0,069)

Fuente: ENSE, 2011-12

El padecimiento de enfermedades crónicas así como el número de dolencias permanentes también afectan a la valoración que hacen las personas no cuidadoras de su estado de salud (Anexo, Tabla 4 y 5). Por un lado, se asocia el tener este tipo de enfermedades con la mala salud y su no padecimiento con una buena salud (Tabla 13). Por el otro, y en referencia al número de enfermedades padecidas, se vincula el no tener dolencias de largo plazo con una buena salud, una sola dolencia crónica con una salud regular, y más de dos con una percepción de la salud mala. Presentar enfermedades crónicas no afecta de igual modo a la percepción de la salud en función del género y la edad de las personas no cuidadoras. La asociación antes mencionada es más destacable en edades medianas (de 50 a 69 años) que longevas (80 o más años), y en hombres. Puesto que a mayor edad, el número de personas que padece dolencias crónicas se generaliza, esta variable deja de tener tanta influencia sobre el estado de salud subjetivo, destacando otro tipo de variables como son la práctica de actividades deportivas o la ingesta de bebidas alcohólicas. Dicho esto, en los varones de 50 a 64 años no padecen dolencias crónicas el 61,4% de quienes dicen disponer de

una buena salud y el 59,3% de mala salud, y sobrellevan más de dos enfermedades de larga duración el 41,5% de buena salud y el 91,5% de mala salud. De 65 a 79 años, no sufren dolencias el 48% de hombres con buena salud y el 9,4% de mala salud, el 55,6% y el 91,3% respectivamente. Y con 80 o más años son el 39,2% y el 3,7%, y el 61,8% y el 96,3%. Centrándonos en las mujeres, el 58,7% de 50 a 64 años que dice tener buena salud no presenta enfermedades crónicas y sólo el 8,7% con mala salud tampoco; y padecen más de dos dolencias graves el 54% y el 96,5% respectivamente. En las mujeres de 65 a 79 años padecen dolencias crónicas el 46,2% y el 5,7% respectivamente, y más de dos enfermedades el 66,3% y el 98,5%, también respectivamente. Y con 80 o más años el 40,8% y el 7,7%, así como el 75,5% y el 92,6%.

Un quinto elemento que influye en la percepción de la salud en las personas no cuidadoras es el consumo de fármacos. Este factor condiciona en mayor medida la percepción de los varones que de las mujeres (Tabla 13). Los resultados también indican que esta característica es más relevante a menor edad, puesto que la toma de medicamentos se incrementa y generaliza entre la población mayor, dejando de ser una variable que diferencie estados de salud a edades muy avanzadas (Gráfico 63a).

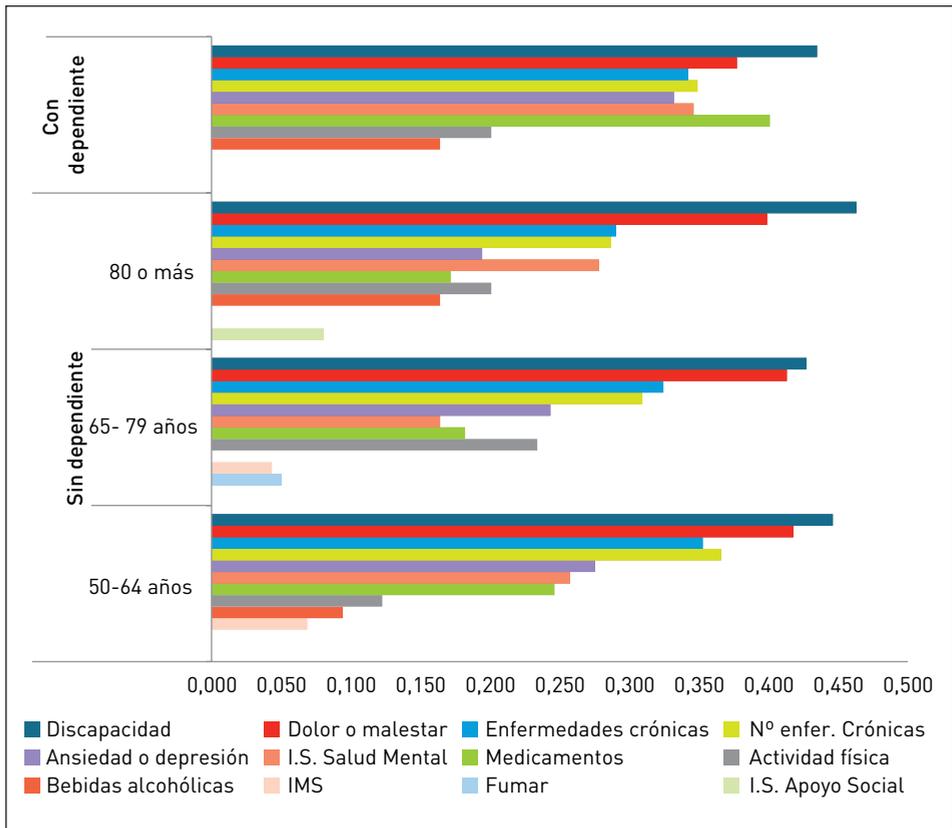
El vínculo entre el padecimiento de depresión o ansiedad y la percepción del estado de salud opera del mismo modo que el padecimiento de dolor o malestar: no tener ansiedad o depresión se relaciona con la buena salud, una ansiedad leve o moderada con una salud regular, y una fuerte ansiedad con la mala salud. Este factor influye de manera diferente en hombres y mujeres no cuidadoras (Tabla 13), teniendo una especial relevancia en la evaluación de la salud que hace la población femenina. La relación entre ambas variables es, además, más intensa en las edades de 50 a 64 años comparadas con el resto de grupos de edad (Anexo, Tabla 7).

En esta misma línea vemos que las condiciones mentales de la persona también afectan a la percepción del estado de salud: un buen estado de salud mental se traduce en un buen estado de salud, y un estado de salud mental malo o regular con un estado de salud regular o malo, aunque existen divergencias en función del sexo y la edad (Tabla 13). En primer lugar, este factor condiciona en mayor medida la salud percibida de la población femenina que de la masculina. En segundo lugar, es una asociación que pierde fuerza al incrementarse la edad de los individuos (Anexo, Tabla 8). Mientras que en las mujeres de 50 a 64 años se observa una asociación muy significativa, en las mujeres de edad avanzada disminuye y se mantiene constante. En

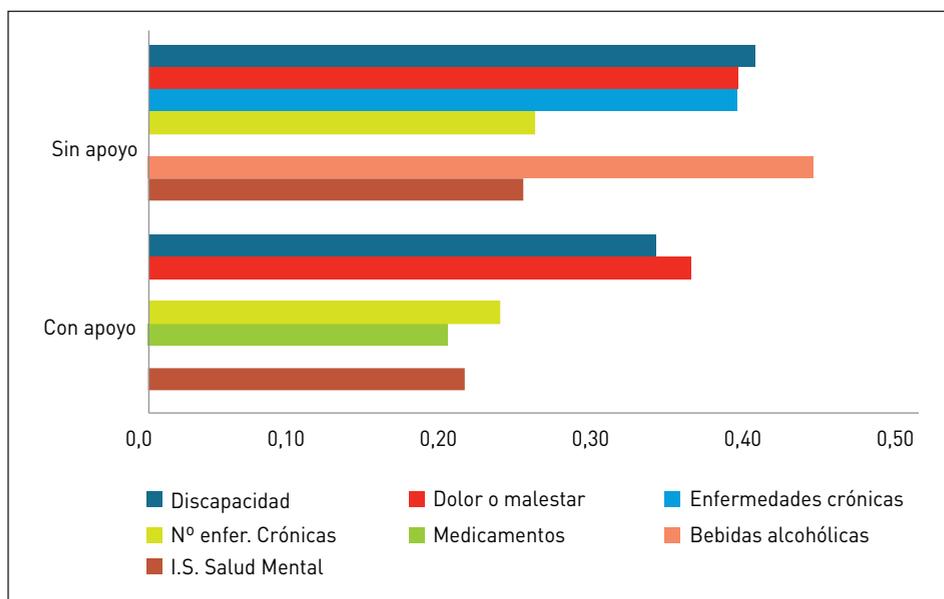
los varones, con un menor impacto que en las mujeres, la asociación no es tan significativa en ninguno de los grupos de edad (Gráfico 64a).

**Gráfico 63.** Variables influyentes en la salud autopercebida de los hombres cuidadores y no cuidadores por grupos de edad. España, 2011-12

**a) Hombres no cuidadores con y sin dependiente en el hogar**



## b) Hombres cuidadores con y sin apoyo



La influencia de la práctica de actividad física o deportiva presenta mayor variabilidad entre la población femenina no cuidadora, ya que los hombres realizan con mayor frecuencia este tipo de actividades (Tabla 13). Lo mismo sucede en edades longevas, momento del ciclo vital en el que prima el sedentarismo. Su vínculo con la percepción del estado de salud indica que a mayor actividad física, mejores niveles de salud (Anexo, Tabla 9). Así, la influencia de esta variable se incrementa a medida que aumenta la edad.

Un último aspecto que afecta a la percepción del estado de salud de la población no cuidadora, común a ambos sexos, es la ingesta de alcohol. La influencia de este factor es moderadamente mayor en los hombres que en las mujeres (Tabla 13). No obstante, no existen variaciones reseñables por edad en ninguno de los sexos (Tabla 13), a pesar de no ser una variable significativa en los varones de 65 a 79 años. Su vínculo con el estado de salud indica que a mayor ingesta peor estado de salud percibido (Anexo, Tabla 10).

Entre las variables que sólo afectan a la salud autopercebida de las mujeres no cuidadoras (Gráfico 64a) encontramos el índice de masa corporal, que además es más

determinante en las edades maduras que en las avanzadas (Tabla 13). La relación que se establece con la percepción del estado de salud indica que un peso insuficiente o normal está correlacionado con una buena salud, el sobrepeso con un estado de salud subjetivo regular, y la obesidad con una mala salud (Anexo, Tabla 11). En las mujeres la influencia que ejerce este índice sobre la valoración subjetiva de la salud disminuye a medida que la edad avanza; y en los varones se mantiene con valores bajos e incluso pierde su significación estadística a partir de la edad 80 (Tabla 13).

El índice de apoyo social únicamente determina la valoración del estado de salud de las mujeres no cuidadoras, e incrementa su influencia en paralelo a la edad (Tabla 13). Su relación con el estado subjetivo de salud sugiere que a medida que se incrementa la oferta de ayuda recibida se mejora la percepción del estado de salud (Anexo, Tabla 12).

Otras variables como el hábito de fumar (Anexo, Tabla 13), la frecuencia con la que se consumen bebidas alcohólicas (Anexo, Tabla 14) o las horas destinadas a descansar (Anexo, Tabla 15) no influyen en gran medida en la salud autopercibida de las personas no cuidadoras que no conviven con una persona dependiente (Tabla 13).

#### ***3.4.1.2. Personas no cuidadoras que conviven con una persona dependiente en el hogar<sup>8</sup>***

El análisis descriptivo de la salud autopercibida de las mujeres no cuidadoras que conviven con una persona con discapacidad muestra diferentes perfiles. Dado que tradicionalmente se ha trasladado a las mujeres de la red familiar la responsabilidad del cuidado, la no asunción del rol como cuidadora podría ser explicado por dos hipótesis bien diferenciadas. Por un lado, el hecho de cohabitar con una persona dependiente y no asumir su cuidado estaría asociado a un estado de salud poco favorable para el desarrollo de este tipo de tareas. Así, el 32% de las mujeres que conviven con un dependiente que no cuidan perciben su estado de salud como malo, y otro 32% como regular (Anexo, Tabla 1). Por otro lado, este hecho puede responder a la disponibilidad de recursos suficientes para la contratación de servicios de cuidados por parte de aquellas mujeres que pertenecen a generaciones en las que el trabajo femenino remunerado y fuera del hogar se generalizó. Ésta sería una

---

<sup>8</sup> Si bien a lo largo del estudio se ha diferenciado a las personas no cuidadoras con una persona dependiente en el hogar según el sexo y el grupo de edad de pertenencia, los resultados que aquí se presentan se centran únicamente en las divergencias de género. No existen suficientes casos para presentar los resultados de este grupo por grupos de edad.

explicación plausible al 36% de las mujeres que afirman disponer de un estado subjetivo de salud bueno.

Un elemento altamente asociado al tipo de percepción de la salud para las mujeres no cuidadoras es el padecimiento de enfermedades crónicas (Tabla 14; Gráfico 64a). El diagnóstico de alguna enfermedad crónica está asociado a un mal estado de salud; un 100% de aquellas que sufren alguna enfermedad crónica perciben un mal estado de salud (Anexo, Tabla 4). Otro factor con un peso significativo relacionado con una situación de enfermedad grave, es la limitación en las actividades cotidianas (Tabla 14). Mientras que entre las mujeres con buena salud ninguna presenta restricción de actividad, el 37,5% de las que tienen limitaciones declaran tener una mala salud (Anexo, Tabla 2). En este sentido, también influye el número de enfermedades de larga duración, aunque con una menor significación (Tabla 14; Anexo, Tabla 5).

Un factor determinante de la aparición de enfermedades crónicas y la limitación en las rutinas diarias es un alto índice de masa corporal (Tabla 14). La relación de este aspecto con la percepción de salud en las mujeres no cuidadoras asocia un peso normal con una buena salud y el sobrepeso con mala salud (Anexo, Tabla 11). También destaca el consumo continuado de medicamentos (Anexo, Tabla 6). Los resultados muestran que existe una mejor percepción de la salud entre aquellas mujeres que no los toman y una peor percepción entre aquellas que si los toman diariamente (Gráfico 64a).

A pesar de contar con una menor significación, se asocia una buena salud al no padecimiento de ansiedad o depresión (Anexo, Tabla 7); ni de dolor o malestar (Anexo, Tabla 3), y a presentar una buena salud mental (Anexo, Tabla 8).

**Tabla 14.** Resumen de los determinantes, por orden de significación, del estado de salud en personas no cuidadoras que habitan con una persona dependiente por sexo

Hombres - Todas las edades	Mujeres - Todas las edades
Limitación de las actividades diarias (D de Somers: 0,436)	Padecimiento de enfermedades crónicas (D de Somers: 0,732)
Consumo de medicamentos (D de Somers: 0,389)	Limitación de las actividades diarias (D de Somers: 0,639)
Calidad de vida: dolor o malestar (D de Somers: 0,378)	Índice de masa corporal (D de Somers: 0,545)
Número de enfermedades crónicas padecidas (D de Somers: 0,35)	Consumo de medicamentos (D de Somers: 0,462)
Indicador sintético de salud mental (D de Somers: 0,347)	Calidad de vida: ansiedad o depresión (D de Somers: 0,392)
Padecimiento de enfermedades crónicas (D de Somers: 0,334)	Indicador sintético de salud mental (D de Somers: 0,361)
Calidad de vida: ansiedad o depresión (D de Somers: 0,333)	Número de enfermedades crónicas padecidas (D de Somers: 0,359)
Práctica de actividad física (D de Somers: 0,202)	Calidad de vida: dolor o malestar (D de Somers: 0,327)
Consumo de bebidas alcohólicas (D de Somers: 0,15)	

Fuente: ENSE, 2011-12

Entre las variables analizadas, no intervienen en la definición de la salud de las mujeres no cuidadoras y que conviven con una persona dependiente se encuentra la realización de actividades físicas o deportivas (Anexo, Tabla 14), la ingesta de alcohol (Anexo, Tabla 10), o el indicador sintético de apoyo social (Anexo, Tabla 12). Así mismo, otros hábitos como fumar (Anexo, Tabla 13), o las horas destinadas a dormir (Anexo, Tabla 15) no son factores que incidan en la evaluación que hacen este grupo de mujeres sobre su salud.

En lo que respecta a los varones no cuidadores que viven con una persona dependiente, el porcentaje de aquellos que manifiestan un estado de salud desfavorable es menor comparado con las mujeres (el 10,5% del género masculino frente al 32% del femenino), y mayor entre quienes tienen una percepción buena de la salud (el 56,5% frente al 36%) (Anexo, Tabla 1). Sus perfiles no son tan fácilmente definibles como en el caso de las mujeres puesto que su participación en las tareas de cuidado no se ha normativizado ni estereotipado en la misma medida que la de éstas, a pesar de que cada vez es mayor el número de hombres que comparten con otros familiares el cuidado de sus progenitores y descendencia.

Los determinantes para una buena percepción de la salud en los varones no cuidadores con una persona dependiente en el hogar se asemeja a la descrita en los varones no cuidadores y sin personas dependientes (Tabla 14; Gráfico 63a). El componente diferencial más significativo es el no padecer limitaciones que afecten a la realización de actividades de la vida diaria (Anexo, Tabla 2). A este factor le sigue muy de cerca en importancia el no consumo de medicamentos (Anexo, Tabla 6). De igual modo, son elementos asociados a una buena percepción de la salud; el no sufrir dolores o malestar (Anexo, Tabla 3), no sufrir ansiedad o depresión (Anexo, Tabla 7). También disponer de una buena salud mental (Anexo, Tabla 8), no sufrir enfermedades crónicas (Anexo, Tabla 4), y en el caso de padecerlas, que éstas no sean más de una dolencia grave (Anexo, Tabla 5). Respecto al estilo de vida, la práctica de actividades físicas desarrolladas ocasionalmente se vincula a hombres con un buen estado de salud subjetivo (Anexo, Tabla 9); y de igual modo actúa el no consumo de bebidas alcohólicas (Anexo, Tabla 10).

En el género masculino, variables como el Índice de Masa Corporal (Anexo, Tabla 11), el indicador sintético de apoyo social (Anexo, Tabla 12) no intervienen en la definición del estado de salud. El hábito de fumar tampoco establece grandes diferencias entre grupos (Anexo, Tabla 13), así como las horas destinadas a descansar (Anexo, Tabla 15).

### **3.4.2. Predictores de la percepción de la salud en personas cuidadoras**

#### **3.4.2.1. Personas cuidadoras principales con apoyo<sup>9</sup>**

Los datos analizados indican que a mayor edad el estado subjetivo de salud empeora. Sin embargo, esta tendencia presenta matices al observar a las personas cuidadoras con apoyo. Por un lado, el empeoramiento de la percepción del estado de salud con la edad se ralentiza, manteniéndose constante en los diferentes grupos de edad. La única excepción es un incremento significativo del porcentaje de varones con mala salud en el grupo de edad más longevo. Así, el 9,3% de varones cuidadores con apoyo de 50 a 64 años y el 8,8% de 65 a 79 años perciben una mala salud, dato que aumenta hasta el 20% en los varones de 80 o más años (Anexo, Tabla 1). En las mujeres cuidadoras con apoyo, la tendencia es similar siendo el 21,5%, el 22,2% y el 19,2% respectivamente.

---

<sup>9</sup> En el análisis que aquí se presenta se incluye a ambos tipos de cuidadores, tanto a los principales como a los que reciben apoyo en el cuidado de una persona dependiente. La escasa muestra disponible en el caso de los hombres obliga a presentar los resultados sin distinguir por cuestión de edad.

En lo que respecta a las personas que admiten un buen estado de salud, la tendencia por edad varía en función del sexo. El porcentaje de varones cuidadores con apoyo que declaran tener buena salud, decrece con la edad; 75,4% para el grupo 50-64, el 57,9% para el grupo 65-79, y el 32% para el grupo de 80 y más. En las mujeres, por el contrario, se observa una tendencia más constante; a pesar de un descenso de efectivos que afirman buena salud de 65 a 79 años, el 33,3%, cuatro de cada diez mujeres cuidadoras goza de buena salud: el 44,6% de 50 a 64 años y el 42,3% de 80 o más años.

De este modo, puede afirmarse que las personas que cuidan de una persona dependiente presentan mejores niveles de salud que quienes no son cuidadoras. Por otro lado, las diferencias por género apuntan que, aunque la población masculina de 50 y más años presenta mejores niveles de salud comparados con las mujeres, la tendencia se invierte en los varones cuidadores, en especial en las edades longevas.

Igual que sucedía con las personas no cuidadoras, los elementos que más influyen sobre la percepción de un buen estado de salud de las personas cuidadoras (Tabla 15) son el no padecimiento de limitaciones para la realización de las actividades diarias (Anexo, Tabla 2) y el no sufrimiento de dolor o malestar (Anexo, Tabla 3). Si bien en las mujeres cuidadoras se repite la misma pauta que en el resto de grupos poblacionales (Gráfico 64b), las restricciones físicas presentan mayor peso en la determinación del estado subjetivo de salud que el padecimiento de dolores; en los varones se presenta de manera inversa, siendo el padecimiento de dolor más destacable que las limitaciones físicas (Gráfico 63b).

**Tabla 15.** Resumen de los determinantes, por orden de significación, del estado de salud en personas cuidadoras con apoyo, por género y edad

Hombres - Todas las edades	Mujeres - Todas las edades
Calidad de vida: dolor o malestar (D de Somers: -0,423)	Limitación de las actividades diarias (D de Somers: -0,538)
Limitación de las actividades diarias (D de Somers: -0,396)	Calidad de vida: dolor o malestar (D de Somers: -0,452)
Padecimiento de enfermedades crónicas (D de Somers: -0,363)	Calidad de vida: ansiedad o depresión (D de Somers: -0,375)
Número de enfermedades crónicas padecidas (D de Somers: -0,275)	Padecimiento de enfermedades crónicas (D de Somers: -0,33)
Indicador sintético de salud mental (D de Somers: 0,248)	indicador sintético de salud mental (D de Somers: 0,31)
Consumo de medicamentos (D de Somers: 0,234)	Número de enfermedades crónicas padecidas (D de Somers: -0,285)
	Horas de sueño (D de Somers: 0,22)
	Consumo de medicamentos (D de Somers: 0,171)
	Indicador sintético de apoyo social (D de Somers: 0,083)

Fuente: ENSE, 2011-12

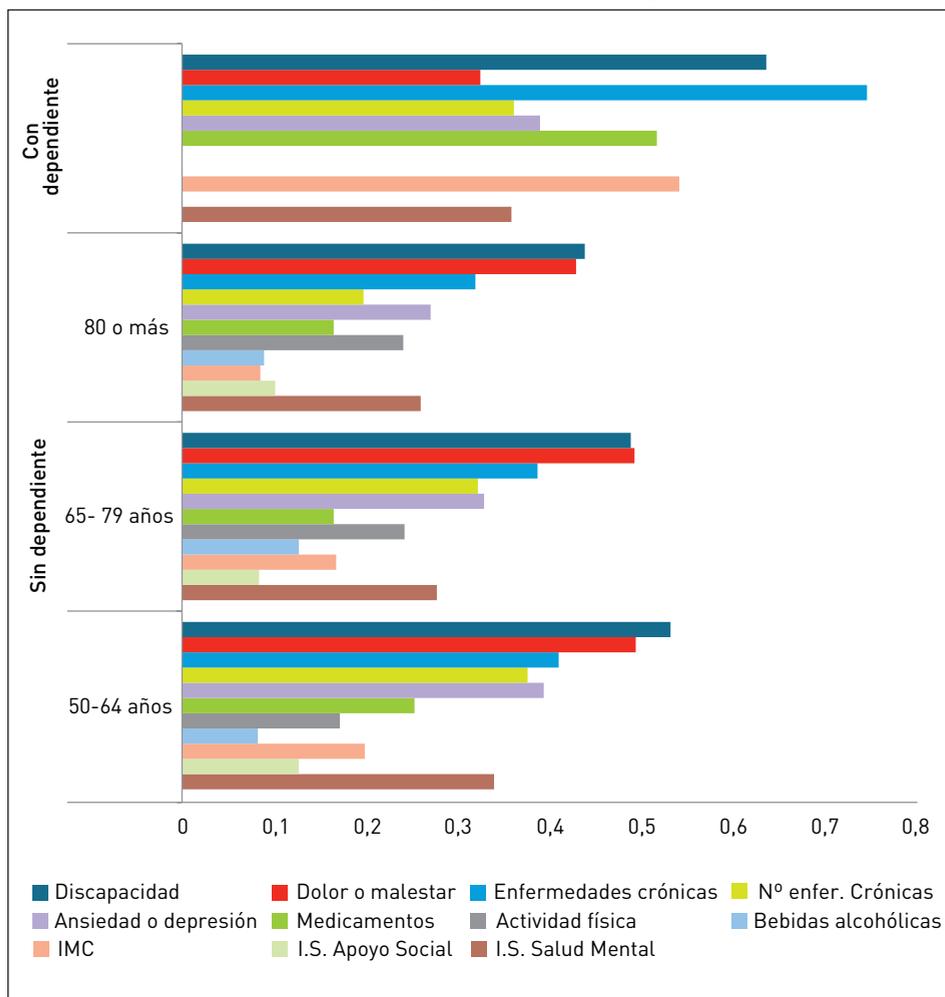
Centrándonos en los hombres cuidadores, el factor más determinante de una buena o mala salud autopercibida es el padecimiento de dolor o malestar (Anexo, Tabla 3). Tras este elemento aparece el padecimiento de limitaciones que impiden realizar las actividades de la vida diaria (Anexo, Tabla 2). Una tercera variable predictora en los varones cuidadores es el padecimiento de enfermedades crónicas (Anexo, Tabla 4) y el número de enfermedades crónicas padecidas (Anexo, Tabla 5), que indica que quienes padecen más de dos dolencias de larga duración presentan un estado subjetivo de salud regular.

A diferencia de lo que veíamos en el grupo de varones no cuidadores, el estado psicológico de los hombres que cuidan sí que está correlacionado con la evaluación que hacen de sus condiciones generales de salud, como muestra el estadístico asociado al indicador sintético de salud mental (Tabla 15). Mientras el 94,4% de varones con buena salud mental también goza de buena salud subjetiva, sólo el 50% de quienes

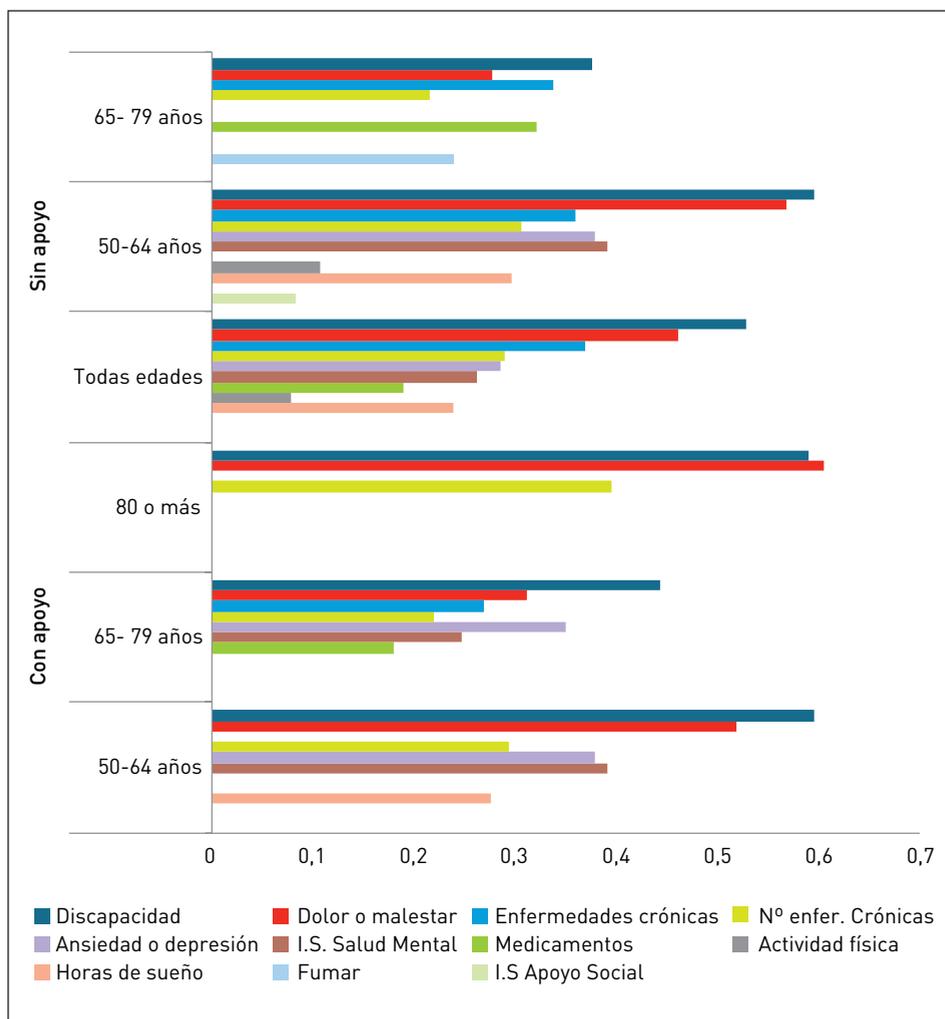
alegan una mala salud presenta unas condiciones psicológicas favorables (Anexo, Tabla 8). Finalmente, el consumo de medicamentos emerge como factor a tener en cuenta en la definición de la salud de los hombres cuidadores (Anexo, Tabla 6).

**Gráfico 64.** Variables influyentes en la salud autopercebida de las mujeres cuidadoras y no cuidadoras por grupos de edad. España, 2011-12

**a) Mujeres no cuidadoras con y sin dependiente en el hogar**



## b) Mujeres cuidadoras con y sin apoyo



Fuente: ENSE, 2011-12

El resto de variables analizadas no mantienen una relación estadísticamente significativa con el estado de salud de los hombres cuidadores (Gráfico 64b). Es el caso de las horas destinadas al descanso (Anexo, Tabla 15), del indicador sintético de apoyo social (Anexo, Tabla 12) o del tabaquismo (Anexo, Tabla 13), que sin embargo, y como se verá a continuación, sí repercuten en la valoración que hacen las mujeres cuidadoras de su salud.

El hecho de que la inmensa mayoría de personas cuidadoras de la población mayor dependiente en España sean mujeres, y que por ello dispongamos de una muestra mayor de cuidadoras principales sin apoyo, permite desagregar estos resultados por grupos de edad (Tabla 16). Los elementos que más condicionan la valoración de la salud de las mujeres de 50 a 64 años son las limitaciones físicas para la realización de actividades cotidianas (Anexo, Tabla 2) así como el padecimiento de dolor (Anexo, Tabla 3). A diferencia de los determinantes significativos para la salud en mujeres no cuidadoras, y al igual que sucede con los varones, la salud mental aparece como un elemento clave, el tercero en importancia según los indicadores estadísticos utilizados (Anexo, Tabla 8). Relacionado con esto, el cuarto elemento que más influye en la percepción de la salud de estas mujeres es el padecimiento de ansiedad o depresión (Anexo, Tabla 7). A estos factores le siguen otros relacionados con las enfermedades crónicas: por un lado, su padecimiento o no (Anexo, Tabla 4); y por el otro, el número de dolencias que se sobrellevan (Anexo, Tabla 5). La última variable significativa para la definición de una buena salud en este grupo poblacional son las horas destinadas al descanso (Anexo, Tabla 15) que se vincula una buena salud con dedicar ocho o más horas a dormir.

Las mujeres cuidadoras de 65 a 79 años protagonizan una pauta semejante a la descrita anteriormente (Tabla 16). Una vez más, el no padecimiento de limitaciones que impidan realizar las actividades de la vida diaria se configura como el elemento más importante (Anexo, Tabla 2). No obstante, a diferencia de las mujeres del grupo de edad anterior y de las personas no cuidadoras, la segunda variable pronosticadora para una valoración positiva es no sentir ansiedad o depresión (Anexo, Tabla 7). Así mismo, el no sufrir dolor o malestar se configura como el tercer factor condicionante (Anexo, Tabla 6). A este elemento de tipo subjetivo le sigue el indicador sintético de salud mental que ocupa el quinto lugar (Anexo, Tabla 8). El padecimiento de dolencias crónicas (Anexo, Tabla 4) y el número de ellas que se sobrellevan (Anexo, Tabla 5) influyen también en la valoración del estado de salud. También el consumo de medicamentos interviene en la evaluación de la salud propia (Anexo, Tabla 6).

Finalmente, en la valoración subjetiva del estado de salud de las mujeres cuidadoras de 80 o más años únicamente intervienen de manera estadísticamente significativa tres variables (Tabla 16). La primera, el padecimiento de dolor o malestar (Anexo, Tabla 4). La segunda, la limitación en las actividades de la vida diaria (Anexo, Tabla 2). Y finalmente, dado que el padecimiento de dolencias crónicas se generaliza a edades avanzadas, el número de enfermedades diagnosticadas de este tipo (Anexo, Tabla 5).

**Tabla 16.** Resumen de los determinantes, por orden de significación, del estado de salud en mujeres cuidadoras con apoyo, por grupos de edad

Mujeres 50- 64 años	Mujeres 65-79 años	Mujeres 80 o más años
Limitación de las actividades diarias (D de Somers: -0,596)	Limitación de las actividades diarias (D de Somers: -0,443)	Calidad de vida: dolor o malestar (D de Somers: -0,605)
Calidad de vida: dolor o malestar (D de Somers: -0,519)	Calidad de vida: ansiedad o depresión (D de Somers: -0,351)	Limitación de las actividades diarias (D de Somers: -0,591)
Indicador sintético de salud mental ((D de Somers: -0,392)	Calidad de vida: dolor o malestar (D de Somers: -0,312)	Número de enfermedades crónicas padecidas (D de Somers: -0,396)
Calidad de vida: ansiedad o depresión (D de Somers: -0,379)	Padecimiento de enfermedades crónicas (D de Somers: 0,269)	
Padecimiento de enfermedades crónicas (D de Somers: 0, 365)	indicador sintético de salud mental (D de Somers: -0,247)	
Número de enfermedades crónicas padecidas (D de Somers: 0,294)	Número de enfermedades crónicas padecidas (D de Somers: -0,22)	
Horas de sueño (D de Somers: 0,276)	Consumo de medicamentos (D de Somers: 0,185)	

Fuente: ENSE, 2011-12

### 3.4.2.2. *Personas cuidadoras principales sin apoyo*<sup>10</sup>

El estado subjetivo de salud de las personas cuidadoras principales sin apoyo presenta una tendencia contraria a la vista hasta el momento: la percepción de la mala salud disminuye tal y como se incrementa la edad, aumentando las evaluaciones “regulares” a un ritmo moderado en el caso de los varones y las valoraciones positivas en las

<sup>10</sup> Si bien a lo largo del estudio se ha diferenciado a las personas no cuidadoras con una persona dependiente en el hogar según el sexo y el grupo de edad de pertenencia, los resultados que aquí se presentan se centran únicamente en las divergencias de género. No existen suficientes casos para presentar los resultados de este grupo por grupos de edad.

En el análisis que aquí se presenta se incluye a ambos tipos de cuidadores, tanto a los principales como a los que reciben apoyo en el cuidado de una persona dependiente. La escasa muestra disponible en el caso de los hombres obliga a presentar los resultados sin distinguir por cuestión de edad. El análisis que a continuación se presenta comprende únicamente a las personas que ejercen de cuidadores principales sin ningún tipo de apoyo. Se trata de una submuestra extraída del análisis anterior en el que se elude a las personas cuidadoras que reciben ayuda en el cuidado de una persona dependiente. Dada la limitación de la muestra en el caso de los varones sus resultados se presentan sin distinción de edad (son un total de 63 individuos). En el caso de las mujeres, además de mostrar datos globales se especifican por grupos de edad a excepción de 80 o más años donde el número de efectivos no permite realizar un análisis binario correcto (son un total de 8 mujeres).

mujeres. Así, observando a los hombres, si de 50 a 64 años el 21,7% alega una mala salud, el 26,1% una salud regular y el 52,2% una mala salud; de 65 a 79 años son, respectivamente, el 9,4%, el 34,4% y el 56,3%; y con más de 80 años suponen el 87,5% con una salud regular y el 12,5% de buena salud, sin casos que efectúen evaluaciones negativas (Anexo, Tabla 1). En las mujeres, la mala salud aglutina al 18,8% de 50 a 64 años, al 18,7% de 65 a 79 años, y al 12,5%; en una salud regular se incluye el 36,6%, el 48% y el 37,5% respectivamente en los grupos de edad; y afirman disponer de una buena salud el 44,6%, el 33,3% y el 50%.

En el caso del género masculino, el principal determinante de la percepción del estado de salud es el consumo de bebidas alcohólicas durante el último año (Tabla 17, Gráfico 64b). Este hecho resulta llamativo puesto que es una variable que no se ha asociado a la valoración subjetiva de la salud en los otros grupos poblacionales analizados. Según los resultados obtenidos, una buena salud se vincula a la no ingesta de alcohol y, a la inversa, su consumo está correlacionado con un estado de salud subjetivo malo. De hecho, no toman bebidas alcohólicas el 74,1% de quienes valoran su salud como buena y sólo el 16,7% de mala salud (Anexo Tabla 10); y por el contrario, las ingieren el 28,6% y el 83,3% respectivamente.

El segundo elemento que influye en la valoración de los cuidadores principales es el padecimiento de limitaciones que impidan el desarrollo de las actividades diarias (Anexo, Tabla 2); y en tercer lugar no sufrir dolor o malestar (Anexo, Tabla 3). Así mismo, el padecimiento de enfermedades crónicas (Anexo, Tabla 4) y el número de dolencias de este tipo que se tienen (Anexo, Tabla 5) también aparecen como variables predictoras de una buena percepción de la salud según los resultados. Finalmente, un buen estado de salud en los hombres cuidadores se vincula a un buen estado de salud mental (Anexo, Tabla 8).

**Tabla 17.** Resumen de los determinantes, por orden de significación, del estado de salud en personas cuidadoras sin apoyo por sexo

Hombres	Mujeres
Consumo de bebidas alcohólicas (D de Somers: 0,523)	Limitación de las actividades diarias (D de Somers: -0,529)
Limitación de las actividades diarias (D de Somers: -0,474)	Calidad de vida: dolor o malestar (D de Somers: -0,462)
Calidad de vida: dolor o malestar (D de Somers: -0,461)	Padecimiento de enfermedades crónicas (D de Somers: 0,37)
Padecimiento de enfermedades crónicas (D de Somers: -0,46)	Número de enfermedades crónicas padecidas (D de Somers: 0,29)
Número de enfermedades crónicas padecidas (D de Somers: -0,302)	Calidad de vida: ansiedad o depresión (D de Somers: -0,286)
Indicador sintético de salud mental (D de Somers: 0,293)	Indicador sintético de salud mental (D de Somers: 0,263)
	Horas de sueño (D de Somers: -0,239)
	Consumo de medicamentos (D de Somers: 0,18)
	Indicador sintético de apoyo social (D de Somers: 0,083)
	Práctica de actividad física (D de Somers: -0,079)

Fuente: ENSE, 2011-12

Tomando a todas las mujeres cuidadoras (Gráfico 64b), independientemente de su edad, el elemento clave para pronosticar un buen estado de salud es el no padecimiento de limitaciones físicas que restrinjan las actividades de la vida diaria (Tabla 17) (Anexo, Tabla 2). Por edades, no sufren restricciones físicas el 97,7% de mujeres con buena salud y el 10,5% de mala salud de 50 a 64 años (Tabla 18), así como el 88% y el 35,7% respectivamente de 65 a 79 años. Por tanto, este elemento pierde potencial predictivo del estado de salud a medida que la edad aumenta, en detrimento de otras variables que incrementan su significatividad. El segundo componente que determina el estado de salud en las mujeres cuidadoras principales es el padecimiento de dolor o malestar (Anexo, Tabla 3), a pesar de que presenta una tendencia similar a las restricciones de la vida diaria, disminuyendo su dominio al incrementarse la edad (Tabla 18).

A pesar de contar con estos dos elementos comunes y principales para la determinación del estado subjetivo de salud en las mujeres cuidadoras sin ayuda, el grupo de edad de pertenencia intensifica o atenúa la influencia de otras variables, así como su orden de relevancia (Gráfico 64b). Teniendo en cuenta la totalidad de las mujeres cuidadoras sin apoyo (Tabla 17), el tercer componente para pronosticar un buen estado de salud es el padecimiento de enfermedades crónicas (Anexo, Tabla 4) y el número de dolencias de este tipo con las que se convive (Anexo, Tabla 5). La sensación de ansiedad o depresión se erige como quinto elemento que condiciona la salud subjetiva (Anexo, Tabla 7); y en la misma línea, se presenta el estado mental de salud (Anexo, Tabla 8).

La séptima variable que interviene en la determinación de la salud de las mujeres cuidadoras sin apoyo son las horas destinadas al descanso (Anexo, Tabla 15). El consumo de medicamentos también influye sobre la autovaloración de la salud de las mujeres cuidadoras principales (Anexo, Tabla 6), así como el indicador sintético de apoyo social (Anexo, Tabla 12) y la frecuencia con la que se realizan actividades físicas o deportivas (Anexo, Tabla 9).

Por grupos de edad específicos, en las cuidadoras sin apoyo de 50 a 64 años, tras el padecimiento de limitaciones físicas y de dolor o malestar (Tabla 18), se configuran como elementos determinantes de su estado subjetivo de salud el indicador sintético de salud mental (Anexo, Tabla 8) y la sensación de ansiedad o depresión (Anexo, Tabla 7). El padecimiento de enfermedades crónicas (Anexo, Tabla 4) y el número de dolencias de este tipo que se sufren (Anexo, Tabla 5) también influye en la valoración del estado de salud. Un componente de especial importancia en las mujeres cuidadoras sin apoyo son las horas de sueño (Anexo, Tabla 15). Finalmente, como variable significativa y asociada al estado de salud de estas mujeres cuidadoras se haya la frecuencia con la que se realizan actividades físicas y deportivas (Anexo, Tabla 9).

**Tabla 18.** Resumen de los determinantes, por orden de significación, del estado de salud en mujeres cuidadoras sin apoyo, de 50-64 años y 65-79 años

Mujeres 50-64 años	Mujeres 65-79 años
Limitación de las actividades diarias (D de Somers: -0,596)	Limitación de las actividades diarias (D de Somers: -0,377)
Calidad de vida: dolor o malestar (D de Somers: -0,568)	Padecimiento de enfermedades crónicas (D de Somers: 0,338)
Indicador sintético de salud mental (D de Somers: -0,392)	Consumo de medicamentos (D de Somers: 0,312)
Calidad de vida: ansiedad o depresión (D de Somers: 0,379)	Calidad de vida: dolor o malestar (D de Somers: -0,278)
Padecimiento de enfermedades crónicas (D de Somers: 0,36)	Fumar (D de Somers: -0,239)
Número de enfermedades crónicas padecidas (D de Somers: 0,306)	Número de enfermedades crónicas padecidas (D de Somers: 0,216)
Horas de sueño (D de Somers: 0,297)	
Práctica de actividad física (D de Somers: 0,107)	

Fuente: ENSE, 2011-12

En las mujeres cuidadoras de 65 a 79 años, el segundo componente para la autoevaluación de un buen estado de salud (Tabla 18), por delante del sufrimiento de dolor o malestar, es el padecimiento de dolencias crónicas (Anexo, Tabla 4). La tercera variable pronosticadora del estado de salud es el consumo de medicamentos (Anexo, Tabla 6), aspecto que se diferencia con el resto de grupos poblacionales de cuidadores principales donde esta variable no aparece como determinante de la percepción del estado de salud. A éste le sigue el hábito de fumar (Anexo, Tabla 13), que asocia no haber fumado nunca con un estado de salud bueno. Finalmente, el número de dolencias crónicas que también influye en la percepción del estado de salud de las mujeres cuidadoras sin apoyo (Anexo, Tabla 5).

### 3.4.3. Principales resultados de los predictores de la percepción de la salud

Son varias las conclusiones que se extraen del análisis de los predictores de la percepción de la salud. La primera, y más destacable, es la existencia de factores predictores comunes en todas las edades, ambos géneros e independientemente del rol desempeñado respecto a los cuidados, a pesar de su variada intensidad según sexo y edad. Padecer limitaciones que afectan a la realización de las actividades de la vida diaria así como sufrir enfermedades crónicas o sentir dolor y malestar son variables pronosticadoras del estado subjetivo de la salud.

Una segunda conclusión se centra en las divergencias de género. Primero, el número de elementos que influyen en la salud autopercebida de las mujeres, cuidadoras o no cuidadoras, es mayor que entre los varones, hecho observable en todos los grupos de edad. Segundo, en aquellos determinantes del estado de salud comunes a ambos géneros, la intensidad de la asociación tiene más peso en las mujeres, como es el caso de padecer dolor o malestar. Y tercero; existen importantes diferencias en los factores que pronostican la salud autopercebida de hombres y mujeres. Los factores más “subjetivos” condicionan en mayor medida la salud femenina, mientras que aquellos clasificados como “objetivos” están más asociados al estado de salud de la población masculina. Por ejemplo, en las personas no cuidadoras que no conviven con una persona dependiente el consumo de fármacos se presenta como elemento central a la hora de evaluar la salud propia de los varones, mientras que para las mujeres tienen mayor poder pronosticador el no padecer ansiedad o depresión o el estado de salud mental.

Otra de las conclusiones de este análisis es que en la determinación del estado de salud influyen de manera especial aquellas variables catalogadas por este estudio como variables de salud objetiva y subjetiva, en detrimento de las que conforman los hábitos de vida y los indicadores sintéticos. Así, elementos como la ingesta de alcohol y tabaco, las horas destinadas a dormir y el indicador de apoyo social no intervienen en la definición del estado de salud de las personas no cuidadoras que no cohabitan con una persona dependiente. Además, en este caso también encontramos diferencias de género. Para las personas no cuidadoras que no viven con una persona dependiente, factores como el tabaquismo, el índice de masa corporal o el indicador de apoyo social no se muestran como determinantes del estado de salud en el caso de los varones, mientras que en las mujeres sí que presentan una asociación significativa. En el caso del consumo de fármacos, para los varones supone un elemento central a la hora de evaluar la salud propia como buena o mala, mientras que para las mujeres existen otros elementos de mayor relevancia como son no padecer ansiedad o depresión o el estado de salud mental.

En las personas que no cuidan y conviven con una persona dependiente, se observa que el valor de los estadísticos asociados a la percepción de la salud son de mayor magnitud que en el caso de las mujeres. Además, en ambos casos, la variable predictora para gozar de una buena percepción de la salud es el no padecimiento de limitaciones en las actividades de la vida diaria; al que se suma, en el caso de las mujeres, el no padecer enfermedades crónicas, y en los varones el no consumir de manera

continuada medicamentos. Así mismo, es de destacar el peso que tiene el indicador de masa corporal para el género femenino siendo el único grupo poblacional donde tiene tanta influencia. La percepción de las mujeres sobre la obesidad es mayor que en los varones, lo que refleja un mayor interés y preocupación por su peso y, por ende, por su estado de salud.

Al igual que sucede con las personas no cuidadoras, son las variables que se refieren las condiciones físicas las que más determinan la percepción del estado de salud: el padecimiento de enfermedades crónicas o de dolor o malestar así como de limitaciones en las actividades diarias. Sin embargo, en las personas cuidadoras, a diferencia de las no cuidadoras, aquellas condiciones relacionadas con lo psicológico y emocional toman relevancia. Es el caso del índice de salud mental, del padecimiento de ansiedad o depresión o del sentimiento de apoyo social, que condicionan el estado de salud especialmente en las mujeres y en algunos grupos de edad (50- 79 años). A su vez, determinados hábitos como las horas de descanso, en las mujeres de 50 a 64 años, y el consumo de tabaco, en las mujeres de 65 a 79 años, también aparecen como factores pronosticadores de la salud en las personas cuidadoras.

Finalmente, coincidiendo con los resultados mostrados por las personas no cuidadoras, tanto las limitaciones en la vida diaria como el padecimiento de dolor o malestar aparecen como elementos clave que condicionan la salud de las personas cuidadoras, en concreto de las cuidadoras principales. A estos factores se añade también, y para ambos géneros, el padecimiento de enfermedades crónicas. Lo que diferencia los perfiles de las personas cuidadoras y no cuidadoras es la importancia que para las primeras tienen las variables relacionadas con lo emocional o psicológico; sentimiento de ansiedad o depresión, el indicador sintético de salud mental o el de apoyo social. Además existen ciertos elementos propios para cada grupo de cuidadores principales. En el caso de los varones, un elemento clave es la ingesta de alcohol, que puede interpretarse como un mal estado de salud mental. En las mujeres cuidadoras principales de 50 a 64 años, las horas destinadas al descanso aparecen como el elemento central; y de 65 a 79 años, el consumo de tabaco.

## 4. CONCLUSIONES

El trabajo desarrollado dentro del proyecto *Salud en la vida adulta y su relación con el envejecimiento saludable: Tendencias actuales, oportunidades y retos futuros en España*, ha tenido como objetivo analizar el estado de salud de la población española de 50 o más años. El trabajo se ha desarrollado a través de tres líneas de estudio complementarias; una comparativa internacional que situase a España dentro del contexto europeo; otra, dirigida a conocer las especificidades de la realidad española seleccionando diversos grupos de población, en función de los roles que ocupan las personas de 50 y más años dentro de la dinámica de cuidado: población adulta dependiente, cuidadores y no cuidadores; y una última, encaminada a establecer los elementos que condicionan el estado de salud autopercebida de cada uno de esos grupos de población.

Las dimensiones clave que se han explorado como condicionantes de la salud autopercebida han sido; la limitación en las actividades diarias por problemas de salud, el padecimiento de dolor o malestar y la sensación de ansiedad o depresión como indicadores de salud subjetiva; el número de enfermedades crónicas y el consumo de fármacos como indicador del estado de salud objetivo. A esta comparación de doble aproximación a la salud, se han añadido los hábitos de vida saludables, en concreto el tabaquismo, la actividad física y la ingesta de alcohol y las horas destinadas al descanso; e indicadores sintéticos relacionados con la salud; índice de masa corporal, índice sintético de salud mental e índice de apoyo social funcional.

En lo que respecta a la percepción que la población española tiene sobre su estado de salud, se observa que existen variaciones reseñables por sexo y edad. Los hombres evalúan de una forma más positiva sus condiciones físicas y cognitivas que las mujeres, y ambos ofrecen peores valoraciones a medida que la edad avanza. Por un lado,

la mayor longevidad de las mujeres y la mayor propensión de éstas a padecer patologías altamente discapacitantes como enfermedades osteomusculares y algunas enfermedades mentales y del sistema nervioso, hacen que esa prevalencia de discapacidad entre la población femenina quede reflejada en la valoración que hacen de su estado de salud. Ese efecto de la discapacidad sobre la salud autopercebida explicaría también la tendencia en función de la edad; el proceso de envejecimiento biológico conlleva el deterioro del organismo y la aparición de dolencias, que afectan negativamente a la evaluación de las condiciones funcionales del individuo. En líneas generales, estas tendencias por sexo y edad se aprecian en la mayoría de países europeos, encontrándose la principal diferencia en la proporción de personas que consideran que gozan de un muy buen estado de salud.

Los resultados de este estudio permiten situar a España dentro del contexto europeo, concluyendo que se encuentra entre los países con el porcentaje más elevado de personas de 50 o más años que valoran negativamente su estado de salud. Por el contrario, son los países del norte y oeste, principalmente Suecia, Dinamarca y Países Bajos, donde encontramos una mayor proporción de población que declara un estado de salud excelente.

En lo relativo a las especificidades del contexto español, y teniendo en cuenta los roles que se desempeñan dentro de los flujos de cuidado, se pueden observar importantes diferencias de género en la salud autopercebida de población cuidadora y no cuidadora. Los hombres que cuidan en solitario evalúan su salud de una manera muy similar a las mujeres cuidadoras —independientemente de que cuenten con ayuda adicional de otros cuidadores— es decir; de una manera negativa. En comparación, los hombres que cuidan con ayuda de otras personas perciben un mejor estado de salud. Probablemente esto se debe a las diferentes tareas que asumen hombres y mujeres como cuidadores, ya que son ellas quienes normalmente llevan el peso de la actividad, asumiendo las tareas que exigen mayor dedicación y tiempo, sobre todo en relación al cuidado personal y las rutinas diarias, lo cual incide de una manera más evidente en su estado de salud.

También se han observado diferencias por edad en la salud percibida en función del rol que se ocupa en las dinámicas de cuidado. Las personas de 50-64 años al cuidado de algún adulto dependiente perciben peor su salud, sobre todo si son cuidadores en solitario, en comparación con los no cuidadores. Sin embargo, en los grupos de mayor edad el patrón cambia y son los cuidadores los que perciben mejor su salud que

los no cuidadores. Esto se debe, posiblemente, a un efecto de “selección” de los cuidadores a partir de los 70 años. En los grupos de edad donde las enfermedades comienzan a agravarse, se multiplica el número de dolencias y las limitaciones en las actividades de la vida diaria empiezan a notarse, las personas que se hacen cargo del cuidado de otros son aquellas que presentan un mejor perfil sanitario y tienen las capacidades físicas y cognitivas para desarrollar esta tarea. De ahí que su evaluación del estado de salud sea mejor que el de aquellos que no cuidan a ningún adulto dependiente. A su vez, los resultados también pueden atribuirse a un efecto de “generación” asociado al cambio de valores respecto a la responsabilidad del cuidado, juzgándose, en consecuencia, de forma distinta las capacidades propias para hacerse cargo de esta tarea.

Dado que el estado de salud autopercebido se ha demostrado como un excelente indicador de la salud objetiva, al estar estrechamente relacionado con la aparición de impedimentos y dolencias, no es extraño que las tendencias observadas por sexo y edad en la percepción del estado de salud —peor en las mujeres y en las edades avanzadas—, sean las mismas en el caso de las enfermedades crónicas. El porcentaje de población que presenta multimorbilidad, dos o más enfermedades crónicas diagnosticadas, también aumenta entre las mujeres y a medida que la edad avanza. Por el contrario, la población masculina muestra mayores porcentajes sin ninguna enfermedad crónica diagnosticada. Comparando los datos españoles con los de otros países europeos se han observado porcentajes muy altos de población con más de dos enfermedades crónicas, siempre por encima de la media europea. En lo que respecta a la población de 50 o más años sin enfermedades crónicas, el porcentaje en España es especialmente alto sobre todo en los grupos de edad de 50-64 años y de 65-79. En el grupo de mayor edad, 80 o más años, se acerca bastante a la media del continente. En lo que respecta al número de enfermedades crónicas de los distintos grupos de población dentro de España, los cuidadores presentan un mayor porcentaje de enfermedades crónicas que los no cuidadores en todos los grupos de edad y ambos sexos.

En España encontramos grandes diferencias en los hábitos relacionados con la salud como el tabaquismo y el consumo de alcohol. Los hombres de 50 o más años han consumido y consumen tabaco y también beben en mayor proporción que la población femenina de la misma edad. Aun así, se ha observado que el comportamiento de las mujeres en las edades más jóvenes, 50-64 años está cambiando asemejándose cada vez más al de los varones, al adoptar hábitos tradicionalmente asociados con el género masculino. Aun así, el porcentaje de población femenina de 50 o más años fumadora o

exfumadora en España, sobre todo en las edades por encima de los 65 años, se sitúa por debajo de la media europea. Esto se debe, probablemente, a que el hábito tabáquico fue adquirido por las mujeres españolas más tarde que en otros países europeos como Suecia o Dinamarca. De hecho, como mostraron los resultados, los porcentajes comienzan a equilibrarse en las edades entre los 50 y los 64 años.

Finalmente, los indicadores sintéticos muestran la relevancia que toman los aspectos emocionales y psicológicos en la salud de las personas. Los datos indican que, en general, los españoles gozan de una buena salud mental, a pesar que ésta es mejor en los varones, y que las personas cuidadoras no sólo se sienten peor anímicamente sino que también autoperciben un menor apoyo social, y mayor padecimiento de ansiedad o estrés, lo que les resta salud y, por ende, bienestar y calidad de vida. De este modo, queda patente que el apoyo social debe concebirse dentro de los determinantes de la salud dadas las diferencias que aglutina en función del sexo y la edad, pero especialmente entre personas cuidadoras y no cuidadoras, dadas las necesarias vinculaciones que las personas cuidadoras, y en especial las que lo hacen solas, precisan del entorno externo y próximo que les aporten mejores niveles de calidad y bienestar de vida.

Los elementos que condicionan un buen estado de salud autopercebida varían en relación al sexo, la edad y el rol de cuidador desempeñado. Así, existen determinados aspectos que distinguen de manera significativa aquellas personas que presentan buenos niveles de salud subjetiva, de aquellas que la valoran como negativa. Por ejemplo, el número de elementos que influyen en la salud autopercebida de las mujeres es mayor que entre los varones, hecho que acontece en todos los grupos de cuidadores y no cuidadores y, además existe una clara referencia en su origen siendo los elementos que se definen como subjetivos más condicionantes de la salud femenina y aquellos clasificados como "objetivos" más pronosticadores de la salud masculina. Así, elementos como las horas destinadas al descanso, el índice de masa corporal y el indicador de apoyo social que en los varones no se presentan como determinantes del estado de salud, en las mujeres ejercen una visible influencia.

Padecer limitaciones que afectan a la realización de las actividades de la vida diaria, así como sufrir enfermedades crónicas o sentir dolor y malestar, son variables que pronostican el estado subjetivo de la salud, comunes a todos los grupos analizados, sean estos cuidadores o no cuidadores, y con una fuerte influencia en la valoración de la propia salud.

Además, entre las personas no cuidadoras que no viven con una persona dependiente, se incluyen también el consumo de medicamentos, no sentirse deprimido o ansioso, tener una buena salud mental y realizar actividades físicas o deportivas. A estas variables, en el caso de las personas que no cuidan pero habitan con un dependiente se agregan, en los varones el no consumir de manera continuada fármacos y, el indicador de masa corporal para el género femenino siendo el único grupo poblacional donde es significativo.

En el caso de las personas que desarrollan las tareas del cuidado, solos o con apoyo, son al igual que en las personas no cuidadoras, los aspectos físicos de la salud los que mayor peso presentan en la valoración subjetiva de la salud, variables como el padecimiento de enfermedades crónicas o de dolor o malestar así como de limitaciones físicas. Los elementos diferenciadores respecto a quienes no cuidan se vinculan a lo psicológico y emocional como es el caso del índice de salud mental, del padecimiento de ansiedad o depresión o del sentimiento de apoyo social que condicionan el estado de salud; así como a determinados hábitos como las horas de descanso en las mujeres de 50 a 64 años y el consumo de tabaco en las que tienen de 65 a 79 años. Además existen ciertos elementos propios para cada grupo de cuidadores principales: en los varones, un elemento clave es la ingesta de alcohol; en las mujeres de 50 a 64 años, las horas destinadas al descanso; y de 65 a 79 años el consumo de tabaco clasifica a las mujeres con una percepción buena de su salud o una valoración negativa.



# REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almagiá, E. B. (2014). 'Apoyo social, estrés y salud'. *Psicología y Salud* 14(2):237-243.

Alonso, L. M., Otin Llop, R. y Rojos Rodes, J. (2003). "Factores psicológicos que afectan al estado físico". *Medicine-Program* 8(105): 5654-5664.

Andersson A, Levin, L.A. y Emtinger, B.G. (2002). "The economic burden of informal care". *International. International Journal og Technolgic Assesement in Health Care*. 18(1):46-54.

Artazcoz, L., Moya, C., Vanaclocha, H., y Pont, P. (2004). "La salud de las personas adultas". *Gaceta Sanitaria* 18:56-68.

Azpiazu Garrido, M., Cruz Jentoft, A. Villagrasa Ferrer, J. R., Abanades Herranz, J. C., García Marín, N. y Alvear Valero de Bernabé, F. (2002). "Factores asociados a mal estado de salud percibido la mala calidad de vida en personas mayores de 65 años". *Revista Española de Salud Pública* 76(6):683-699.

Blancas Peral, F., Contreras Rubio, I. y Ramírez Hurtado, J. M. (2011). "Una Construcción de indicadores sintéticos: Una aproximación para maximizar la discriminación." *Anales de ASEPUMA* 19:1-23.

Blanes, A. (2007). *La transición epidemiológica en España. Perfiles edad-causa de la mortalidad e impacto sobre la esperanza de vida*. PhD Thesis.

Blanes, L., Carmagnani, I. y Ferreira L. (2007). "Health-related quality of life of primary caregivers of persons with paraplegia". *Spinal Cord*, 45(6):399-403.

Bolin, K., Lindgren, B., y Lundborg, P. (2008). "Informal and formal care among single-living elderly in Europe". *Health economics* 17(3): 393-409.

Bowling, A. (2014). *Research methods in health: investigating health and health services*. McGraw-Hill Education (UK).

Branca, F., Nikogosian, H., y Lobstein, T. (2007). *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response: summary*. World Health Organization.

Buela C.G (2004). "El efecto del tiempo habitual del sueño sobre el estado de ánimo". *II Simposio Nacional de Depresión, Avances en la Evaluación y Tratamiento*. Instituto Europeo de Psicología Aplicada, La Laguna, 6, 7 y 8 de Mayo.

Casals, M., y Samper, D. (2004). "Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico: Estudio ITACA". *Revista de la Sociedad Española del Dolor* 11(5):260-269.

Castro, R., Campero, L., y Hernández, B. (1997). 'La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos'. *Revista de Saúde Pública* 31(4):425-435.

Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R., y Vaupel, J. W. (2009). "Ageing populations: the challenges ahead". *The Lancet*, 374(9696), 1196-1208. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61460-4

Escobar-Bravo, M. Á., Puga-González, D., y Martín-Baranera, M. (2012). "Protective effects of social networks on disability among older adults in Spain". *Archives of gerontology and geriatrics* 54(1):109-116.

Fernández de Larrinoa, P., Martínez, S., Ortiz, N., Carrasco M., Solobarrieta J. y Gómez I. (2011). "Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga". *Revista Psicothema*, 23(3):388- 393.

Fernández-Mayoralas, G. (Dir.) (2007): "El significado de la salud en la calidad de vida de los mayores". Informe Portal Mayores; 74.

Flores, N., Jenaro, C., Moro, L., & Tomşa, R. (2015). Salud y calidad de vida de cuidadores familiares y profesionales de personas mayores dependientes: estudio

comparativo. *European Journal of investigation in health, psychology and education*, 4(2).

Ferrando, J., Nebot, M., Borrell, C., y Egea, L. (1996). "Apoyo social y estado de salud percibido en población no institucionalizada de más de 60 años." *Gaceta Sanitaria*, 10(55):174-182.

Florenzano, R., Fullerton, C., Goldberg, D., Rezaki, M., Avreas, V., y Maier, W. (2006). *La relación entre enfermedades físicas y trastornos mentales en diferentes países. Organización Mundial de la Salud*.

Frenk, J. et al. (1991). "Elements for a Theory of the Health Transition". *Health Transition Review*, 1(1): 21-38.

García-Calvente, M. D. M., Mateo-Rodríguez, I., & Maroto-Navarro, G. (2004). "El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres". *Gaceta sanitaria*, 18, 83-92.

García-Calvente, M., del Río Lozano, M. y Marcos-Marcos, J. (2011). "Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España". *Gaceta sanitaria*, 25: 100-107.

Gómez Redondo, R. y Boe, C. (2005). "Decomposition Analysis of Spanish Life Expectancy at Birth: Evolution and Change in the Components by Sex and Age". *Demographic Research*, 13 (20): 521-546.

Gómez Redondo, R.; García González, J. M. y Faus-Bertomeu, A. (2014). "Changes in Mortality at Older Ages: the Case of Spain". En: Anson, Jon y Marc Luy (eds), *Mortality in an International Perspective*. Springer.

Gómez Redondo, R y Fernández-Carro, C. (2015). "Personas mayores, Discapacidad y Dependencia. Informe 2014 Las Personas Mayores en España". Colección Documentos, Serie Documentos Estadísticos nº 22029, pp.290-332. Instituto de Mayores y Servicios Sociales, y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Gu, D.; Gomez-Redondo, R. y Dupre, M. E. (2015) "Studying Disability Trends in Aging Populations". *J Cross Cult Gerontol*, 30:21-49.

Gumà Lao, J. G. y Hueso, A. D. (2014). "¿Informa la salud autopercebida sobre las condiciones objetivas de salud? Algunas conclusiones a partir del análisis demográfico de microdatos de la Encuesta Nacional de Salud". *Estadística española* 56(183):61-76.

Group, The EuroQol (1990). "EuroQol-a new facility for the measurement of health-related quality of life." *Health policy* 16(3): 199-208.

Harschel, A. K.; Schaap, L. A.; Iwarsson, S.; Horstmann, V. y Tomsone, S. (2015). "Self-Rated Health Among Very Old People in European Countries An Explorative Study in Latvia and Sweden". *Gerontology and Geriatric Medicine*, 1, 2333721415598432.

Horiuchi, S. (1999). "Epidemiological transitions in human history". *Health and mortality: Issues of global concern*, 54-71.

Horiuchi, S. (2006). "Causes of Death Among the Oldest-old: Age Related Changes in the Cause of Death Distribution" En Robine, Jean-Marie, et al (eds.), *Human Longevity, Individual Life Duration and the Growth of the Oldest-Old Population*. Springer, The Netherlands: 215-235.

International Association for the Study of Pain (1986). *Classification of chronic pain descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. Seattle: IASP Press. Second Edition.

Instituto Nacional de Estadística (2012). *Metodología de la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012*. [en línea] <http://www.ine.es/metodologia/t15/t153041912.pdf>

Jagger, C., Gillies, C., Moscone, F., Cambois, E., Van Oyen, H., Nusselder, W. y Robine, J. M. (2009). "Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis." *The Lancet* 372:2124-2131.

Jurado, D., Bravo, L. M., Cerón, C., Guerrero, N., y Yépez-Ch, M. C. (2015). "Hábitos de vida y cáncer colorrectal: Un estudio de casos y controles en una población de ingresos medios y bajos". *Univ. salud* 17(1):7-17.

Kannisto, V. (2000). "Measuring the Compression of Mortality". *Demographic Research* 3:24-52.

Kannisto, V. (2001). "Mode and dispersion of the length of life". *Population* 13:159-171.

Lynn, P., y De Luca, G. (2013). "8 Sample Design in SHARE Wave Four." *SHARE Wave 4 Innovations & Methodology*, 74.

López Gil, M., Orueta, R., Gómez-Caro, S., Sánchez, A., Carmona, J., y Alonso, F. J. (2009). "El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud". *Revista Clínica de Medicina de Familia* 2(7): 332-339.

López-Silva, M. C., Sánchez de Enciso, M., Rodríguez-Fernández, M. C., y Vázquez-Seijas, E. (2007). "Cavidol: calidad de vida y dolor en atención primaria". *Revista de la sociedad Española del Dolor*, 14(1):9-19.

Manton, K.G. (1982). "Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population". *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 60 (2): 183-244.

Martín, J. J. M., del Amo, M. D. P. L., Mochón, L. G., Garrido, M. N. M., y Sánchez, F. J. (2009). "Análisis multinivel de la influencia de características individuales, capital social y privación en el estado de salud percibida en España". *XVI Encuentro de Economía Pública*, 5 y 6 de febrero de 2009.

Miñana, J. S. (2012). "Utilización de medicamentos en España y en Europa". *Atención Primaria* 44(6):335-347.

Mokkink, L. B., Terwee, C. B., Stratford, P. W., Alonso, J., Patrick, D. L., Riphagen, I., y De Vet, H. C. (2009). "Evaluation of the methodological quality of systematic reviews of health status measurement instruments". *Quality of Life Research* 18(3): 313-333.

Moreno, X.; Huerta, M. y Albala, C. (2014). "Autopercepción de salud general y mortalidad en adultos mayores". *Gaceta Sanitaria* 28(3): 246-252.

OECD (2014), *Health at a Glance: Europe 2014*, OECD Publishing. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2014-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en)

Olshansky, S. J. y Ault, B. A. (1986). "The Fourth Stage of the Epidemiologic Transition: The Age of the Delayed Degenerative Diseases". *The Milbank Quarterly* 64: 355-391.

Olshansky, S. J., Bruce A. C. y Douglas G. (1998). "Confronting the boundaries of human longevity". *American Scientist* 86:52-61.

Omran, A. R. (1971). "The Epidemiologic Transition: a Theory of the Epidemiology of Population Change". *Milbank Mem Fund Q*, 49: 509-583.

Omran, A. R. (1998) "The Epidemiologic Transition Theory Revisited Thirty Years Later". *World Health Statistics Quarterly* 51:207-217.

Ortiz-Moncada, R., Álvarez-Dardet, C., Miralles-Bueno, J. J., Ruíz-Cantero, M. T., Dal Re-Saavedra, M. A., Villar-Villalba, C. y Serra-Majem, L. (2011). "Determinantes sociales de sobrepeso y obesidad en España 2006". *Medicina Clínica* 137(15):678-684.

Palacios, P., Rodríguez, S. M., Marqués, N. O., Zabaleta, M. C., Eizaguirre, J. S., y Marroquín, I. G. (2011). "Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga". *Psicothema* 23(3): 388-393.

Pardo, L. S. (2002). "Consumo alcohólico en la población española". *Adicciones* 14(3):79-97.

Peeters, H., Debels, A., y Verpoorten, R. (2013). "Excluding institutionalized elderly from surveys: consequences for income and poverty statistics". *Social Indicators Research* 110(2):751-769.

Prieto-Flores, M. E., Fernández-Mayoralas, G., Rojo-Pérez, F., Lardiés-Bosque, R., Rodríguez-Rodríguez, V., Ahmed-Mohamed, K., y Rojo-Abuín, J. M. (2008). "Sociodemographic and health factors explaining emotional wellbeing as a quality of life domain of older people in Madrid, Spain: 2005". *Revista Española de Salud Pública*, 82(3):301-313.

Quilodrán, J. y Puga D. (2015). "Nuevas familias y apoyos en la vejez: escenarios posibles en México y España". *Revista Latinoamericana de Población* 8: 63-85.

Riveros, A., Cortazar-Palapa, J., Alcazar, F., y Sánchez-Sosa, J. J. (2005). 'Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales'. *International journal of clinical and health psychology* 5(3):445-462.

Robine, J-M. (2001). "Redefining the Stages of the Epidemiological Transition by a Study of the Dispersion of Life Spans: The Case of France". *Population* 13(1):173-194.

Rogers, R. A. y Hackenberg (1987). "Extending Epidemiologic Transition Theory: A New Stage". *Social Biology* 34:234-243.

Rogero García, Jesús (2009). "Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia", *Rev. Esp. Salud Pública* 3(83):393- 405.

Romero, S.; Carrasco, L.; Sañudo, B. y Chacón, F. (2010). "Actividad física y percepción del estado de salud en adultos sevillanos". *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte* 10(39):380-392

Saisana, M. y Tarantola, S. (2002). *State-of-the-art report on current methodologies and practices for composite indicator development* (p. 214). European Commission, Joint Research Centre, Institute for the Protection and the Security of the Citizen, Technological and Economic Risk Management Unit.

Sánchez Carrión, J. (1989). *Análisis de tablas de contingencia*. Madrid: CIS (edición 1992).

Schulz, R., y Beach, S. R. (1999). "Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study". *Jama*, 282(23): 2215-2219.

Tobío, C., M. S. Agulló, M. V. Gómez, y Martín-Palomo M. T. (2010). *El Cuidado de las Personas. Un Reto para el Siglo XXI*. Barcelona: Obra Social, Fundación "La Caixa".

Valderrama Gama, E., Rodríguez Artalejo, F., Palacios Díaz, A., Gabarre Orús, P., y Pérez del Molino Martín, J. (1998). "Consumo de medicamentos en los ancianos: resultados de un estudio poblacional." *Revista española de salud pública* 72(3):209-219.

Vallin, J. and Meslé. F. (2004). "Convergences and Divergences in Mortality. A New Approach to Health Transition". *Demographic Research, Special Collection*, 2(2):11-44.

Velasco, C.L. y Sinibaldi, G.J. (2001). *Manejo del enfermo crónico y su familia*. México: Manual Moderno.

Vivero, L. V., Merino, M. F., Sampedro, F. G., Campos, A. T., García, J. R., y Díaz, F. B. (1997). "Consumo de fármacos en ancianos y su relación con variables socioeconómicas y autopercepción de salud". *Rev Esp Geriatr Gerontol* 32:151-155.

Wilmoth, J. R. (1997). "In Search of Limits". En: Kenneth W. Wachter y Caleb E. Finch (eds.), *Between Zeus and Salomon: the biodemography of longevity*, National Research Council (Committee on Population), National Academy Press, Washington DC: 38-64.

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(1):320.

### **Fuentes estadísticas**

*Encuesta Nacional de Salud (ENSE)-2011/12*. Instituto Nacional de Estadística (INE)

*Survey of Health Ageing and Retirement in Europe (SHARE)*, Oleada 5. Munich Center for the Economics of Aging (MEA), Max Planck Institute for Social Law and Social Policy.

*Defunciones por causas de muerte (1980-2012)*. Instituto Nacional de Estadística (INE)

*Tablas de mortalidad (1980- 2012)*. Human Mortality Database.

# ANEXOS

**Tabla 1.** Clasificación de la población de 50 o más años por sexo, grupo de edad y tipología del cuidador (Muestra - ENSE), 2011/12

Grupos de edad	Tipología cuidadores	Estado de salud	Sexo			
			Hombre		Mujer	
			n	%	n	%
50-64	Cuidador/a: solo/a	Malo	5	21,7	19	18,8
		Regular	6	26,1	37	36,6
		Bueno	12	52,2	45	44,6
		<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100,0</b>	<b>101</b>	<b>100,0</b>
	Cuidador/a: con apoyo	Malo	0	0,0	9	31,0
		Regular	12	38,7	7	24,1
		Bueno	19	61,3	13	44,8
		<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>
	No cuidador/a: con dependiente	Malo	1	2,4	8	38,1
		Regular	14	33,3	3	14,3
		Bueno	27	64,3	10	47,6
		<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>
	No cuidador/a: sin dependiente	Malo	164	7,6	255	10,8
		Regular	474	21,9	679	28,8
		Bueno	1.526	70,5	1.420	60,3
		<b>Total</b>	<b>2.164</b>	<b>100,0</b>	<b>2.354</b>	<b>100,0</b>

**Tabla 1.** Clasificación de la población de 50 o más años por sexo, grupo de edad y tipología del cuidador (Muestra - ENSE), 2011/12 (cont.)

Grupos de edad	Tipología cuidadores	Estado de salud	Sexo			
			Hombre		Mujer	
			n	%	n	%
65-79	Cuidador/a: solo/a	Malo	3	9,4	14	18,7
		Regular	11	34,34	36	48,0
		Bueno	18	56,2	25	33,3
		<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100,0</b>	<b>75</b>	<b>100,0</b>
	Cuidador/a: con apoyo	Malo	2	8,0	8	33,3
		Regular	8	32,0	8	33,3
		Bueno	15	60,0	8	33,3
		<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>
	No cuidador/a: con dependiente	Malo	4	16,0	4	33,3
		Regular	8	32,0	5	41,7
		Bueno	13	52,0	3	25,0
		<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>
	No cuidador/a: sin dependiente	Malo	160	10,8	388	17,4
		Regular	456	30,8	838	37,6
		Bueno	864	58,4	1.005	45,0
		<b>Total</b>	<b>1.480</b>	<b>100,0</b>	<b>2.231</b>	<b>100,0</b>
80 o más años	Cuidador/a: solo/a	Malo	0	0,0	1	12,5
		Regular	7	87,5	3	37,5
		Bueno	1	12,5	4	50,0
		<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>
	Cuidador/a: con apoyo	Malo	5	29,4	4	22,2
		Regular	5	29,4	7	38,9
		Bueno	7	41,2	7	38,9
		<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100,0</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>
	No cuidador/a: con dependiente	Malo	4	21,0	4	23,5
		Regular	6	31,6	8	47,1
		Bueno	9	47,4	5	29,4
		<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>	<b>17</b>	<b>100,0</b>
	No cuidador/a: sin dependiente	Malo	81	16,5	208	21,9
		Regular	207	42,1	424	44,6
		Bueno	204	41,5	319	33,5
		<b>Total</b>	<b>492</b>	<b>100,0</b>	<b>951</b>	<b>100,0</b>
			<b>4.358</b>		<b>5.841</b>	

Fuente: ENSE, 2011-12

**Tabla 2.** Limitación en las actividades de la vida diaria en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Limitaciones en la vida diaria	Sexo				
				Hombre		Mujer		
				n	%	n	%	
50-64 años	Cuidador/solo/a	Malo	Gravemente limitado	0	0,0	2	10,5	
			Limitado pero no gravemente	4	80,0	15	78,9	
			Nada limitado	1	20,0	2	10,5	
			<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>	
		Regular	Gravemente limitado	0	0,0	1	2,7	
			Limitado pero no gravemente	1	16,6	11	29,7	
			Nada limitado	5	83,3	25	67,5	
			<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>	
		Bueno	Gravemente limitado	0	0,0	0	0,0	
			Limitado pero no gravemente	2	16,7	1	2,2	
			Nada limitado	10	83,3	44	97,8	
			<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>	
	Cuidador/a: con apoyo	Malo	Gravemente limitado	0	--	2	22,2	
			Limitado pero no gravemente	0	--	5	55,6	
			Nada limitado	0	--	2	22,2	
			<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>--</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>	
		Regular	Gravemente limitado	0	0,0	1	14,3	
			Limitado pero no gravemente	2	16,7	1	14,3	
			Nada limitado	10	83,3	5	71,4	
			<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	
		Bueno	Gravemente limitado	1	5,3	0	0,0	
			Limitado pero no gravemente	0	0,0	1	7,7	
			Nada limitado	18	94,7	12	92,3	
			<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>	
		No cuidador/a: con dependiente	Malo	Gravemente limitado	0	0,0	2	25,0
				Limitado pero no gravemente	0	0,0	6	75,0
				Nada limitado	1	100,0	0	0,0
<b>Total</b>	<b>1</b>			<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>		
Regular	Gravemente limitado		0	0,0	0	0,0		
	Limitado pero no gravemente		5	35,7	0	0,0		
	Nada limitado		9	64,3	3	100,0		
	<b>Total</b>		<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>		
Bueno	Gravemente limitado		0	0,0	0	0,0		
	Limitado pero no gravemente		0	0,0	0	0,0		
	Nada limitado		27	100,0	10	100,0		
	<b>Total</b>		<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>		

**Tabla 2.** Limitación en las actividades de la vida diaria en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud (cont.)

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Limitaciones en la vida diaria	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
50-64 años	No cuidador/a: sin dependiente	Malo	Gravemente limitado	28	17,1	51	20,1
			Limitado pero no gravemente	85	51,8	152	59,8
			Nada limitado	51	31,1	51	20,1
			<b>Total</b>	<b>164</b>	<b>100,0</b>	<b>254</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Gravemente limitado	10	2,1	14	2,1
			Limitado pero no gravemente	150	31,6	281	41,3
			Nada limitado	314	66,2	384	56,5
			<b>Total</b>	<b>474</b>	<b>100,0</b>	<b>679</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Gravemente limitado	4	0,3	4	0,3
			Limitado pero no gravemente	94	6,2	102	7,2
			Nada limitado	1.428	93,5	1.312	92,5
			<b>Total</b>	<b>1.526</b>	<b>100,0</b>	<b>1.418</b>	<b>100,0</b>
65-79 años	Cuidador/ solo/a	Malo	Gravemente limitado	1	33,3	1	7,1
			Limitado pero no gravemente	2	66,7	8	57,1
			Nada limitado	0	0,0	5	35,7
			<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Gravemente limitado	0	0,0	1	2,7
			Limitado pero no gravemente	3	27,3	15	41,7
			Nada limitado	8	72,7	20	55,5
			<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Gravemente limitado	0	0,0	0	0,0
			Limitado pero no gravemente	1	5,5	3	12,0
			Nada limitado	17	94,4	22	88,0
			<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>
	Cuidador/a: con apoyo	Malo	Gravemente limitado	0	0,0	2	25,0
			Limitado pero no gravemente	0	0,0	6	75,0
			Nada limitado	2	100,0	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Gravemente limitado	0	0,0	0	0,0
			Limitado pero no gravemente	2	25,0	4	50,0
			Nada limitado	6	75,0	4	50,0
			<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>
Bueno	Gravemente limitado	0	0,0	0	0,0		
	Limitado pero no gravemente	2	13,3	2	25,0		
	Nada limitado	13	86,7	6	75,0		
	<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>		

**Tabla 2.** Limitación en las actividades de la vida diaria en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud (cont.)

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Limitaciones en la vida diaria	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
65-79 años	No cuidador/a: con dependiente	Malo	Gravemente limitado	1	25,0	2	50,0
			Limitado pero no gravemente	2	50,0	2	50,0
			Nada limitado	1	25,0	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Gravemente limitado	0	0,0	1	20,0
			Limitado pero no gravemente	2	25,0	4	80,0
			Nada limitado	6	75,0	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Gravemente limitado	0	0,0	0	0,0
			Limitado pero no gravemente	2	15,4	1	33,3
			Nada limitado	11	84,6	2	66,7
			<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>
	No cuidador/a: sin dependiente	Malo	Gravemente limitado	20	12,5	73	18,8
			Limitado pero no gravemente	87	54,3	223	57,4
			Nada limitado	53	33,1	92	23,7
			<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>388</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Gravemente limitado	17	3,7	18	2,1
			Limitado pero no gravemente	141	30,9	366	43,6
			Nada limitado	297	65,2	454	54,2
			<b>Total</b>	<b>455</b>	<b>100,0</b>	<b>838</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Gravemente limitado	4	0,5	4	0,4
			Limitado pero no gravemente	63	7,3	107	10,6
			Nada limitado	797	92,2	894	88,9
			<b>Total</b>	<b>864</b>	<b>100,0</b>	<b>1.005</b>	<b>100,0</b>
80 o más años	Cuidador/ solo/a	Malo	Gravemente limitado	0	--	0	0,0
			Limitado pero no gravemente	0	--	1	100,0
			Nada limitado	0	--	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>--</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Gravemente limitado	1	14,3	0	0,0
			Limitado pero no gravemente	3	42,8	3	100,0
			Nada limitado	3	42,8	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Gravemente limitado	0	0,0	0	0,0
	Limitado pero no gravemente		0	0,0	0	0,0	
	Nada limitado		1	100,0	4	100,0	
	<b>Total</b>		<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	

**Tabla 2.** Limitación en las actividades de la vida diaria en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud (cont.)

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Limitaciones en la vida diaria	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
80 o más años	Cuidador/a: con apoyo	Malo	Gravemente limitado	2	40,0	2	50,0
			Limitado pero no gravemente	3	60,0	2	50,0
			Nada limitado	0	0,0	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Gravemente limitado	0	0,0	0	0,0
			Limitado pero no gravemente	2	40,0	2	28,5
			Nada limitado	3	60,0	5	71,4
			<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Gravemente limitado	0	0,0	0	0,0
	Limitado pero no gravemente		2	28,5	2	28,5	
	Nada limitado		5	71,4	5	71,4	
	<b>Total</b>		<b>7</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	
	No cuidador/a: con dependiente	Malo	Gravemente limitado	2	50,0	2	50,0
			Limitado pero no gravemente	1	25,0	1	25,0
			Nada limitado	1	25,0	1	25,0
			<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Gravemente limitado	2	33,3	0	0,0
			Limitado pero no gravemente	3	50,0	7	87,5
			Nada limitado	1	16,7	1	12,5
			<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Gravemente limitado	1	11,1	0	0,0
			Limitado pero no gravemente	2	22,2	2	50,0
			Nada limitado	6	66,6	2	50,0
			<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>
	No cuidador/a: sin dependiente	Malo	Gravemente limitado	25	30,8	61	29,3
			Limitado pero no gravemente	42	51,8	112	53,8
			Nada limitado	14	17,2	35	16,8
<b>Total</b>			<b>81</b>	<b>100,0</b>	<b>208</b>	<b>100,0</b>	
Regular		Gravemente limitado	7	3,3	31	7,3	
		Limitado pero no gravemente	86	41,5	213	50,2	
		Nada limitado	114	55,1	180	42,4	
		<b>Total</b>	<b>207</b>	<b>100,0</b>	<b>424</b>	<b>100,0</b>	
Bueno		Gravemente limitado	1	0,5	10	3,1	
		Limitado pero no gravemente	31	15,2	61	19,1	
		Nada limitado	172	84,3	248	77,7	
		<b>Total</b>	<b>204</b>	<b>100,0</b>	<b>319</b>	<b>100,0</b>	
<b>Total</b>				<b>4.357</b>		<b>5.837</b>	

Fuente: ENSE, 2011-12

**Tabla 3.** Padecimiento de dolor o malestar en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Calidad de vida: dolor/ malestar	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
50-64 años	Cuidador/a: solo/a	Malo	Sin dolor	3	60,0	2	10,5
			Un poco de dolor	0	0,0	4	21,1
			Un moderado dolor	0	0,0	5	26,3
			Un fuerte dolor	2	40,0	8	42,1
			<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Sin dolor	4	66,7	15	40,5
			Un poco de dolor	0	0,0	17	45,9
			Un moderado dolor	1	16,7	3	8,1
			Un fuerte dolor	1	16,7	2	5,4
			<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Sin dolor	12	100,0	37	82,2
			Un poco de dolor	0	0,0	6	13,3
	Un moderado dolor		0	0,0	2	4,4	
	Un fuerte dolor		0	0,0	0	0,0	
	<b>Total</b>		<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>	
	Cuidador/a: con apoyo	Malo	Sin dolor	0	--	2	22,2
			Un poco de dolor	0	--	1	11,1
			Un moderado dolor	0	--	4	44,4
			Un fuerte dolor	0	--	2	22,2
			<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>--</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>
Regular		Sin dolor	9	75,0	2	28,6	
		Un poco de dolor	1	8,3	4	57,1	
		Un moderado dolor	1	8,3	1	14,3	
		Un fuerte dolor	1	8,3	0	0,0	
		<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	
Bueno		Sin dolor	19	100,0	6	46,2	
		Un poco de dolor	0	0,0	6	46,2	
		Un moderado dolor	0	0,0	1	7,7	
		Un fuerte dolor	0	0,0	0	0,0	
		<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>	

**Tabla 3.** Padecimiento de dolor o malestar en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud (cont.)

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Calidad de vida: dolor/ malestar	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
50-64 años	No cuidador/a: con dependiente	Malo	Sin dolor	0	0,0	1	12,5
			Un poco de dolor	1	100,0	2	25,0
			Un moderado dolor	0	0,0	2	25,0
			Un fuerte dolor	0	0,0	3	37,5
			<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Sin dolor	10	71,4	0	0,0
			Un poco de dolor	1	7,1	1	33,3
			Un moderado dolor	2	14,3	1	33,3
			Un fuerte dolor	1	7,1	1	33,3
			<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Sin dolor	24	88,9	8	80,0
			Un poco de dolor	3	11,1	0	0,0
	Un moderado dolor		0	0,0	0	0,0	
	Un fuerte dolor		0	0,0	2	20,0	
	<b>Total</b>		<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>	
	No cuidador/a: sin dependiente	Malo	Sin dolor	52	31,7	52	20,4
			Un poco de dolor	39	23,8	40	15,7
			Un moderado dolor	43	26,2	100	39,2
			Un fuerte dolor	30	18,3	63	24,7
			<b>Total</b>	<b>164</b>	<b>100,0</b>	<b>255</b>	<b>100,0</b>
Regular		Sin dolor	279	58,9	258	38,0	
		Un poco de dolor	107	22,6	205	30,2	
		Un moderado dolor	77	16,2	156	23,0	
		Un fuerte dolor	11	2,3	60	8,8	
		<b>Total</b>	<b>474</b>	<b>100,0</b>	<b>679</b>	<b>100,0</b>	
Bueno		Sin dolor	1.360	89,1	1.142	80,4	
		Un poco de dolor	120	7,9	193	13,6	
		Un moderado dolor	40	2,6	68	4,8	
		Un fuerte dolor	6	0,4	17	1,2	
		<b>Total</b>	<b>1.526</b>	<b>100,0</b>	<b>1.420</b>	<b>100,0</b>	

**Tabla 3.** Padecimiento de dolor o malestar en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud (cont.)

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Calidad de vida: dolor/ malestar	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
65-79 años	Cuidador/a: solo/a	Malo	Sin dolor	0	0,0	2	14,3
			Un poco de dolor	1	33,3	3	21,4
			Un moderado dolor	1	33,3	2	14,3
			Un fuerte dolor	1	33,3	7	50,0
			<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Sin dolor	7	63,6	13	36,1
			Un poco de dolor	4	36,4	15	41,6
			Un moderado dolor	0	0,0	8	22,3
			Un fuerte dolor	0	0,0	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Sin dolor	15	83,3	12	48,0
			Un poco de dolor	2	11,1	7	28,0
	Un moderado dolor		1	5,6	4	16,0	
	Un fuerte dolor		0	0,0	2	8,0	
	<b>Total</b>		<b>18</b>	<b>100,0</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	
	Cuidador/a: con apoyo	Malo	Sin dolor	1	50,0	2	25,0
			Un poco de dolor	0	0,0	3	37,5
			Un moderado dolor	1	50,0	0	0,0
			Un fuerte dolor	0	0,0	3	37,5
			<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>
Regular		Sin dolor	5	62,5	3	37,5	
		Un poco de dolor	2	25,0	2	25,0	
		Un moderado dolor	1	12,5	2	25,0	
		Un fuerte dolor	0	0,0	1	12,5	
		<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	
Bueno		Sin dolor	13	86,7	6	75,0	
		Un poco de dolor	1	6,7	2	25,0	
		Un moderado dolor	1	6,7	0	0,0	
		Un fuerte dolor	0	0,0	0	0,0	
		<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	

**Tabla 3.** Padecimiento de dolor o malestar en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud (cont.)

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Calidad de vida: dolor/ malestar	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
65-79 años	No cuidador/a: con dependiente	Malo	Sin dolor	3	75,0	0	0,0
			Un poco de dolor	0	0,0	1	25,0
			Un moderado dolor	0	0,0	1	25,0
			Un fuerte dolor	1	25,0	2	50,0
			<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Sin dolor	5	62,5	1	20,0
			Un poco de dolor	2	25,0	1	20,0
			Un moderado dolor	1	12,5	2	40,0
			Un fuerte dolor	0	0,0	1	20,0
			<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Sin dolor	13	100,0	2	66,7
			Un poco de dolor	0	0,0	0	0,0
	Un moderado dolor		0	0,0	0	0,0	
	Un fuerte dolor		0	0,0	1	33,3	
	<b>Total</b>		<b>13</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	
	No cuidador/a: sin dependiente	Malo	Sin dolor	50	31,4	53	13,7
			Un poco de dolor	41	25,8	78	20,1
			Un moderado dolor	43	27,0	149	38,4
			Un fuerte dolor	25	15,7	108	27,8
			<b>Total</b>	<b>159</b>	<b>100,0</b>	<b>388</b>	<b>100,0</b>
Regular		Sin dolor	233	51,1	279	33,3	
		Un poco de dolor	130	28,5	247	29,5	
		Un moderado dolor	76	16,7	237	28,3	
		Un fuerte dolor	17	3,7	75	8,9	
		<b>Total</b>	<b>456</b>	<b>100,0</b>	<b>838</b>	<b>100,0</b>	
Bueno		Sin dolor	729	84,4	747	74,3	
		Un poco de dolor	104	12,0	191	19,0	
		Un moderado dolor	27	3,1	61	6,1	
		Un fuerte dolor	4	0,5	6	0,6	
		<b>Total</b>	<b>864</b>	<b>100,0</b>	<b>1.005</b>	<b>100,0</b>	

**Tabla 3.** Padecimiento de dolor o malestar en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud (cont.)

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Calidad de vida: dolor/ malestar	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
80 o más años	Cuidador/a: solo/a	Malo	Sin dolor	0	0,0	0	0,0
			Un poco de dolor	0	0,0	1	100,0
			Un moderado dolor	0	0,0	0	0,0
			Un fuerte dolor	0	0,0	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Sin dolor	1	14,3	0	0,0
			Un poco de dolor	2	28,6	1	33,3
			Un moderado dolor	3	42,9	1	33,3
			Un fuerte dolor	1	14,3	1	33,3
			<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Sin dolor	1	100,0	4	100,0
			Un poco de dolor	0	0,0	0	0,0
	Un moderado dolor		0	0,0	0	0,0	
	Un fuerte dolor		0	0,0	0	0,0	
	<b>Total</b>		<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	
	Cuidador/a: con apoyo	Malo	Sin dolor	1	20,0	0	0,0
			Un poco de dolor	1	20,0	0	0,0
			Un moderado dolor	3	60,0	2	50,0
			Un fuerte dolor	0	0,0	2	50,0
			<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Sin dolor	2	40,0	2	28,6
Un poco de dolor			2	40,0	3	42,9	
Un moderado dolor			0	0,0	2	28,6	
Un fuerte dolor			1	20,0	0	0,0	
<b>Total</b>			<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	
Bueno		Sin dolor	4	57,1	4	57,1	
		Un poco de dolor	2	28,6	2	28,6	
		Un moderado dolor	1	14,3	1	14,3	
		Un fuerte dolor	0	0,0	0	0,0	
		<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	

**Tabla 3.** Padecimiento de dolor o malestar en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud (cont.)

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Calidad de vida: dolor/ malestar	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
80 o más años	No cuidador/a: con dependiente	Malo	Sin dolor	0	0,0	1	33,3
			Un poco de dolor	1	25,0	0	0,0
			Un moderado dolor	2	50,0	2	66,7
			Un fuerte dolor	1	25,0	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Sin dolor	3	50,0	0	0,0
			Un poco de dolor	2	33,3	1	12,50
			Un moderado dolor	1	16,7	3	37,50
			Un fuerte dolor	0	0,0	4	50,0
			<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Sin dolor	6	66,7	1	20,0
			Un poco de dolor	1	11,1	2	40,0
	Un moderado dolor		2	22,2	1	20,0	
	Un fuerte dolor		0	0,0	1	20,0	
	<b>Total</b>		<b>9</b>	<b>100,0</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	
	No cuidador/a: sin dependiente	Malo	Sin dolor	20	25,0	23	11,1
			Un poco de dolor	22	27,5	46	22,2
			Un moderado dolor	24	30,0	68	32,9
			Un fuerte dolor	14	17,5	70	33,8
			<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>	<b>207</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Sin dolor	86	41,5	117	27,6
			Un poco de dolor	67	32,4	144	34,0
			Un moderado dolor	44	21,3	126	29,7
			Un fuerte dolor	10	4,8	37	8,7
<b>Total</b>			<b>207</b>	<b>100,0</b>	<b>424</b>	<b>100,0</b>	
Bueno		Sin dolor	153	75,0	201	63,0	
		Un poco de dolor	42	20,6	84	26,3	
	Un moderado dolor	8	3,9	23	7,2		
	Un fuerte dolor	1	0,5	11	3,4		
	<b>Total</b>	<b>204</b>	<b>100,0</b>	<b>319</b>	<b>100,0</b>		
<b>Total</b>				<b>4.356</b>		<b>5.832</b>	

Fuente: ENSE, 2011-12

**Tabla 4.** Padecimiento de enfermedades crónicas en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Padece enfermedades crónicas	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
50-64 años	Cuidador/a: solo/a	Malo	Sí	5	100,0	17	89,5
			No	0	0,0	2	10,5
			<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Sí	5	83,3	32	86,5
			No	1	16,7	5	13,5
			<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Sí	5	41,7	25	55,6
			No	7	58,3	20	44,4
			<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>
	Cuidador/a: con apoyo	Malo	Sí	0	--	8	88,9
			No	0	--	1	11,1
			<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>--</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Sí	8	66,7	3	42,9
			No	4	33,3	4	57,1
			<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Sí	8	42,1	4	30,8
			No	11	57,9	9	69,2
			<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>
	No cuidador/a: con dependiente	Malo	Sí	1	100,0	8	100,0
			No	0	0,0	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Sí	10	71,4	3	100,0
			No	4	28,6	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>
Bueno		Sí	11	40,7	3	30,0	
		No	16	59,3	7	70,0	
		<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>	
No cuidador/a: sin dependiente	Malo	Sí	148	90,8	231	91,3	
		No	15	9,2	22	8,7	
		<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>100,0</b>	<b>253</b>	<b>100,0</b>	
	Regular	Sí	337	71,1	534	78,6	
		No	137	28,9	145	21,4	
		<b>Total</b>	<b>474</b>	<b>100,0</b>	<b>679</b>	<b>100,0</b>	
	Bueno	Sí	589	38,6	586	41,3	
		No	937	61,4	833	58,7	
		<b>Total</b>	<b>1.526</b>	<b>100,0</b>	<b>1.419</b>	<b>100,0</b>	

**Tabla 4.** Padecimiento de enfermedades crónicas en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud (cont.)

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Padece enfermedades crónicas	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
65-79 años	Cuidador/a: solo/a	Malo	Sí	3	100,0	12	85,7
			No	0	0,0	2	14,3
			<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Sí	7	63,6	29	82,9
			No	4	36,4	6	17,1
			<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Sí	7	38,9	13	52,0
			No	11	61,1	12	48,0
			<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>
	Cuidador/a: con apoyo	Malo	Sí	2	100,0	8	100,0
			No	0	0,0	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Sí	6	75,0	5	62,5
			No	2	25,0	3	37,5
			<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Sí	8	53,3	7	87,5
			No	7	46,7	1	12,5
			<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>
	No cuidador/a: con dependiente	Malo	Sí	3	75,0	4	100,0
			No	1	25,0	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Sí	7	87,5	5	100,0
			No	1	12,5	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>
Bueno		Sí	5	38,5	1	33,3	
		No	8	61,5	2	66,7	
		<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	
No cuidador/a: sin dependiente	Malo	Sí	145	90,6	366	94,3	
		No	15	9,4	22	5,7	
		<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>388</b>	<b>100,0</b>	
	Regular	Sí	364	80,0	712	85,0	
		No	91	20,0	126	15,0	
		<b>Total</b>	<b>455</b>	<b>100,0</b>	<b>838</b>	<b>100,0</b>	
	Bueno	Sí	449	52,0	540	53,7	
		No	414	48,0	465	46,3	
		<b>Total</b>	<b>863</b>	<b>100,0</b>	<b>1005</b>	<b>100,0</b>	

**Tabla 4.** Padecimiento de enfermedades crónicas en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud (cont.)

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Padece enfermedades crónicas	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
80 o más años	Cuidador/a: solo/a	Malo	Sí	0	--	1	100,0
			No	0	--	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>--</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Sí	7	100,0	3	100,0
			No	0	0,0	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Sí	1	100,0	1	25,0
			No	0	0,0	3	75,0
			<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>
	Cuidador/a: con apoyo	Malo	Sí	4	80,0	3	75,0
			No	1	20,0	1	25,0
			<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Sí	5	100,0	6	85,7
			No	0	0,0	1	14,3
			<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Sí	5	71,4	5	71,4
			No	2	28,6	2	28,6
			<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>
	No cuidador/a: con dependiente	Malo	Sí	4	100,0	4	100,0
			No	0	0,0	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Sí	3	50,0	8	100,0
			No	3	50,0	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>
Bueno		Sí	5	55,6	2	40,0	
		No	4	44,4	3	60,0	
		<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	
No cuidador/a: sin dependiente	Malo	Sí	78	96,3	192	92,3	
		No	3	3,7	16	7,7	
		<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>100,0</b>	<b>208</b>	<b>100,0</b>	
	Regular	Sí	162	78,3	353	83,5	
		No	45	21,7	70	16,5	
		<b>Total</b>	<b>207</b>	<b>100,0</b>	<b>423</b>	<b>100,0</b>	
	Bueno	Sí	124	60,8	189	59,2	
		No	80	39,2	130	40,8	
		<b>Total</b>	<b>204</b>	<b>100,0</b>	<b>319</b>	<b>100,0</b>	
<b>Total</b>			<b>4.355</b>		<b>5.836</b>		

Fuente: ENSE, 2011-12

**Tabla 5.** Número de enfermedades crónicas padecidas en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Número de enfermedades crónicas padecidas	Sexo				
				Hombre		Mujer		
				n	%	n	%	
50-64 años	Cuidador/a: solo/a	Malo	Ninguna	0	0,0	0	0,0	
			Una	2	40,0	0	0,0	
			Dos o más	3	60,0	19	100,0	
			<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>	
		Regular	Ninguna	1	16,7	0	0,0	
			Una	0	0,0	3	8,1	
			Dos o más	5	83,3	34	91,9	
			<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>	
		Bueno	Ninguna	3	25,0	5	11,1	
			Una	5	41,7	9	20,0	
			Dos o más	4	33,3	31	68,9	
			<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>	
	Cuidador/a: con apoyo	Malo	Ninguna	0	--	0	0,0	
			Una	0	--	1	11,1	
			Dos o más	0	--	8	88,9	
			<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>--</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>	
		Regular	Ninguna	2	16,7	1	14,3	
			Una	3	25,0	1	14,3	
			Dos o más	7	58,3	5	71,4	
			<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	
		Bueno	Ninguna	8	42,1	3	23,1	
			Una	1	5,3	3	23,1	
			Dos o más	10	52,6	7	53,8	
			<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>	
		No cuidador/a: con dependiente	Malo	Ninguna	0	0,0	0	0,0
				Una	0	0,0	0	0,0
				Dos o más	1	100,0	8	100,0
<b>Total</b>	<b>1</b>			<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>		
Regular	Ninguna		1	7,1	0	0,0		
	Una		1	7,1	0	0,0		
	Dos o más		12	85,7	3	100,0		
	<b>Total</b>		<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>		
Bueno	Ninguna		11	40,7	3	30,0		
	Una		7	25,9	4	40,0		
	Dos o más		9	33,3	3	30,0		
	<b>Total</b>		<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>		

**Tabla 5.** Número de enfermedades crónicas padecidas en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud (cont.)

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Número de enfermedades crónicas padecidas	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
50-64 años	No cuidador/a: sin dependiente	Malo	Ninguna	4	2,4	3	1,2
			Una	10	6,1	6	2,4
			Dos o más	150	91,5	246	96,5
			<b>Total</b>	<b>164</b>	<b>100,0</b>	<b>255</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Ninguna	25	5,3	20	2,9
			Una	57	12,0	40	5,9
			Dos o más	392	82,7	619	91,2
			<b>Total</b>	<b>474</b>	<b>100,0</b>	<b>679</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Ninguna	473	31,0	317	22,3
	Una		419	27,5	336	23,7	
	Dos o más		634	41,5	767	54,0	
	<b>Total</b>		<b>1.526</b>	<b>100,0</b>	<b>1.420</b>	<b>100,0</b>	
65-79 años	Cuidador/a: solo/a	Malo	Ninguna	0	0,0	0	0,0
			Una	0	0,0	0	0,0
			Dos o más	3	100,0	14	100,0
			<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Ninguna	0	0,0	1	2,8
			Una	1	9,1	0	0,0
			Dos o más	10	90,9	35	97,2
			<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Ninguna	4	22,2	1	4,0
	Una		2	11,1	4	16,0	
	Dos o más		12	66,7	20	80,0	
	<b>Total</b>		<b>18</b>	<b>100,0</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	
	Cuidador/a: con apoyo	Malo	Ninguna	0	0,0	0	0,0
			Una	0	0,0	0	0,0
			Dos o más	2	100,0	8	100,0
			<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Ninguna	0	0,0	0	0,0
			Una	0	0,0	1	12,5
Dos o más			8	100,0	7	87,5	
<b>Total</b>			<b>8</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	
Bueno		Ninguna	2	13,3	1	12,5	
	Una	2	13,3	1	12,5		
	Dos o más	11	73,3	6	75,0		
	<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>		

**Tabla 5.** Número de enfermedades crónicas padecidas en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud (cont.)

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Número de enfermedades crónicas padecidas	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
65-79 años	No cuidador/a: con dependiente	Malo	Ninguna	1	25,0	0	0,0
			Una	0	0,0	0	0,0
			Dos o más	3	75,0	4	100,0
			<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Ninguna	0	0,0	0	0,0
			Una	3	37,5	0	0,0
			Dos o más	5	62,5	5	100,0
			<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Ninguna	3	23,1	1	33,3
	Una		4	30,8	0	0,0	
	Dos o más		6	46,2	2	66,7	
	<b>Total</b>		<b>13</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	
	No cuidador/a: sin dependiente	Malo	Ninguna	4	2,5	0	0,0
			Una	10	6,3	6	1,5
			Dos o más	146	91,3	382	98,5
			<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>388</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Ninguna	18	3,9	13	1,6
			Una	48	10,5	39	4,7
			Dos o más	390	85,5	786	93,8
			<b>Total</b>	<b>456</b>	<b>100,0</b>	<b>838</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Ninguna	169	19,6	127	12,6
Una			215	24,9	212	21,1	
Dos o más			480	55,6	666	66,3	
<b>Total</b>			<b>864</b>	<b>100,0</b>	<b>1.005</b>	<b>100,0</b>	
80 o más años	Cuidador/a: solo/a	Malo	Ninguna	0	--	0	0,0
			Una	0	--	0	0,0
			Dos o más	0	--	1	100,0
			<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>--</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Ninguna	0	--	0	0,0
			Una	1	14,3	0	0,0
			Dos o más	6	85,7	3	100,0
			<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Ninguna	0	0,0	0	0,0
	Una		1	100,0	2	50,0	
	Dos o más		0	0,0	2	50,0	
	<b>Total</b>		<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	

**Tabla 5.** Número de enfermedades crónicas padecidas en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud (cont.)

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Número de enfermedades crónicas padecidas	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
80 o más años	Cuidador/a: con apoyo	Malo	Ninguna	0	0,0	0	0,0
			Una	0	0,0	0	0,0
			Dos o más	5	100,0	4	100,0
			<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Ninguna	0	0,0	0	0,0
			Una	0	0,0	0	0,0
			Dos o más	5	100,0	7	100,0
			<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Ninguna	1	14,3	0	0,0
			Una	1	14,3	2	28,6
			Dos o más	5	71,4	5	71,4
			<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>
	No cuidador/a: con dependiente	Malo	Ninguna	0	0,0	0	0,0
			Una	1	25,0	1	25,0
			Dos o más	3	75,0	3	75,0
			<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Ninguna	0	0,0	0	0,0
			Una	0	0,0	1	12,5
			Dos o más	6	100,0	7	87,5
			<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Ninguna	1	11,1	0	0,0
			Una	2	22,2	0	0,0
			Dos o más	6	66,7	5	100,0
			<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>
No cuidador/a: sin dependiente	Malo	Ninguna	0	0,0	1	0,5	
		Una	3	3,7	7	3,4	
		Dos o más	78	96,3	200	96,2	
		<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>100,0</b>	<b>208</b>	<b>100,0</b>	
	Regular	Ninguna	7	3,4	8	1,9	
		Una	25	12,1	23	5,4	
		Dos o más	175	84,5	393	92,7	
		<b>Total</b>	<b>207</b>	<b>100,0</b>	<b>424</b>	<b>100,0</b>	
	Bueno	Ninguna	26	12,7	27	8,5	
		Una	52	25,5	51	16,0	
		Dos o más	126	61,8	241	75,5	
		<b>Total</b>	<b>204</b>	<b>100,0</b>	<b>319</b>	<b>100,0</b>	
<b>Total</b>				<b>4.358</b>		<b>5.841</b>	

Fuente: ENSE, 2011-12

**Tabla 6.** Consumo de medicamentos en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Consume medicamentos	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
50-64 años	Cuidador/a: solo/a	Malo	Sí	4	80,0	15	78,9
			No	1	20,0	4	21,1
			<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Sí	6	100,0	30	81,1
			No	0	0,0	7	18,9
			<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Sí	6	50,0	32	71,1
			No	6	50,0	13	28,9
			<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>
	Cuidador/a: con apoyo	Malo	Sí	0	0,0	9	100,0
			No	0	0,0	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Sí	9	75,0	6	85,7
			No	3	25,0	1	14,3
			<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Sí	13	68,4	9	69,2
			No	6	31,6	4	30,8
			<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>
	No cuidador/a: con dependiente	Malo	Sí	1	100,0	8	100,0
			No	0	0,0	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Sí	12	85,7	3	100,0
			No	2	14,3	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>
Bueno		Sí	13	48,1	4	40,0	
		No	14	51,9	6	60,0	
		<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>	
No cuidador/a sin dependiente	Malo	Sí	138	84,1	227	89,0	
		No	26	15,9	28	11,0	
		<b>Total</b>	<b>164</b>	<b>100,0</b>	<b>255</b>	<b>100,0</b>	
	Regular	Sí	377	79,5	584	86,0	
		No	97	20,5	95	14,0	
		<b>Total</b>	<b>474</b>	<b>100,0</b>	<b>679</b>	<b>100,0</b>	
	Bueno	Sí	837	54,8	910	64,1	
		No	689	45,2	510	35,9	
		<b>Total</b>	<b>1.526</b>	<b>100,0</b>	<b>1.420</b>	<b>100,0</b>	

**Tabla 6.** Consumo de medicamentos en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud (cont.)

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Consumo medicamentos	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
65-79 años	Cuidador/a: solo/a	Malo	Sí	3	100,0	12	85,7
			No	0	0,0	2	14,3
			<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Sí	8	72,7	34	94,4
			No	3	27,3	2	5,6
			<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Sí	11	61,1	17	68,0
			No	7	38,9	8	32,0
			<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>
	Cuidador/a: con apoyo	Malo	Sí	2	100,0	7	87,5
			No	0	0,0	1	12,5
			<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Sí	8	100,0	7	87,5
			No	0	0,0	1	12,5
			<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Sí	13	86,7	6	75,0
			No	2	13,3	2	25,0
			<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>
	No cuidador/a: con dependiente	Malo	Sí	3	75,0	4	100,0
			No	1	25,0	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Sí	8	100,0	4	80,0
			No	0	0,0	1	20,0
			<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>
Bueno		Sí	7	53,8	2	66,7	
		No	6	46,2	1	33,3	
		<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	
No cuidador/a sin dependiente	Malo	Sí	146	91,3	358	92,3	
		No	14	8,8	30	7,7	
		<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>388</b>	<b>100,0</b>	
	Regular	Sí	382	83,8	756	90,2	
		No	74	16,2	82	9,8	
		<b>Total</b>	<b>456</b>	<b>100,0</b>	<b>838</b>	<b>100,0</b>	
	Bueno	Sí	613	70,9	796	79,2	
		No	251	29,1	209	20,8	
		<b>Total</b>	<b>864</b>	<b>100,0</b>	<b>1.005</b>	<b>100,0</b>	

**Tabla 6.** Consumo de medicamentos en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud (cont.)

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Consumo medicamentos	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
80 o más años	Cuidador/a: solo/a	Malo	Sí	0	0,0	1	100,0
			No	0	0,0	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Sí	5	71,4	3	100,0
			No	2	28,6	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Sí	1	100,0	4	100,0
			No	0	0,0	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>
	Cuidador/a: con apoyo	Malo	Sí	5	100,0	3	75,0
			No	0	0,0	1	25,0
			<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Sí	5	100,0	5	71,4
			No	0	0,0	2	28,6
			<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Sí	4	57,1	6	85,7
			No	3	42,9	1	14,3
			<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>
	No cuidador/a: con dependiente	Malo	Sí	4	100,0	4	100,0
			No	0	0,0	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Sí	6	100,0	8	100,0
			No	0	0,0	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>
Bueno		Sí	7	77,8	4	80,0	
		No	2	22,2	1	20,0	
		<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	
No cuidador/a sin dependiente	Malo	Sí	69	85,2	185	88,9	
		No	12	14,8	23	11,1	
		<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>100,0</b>	<b>208</b>	<b>100,0</b>	
	Regular	Sí	187	90,3	383	90,3	
		No	20	9,7	41	9,7	
		<b>Total</b>	<b>207</b>	<b>100,0</b>	<b>424</b>	<b>100,0</b>	
	Bueno	Sí	157	77	266	83,4	
		No	47	23	53	16,6	
		<b>Total</b>	<b>204</b>	<b>100,0</b>	<b>319</b>	<b>100,0</b>	
<b>Total</b>			<b>4.358</b>		<b>5.841</b>		

Fuente: ENSE, 2011-12

**Tabla 7.** Padecimiento de ansiedad o depresión en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Calidad de vida: ansiedad/depresión	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
50-64 años	Cuidador/a: solo/a	Malo	Sin ansiedad	3	60,0	7	36,8
			Un poco de ansiedad	1	20,0	3	15,8
			Un moderada ansiedad	0	0,0	4	21,1
			Una fuerte ansiedad	1	20,0	5	26,3
			<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Sin ansiedad	5	83,3	18	48,6
			Un poco de ansiedad	1	16,7	11	29,7
			Un moderada ansiedad	0	0,0	4	10,8
			Una fuerte ansiedad	0	0,0	4	10,8
			<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Sin ansiedad	10	83,3	33	73,3
			Un poco de ansiedad	2	16,7	7	15,6
	Un moderada ansiedad		0	0,0	4	8,9	
	Una fuerte ansiedad		0	0,0	1	2,2	
	<b>Total</b>		<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>	
	Cuidador/a: con apoyo	Malo	Sin ansiedad	0	--	2	22,2
			Un poco de ansiedad	0	--	2	22,2
			Un moderada ansiedad	0	--	4	44,4
			Una fuerte ansiedad	0	--	1	11,1
			<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>--</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>
Regular		Sin ansiedad	9	75,0	4	57,1	
		Un poco de ansiedad	1	8,3	1	14,3	
		Un moderada ansiedad	1	8,3	2	28,6	
		Una fuerte ansiedad	1	8,3	0	0,0	
		<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	
Bueno		Sin ansiedad	16	84,2	13	100,0	
		Un poco de ansiedad	2	10,5	0	0,0	
		Un moderada ansiedad	1	5,3	0	0,0	
		Una fuerte ansiedad	0	0,0	0	0,0	
		<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>	

**Tabla 7.** Padecimiento de ansiedad o depresión en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud (cont.)

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Calidad de vida: ansiedad/depresión	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
50-64 años	No cuidador/a: con dependiente	Malo	Sin ansiedad	1	100,0	2	25,0
			Un poco de ansiedad	0	0,0	1	12,5
			Un moderada ansiedad	0	0,0	3	37,5
			Una fuerte ansiedad	0	0,0	2	25,0
			<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Sin ansiedad	11	78,6	1	33,3
			Un poco de ansiedad	0	0,0	1	33,3
			Un moderada ansiedad	3	21,4	0	0,0
			Una fuerte ansiedad	0	0,0	1	33,3
			<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Sin ansiedad	24	88,9	9	90,0
			Un poco de ansiedad	2	7,4	1	10,0
			Un moderada ansiedad	1	3,7	0	0,0
			Una fuerte ansiedad	0	0,0	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>
	No cuidador/a: sin dependiente	Malo	Sin ansiedad	101	62,0	93	36,5
			Un poco de ansiedad	22	13,5	69	27,1
			Un moderada ansiedad	24	14,7	57	22,4
			Una fuerte ansiedad	16	9,8	36	14,1
			<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>100,0</b>	<b>255</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Sin ansiedad	365	77,0	406	59,8
			Un poco de ansiedad	78	16,5	153	22,5
			Un moderada ansiedad	24	5,1	85	12,5
			Una fuerte ansiedad	7	1,5	35	5,2
			<b>Total</b>	<b>474</b>	<b>100,0</b>	<b>679</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Sin ansiedad	1.433	93,9	1.249	88,0
			Un poco de ansiedad	72	4,7	126	8,9
Un moderada ansiedad	14		0,9	33	2,3		
Una fuerte ansiedad	7		0,5	12	0,8		
<b>Total</b>	<b>1.526</b>		<b>100,0</b>	<b>1.420</b>	<b>100,0</b>		

**Tabla 7.** Padecimiento de ansiedad o depresión en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud (cont.)

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Calidad de vida: ansiedad/depresión	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
65-79 años	Cuidador/a: solo/a	Malo	Sin ansiedad	1	33,3	6	42,9
			Un poco de ansiedad	2	66,7	2	14,3
			Un moderada ansiedad	0	0,0	3	21,4
			Una fuerte ansiedad	0	0,0	3	21,4
			<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Sin ansiedad	8	72,7	22	61,1
			Un poco de ansiedad	2	18,2	7	19,4
			Un moderada ansiedad	0	0,0	3	8,3
			Una fuerte ansiedad	1	9,1	4	11,1
			<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Sin ansiedad	16	88,9	20	80,0
			Un poco de ansiedad	2	11,1	2	8,0
	Un moderada ansiedad		0	0,0	3	12,0	
	Una fuerte ansiedad		0	0,0	0	0,0	
	<b>Total</b>		<b>18</b>	<b>100,0</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	
	Cuidador/a: con apoyo	Malo	Sin ansiedad	2	100,0	2	22,2
			Un poco de ansiedad	0	0,0	1	11,1
			Un moderada ansiedad	0	0,0	5	55,6
			Una fuerte ansiedad	0	0,0	1	11,1
			<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>100,</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>
Regular		Sin ansiedad	7	87,5	4	50,0	
		Un poco de ansiedad	0	0,0	3	37,5	
		Un moderada ansiedad	0	0,0	1	12,5	
		Una fuerte ansiedad	1	12,5	0	0,0	
		<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	
Bueno		Sin ansiedad	14	93,3	8	100,0	
		Un poco de ansiedad	1	6,7	0	0,0	
	Un moderada ansiedad	0	0,0	0	0,0		
	Una fuerte ansiedad	0	0,0	0	0,0		
	<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>		

**Tabla 7.** Padecimiento de ansiedad o depresión en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud (cont.)

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Calidad de vida: ansiedad/depresión	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
65-79 años	No cuidador/a: con dependiente	Malo	Sin ansiedad	2	50,0	2	50,0
			Un poco de ansiedad	0	0,0	0	0,0
			Un moderada ansiedad	0	0,0	0	0,0
			Una fuerte ansiedad	2	50,0	2	50,0
			<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Sin ansiedad	5	62,5	1	20,0
			Un poco de ansiedad	3	37,5	2	40,0
			Un moderada ansiedad	0	0,0	2	40,0
			Una fuerte ansiedad	0	0,0	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Sin ansiedad	12	92,3	2	66,7
			Un poco de ansiedad	1	7,7	1	33,3
			Un moderada ansiedad	0	0,0	0	0,0
			Una fuerte ansiedad	0	0,0	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>
	Cuidador/a: solo/a	Malo	Sin ansiedad	107	67,3	169	43,7
			Un poco de ansiedad	25	15,7	88	22,7
			Un moderada ansiedad	18	11,3	88	22,7
			Una fuerte ansiedad	9	5,7	42	10,9
			<b>Total</b>	<b>159</b>	<b>100,0</b>	<b>387</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Sin ansiedad	390	85,5	568	67,8
			Un poco de ansiedad	42	9,2	152	18,1
			Un moderada ansiedad	21	4,6	86	10,3
			Una fuerte ansiedad	3	0,7	32	3,8
			<b>Total</b>	<b>456</b>	<b>100,0</b>	<b>838</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Sin ansiedad	832	96,3	877	87,3
			Un poco de ansiedad	25	2,9	99	9,9
			Un moderada ansiedad	7	0,8	22	2,2
			Una fuerte ansiedad	0	0,0	7	0,7
			<b>Total</b>	<b>864</b>	<b>100,0</b>	<b>1.005</b>	<b>100,0</b>

**Tabla 7.** Padecimiento de ansiedad o depresión en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud (cont.)

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Calidad de vida: ansiedad/depresión	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
80 o más años	Cuidador/a: solo/a	Malo	Sin ansiedad	0	--	1	100,0
			Un poco de ansiedad	0	--	0	0,0
			Un moderada ansiedad	0	--	0	0,0
			Una fuerte ansiedad	0	--	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>--</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Sin ansiedad	7	100,0	1	33,3
			Un poco de ansiedad	0	0,0	1	33,3
			Un moderada ansiedad	0	0,0	0	0,0
			Una fuerte ansiedad	0	0,0	1	33,3
			<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Sin ansiedad	1	100,0	4	100,0
			Un poco de ansiedad	0	0,0	0	0,0
	Un moderada ansiedad		0	0,0	0	0,0	
	Una fuerte ansiedad		0	0,0	0	0,0	
	<b>Total</b>		<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	
	Cuidador/a: con apoyo	Malo	Sin ansiedad	4	80,0	0	0,0
			Un poco de ansiedad	1	20,0	3	75,0
			Un moderada ansiedad	0	0,0	0	0,0
			Una fuerte ansiedad	0	0,0	1	25,0
			<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Sin ansiedad	3	60,0	4	57,1
			Un poco de ansiedad	2	40,0	2	28,6
			Un moderada ansiedad	0	0,0	1	14,3
			Una fuerte ansiedad	0	0,0	0	0,0
<b>Total</b>			<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	
Bueno		Sin ansiedad	7	100,0	6	85,7	
		Un poco de ansiedad	0	0,0	1	14,3	
	Un moderada ansiedad	0	0,0	0	0,0		
	Una fuerte ansiedad	0	0,0	0	0,0		
	<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>		

**Tabla 7.** Padecimiento de ansiedad o depresión en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud (cont.)

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Calidad de vida: ansiedad/depresión	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
80 o más años	No cuidador/a: con dependiente	Malo	Sin ansiedad	1	25,0	2	50,0
			Un poco de ansiedad	2	50,0	0	0,0
			Un moderada ansiedad	1	25,0	2	50,0
			Una fuerte ansiedad	0	0,0	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Sin ansiedad	5	83,3	5	62,5
			Un poco de ansiedad	1	16,7	1	12,5
			Un moderada ansiedad	0	0,0	1	12,5
			Una fuerte ansiedad	0	0,0	1	12,5
			<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Sin ansiedad	9	100,0	3	60,0
			Un poco de ansiedad	0	0,0	2	40,0
	Un moderada ansiedad		0	0,0	0	0,0	
	Una fuerte ansiedad		0	0,0	0	0,0	
	<b>Total</b>		<b>9</b>	<b>100,0</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	
	Cuidador/a: solo/a	Malo	Sin ansiedad	59	75,6	107	51,9
			Un poco de ansiedad	11	14,1	43	20,9
			Un moderada ansiedad	5	6,4	35	17,0
			Una fuerte ansiedad	3	3,8	21	10,2
			<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100,0</b>	<b>206</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Sin ansiedad	164	79,2	283	66,7
			Un poco de ansiedad	29	14,0	84	19,8
			Un moderada ansiedad	13	6,3	40	9,4
			Una fuerte ansiedad	1	0,5	17	4,0
<b>Total</b>			<b>207</b>	<b>100,0</b>	<b>424</b>	<b>100,0</b>	
Bueno		Sin ansiedad	190	93,1	278	87,1	
		Un poco de ansiedad	12	5,9	30	9,4	
	Un moderada ansiedad	2	1,0	11	3,4		
	Una fuerte ansiedad	0	0,0	0	0,0		
	<b>Total</b>	<b>204</b>	<b>100</b>	<b>319</b>	<b>100,0</b>		
<b>Total</b>				<b>4.353</b>		<b>5.831</b>	

Fuente: ENSE, 2011-12

**Tabla 8.** Indicador sintético de salud mental en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Indicador sintético de salud mental	Sexo				
				Hombre		Mujer		
				n	%	n	%	
50-64 años	Cuidador/a: solo/a	Malo	Buena salud	2	40,0	8	42,1	
			Regular salud	2	40,0	5	26,3	
			Mala salud	1	20,	6	31,6	
			<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>	
		Regular	Buena salud	5	83,3	21	58,3	
			Regular salud	0	0,0	9	25,0	
			Mala salud	1	16,7	6	16,7	
			<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>	
		Bueno	Buena salud	11	91,7	39	86,7	
			Regular salud	0	0,0	5	11,1	
			Mala salud	1	8,3	1	2,2	
			<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>	
	Cuidador/a: con apoyo	Malo	Buena salud	0	--	4	44,4	
			Regular salud	0	--	3	33,3	
			Mala salud	0	--	2	22,2	
			<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>--</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>	
		Regular	Buena salud	10	35,7	4	57,1	
			Regular salud	1	3,6	2	28,6	
			Mala salud	17	60,7	1	14,3	
			<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	
		Bueno	Buena salud	1	100,0	13	100,0	
			Regular salud	0	0,0	0	0,0	
			Mala salud	0	0,0	0	0,0	
			<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>	
		No cuidador/a: con dependiente	Malo	Buena salud	0	0,0	4	50,0
				Regular salud	1	100,0	1	12,5
				Mala salud	0	0,0	3	37,5
<b>Total</b>	<b>1</b>			<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>		
Regular	Buena salud		10	71,4	3	100,0		
	Regular salud		4	28,6	0	0,0		
	Mala salud		0	0,0	0	0,0		
	<b>Total</b>		<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>		
Bueno	Buena salud		25	92,6	9	90,0		
	Regular salud		2	7,4	0	0,0		
	Mala salud		0	0,0	1	10,0		
	<b>Total</b>		<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>		

**Tabla 8.** Indicador sintético de salud mental en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud (cont.)

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Indicador sintético de salud mental	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
50-64 años	No cuidador/a: sin dependiente	Malo	Buena salud	98	60,5	114	45,4
			Regular salud	39	24,1	64	25,5
			Mala salud	25	15,4	73	29,1
			<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100,0</b>	<b>251</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Buena salud	391	83,2	504	74,6
			Regular salud	46	9,8	124	18,3
			Mala salud	33	7,0	48	7,1
			<b>Total</b>	<b>470</b>	<b>100,0</b>	<b>676</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Buena salud	1.438	94,9	1.305	92,2
			Regular salud	63	4,2	88	6,2
			Mala salud	14	0,9	22	1,6
			<b>Total</b>	<b>1.515</b>	<b>100,0</b>	<b>1.415</b>	<b>100,0</b>
65-79 años	Cuidador/a: solo/a	Malo	Buena salud	1	33,3	10	71,4
			Regular salud	2	66,7	1	7,1
			Mala salud	0	0,0	3	21,4
			<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Buena salud	10	90,9	27	75,0
			Regular salud	0	0,0	7	19,4
			Mala salud	1	9,1	2	5,6
			<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Buena salud	17	94,4	21	84,0
			Regular salud	1	5,6	4	16,0
			Mala salud	0	0,0	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>
	Cuidador/a: con apoyo	Malo	Buena salud	1	50,0	2	25,0
			Regular salud	0	0,0	2	25,0
			Mala salud	1	50,0	4	50,0
			<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Buena salud	7	87,5	8	100,0
			Regular salud	1	12,5	0	0,0
			Mala salud	0	0,0	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Buena salud	14	93,3	7	87,5
			Regular salud	1	6,7	1	12,5
			Mala salud	0	0,0	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>

**Tabla 8.** Indicador sintético de salud mental en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud (cont.)

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Indicador sintético de salud mental	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
65-79 años	No cuidador/a: con dependiente	Malo	Buena salud	2	66,7	2	66,7
			Regular salud	0	0,0	0	0,0
			Mala salud	1	33,3	1	33,3
			<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Buena salud	5	71,4	3	60,0
			Regular salud	2	28,6	0	0,0
			Mala salud	0	0,0	2	40,0
			<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Buena salud	12	92,3	3	100,0
	Regular salud		1	7,7	0	0,0	
	Mala salud		0	0,0	0	0,0	
	<b>Total</b>		<b>13</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	
	No cuidador/a: sin dependiente	Malo	Buena salud	110	73,3	220	58,8
			Regular salud	22	14,7	76	20,3
			Mala salud	18	12,0	78	20,9
			<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100,0</b>	<b>374</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Buena salud	411	91,1	674	82,0
			Regular salud	31	6,9	96	11,7
Mala salud			9	2,0	52	6,3	
<b>Total</b>			<b>451</b>	<b>100,0</b>	<b>822</b>	<b>100,0</b>	
Bueno		Buena salud	824	95,8	938	93,8	
	Regular salud	34	4,0	49	4,9		
	Mala salud	2	0,2	13	1,3		
	<b>Total</b>	<b>860</b>	<b>100,0</b>	<b>1.000</b>	<b>100,0</b>		
80 o más años	Cuidador/a: solo/a	Malo	Buena salud	0	--	1	100,0
			Regular salud	0	--	0	0,0
			Mala salud	0	--	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>--</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Buena salud	7	100,0	3	100,0
			Regular salud	0	0,0	0	0,0
			Mala salud	0	0,0	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Buena salud	1	100,0	4	100,0
	Regular salud		0	0,0	0	0,0	
	Mala salud		0	0,0	0	0,0	
	<b>Total</b>		<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	

**Tabla 8.** Indicador sintético de salud mental en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud (cont.)

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Indicador sintético de salud mental	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
80 o más años	Cuidador/a: con apoyo	Malo	Buena salud	3	75,0	1	33,3
			Regular salud	1	25,0	1	33,3
			Mala salud	0	0,0	1	33,3
			<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Buena salud	4	100,0	6	85,7
			Regular salud	0	0,0	0	0,0
			Mala salud	0	0,0	1	14,3
			<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Buena salud	7	100,0	5	71,4
			Regular salud	0	0,0	1	14,3
			Mala salud	0	0,0	1	14,3
			<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>
	No cuidador/a: con dependiente	Malo	Buena salud	2	50,0	1	33,3
			Regular salud	1	25,0	0	0,0
			Mala salud	1	25,0	2	66,7
			<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Buena salud	3	60,0	5	62,5
			Regular salud	2	40,0	0	0,0
			Mala salud	0	0,0	3	37,5
			<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Buena salud	8	88,9	5	100,0
			Regular salud	1	11,1	0	0,0
			Mala salud	0	0,0	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>
No cuidador/a: sin dependiente	Malo	Buena salud	46	63,0	129	66,8	
		Regular salud	13	17,8	23	11,9	
		Mala salud	14	19,2	41	21,2	
		<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>	<b>193</b>	<b>100,0</b>	
	Regular	Buena salud	173	86,1	319	77,4	
		Regular salud	18	9,0	69	16,7	
		Mala salud	10	5,0	24	5,8	
		<b>Total</b>	<b>201</b>	<b>100,0</b>	<b>412</b>	<b>100,0</b>	
	Bueno	Buena salud	196	97,5	299	95,8	
		Regular salud	3	1,5	7	2,2	
		Mala salud	2	1,0	6	1,9	
		<b>Total</b>	<b>201</b>	<b>100,0</b>	<b>312</b>	<b>100,0</b>	
<b>Total</b>				<b>4.298</b>		<b>5.756</b>	

Fuente: ENSE, 2011-12

**Tabla 9.** Frecuencia con la que realiza alguna actividad física o deportiva en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Frecuencia de actividades físicas	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
50-64 años	Cuidador/a: solo/a	Malo	No hago ejercicio	2	40,0	13	68,4
			Ocasional	2	40,0	3	15,8
			Varias veces al mes	0	0,0	0	0,0
			Varias veces a la semana	1	20,0	3	15,8
			<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>19</b>	<b>100</b>
		Regular	No hago ejercicio	2	33,3	23	62,2
			Ocasional	3	50,0	13	35,1
			Varias veces al mes	0	0,0	1	2,7
			Varias veces a la semana	1	16,7	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>
	Bueno	No hago ejercicio	5	41,7	23	51,1	
		Ocasional	5	41,7	18	40,0	
		Varias veces al mes	1	8,3	3	6,7	
		Varias veces a la semana	1	8,3	1	2,2	
		<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>	
	Cuidador/a: con apoyo	Malo	No hago ejercicio	0	--	7	63,6
			Ocasional	0	--	2	18,2
			Varias veces al mes	0	--	0	0,0
			Varias veces a la semana	0	--	2	18,2
			<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>--</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>
Regular		No hago ejercicio	8	66,7	3	42,9	
		Ocasional	4	33,3	2	28,6	
		Varias veces al mes	0	0,0	0	0,0	
		Varias veces a la semana	0	0,0	2	28,6	
		<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	
Bueno	No hago ejercicio	7	36,8	8	61,5		
	Ocasional	10	52,6	5	38,5		
	Varias veces al mes	1	5,3	0	0,0		
	Varias veces a la semana	1	5,3	0	0,0		
	<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>		

**Tabla 9.** Frecuencia con la que realiza alguna actividad física o deportiva en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud (cont.)

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Frecuencia de actividades físicas	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
50-64 años	No cuidador/a: con dependiente	Malo	No hago ejercicio	1	100,0	5	62,5
			Ocasional	0	0,0	3	37,5
			Varias veces al mes	0	0,0	0	0,0
			Varias veces a la semana	0	0,0	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>
		Regular	No hago ejercicio	7	50,0	1	25,0
			Ocasional	3	21,4	2	50,0
			Varias veces al mes	3	21,4	0	0,0
			Varias veces a la semana	1	7,1	1	25,0
			<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	No hago ejercicio	13	48,1	6	60,0
			Ocasional	5	18,5	2	20,0
			Varias veces al mes	4	14,8	0	0,0
			Varias veces a la semana	5	18,5	2	20,0
			<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>
	No cuidador/a: sin dependiente	Malo	No hago ejercicio	89	54,3	149	58,4
			Ocasional	62	37,8	95	37,3
			Varias veces al mes	7	4,3	7	2,7
			Varias veces a la semana	6	3,7	4	1,6
			<b>Total</b>	<b>164</b>	<b>100,0</b>	<b>255</b>	<b>100,0</b>
		Regular	No hago ejercicio	226	47,7	327	48,2
Ocasional			199	42,0	290	42,8	
Varias veces al mes			23	4,9	33	4,9	
Varias veces a la semana			26	5,5	28	4,1	
<b>Total</b>			<b>474</b>	<b>100,0</b>	<b>678</b>	<b>100,0</b>	
Bueno		No hago ejercicio	570	37,4	484	34,1	
		Ocasional	658	43,2	721	50,8	
		Varias veces al mes	171	11,2	120	8,5	
		Varias veces a la semana	125	8,2	95	6,7	
		<b>Total</b>	<b>1.524</b>	<b>100,0</b>	<b>1.420</b>	<b>100,0</b>	

**Tabla 9.** Frecuencia con la que realiza alguna actividad física o deportiva en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud (cont.)

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Frecuencia de actividades físicas	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
65-79 años	Cuidador/a: solo/a	Malo	No hago ejercicio	1	33,3	9	64,3
			Ocasional	2	66,7	5	35,7
			Varias veces al mes	0	0,0	0	0,0
			Varias veces a la semana	0	0,0	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>
		Regular	No hago ejercicio	7	63,6	22	61,1
			Ocasional	4	36,4	14	38,9
			Varias veces al mes	0	0,0	0	0,0
			Varias veces a la semana	0	0,0	0	0,0
	<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>		
	Bueno	No hago ejercicio	6	33,3	17	68,0	
		Ocasional	10	55,6	8	32,0	
		Varias veces al mes	2	11,1	0	0,0	
		Varias veces a la semana	0	0,0	0	0,0	
		<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	
	Cuidador/a: con apoyo	Malo	No hago ejercicio	1	50,0	6	75,0
			Ocasional	0	0,0	2	25,0
			Varias veces al mes	0	0,0	0	0,0
Varias veces a la semana			1	50,0	0	0,0	
<b>Total</b>			<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	
Regular		No hago ejercicio	2	25,0	6	75,0	
		Ocasional	6	75,0	2	25,0	
		Varias veces al mes	0	0,0	0	0,0	
		Varias veces a la semana	0	0,0	0	0,0	
		<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	
Bueno		No hago ejercicio	6	40,0	0	0,0	
		Ocasional	7	46,7	6	75,0	
		Varias veces al mes	1	6,7	1	13,0	
		Varias veces a la semana	1	6,7	1	13,0	
		<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	

**Tabla 9.** Frecuencia con la que realiza alguna actividad física o deportiva en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud (cont.)

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Frecuencia de actividades físicas	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
65-79 años	No cuidador/a: con dependiente	Malo	No hago ejercicio	3	75,0	4	100,0
			Ocasional	1	25,0	0	0,0
			Varias veces al mes	0	0,0	0	0,0
			Varias veces a la semana	0	0,0	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>
		Regular	No hago ejercicio	4	50,0	4	80,0
			Ocasional	4	50,0	1	20,0
			Varias veces al mes	0	0,0	0	0,0
			Varias veces a la semana	0	0,0	0	0,0
	<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>		
	Bueno	No hago ejercicio	5	38,5	0	0,0	
		Ocasional	8	61,5	3	100,0	
		Varias veces al mes	0	0,0	0	0,0	
		Varias veces a la semana	0	0,0	0	0,0	
		<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	
	No cuidador/a: sin dependiente	Malo	No hago ejercicio	100	62,5	280	72,2
			Ocasional	56	35,0	95	24,5
			Varias veces al mes	1	0,6	8	2,1
Varias veces a la semana			3	1,9	5	1,3	
<b>Total</b>			<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>388</b>	<b>100,0</b>	
Regular			No hago ejercicio	211	46,5	412	49,2
			Ocasional	215	47,4	378	45,1
			Varias veces al mes	8	1,8	22	2,6
			Varias veces a la semana	20	4,4	26	3,1
		<b>Total</b>	<b>454</b>	<b>100,0</b>	<b>838</b>	<b>100,0</b>	
Bueno		No hago ejercicio	238	27,5	354	35,2	
		Ocasional	521	60,3	532	52,9	
		Varias veces al mes	52	6,0	58	5,8	
		Varias veces a la semana	53	6,1	61	6,1	
		<b>Total</b>	<b>864</b>	<b>100,0</b>	<b>1.005</b>	<b>100,0</b>	

**Tabla 9.** Frecuencia con la que realiza alguna actividad física o deportiva en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud (cont.)

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Frecuencia de actividades físicas	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
80 o más años	Cuidador/a: solo/a	Malo	No hago ejercicio	0	--	1	100,0
			Ocasional	0	--	0	0,0
			Varias veces al mes	0	--	0	0,0
			Varias veces a la semana	0	--	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>--</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>
		Regular	No hago ejercicio	6	85,7	2	66,7
			Ocasional	1	14,3	1	33,3
			Varias veces al mes	0	0,0	0	0,0
			Varias veces a la semana	0	0,0	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	No hago ejercicio	1	100,0	1	25,0
			Ocasional	0	0,0	3	75,0
			Varias veces al mes	0	0,0	0	0,0
			Varias veces a la semana	0	0,0	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>
	Cuidador/a: con apoyo	Malo	No hago ejercicio	5	100,0	2	50,0
			Ocasional	0	0,0	2	50,0
			Varias veces al mes	0	0,0	0	0,0
			Varias veces a la semana	0	0,0	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>
		Regular	No hago ejercicio	4	80,0	5	71,4
Ocasional			1	20,0	2	28,6	
Varias veces al mes			0	0,0	0	0,0	
Varias veces a la semana			0	0,0	0	0,0	
<b>Total</b>			<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	
Bueno		No hago ejercicio	4	57,1	7	100,0	
		Ocasional	3	42,9	0	0,0	
		Varias veces al mes	0	0,0	0	0,0	
		Varias veces a la semana	0	0,0	0	0,0	
		<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	

**Tabla 9.** Frecuencia con la que realiza alguna actividad física o deportiva en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud (cont.)

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Frecuencia de actividades físicas	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
80 o más años	No cuidador/a: con dependiente	Malo	No hago ejercicio	4	100,0	4	100,0
			Ocasional	0	0,0	0	0,0
			Varias veces al mes	0	0,0	0	0,0
			Varias veces a la semana	0	0,0	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>
		Regular	No hago ejercicio	3	50,0	6	75,0
			Ocasional	3	50,0	2	25,0
			Varias veces al mes	0	0,0	0	0,0
			Varias veces a la semana	0	0,0	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	No hago ejercicio	7	77,8	5	100,0
			Ocasional	2	22,2	0	0,0
			Varias veces al mes	0	0,0	0	0,0
			Varias veces a la semana	0	0,0	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>
	No cuidador/a: sin dependiente	Malo	No hago ejercicio	63	77,8	179	86,1
			Ocasional	16	19,8	27	13,0
			Varias veces al mes	1	1,2	0	0,0
			Varias veces a la semana	1	1,2	2	1,0
			<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>100,0</b>	<b>208</b>	<b>100,0</b>
Regular		No hago ejercicio	123	59,4	300	70,8	
		Ocasional	79	38,2	113	26,7	
		Varias veces al mes	2	1,0	4	0,9	
		Varias veces a la semana	3	1,4	7	1,7	
		<b>Total</b>	<b>207</b>	<b>100,0</b>	<b>424</b>	<b>100,0</b>	
Bueno		No hago ejercicio	92	45,1	167	52,4	
		Ocasional	105	51,5	140	43,9	
		Varias veces al mes	3	1,5	6	1,9	
		Varias veces a la semana	4	2,0	6	1,9	
		<b>Total</b>	<b>204</b>	<b>100,0</b>	<b>319</b>	<b>100,0</b>	
<b>Total</b>			<b>4.354</b>		<b>5.834</b>		

Fuente: ENSE, 2011-12

**Tabla 10.** Consumo de bebidas alcohólicas en los últimos doce meses en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Consumo de bebidas alcohólicas	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
50-64 años	Cuidador/a: solo/a	Malo	Sí	1	25,0	1	7,1
			No	3	75,0	13	92,9
			<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Sí	0	0,0	4	14,8
			No	3	100,0	23	85,2
			<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Sí	1	100,0	9	32,1
			No	0	0,0	19	67,9
			<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>
	Cuidador/a: con apoyo	Malo	Sí	0	--	2	22,2
			No	0	--	7	77,8
			<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>--</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Sí	1	20,0	1	20,0
			No	4	80,0	4	80,0
			<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Sí	0	0,0	2	33,0
			No	5	100,0	4	67,0
			<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>
	No cuidador/a: con dependiente	Malo	Sí	0	0,0	0	0,0
			No	1	100,0	7	100,0
			<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Sí	3	60,0	0	0,0
			No	2	40,0	2	100,0
			<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>
Bueno		Sí	4	57,1	0	0,0	
		No	3	42,9	5	100,0	
		<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	
No cuidador/a: sin dependiente	Malo	Sí	18	24,0	48	23,9	
		No	57	76,0	153	76,1	
		<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100,0</b>	<b>201</b>	<b>100,0</b>	
	Regular	Sí	65	37,6	91	20,3	
		No	108	62,4	357	79,7	
		<b>Total</b>	<b>173</b>	<b>100,0</b>	<b>448</b>	<b>100,0</b>	
	Bueno	Sí	149	37,6	214	28,3	
		No	247	62,4	543	71,7	
		<b>Total</b>	<b>396</b>	<b>100,0</b>	<b>757</b>	<b>100,0</b>	

**Tabla 10.** Consumo de bebidas alcohólicas en los últimos doce meses en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud (cont.)

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Consumo de bebidas alcohólicas	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
65-79 años	Cuidador/a: solo/a	Malo	Sí	0	0,0	2	20,0
			No	2	100,0	8	80,0
			<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Sí	2	50,0	4	14,3
			No	2	50,0	24	85,7
			<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Sí	4	80,0	4	21,1
			No	1	20,0	15	78,9
			<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>
	Cuidador/a: con apoyo	Malo	Sí	0	0,0	0	0,0
			No	1	100,0	7	100,0
			<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Sí	1	16,7	2	25,0
			No	5	83,3	6	75,0
			<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Sí	0	0,0	2	28,6
			No	2	100,0	5	71,4
			<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>
	No cuidador/a: con dependiente	Malo	Sí	0	0,0	0	0,0
			No	2	100,0	4	100,0
			<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Sí	1	33,3	0	0,0
			No	2	66,7	5	100,0
			<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>
Bueno		Sí	1	33,3	1	100,0	
		No	2	66,7	0	0,0	
		<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	
No cuidador/a: sin dependiente	Malo	Sí	19	22,4	38	11,6	
		No	66	77,6	291	88,4	
		<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>100,0</b>	<b>329</b>	<b>100,0</b>	
	Regular	Sí	62	29,8	98	15,2	
		No	146	70,2	546	84,8	
		<b>Total</b>	<b>208</b>	<b>100,0</b>	<b>644</b>	<b>100,0</b>	
	Bueno	Sí	82	30,3	118	18,0	
		No	189	69,7	536	82,0	
		<b>Total</b>	<b>271</b>	<b>100,0</b>	<b>654</b>	<b>100,0</b>	

**Tabla 10.** Consumo de bebidas alcohólicas en los últimos doce meses en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud (cont.)

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Consumo de bebidas alcohólicas	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
80 o más años	Cuidador/a: solo/a	Malo	Sí	0	--	1	100,0
			No	0	--	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>--</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Sí	0	0,0	2	66,7
			No	4	100,0	1	33,3
			<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Sí	0	0,0	0	0,0
			No	1	100,0	3	100,0
			<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>
	Cuidador/a: con apoyo	Malo	Sí	0	0,0	0	0,0
			No	4	100,0	4	100,0
			<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Sí	2	66,7	0	0,0
			No	1	33,3	6	100,0
			<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Sí	0	0,0	1	20,0
			No	4	100,0	4	80,0
			<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>
	No cuidador/a: con dependiente	Malo	Sí	0	0,0	2	50,0
			No	4	100,0	2	50,0
			<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Sí	1	33,3	1	12,5
			No	2	66,7	7	87,5
			<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>
Bueno		Sí	1	25,0	0	0,0	
		No	3	75,0	3	100,0	
		<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	
No cuidador/a: sin dependiente	Malo	Sí	8	15,4	12	6,5	
		No	44	84,6	174	93,5	
		<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	<b>186</b>	<b>100,0</b>	
	Regular	Sí	11	10,7	44	12,3	
		No	92	89,3	314	87,7	
		<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100,0</b>	<b>358</b>	<b>100,0</b>	
	Bueno	Sí	22	25,0	36	14,3	
		No	66	75,0	215	85,7	
		<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100,0</b>	<b>251</b>	<b>100,0</b>	
<b>Total</b>				<b>1.537</b>		<b>4.057</b>	

Fuente: ENSE, 2011-12

**Tabla 11.** Índice de Masa Corporal en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Índice de masa corporal	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
50-64 años	Cuidador/a: solo/a	Malo	Peso insuficiente	0	0,0	0	0,0
			Normopeso	1	20,0	4	23,5
			Sobrepeso	3	60,0	5	29,4
			Obesidad	1	20,0	8	47,1
			<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>17</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Peso insuficiente	0	0,0	0	0,0
			Normopeso	0	0,0	9	25,7
			Sobrepeso	4	66,7	13	37,1
			Obesidad	2	33,3	13	37,1
			<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Peso insuficiente	0	0,0	1	2,4
			Normopeso	4	36,4	20	47,6
	Sobrepeso		2	18,2	8	19,0	
	Obesidad		5	45,5	13	31,0	
	<b>Total</b>		<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>	
	Cuidador/a: con apoyo	Malo	Peso insuficiente	0	--	0	0,0
			Normopeso	0	--	2	22,2
			Sobrepeso	0	--	3	33,3
			Obesidad	0	--	4	44,4
			<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>--</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Peso insuficiente	0	0,0	0	0,0
			Normopeso	2	18,2	2	28,6
			Sobrepeso	7	63,6	4	57,1
			Obesidad	2	18,2	1	14,3
<b>Total</b>			<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	
Bueno		Peso insuficiente	0	0,0	0	0,0	
		Normopeso	5	31,3	6	50,0	
	Sobrepeso	9	56,3	4	33,3		
	Obesidad	2	12,5	2	16,7		
	<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>		

**Tabla 11.** Índice de Masa Corporal en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud (cont.)

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Índice de masa corporal	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
50-64 años	No cuidador/a: con dependiente	Malo	Peso insuficiente	0	0,0	0	0,0
			Normopeso	0	0,0	2	25,0
			Sobrepeso	1	100,0	1	13,0
			Obesidad	0	0,0	5	63,0
			<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Peso insuficiente	0	0,0	0	0,0
			Normopeso	5	38,5	1	33,3
			Sobrepeso	5	38,5	1	33,3
			Obesidad	3	23,1	1	33,3
			<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Peso insuficiente	0	0,0	1	10,0
			Normopeso	7	25,9	8	80,0
	Sobrepeso		12	44,4	1	10,0	
	Obesidad		8	29,6	0	0,0	
	<b>Total</b>		<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>	
	No cuidador/a: sin dependiente	Malo	Peso insuficiente	1	0,6	6	2,5
			Normopeso	35	22,3	71	30,0
			Sobrepeso	67	42,7	87	36,7
			Obesidad	54	34,4	73	30,8
			<b>Total</b>	<b>157</b>	<b>100,0</b>	<b>237</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Peso insuficiente	2	0,4	3	0,5
			Normopeso	98	21,9	196	32,3
			Sobrepeso	210	46,9	242	39,9
			Obesidad	138	30,8	165	27,2
<b>Total</b>			<b>448</b>	<b>100,0</b>	<b>606</b>	<b>100,0</b>	
Bueno		Peso insuficiente	2	0,1	27	2,1	
		Normopeso	370	25,0	662	50,5	
	Sobrepeso	780	52,7	444	33,9		
	Obesidad	327	22,1	178	13,6		
	<b>Total</b>	<b>1.479</b>	<b>100,0</b>	<b>1.311</b>	<b>100,0</b>		

**Tabla 11.** Índice de Masa Corporal en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud (cont.)

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Índice de masa corporal	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
65-79 años	Cuidador/a: solo/a	Malo	Peso insuficiente	0	0,0	0	0,0
			Normopeso	2	66,7	4	33,3
			Sobrepeso	1	33,3	6	50,0
			Obesidad	0	0,0	2	16,7
			<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Peso insuficiente	0	0,0	0	0,0
			Normopeso	1	9,1	7	20,6
			Sobrepeso	4	36,4	14	41,2
			Obesidad	6	54,5	13	38,2
			<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Peso insuficiente	0	0,0	0	0,0
			Normopeso	3	17,6	8	38,1
	Sobrepeso		10	58,8	9	42,9	
	Obesidad		4	23,5	4	19,0	
	<b>Total</b>		<b>17</b>	<b>100,0</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>	
	Cuidador/a: con apoyo	Malo	Peso insuficiente	0	0,0	0	0,0
			Normopeso	1	100,0	2	28,6
			Sobrepeso	0	0,0	2	28,6
			Obesidad	0	0,0	3	42,9
			<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Peso insuficiente	0	0,0	0	0,0
			Normopeso	1	14,3	0	0,0
			Sobrepeso	4	57,1	0	0,0
			Obesidad	2	28,6	4	100,0
<b>Total</b>			<b>7</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	
Bueno		Peso insuficiente	0	0,0	0	0,0	
		Normopeso	2	15,4	4	66,7	
	Sobrepeso	7	53,8	1	16,7		
	Obesidad	4	30,8	1	16,7		
	<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>		

**Tabla 11.** Índice de Masa Corporal en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud (cont.)

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Índice de masa corporal	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
65-79 años	No cuidador/a: con dependiente	Malo	Peso insuficiente	0	0,0	0	0,0
			Normopeso	0	0,0	0	0,0
			Sobrepeso	0	0,0	2	66,7
			Obesidad	2	100,0	1	33,3
			<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Peso insuficiente	0	0,0	0	0,0
			Normopeso	2	28,6	1	25,0
			Sobrepeso	3	42,9	0	0,0
			Obesidad	2	28,6	3	75,0
			<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Peso insuficiente	0	0,0	0	0,0
			Normopeso	4	30,8	2	66,7
	Sobrepeso		8	61,5	1	33,3	
	Obesidad		1	7,7	0	0,0	
	<b>Total</b>		<b>13</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	
	No cuidador/a: sin dependiente	Malo	Peso insuficiente	0	0,0	4	1,4
			Normopeso	35	24,1	65	22,7
			Sobrepeso	69	47,6	104	36,4
			Obesidad	41	28,3	113	39,5
			<b>Total</b>	<b>145</b>	<b>100,0</b>	<b>286</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Peso insuficiente	2	0,5	2	0,3
			Normopeso	86	21,3	170	25,6
			Sobrepeso	203	50,2	298	44,9
			Obesidad	113	28,0	194	29,2
<b>Total</b>			<b>404</b>	<b>100,0</b>	<b>664</b>	<b>100,0</b>	
Bueno		Peso insuficiente	0	0,0	10	1,2	
		Normopeso	180	22,3	325	38,3	
	Sobrepeso	453	56,1	350	41,2		
	Obesidad	175	21,7	164	19,3		
	<b>Total</b>	<b>808</b>	<b>100,0</b>	<b>849</b>	<b>100,0</b>		

**Tabla 11.** Índice de Masa Corporal en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud (cont.)

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Índice de masa corporal	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
80 o más años	Cuidador/a: solo/a	Malo	Peso insuficiente	0	--	0	0,0
			Normopeso	0	--	1	100,0
			Sobrepeso	0	--	0	0,0
			Obesidad	0	--	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>--</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Peso insuficiente	0	0,0	0	--
			Normopeso	2	40,0	0	--
			Sobrepeso	1	20,0	0	--
			Obesidad	2	40,0	0	--
			<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>0</b>	<b>--</b>
		Bueno	Peso insuficiente	0	0,0	0	0,0
			Normopeso	0	0,0	0	0,0
	Sobrepeso		1	100,0	3	75,0	
	Obesidad		0	0,0	1	25,0	
	<b>Total</b>		<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	
	Cuidador/a: con apoyo	Malo	Peso insuficiente	0	0,0	0	0,0
			Normopeso	2	50,0	0	0,0
			Sobrepeso	1	25,0	1	100,0
			Obesidad	1	25,0	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Peso insuficiente	0	0,0	0	0,0
			Normopeso	1	20,0	3	60,0
			Sobrepeso	4	80,0	1	20,0
			Obesidad	0	0,0	1	20,0
<b>Total</b>			<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	
Bueno		Peso insuficiente	0	0,0	0	0,0	
		Normopeso	2	33,3	2	40,0	
	Sobrepeso	2	33,3	1	20,0		
	Obesidad	2	33,3	2	40,0		
	<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>		

**Tabla 11.** Índice de Masa Corporal en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud (cont.)

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Índice de masa corporal	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
80 o más años	No cuidador/a: con dependiente	Malo	Peso insuficiente	0	0,0	0	0,0
			Normopeso	0	0,0	0	0,0
			Sobrepeso	1	100,0	2	66,7
			Obesidad	0	0,0	1	33,3
			<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Peso insuficiente	0	0,0	0	0,0
			Normopeso	1	20,0	2	50,0
			Sobrepeso	3	60,0	2	50,0
			Obesidad	1	20,0	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Peso insuficiente	1	12,5	0	0,0
			Normopeso	3	37,5	2	66,7
	Sobrepeso		2	25,0	1	33,3	
	Obesidad		2	25,0	0	0,0	
	<b>Total</b>		<b>8</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	
	No cuidador/a: sin dependiente	Malo	Peso insuficiente	2	2,9	5	3,8
			Normopeso	28	41,2	40	30,5
			Sobrepeso	30	44,1	46	35,1
			Obesidad	8	11,8	40	30,5
			<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>100,0</b>	<b>131</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Peso insuficiente	2	1,3	3	1,1
			Normopeso	48	31,2	92	33,8
			Sobrepeso	76	49,4	110	40,4
			Obesidad	28	18,2	67	24,6
<b>Total</b>			<b>154</b>	<b>100,0</b>	<b>272</b>	<b>100,0</b>	
Bueno		Peso insuficiente	2	1,2	3	1,4	
		Normopeso	61	36,7	93	42,3	
	Sobrepeso	76	45,8	93	42,3		
	Obesidad	27	16,3	31	14,1		
	<b>Total</b>	<b>166</b>	<b>100,0</b>	<b>220</b>	<b>100,0</b>		
<b>Total</b>				<b>4.028</b>		<b>4.834</b>	

Fuente: ENSE, 2011-12

**Tabla 12.** Índice de apoyo social en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Indicador sintético de apoyo social	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
50-64 años	Cuidador/a: solo/a	Malo	Poco apoyo	0	0,0	0	0,0
			Apoyo regular	1	20,0	5	27,8
			Mucho apoyo	4	80,0	13	72,2
			<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Poco apoyo	0	0,0	5	14,3
			Apoyo regular	2	33,3	11	31,4
			Mucho apoyo	4	66,7	19	54,3
			<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Poco apoyo	1	8,3	1	2,3
	Apoyo regular		2	16,7	8	18,2	
	Mucho apoyo		9	75,0	35	79,6	
	<b>Total</b>		<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>44</b>	<b>100,0</b>	
	Cuidador/a: con apoyo	Malo	Poco apoyo	0	--	0	0,0
			Apoyo regular	0	--	1	11,1
			Mucho apoyo	0	--	8	88,9
			<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>--</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Poco apoyo	0	0,0	0	0,0
			Apoyo regular	0	0,0	0	0,0
			Mucho apoyo	9	100,0	6	100,0
			<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Poco apoyo	0	0,0	0	0,0
	Apoyo regular		4	21,1	4	33,3	
	Mucho apoyo		15	78,9	8	66,7	
	<b>Total</b>		<b>19</b>	<b>100,0</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	
	No cuidador/a: con dependiente	Malo	Poco apoyo	0	0,0	0	0,0
			Apoyo regular	0	0,0	3	37,5
			Mucho apoyo	1	100,0	5	62,5
<b>Total</b>			<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	
Regular		Poco apoyo	0	0,0	0	0,0	
		Apoyo regular	1	7,1	2	66,7	
		Mucho apoyo	13	92,9	1	33,3	
		<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	
Bueno		Poco apoyo	1	3,8	0	0,0	
		Apoyo regular	6	23,1	3	30,0	
		Mucho apoyo	19	73,1	7	70,0	
		<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100,0</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>	

**Tabla 12.** Índice de apoyo social en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud (cont.)

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Indicador sintético de apoyo social	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
50-64 años	No cuidador/a: sin dependiente	Malo	Poco apoyo	7	4,4	8	3,3
			Apoyo regular	33	20,9	66	26,9
			Mucho apoyo	118	74,7	171	69,8
			<b>Total</b>	<b>158</b>	<b>100,0</b>	<b>245</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Poco apoyo	11	2,4	15	2,3
			Apoyo regular	74	16,3	127	19,3
			Mucho apoyo	368	81,2	517	78,4
			<b>Total</b>	<b>453</b>	<b>100,0</b>	<b>659</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Poco apoyo	12	0,8	6	0,4
	Apoyo regular		243	16,8	187	13,6	
	Mucho apoyo		1.191	82,4	1.179	85,9	
	<b>Total</b>		<b>1.446</b>	<b>100,0</b>	<b>1.372</b>	<b>100,0</b>	
65-79 años	Cuidador/a: solo/a	Malo	Poco apoyo	1	33,3	1	7,7
			Apoyo regular	0	0,0	4	30,8
			Mucho apoyo	2	66,7	8	61,5
			<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Poco apoyo	0	0,0	5	14,3
			Apoyo regular	5	50,0	7	20,0
			Mucho apoyo	5	50,0	23	65,7
			<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Poco apoyo	0	0,0	0	0,0
	Apoyo regular		5	27,8	5	20,8	
	Mucho apoyo		13	72,2	19	79,2	
	<b>Total</b>		<b>18</b>	<b>100,0</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>	
	Cuidador/a: con apoyo	Malo	Poco apoyo	0	0,0	0	0,0
			Apoyo regular	1	50,0	2	25,0
			Mucho apoyo	1	50,0	6	75,0
			<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Poco apoyo	1	12,5	0	0,0
			Apoyo regular	2	25,0	1	12,5
Mucho apoyo			5	62,5	7	87,5	
<b>Total</b>			<b>8</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	
Bueno		Poco apoyo	0	0,0	0	0,0	
	Apoyo regular	2	15,4	1	12,5		
	Mucho apoyo	11	84,6	7	87,5		
	<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>		

**Tabla 12.** Índice de apoyo social en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud (cont.)

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Indicador sintético de apoyo social	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
65-79 años	No cuidador/a: con dependiente	Malo	Poco apoyo	0	0,0	0	0,0
			Apoyo regular	2	66,7	1	33,3
			Mucho apoyo	1	33,3	2	66,7
			<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Poco apoyo	0	0,0	1	20,0
			Apoyo regular	2	33,3	1	20,0
			Mucho apoyo	4	66,7	3	60,0
			<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Poco apoyo	0	0,0	0	0,0
	Apoyo regular		1	8,3	0	0,0	
	Mucho apoyo		11	91,7	3	100,0	
	<b>Total</b>		<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	
	No cuidador/a: sin dependiente	Malo	Poco apoyo	3	2,0	15	4,2
			Apoyo regular	22	14,5	75	21,0
			Mucho apoyo	127	83,56	267	74,8
			<b>Total</b>	<b>152</b>	<b>100,0</b>	<b>357</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Poco apoyo	13	3,0	12	1,5
			Apoyo regular	68	15,6	128	15,9
			Mucho apoyo	354	81,4	663	82,6
			<b>Total</b>	<b>435</b>	<b>100,0</b>	<b>803</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Poco apoyo	15	1,9	17	1,8
Apoyo regular			114	14,2	120	12,5	
Mucho apoyo			676	84,0	826	85,77	
<b>Total</b>			<b>805</b>	<b>100,0</b>	<b>963</b>	<b>100,0</b>	
80 o más años	Cuidador/a: solo/a	Malo	Poco apoyo	0	--	0	0,0
			Apoyo regular	0	--	0	0,0
			Mucho apoyo	0	--	1	100,0
			<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>--</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Poco apoyo	1	14,3	0	0,0
			Apoyo regular	2	28,6	2	66,7
			Mucho apoyo	4	57,1	1	33,3
			<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Poco apoyo	0	0,0	0	0,0
	Apoyo regular		1	100,0	0	0,0	
	Mucho apoyo		0	0,0	3	100,0	
	<b>Total</b>		<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	

**Tabla 12.** Índice de apoyo social en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud (cont.)

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Indicador sintético de apoyo social	Sexo				
				Hombre		Mujer		
				n	%	n	%	
80 o más años	Cuidador/a: con apoyo	Malo	Poco apoyo	0	0,0	0	0,0	
			Apoyo regular	1	33,3	0	0,0	
			Mucho apoyo	2	66,7	3	100,0	
			<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	
		Regular	Poco apoyo	0	0,0	1	20,0	
			Apoyo regular	1	20,0	0	0,0	
			Mucho apoyo	4	80,0	4	80,0	
			<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	
		Bueno	Poco apoyo	0	0,0	0	0,0	
	Apoyo regular		0	0,0	0	0,0		
	Mucho apoyo		7	100,0	7	100,0		
	<b>Total</b>		<b>7</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>		
	No cuidador/a: con dependiente	Malo	Poco apoyo	0	0,0	0	0,0	
			Apoyo regular	0	0,0	0	0,0	
			Mucho apoyo	3	100,0	3	100,0	
			<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	
		Regular	Poco apoyo	0	0,0	0	0,0	
			Apoyo regular	0	0,0	0	0,0	
			Mucho apoyo	4	100,0	8	100,0	
			<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	
		Bueno	Poco apoyo	0	0,0	0	0,0	
	Apoyo regular		1	12,5	0	0,0		
	Mucho apoyo		7	87,5	4	100,0		
	<b>Total</b>		<b>8</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>		
	No cuidador/a: sin dependiente	Malo	Poco apoyo	3	4,3	4	2,1	
			Apoyo regular	12	17,4	44	23,5	
			Mucho apoyo	55	78,6	139	74,3	
<b>Total</b>			<b>70</b>	<b>100,0</b>	<b>187</b>	<b>100,0</b>		
Regular		Poco apoyo	2	1,0	11	2,9		
		Apoyo regular	42	21,5	58	15,0		
		Mucho apoyo	151	77,4	317	82,1		
		<b>Total</b>	<b>195</b>	<b>100,0</b>	<b>386</b>	<b>100,0</b>		
Bueno		Poco apoyo	1	0,5	5	1,7		
		Apoyo regular	26	13,5	32	11,0		
		Mucho apoyo	165	85,9	255	87,3		
		<b>Total</b>	<b>192</b>	<b>100,0</b>	<b>292</b>	<b>100,0</b>		
<b>Total</b>				<b>4.111</b>		<b>5.553</b>		

Fuente: ENSE, 2011-12

**Tabla 13.** Hábito de fumar en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Fuma	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
50-64 años	Cuidador/a: solo/a	Malo	Fuma	0	0,0	7	36,8
			En la actualidad no, antes sí	2	40,0	3	15,8
			Nunca ha fumado	3	60,0	9	47,4
			<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Fuma	1	16,7	10	27,0
			En la actualidad no, antes sí	3	50,0	4	10,8
			Nunca ha fumado	2	33,3	23	62,2
			<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Fuma	2	16,7	11	24,4
			En la actualidad no, antes sí	4	33,3	8	17,8
			Nunca ha fumado	6	50,0	26	57,8
			<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>
	Cuidador/a: con apoyo	Malo	Fuma	0	--	1	11,1
			En la actualidad no, antes sí	0	--	1	11,1
			Nunca ha fumado	0	--	7	77,8
			<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>--</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Fuma	5	41,7	2	28,6
			En la actualidad no, antes sí	4	33,3	2	28,6
			Nunca ha fumado	3	25,0	3	42,9
			<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Fuma	6	31,6	4	30,8
			En la actualidad no, antes sí	7	36,8	3	23,1
			Nunca ha fumado	6	31,6	6	46,2
			<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>

**Tabla 13.** Hábito de fumar en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud (cont.)

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Fuma	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
50-64 años	No cuidador/a: con dependiente	Malo	Fuma	1	100,0	4	50,0
			En la actualidad no, antes sí	0	0,0	2	25,0
			Nunca ha fumado	0	0,0	2	25,0
			<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Fuma	1	7,1	0	0,0
			En la actualidad no, antes sí	6	42,9	1	33,3
			Nunca ha fumado	7	50,0	2	66,7
			<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Fuma	10	37,0	4	40,0
	En la actualidad no, antes sí		4	14,8	2	20,0	
	Nunca ha fumado		13	48,1	4	40,0	
	<b>Total</b>		<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>	
	No cuidador/a: sin dependiente	Malo	Fuma	48	29,3	64	25,1
			En la actualidad no, antes sí	61	37,2	48	18,8
			Nunca ha fumado	55	33,5	143	56,1
			<b>Total</b>	<b>164</b>	<b>100,0</b>	<b>255</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Fuma	159	33,6	139	20,5
			En la actualidad no, antes sí	188	39,7	106	15,6
Nunca ha fumado			126	26,6	434	63,9	
<b>Total</b>			<b>473</b>	<b>100,0</b>	<b>679</b>	<b>100,0</b>	
Bueno		Fuma	482	31,7	340	24,0	
	En la actualidad no, antes sí	568	37,3	279	19,7		
	Nunca ha fumado	472	31,0	799	56,3		
	<b>Total</b>	<b>1.522</b>	<b>100,0</b>	<b>1.418</b>	<b>100,0</b>		

**Tabla 13.** Hábito de fumar en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud (cont.)

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Fuma	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
65-79 años	Cuidador/a: solo/a	Malo	Fuma	0	0,0	1	7,1
			En la actualidad no, antes sí	2	66,7	3	21,4
			Nunca ha fumado	1	33,3	10	71,4
			<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Fuma	1	9,1	0	0,0
			En la actualidad no, antes sí	4	36,4	0	0,0
			Nunca ha fumado	6	54,5	36	100,0
			<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Fuma	0	0,0	0	0,0
			En la actualidad no, antes sí	13	72,2	0	0,0
			Nunca ha fumado	5	27,8	25	100,0
			<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>
	Cuidador/a: con apoyo	Malo	Fuma	1	50,0	0	0,0
			En la actualidad no, antes sí	0	0,0	1	12,5
			Nunca ha fumado	1	50,0	7	87,5
			<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Fuma	1	12,5	0	0,0
			En la actualidad no, antes sí	4	50,0	0	0,0
			Nunca ha fumado	3	37,5	8	100,0
			<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Fuma	2	13,3	0	0,0
			En la actualidad no, antes sí	5	33,3	1	12,5
			Nunca ha fumado	8	53,3	7	87,5
			<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>

**Tabla 13.** Hábito de fumar en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud (cont.)

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Fuma	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
65-79 años	No cuidador/a: con dependiente	Malo	Fuma	0	0,0	0	0,0
			En la actualidad no, antes sí	4	100,0	0	0,0
			Nunca ha fumado	0	0,0	4	100,0
			<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Fuma	0	0,0	0	0,0
			En la actualidad no, antes sí	4	50,0	0	0,0
			Nunca ha fumado	4	50,0	5	100,0
			<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Fuma	4	30,8	0	0,0
	En la actualidad no, antes sí		4	30,8	0	0,0	
	Nunca ha fumado		5	38,5	3	100,0	
	<b>Total</b>		<b>13</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	
	No cuidador/a: sin dependiente	Malo	Fuma	29	18,1	15	3,9
			En la actualidad no, antes sí	84	52,5	27	7,0
			Nunca ha fumado	47	29,4	345	89,1
			<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>387</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Fuma	75	16,4	30	3,6
			En la actualidad no, antes sí	234	51,3	41	4,9
Nunca ha fumado			147	32,2	767	91,5	
<b>Total</b>			<b>456</b>	<b>100,0</b>	<b>838</b>	<b>100,0</b>	
Bueno		Fuma	149	17,3	59	5,9	
	En la actualidad no, antes sí	378	43,8	80	8,0		
	Nunca ha fumado	336	38,9	865	86,2		
	<b>Total</b>	<b>863</b>	<b>100,0</b>	<b>1.004</b>	<b>100,0</b>		

**Tabla 13.** Hábito de fumar en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud (cont.)

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Fuma	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
80 o más años	Cuidador/a: solo/a	Malo	Fuma	0	--	0	0,0
			En la actualidad no, antes sí	0	--	0	0,0
			Nunca ha fumado	0	--	1	100,0
			<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>--</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Fuma	5	71,4	0	0,0
			En la actualidad no, antes sí	2	28,6	0	0,0
			Nunca ha fumado	0	0,0	3	100,0
			<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Fuma	0	0,0	0	0,0
			En la actualidad no, antes sí	1	100,0	0	0,0
			Nunca ha fumado	0	0,0	4	100,0
			<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>
	Cuidador/a: con apoyo	Malo	Fuma	0	0,0	0	0,0
			En la actualidad no, antes sí	2	40,0	0	0,0
			Nunca ha fumado	3	60,0	4	100,0
			<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Fuma	1	20,0	0	0,0
			En la actualidad no, antes sí	2	40,0	0	0,0
			Nunca ha fumado	2	40,0	7	100,0
			<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Fuma	0	0,0	0	0,0
			En la actualidad no, antes sí	2	28,6	0	0,0
			Nunca ha fumado	5	71,4	7	100,0
			<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>

**Tabla 13.** Hábito de fumar en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud (cont.)

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Fuma	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
80 o más años	No cuidador/a: con dependiente	Malo	Fuma	1	25,0	0	0,0
			En la actualidad no, antes sí	1	25,0	0	0,0
			Nunca ha fumado	2	50,0	4	100,0
			<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Fuma	1	20,0	0	0,0
			En la actualidad no, antes sí	2	40,0	0	0,0
			Nunca ha fumado	2	40,0	8	100,0
			<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Fuma	3	33,3	0	0,0
			En la actualidad no, antes sí	1	11,1	0	0,0
			Nunca ha fumado	5	55,6	5	100,0
			<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>
	No cuidador/a: sin dependiente	Malo	Fuma	4	5,0	0	0,0
			En la actualidad no, antes sí	48	60,0	5	2,4
			Nunca ha fumado	28	35,0	203	97,6
			<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>	<b>208</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Fuma	13	6,3	2	0,5
			En la actualidad no, antes sí	111	53,9	9	2,1
			Nunca ha fumado	82	39,8	412	97,4
			<b>Total</b>	<b>206</b>	<b>100,0</b>	<b>423</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Fuma	18	8,8	5	1,6
			En la actualidad no, antes sí	90	44,1	11	3,4
			Nunca ha fumado	96	47,1	303	95
			<b>Total</b>	<b>204</b>	<b>100,0</b>	<b>319</b>	<b>100,0</b>
				<b>4.349</b>	<b>5.836</b>		

Fuente: ENSE, 2011-12

**Tabla 14.** Frecuencia con la que consume bebidas alcohólicas en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Frecuencia consumo de alcohol	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
50-64 años	Cuidador/a: solo/a	Malo	Todos los días	1	50,0	3	50,0
			De 3 a 6 veces a la semana	0	0,0	0	0,0
			De 1 a 2 veces a la semana	0	0,0	0	0,0
			De 2 a 3 veces al mes	0	0,0	0	0,0
			Una vez al mes o menos	1	50,0	3	50,0
			<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Todos los días	2	66,7	4	28,6
			De 3 a 6 veces a la semana	0	0,0	0	0,0
			De 1 a 2 veces a la semana	0	0,0	3	21,4
			De 2 a 3 veces al mes	1	33,3	0	0,0
			Una vez al mes o menos	0	0,0	7	50,0
			<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Todos los días	6	50,0	6	23,1
			De 3 a 6 veces a la semana	1	8,3	0	0,0
			De 1 a 2 veces a la semana	4	33,3	6	23,1
	De 2 a 3 veces al mes		0	0,0	1	3,8	
	Una vez al mes o menos		1	8,3	13	50,0	
	<b>Total</b>		<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>26</b>	<b>100,0</b>	
	Cuidador/a: con apoyo	Malo	Todos los días	0	--	0	0,0
			De 3 a 6 veces a la semana	0	--	0	0,0
			De 1 a 2 veces a la semana	0	--	0	0,0
De 2 a 3 veces al mes			0	--	0	0,0	
Una vez al mes o menos			0	--	2	100,0	
<b>Total</b>			<b>0</b>	<b>--</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	
Regular		Todos los días	6	75,0	1	33,3	
		De 3 a 6 veces a la semana	1	13,0	0	0,0	
		De 1 a 2 veces a la semana	1	13,0	0	0,0	
		De 2 a 3 veces al mes	0	0,0	1	33,3	
		Una vez al mes o menos	0	0,0	1	33,3	
		<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	
Bueno		Todos los días	7	50,0	1	11,1	
		De 3 a 6 veces a la semana	3	21,4	1	11,1	
		De 1 a 2 veces a la semana	1	7,1	3	33,3	
	De 2 a 3 veces al mes	2	14,3	0	0,0		
	Una vez al mes o menos	1	7,1	4	44,4		
	<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>		

**Tabla 14.** Frecuencia con la que consume bebidas alcohólicas en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud (cont.)

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Frecuencia consumo de alcohol	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
50-64 años	No cuidador/a: con dependiente	Malo	Todos los días	0	--	1	100,0
			De 3 a 6 veces a la semana	0	--	0	0,0
			De 1 a 2 veces a la semana	0	--	0	0,0
			De 2 a 3 veces al mes	0	--	0	0,0
			Una vez al mes o menos	0	--	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>--</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Todos los días	3	25,0	0	0,0
			De 3 a 6 veces a la semana	1	8,3	0	0,0
			De 1 a 2 veces a la semana	4	33,3	0	0,0
			De 2 a 3 veces al mes	1	8,3	0	0,0
			Una vez al mes o menos	3	25,0	1	100,0
			<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>
	Bueno	Todos los días	13	54,2	2	40,0	
		De 3 a 6 veces a la semana	1	4,2	0	0,0	
		De 1 a 2 veces a la semana	5	20,8	2	40,0	
		De 2 a 3 veces al mes	2	8,3	0	0,0	
		Una vez al mes o menos	3	12,5	1	20,0	
		<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	
	No cuidador/a: sin dependiente	Malo	Todos los días	51	47,7	15	14,7
			De 3 a 6 veces a la semana	9	8,4	5	4,9
			De 1 a 2 veces a la semana	20	18,7	17	16,7
			De 2 a 3 veces al mes	10	9,3	15	14,7
			Una vez al mes o menos	17	15,9	50	49,0
			<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>	<b>102</b>	<b>100,0</b>
Regular		Todos los días	163	44,5	64	19,9	
		De 3 a 6 veces a la semana	37	10,1	25	7,8	
		De 1 a 2 veces a la semana	82	22,4	74	23,1	
		De 2 a 3 veces al mes	29	7,9	38	11,8	
		Una vez al mes o menos	55	15,0	120	37,4	
		<b>Total</b>	<b>366</b>	<b>100,0</b>	<b>321</b>	<b>100,0</b>	
Bueno		Todos los días	549	43,1	189	21,6	
		De 3 a 6 veces a la semana	123	9,6	62	7,1	
		De 1 a 2 veces a la semana	336	26,4	239	27,3	
		De 2 a 3 veces al mes	94	7,4	107	12,2	
		Una vez al mes o menos	173	13,6	279	31,8	
		<b>Total</b>	<b>1.275</b>	<b>100,0</b>	<b>876</b>	<b>100,0</b>	

**Tabla 14.** Frecuencia con la que consume bebidas alcohólicas en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud (cont.)

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Frecuencia consumo de alcohol	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
65-79 años	Cuidador/a: solo/a	Malo	Todos los días	1	100,0	1	16,7
			De 3 a 6 veces a la semana	0	0,0	1	16,7
			De 1 a 2 veces a la semana	0	0,0	1	16,7
			De 2 a 3 veces al mes	0	0,0	0	0,0
			Una vez al mes o menos	0	0,0	3	50,0
			<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Todos los días	4	44,4	2	16,7
			De 3 a 6 veces a la semana	0	0,0	2	16,7
			De 1 a 2 veces a la semana	1	11,1	3	25,0
			De 2 a 3 veces al mes	3	33,3	0	0,0
			Una vez al mes o menos	1	11,1	5	41,7
			<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Todos los días	10	58,8	4	40,0
			De 3 a 6 veces a la semana	2	11,8	0	0,0
			De 1 a 2 veces a la semana	2	11,8	0	0,0
	De 2 a 3 veces al mes		0	0,0	1	10,0	
	Una vez al mes o menos		3	17,6	5	50,0	
	<b>Total</b>		<b>17</b>	<b>100,0</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>	
	Cuidador/a: con apoyo	Malo	Todos los días	1	100,0	1	100,0
			De 3 a 6 veces a la semana	0	0,0	0	0,0
			De 1 a 2 veces a la semana	0	0,0	0	0,0
De 2 a 3 veces al mes			0	0,0	0	0,0	
Una vez al mes o menos			0	0,0	0	0,0	
<b>Total</b>			<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	
Regular		Todos los días	2	66,7	0	0,0	
		De 3 a 6 veces a la semana	0	0,0	0	0,0	
		De 1 a 2 veces a la semana	0	0,0	0	0,0	
		De 2 a 3 veces al mes	0	0,0	0	0,0	
		Una vez al mes o menos	1	33,3	2	100,0	
		<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	
Bueno		Todos los días	11	85,0	1	33,3	
		De 3 a 6 veces a la semana	0	0,0	0	0,0	
		De 1 a 2 veces a la semana	2	15,0	0	0,0	
	De 2 a 3 veces al mes	0	0,0	0	0,0		
	Una vez al mes o menos	0	0,0	2	66,7		
	<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>		

**Tabla 14.** Frecuencia con la que consume bebidas alcohólicas en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud (cont.)

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Frecuencia consumo de alcohol	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
65-79 años	No cuidador/a: con dependiente	Malo	Todos los días	0	0,0	0	--
			De 3 a 6 veces a la semana	0	0,0	0	--
			De 1 a 2 veces a la semana	0	0,0	0	--
			De 2 a 3 veces al mes	1	50,0	0	--
			Una vez al mes o menos	1	50,0	0	--
			<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>0</b>	<b>--</b>
		Regular	Todos los días	4	66,7	0	--
			De 3 a 6 veces a la semana	0	0,0	0	--
			De 1 a 2 veces a la semana	0	0,0	0	--
			De 2 a 3 veces al mes	0	0,0	0	--
			Una vez al mes o menos	2	33,3	0	--
			<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>0</b>	<b>--</b>
	Bueno	Todos los días	9	81,8	0	0,0	
		De 3 a 6 veces a la semana	0	0,0	0	0,0	
		De 1 a 2 veces a la semana	1	9,1	1	33,3	
		De 2 a 3 veces al mes	0	0,0	1	33,3	
		Una vez al mes o menos	1	9,1	1	33,3	
		<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	
	No cuidador/a: sin dependiente	Malo	Todos los días	48	51,1	20	20,6
			De 3 a 6 veces a la semana	8	8,5	9	9,3
			De 1 a 2 veces a la semana	12	12,8	13	13,4
			De 2 a 3 veces al mes	7	7,4	13	13,4
			Una vez al mes o menos	19	20,2	42	43,3
			<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100,0</b>	<b>97</b>	<b>100,0</b>
Regular		Todos los días	171	55,5	70	24,0	
		De 3 a 6 veces a la semana	21	6,8	13	4,5	
		De 1 a 2 veces a la semana	37	12,0	56	19,2	
		De 2 a 3 veces al mes	19	6,2	23	7,9	
		Una vez al mes o menos	60	19,5	130	44,5	
		<b>Total</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>	<b>292</b>	<b>100,0</b>	
Bueno		Todos los días	390	57,8	158	33,8	
		De 3 a 6 veces a la semana	60	8,9	37	7,9	
		De 1 a 2 veces a la semana	96	14,2	86	18,4	
		De 2 a 3 veces al mes	32	4,7	44	9,4	
		Una vez al mes o menos	97	14,4	143	30,6	
		<b>Total</b>	<b>675</b>	<b>100,0</b>	<b>468</b>	<b>100,0</b>	

**Tabla 14.** Frecuencia con la que consume bebidas alcohólicas en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud (cont.)

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Frecuencia consumo de alcohol	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
80 o más años	Cuidador/a: solo/a	Malo	Todos los días	0	--	0	0,0
			De 3 a 6 veces a la semana	0	--	0	0,0
			De 1 a 2 veces a la semana	0	--	0	0,0
			De 2 a 3 veces al mes	0	--	0	0,0
			Una vez al mes o menos	0	--	1	100,0
			<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>--</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Todos los días	1	33,3	0	0,0
			De 3 a 6 veces a la semana	1	33,3	0	0,0
			De 1 a 2 veces a la semana	0	0,0	0	0,0
			De 2 a 3 veces al mes	0	0,0	0	0,0
			Una vez al mes o menos	1	33,3	2	100,0
			<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Todos los días	0	--	1	100,0
			De 3 a 6 veces a la semana	0	--	0	0,0
			De 1 a 2 veces a la semana	0	--	0	0,0
	De 2 a 3 veces al mes		0	--	0	0,0	
	Una vez al mes o menos		0	--	0	0,0	
	<b>Total</b>		<b>0</b>	<b>--</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	
	Cuidador/a: con apoyo	Malo	Todos los días	1	100,0	0	--
			De 3 a 6 veces a la semana	0	0,0	0	--
			De 1 a 2 veces a la semana	0	0,0	0	--
			De 2 a 3 veces al mes	0	0,0	0	--
			Una vez al mes o menos	0	0,0	0	--
			<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>0</b>	<b>--</b>
Regular		Todos los días	0	0,0	0	0,0	
		De 3 a 6 veces a la semana	0	0,0	0	0,0	
		De 1 a 2 veces a la semana	1	25,0	0	0,0	
		De 2 a 3 veces al mes	0	0,0	1	100,0	
		Una vez al mes o menos	3	75,0	0	0,0	
		<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	
Bueno		Todos los días	1	33,3	1	33,3	
		De 3 a 6 veces a la semana	0	0,0	0	0,0	
		De 1 a 2 veces a la semana	1	33,3	0	0,0	
		De 2 a 3 veces al mes	0	0,0	0	0,0	
		Una vez al mes o menos	1	33,3	2	66,7	
		<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	

**Tabla 14.** Frecuencia con la que consume bebidas alcohólicas en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud (cont.)

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Frecuencia consumo de alcohol	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
80 o más años	No cuidador/a: con dependiente	Malo	Todos los días	0	--	0	0,0
			De 3 a 6 veces a la semana	0	--	0	0,0
			De 1 a 2 veces a la semana	0	--	0	0,0
			De 2 a 3 veces al mes	0	--	0	0,0
			Una vez al mes o menos	0	--	2	100,0
			<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>--</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Todos los días	1	33,3	0	0,0
			De 3 a 6 veces a la semana	1	33,3	0	0,0
			De 1 a 2 veces a la semana	0	0,0	0	0,0
			De 2 a 3 veces al mes	1	33,3	0	0,0
			Una vez al mes o menos	0	0,0	1	100,0
			<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Todos los días	4	66,7	0	0,0
			De 3 a 6 veces a la semana	0	0,0	1	50,0
			De 1 a 2 veces a la semana	0	0,0	0	0,0
	De 2 a 3 veces al mes		2	33,3	0	0,0	
	Una vez al mes o menos		0	0,0	1	50,0	
	<b>Total</b>		<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	
	No cuidador/a: sin dependiente	Malo	Todos los días	26	70,3	13	38,2
			De 3 a 6 veces a la semana	1	2,7	3	8,8
			De 1 a 2 veces a la semana	1	2,7	5	14,7
			De 2 a 3 veces al mes	5	13,5	4	11,8
			Una vez al mes o menos	4	10,8	9	26,5
			<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Todos los días	72	63,2	38	34,9
			De 3 a 6 veces a la semana	9	7,9	7	6,4
			De 1 a 2 veces a la semana	12	10,5	5	4,6
De 2 a 3 veces al mes			4	3,5	5	4,6	
Una vez al mes o menos			17	14,9	54	49,5	
<b>Total</b>			<b>114</b>	<b>100,0</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>	
Bueno	Todos los días	82	60,3	40	38,5		
	De 3 a 6 veces a la semana	12	8,8	6	5,8		
	De 1 a 2 veces a la semana	17	12,5	13	12,5		
	De 2 a 3 veces al mes	6	4,4	5	4,8		
	Una vez al mes o menos	19	14,0	40	38,5		
	<b>Total</b>	<b>136</b>	<b>100,0</b>	<b>104</b>	<b>100,0</b>		
<b>Total</b>			<b>3.270</b>		<b>2.520</b>		

Fuente: ENSE, 2011-12

**Tabla 15.** Número de horas destinadas a dormir en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Horas de sueño diarias	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
50-64 años	Cuidador/a: solo/a	Malo	Menos de 4 horas	2	40,0	4	21,1
			De 5 a 7 horas	2	40,0	13	68,4
			8 Horas	0	0,0	1	5,3
			Más de 9 horas	1	20,0	1	5,3
			<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Menos de 4 horas	0	0,0	2	5,4
			De 5 a 7 horas	5	83,3	28	75,7
			8 Horas	0	0,0	6	16,2
			Más de 9 horas	1	16,7	1	2,7
			<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Menos de 4 horas	1	8,3	1	2,2
			De 5 a 7 horas	6	50,0	26	57,8
	8 Horas		4	33,3	13	28,9	
	Más de 9 horas		1	8,3	5	11,1	
	<b>Total</b>		<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>	
	Cuidador/a: con apoyo	Malo	Menos de 4 horas	0	--	0	0,0
			De 5 a 7 horas	0	--	7	77,8
			8 Horas	0	--	2	22,2
			Más de 9 horas	0	--	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>--</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Menos de 4 horas	1	8,3	0	0,0
			De 5 a 7 horas	4	33,3	7	100,0
			8 Horas	6	50,0	0	0,0
			Más de 9 horas	1	8,3	0	0,0
<b>Total</b>			<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	
Bueno		Menos de 4 horas	0	0,0	0	0,0	
		De 5 a 7 horas	13	68,4	8	61,5	
	8 Horas	5	26,3	3	23,1		
	Más de 9 horas	1	5,3	2	15,4		
	<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>		

**Tabla 15.** Número de horas destinadas a dormir en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud (cont.)

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Horas de sueño diarias	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
50-64 años	No cuidador/a: con dependiente	Malo	Menos de 4 horas	0	0,0	0	0,0
			De 5 a 7 horas	1	100,0	4	50,0
			8 Horas	0	0,0	2	25,0
			Más de 9 horas	0	0,0	2	25,0
			<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Menos de 4 horas	0	0,0	1	33,3
			De 5 a 7 horas	6	42,9	1	33,3
			8 Horas	6	42,9	1	33,3
			Más de 9 horas	2	14,3	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Menos de 4 horas	0	0,0	0	0,0
			De 5 a 7 horas	15	55,6	9	90,0
	8 Horas		8	29,6	1	10,0	
	Más de 9 horas		4	14,8	0	0,0	
	<b>Total</b>		<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>	
	No cuidador/a: sin dependiente	Malo	Menos de 4 horas	14	8,5	28	11,0
			De 5 a 7 horas	72	43,9	155	60,8
			8 Horas	56	34,1	47	18,4
			Más de 9 horas	22	13,4	25	9,8
			<b>Total</b>	<b>164</b>	<b>100,0</b>	<b>255</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Menos de 4 horas	11	2,3	27	4,0
			De 5 a 7 horas	246	51,9	413	60,8
			8 Horas	168	35,4	184	27,1
			Más de 9 horas	49	10,3	55	8,1
<b>Total</b>			<b>474</b>	<b>100,0</b>	<b>679</b>	<b>100,0</b>	
Bueno		Menos de 4 horas	12	0,8	20	1,4	
		De 5 a 7 horas	843	55,2	810	57,0	
	8 Horas	520	34,1	488	34,4		
	Más de 9 horas	151	9,9	102	7,2		
	<b>Total</b>	<b>1.526</b>	<b>100,0</b>	<b>1.420</b>	<b>100,0</b>		

**Tabla 15.** Número de horas destinadas a dormir en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud (cont.)

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Horas de sueño diarias	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
65-79 años	Cuidador/a principal	Malo	Menos de 4 horas	0	0,0	0	0,0
			De 5 a 7 horas	1	33,3	10	71,4
			8 Horas	2	66,7	3	21,4
			Más de 9 horas	0	0,0	1	7,1
			<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Menos de 4 horas	1	9,1	2	5,6
			De 5 a 7 horas	5	45,5	24	66,7
			8 Horas	3	27,3	8	22,2
			Más de 9 horas	2	18,2	2	5,6
			<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Menos de 4 horas	0	0,0	1	4,0
			De 5 a 7 horas	9	50,0	11	44,0
	8 Horas		5	27,8	8	32,0	
	Más de 9 horas		4	22,2	5	20,0	
	<b>Total</b>		<b>18</b>	<b>100,0</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	
	Cuidador/a: solo/a	Malo	Menos de 4 horas	0	0,0	1	12,5
			De 5 a 7 horas	0	0,0	5	62,5
			8 Horas	1	50,0	1	12,5
			Más de 9 horas	1	50,0	1	12,5
			<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>
Regular		Menos de 4 horas	0	0,0	0	0,0	
		De 5 a 7 horas	3	37,5	5	62,5	
		8 Horas	2	25,0	3	37,5	
		Más de 9 horas	3	37,5	0	0,0	
		<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	
Bueno		Menos de 4 horas	0	0,0	0	0,0	
		De 5 a 7 horas	8	53,3	4	50,0	
		8 Horas	4	26,7	1	12,5	
		Más de 9 horas	3	20,0	3	37,5	
		<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	

**Tabla 15.** Número de horas destinadas a dormir en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud (cont.)

Grupos de edad	Tipología cuidador	Estado de salud	Horas de sueño diarias	Sexo			
				Hombre		Mujer	
				n	%	n	%
65-79 años	Cuidador/a: con apoyo	Malo	Menos de 4 horas	0	0,0	1	25,0
			De 5 a 7 horas	2	50,0	3	75,0
			8 Horas	0	0,0	0	0,0
			Más de 9 horas	2	50,0	0	0,0
			<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Menos de 4 horas	1	12,5	0	0,0
			De 5 a 7 horas	3	37,5	2	40,0
			8 Horas	1	12,5	1	20,0
			Más de 9 horas	3	37,5	2	40,0
			<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>
		Bueno	Menos de 4 horas	0	0,0	0	0,0
			De 5 a 7 horas	6	46,2	1	33,3
	8 Horas		3	23,1	0	0,0	
	Más de 9 horas		4	30,8	2	66,7	
	<b>Total</b>		<b>13</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	
	No cuidador/a: con dependiente	Malo	Menos de 4 horas	10	6,3	35	9,0
			De 5 a 7 horas	69	43,1	203	52,3
			8 Horas	38	23,8	81	20,9
			Más de 9 horas	43	26,9	69	17,8
			<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>388</b>	<b>100,0</b>
		Regular	Menos de 4 horas	10	2,2	53	6,3
			De 5 a 7 horas	201	44,1	438	52,3
			8 Horas	133	29,2	220	26,3
			Más de 9 horas	112	24,6	127	15,2
<b>Total</b>			<b>456</b>	<b>100,0</b>	<b>838</b>	<b>100,0</b>	
Bueno		Menos de 4 horas	12	1,4	23	2,3	
		De 5 a 7 horas	377	43,6	508	50,5	
	8 Horas	299	34,6	339	33,7		
	Más de 9 horas	176	20,4	135	13,4		
	<b>Total</b>	<b>864</b>	<b>100,0</b>	<b>1.005</b>	<b>100,0</b>		



# ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Evolución del porcentaje de población de 50-64, 65-79 y 80 o más años entre la población total por sexo. España, 1908-2012 . . . . .	52
Gráfico 2. Esperanza de vida al nacer, a los 50, 65 y 80 años por sexo. España, 1908-2012 . . . . .	56
Gráfico 3a. Defunciones de la tabla de mortalidad por sexo y edad. España, 1970-2012 . . . . .	59
Gráfico 3b. Supervivientes de la tabla de mortalidad por sexo y edad. España, 1950-2012 . . . . .	59
Gráfico 4. Evolución de la mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio en personas mayores por sexo. España, 1975-2006. . . . .	61
Gráfico 5. Evolución de la mortalidad por tumores en personas mayores por sexo. España, 1975-2006 . . . . .	63
Gráfico 6. Evolución de la mortalidad por enfermedades mentales en personas mayores por sexo. España, 1975-2006 . . . . .	64
Gráfico 7. Evolución de la mortalidad por enfermedades del sistema nervioso en personas mayores por sexo. España, 1975-2006 . . . . .	65
Gráfico 8. Porcentaje de población de 50 o más años con un estado de salud autopercebida Excelente/Muy bueno. Países europeos, 2013 . . . . .	69

Gráfico 9. Porcentaje de población de 50 o más años por edad simple y grado de salud autopercebida. Países europeos agregados, 2012 . . . . .	70
Gráfico 10. Porcentaje de población de 50 o más años con grado de salud autopercebida Excelente /Muy buena por grupo de edad. Países europeos, 2013 . . . . .	71
Gráfico 11. Porcentaje de población de 50 o más años con grado de salud autopercebida excelente o muy buena por sexo y edad simple. Países europeos, 2013 . . . . .	73
Gráfico 12. Porcentaje de población de 50 o más años según su percepción del estado de salud en los últimos doce meses por sexo y grupo de edad. España, 2011-12. . . . .	74
Gráfico 13. Porcentaje de población de 50 o más años según su percepción del estado de salud en los últimos doce meses por sexo y edad simple. España, 2011-12. . . . .	75
Gráfico 14. Porcentaje de personas de 50 o más años según su percepción del estado de salud en los últimos doce meses por tipología del cuidador, sexo y grupo de edad. España, 2011-12 . . . . .	76
Gráfico 15. Porcentaje de población de 50 o más años con limitaciones (GALI). Países europeos, 2013 . . . . .	80
Gráfico 16. Porcentaje de población de 50 o más años con limitaciones (GALI) por sexo. Países europeos, 2013 . . . . .	80
Gráfico 17. Porcentaje de población de 50 o más años con limitaciones (GALI) por edades simples. Países europeos, 2013. . . . .	81
Gráfico 18. Proporción de población de 50 o más años con limitaciones (GALI) por sexo y grupo de edad. España, 2011-12. . . . .	82
Gráfico 19. Porcentaje de población de 50 o más años con limitaciones (GALI) por sexo y grupo de edad. España, 2011-12. . . . .	83
Gráfico 20. Proporción de población de 50 o más años según padecimiento de dolor o malestar por sexo y grupo de edad. España, 2011-12. . . . .	86

Gráfico 21. Porcentaje de población de 50 o más años según padecimiento de dolor o malestar por sexo y grupo de edad. España, 2011-12. . . . .	87
Gráfico 22. Porcentaje de población de 50 o más años según padecimiento de ansiedad o depresión por sexo y grupo de edad. España, 2011-12. . . . .	90
Gráfico 23. Porcentaje de población de 50 o más años según padecimiento de ansiedad o malestar por sexo y grupo de edad. España, 2011-12 . . . . .	91
Gráfico 24. Porcentaje de población de 50 o más años sin enfermedades crónicas por país. Países europeos, 2013. . . . .	94
Gráfico 25. Porcentaje de población de 50 o más años con enfermedades crónicas por edades simples. Países agregados, 2013 . . . . .	95
Gráfico 26. Diferencias entre los porcentajes de hombres y mujeres de 50 o más años sin enfermedades crónicas con más de dos enfermedades crónicas, por país. Países europeos 2013 . . . . .	96
Gráfico 27. Porcentaje de población de 50 o más años diagnosticada de enfermedad crónica por sexo y grupo de edad. España, 2011-12 . . . . .	98
Gráfico 28. Proporción de la población de 50 o más años con “algún” problema de salud crónica por tipología del cuidador, sexo y grupo de edad. España, 2011-12. . . . .	99
Gráfico 29. Proporción de la población de 50 o más años con “un” problema de salud crónico por tipología del cuidador, sexo y grupo de edad. España, 2011-12 . . . . .	100
Gráfico 30. Proporción de la población de 50 o más años con “dos o más” problemas de salud crónico por tipología del cuidador, sexo y grupo de edad. España, 2011-12 . . . . .	101
Gráfico 31. Porcentaje de población de 50 o más años que consume medicamentos (al menos una vez a la semana). Países europeos, 2013 . . . . .	102
Gráfico 32. Porcentaje de población de 50 o más años que consume medicamentos (al menos una vez a la semana) por género. Países europeos, 2013*. . . . .	103

Gráfico 33. Porcentaje de población de 50 o más años que toma medicamentos por sexo y grupo de edad. España, 2013* . . . . .	104
Gráfico 34. Proporción de población de 50 o más años según consumo de medicamentos durante las dos últimas semanas por sexo y grupo de edad. España, 2011-12. . . . .	105
Gráfico 35. Porcentaje de población de 50 o más años que han consumido medicamentos en las dos últimas semanas por tipología del cuidador, sexo y grupo de edad. España, 2011-12 . . . . .	106
Gráfico 36. Porcentaje de población de 50 o más años que ha fumado diariamente alguna vez por país. Países europeos, 2013 . . . . .	107
Gráfico 37. Porcentaje de población de 50 o más años que fuma diariamente en la actualidad por país. Países europeos, 2013. . . . .	108
Gráfico 38. Porcentaje de población de 50 o más años que ha fumado diariamente alguna vez por país y sexo. Países europeos, 2013 . . . . .	109
Gráfico 39. Porcentaje de población de 50 o más años que fuma diariamente en la actualidad por país y sexo. Países europeos, 2013. . . . .	110
Gráfico 40. Porcentaje de población de 50 o más años que fuma diariamente en la actualidad, por edades simples. Países europeos agregados, 2013. . . . .	111
Gráfico 41. Proporción de población de 50 o más años que han fumado alguna vez y fumadoras diariamente y porcentaje de población que han dejado de fumar por sexo y grupo de edad. España, 2011-12 . . . . .	112
Gráfico 42. Proporción de población de 50 o más años de personas fumadoras diariamente por tipología del cuidador, sexo y grupo de edad. España, 2011-12 . . . . .	113
Gráfico 43. Proporción entre población alguna vez fumadora y han dejado de fumar por tipología del cuidador, sexo y grupo de edad. Personas de 50 o más años. España, 2011-12 . . . . .	113

Gráfico 44. Porcentaje de población de 50 o más años que consume alcohol diariamente (últimos 6 meses). Países europeos, 2013 . . . . .	115
Gráfico 45. Porcentaje de población de 50 o más años que consume alcohol diariamente (últimos 6 meses) por sexo y grupo de edad. Países europeos agregados y España, 2013 . . . . .	116
Gráfico 46. Proporción de población de 50 o más años según hayan o no consumido alcohol o no en los últimos 12 meses por sexo y grupo de edad. España, 2011-12. . . . .	117
Gráfico 47. Proporción de población de 50 o más años según frecuencia en el consumo de alcohol en los últimos 12 meses por sexo y grupo de edad. España, 2011-12. . . . .	118
Gráfico 48. Proporción de población de 50 o más años que han consumido alcohol en los últimos doce meses por tipología del cuidador, sexo y grupo de edad. España, 2011-12 . . . . .	119
Gráfico 49. Población de 50 o más años que no realiza ninguna actividad física por país y sexo. Países europeos, 2013. . . . .	121
Gráfico 50. Proporción de población de 50 o más años según su actividad física por sexo y grupo de edad. España, 2011-12 . . . . .	121
Gráfico 51. Proporción de población de 50 o más años que no hacen ningún tipo de actividad física por tipología del cuidador, sexo y grupo de edad. España, 2011-12. . . . .	122
Gráfico 52. Porcentaje de población de 50 o más años con sobrepeso y obesidad (Índice de Masa Corporal). Países europeos, 2013 . . . . .	125
Gráfico 53. Porcentaje de población de 50 o más años con sobrepeso y obesidad por sexo (Índice de Masa Corporal). Países europeos, 2013 . . . . .	126
Gráfico 54. Porcentaje de población de 50 o más años con sobrepeso por sexo y grupo de edad, Europa y España, 2011-12 (%) . . . . .	127

Gráfico 55. Porcentaje de población de 50 o más años con obesidad por sexo y grupo de edad, Europa y España, 2011-12 (%) . . . . .	128
Gráfico 56. Proporción de población de 50 o más años según peso (Índice de Masa Corporal) por sexo y grupo de edad. España, 2011-12 . . . . .	129
Gráfico 57. Porcentaje de población de 50 o más años con “normopeso” por tipología del cuidador, sexo y grupo de edad. España, 2011-12 . . . . .	130
Gráfico 58. Proporción de población de 50 o más años con sobrepeso u obesidad por tipología del cuidador, sexo y grupo de edad. España, 2011-12 . . . . .	130
Gráfico 59. Porcentaje de personas de 50 o más años según su salud mental por grupos de edad y sexo. España, 2011-12 . . . . .	131
Gráfico 60. Porcentaje de personas de 50 o más años según su salud mental por tipología del cuidador, sexo y grupos de edad. España, 2011-12 . . . . .	133
Gráfico 61. Porcentaje de personas de 50 o más años según apoyo social recibido por grupos de edad y sexo. España, 2011-12 . . . . .	135
Gráfico 62. Porcentaje de personas de 50 o más años según apoyo social recibido por tipología del cuidador, sexo y grupos de edad. España, 2011-12 . . . . .	137
Gráfico 63. Variables influyentes en la salud autopercebida de los hombres cuidadores y no cuidadores por grupos de edad. España, 2011-12 . . . . .	145
Gráfico 64. Variables influyentes en la salud autopercebida de las mujeres cuidadoras y no cuidadoras por grupos de edad. España, 2011-12 . . . . .	153

# ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Tamaño muestral de SHARE por sexo, grupo de edad y país (número de casos), distintas oleadas . . . . .	21
Tabla 2. Dimensiones y variables analizadas del constructo salud . . . . .	27
Tabla 3. Subgrupos de población empleados en el análisis de la ENSE y su definición	31
Tabla 4. Muestra SHARE para España (número de casos): distribución de la población de 50 o más años por sexo, grupos de edad y oleadas . . . . .	46
Tabla 5. Muestra ENSE: distribución de la población de 50 o más años por sexo, grupos de edad y tipología del cuidador. España, 2011-12 . . . . .	47
Tabla 6. Resumen muestra en el análisis sobre los determinantes del estado de salud, ENSE 2011-12 (número de casos). . . . .	48
Tabla 7. Porcentaje de población de 50 o más años por grado de salud autopercebida.	68
Tabla 8. Porcentaje de población de 50 o más años por grado de salud autopercebida y sexo. Países europeos, 2013 . . . . .	72
Tabla 9. Porcentaje de población de 50 o más años diagnosticada de enfermedad crónica. Países europeos, 2013 . . . . .	93
Tabla 10. Porcentaje de población de 50 o más años sin enfermedades crónicas por sexo y grupo de edad. Países europeos 2013. . . . .	97

Tabla 11. Porcentaje de población 50 o más años que realiza algún tipo de actividad física. Países europeos, 2013 . . . . .	120
Tabla 12. Prevalencia de pesos en la población de 50 o más años según el Índice de Masa Corporal. Países europeos, 2013 (%) . . . . .	124
Tabla 13. Resumen y valor de los determinantes (D de Somers), por orden de significación, del estado de salud en personas no cuidadoras que no habitan con una persona dependiente por género y edad. . . . .	141
Tabla 14. Resumen de los determinantes, por orden de significación, del estado de salud en personas no cuidadoras que habitan con una persona dependiente por sexo. . . . .	149
Tabla 15. Resumen de los determinantes, por orden de significación, del estado de salud en personas cuidadoras con apoyo, por género y edad . . . . .	152
Tabla 16. Resumen de los determinantes, por orden de significación, del estado de salud en mujeres cuidadoras con apoyo, por grupos de edad . . . . .	156
Tabla 17. Resumen de los determinantes, por orden de significación, del estado de salud en personas cuidadoras sin apoyo por sexo . . . . .	158
Tabla 18. Resumen de los determinantes, por orden de significación, del estado de salud en mujeres cuidadoras sin apoyo, de 50-64 años y 65-79 años . . . . .	160

# ANEXO DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación de la población de 50 o más años por sexo, grupo de edad y tipología del cuidador (Muestra - ENSE), 2011/12 . . . . .	177
Tabla 2. Limitación en las actividades de la vida diaria en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud . . . . .	179
Tabla 3. Padecimiento de dolor o malestar en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud . . . . .	183
Tabla 4. Padecimiento de enfermedades crónicas en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud . . . . .	189
Tabla 5. Número de enfermedades crónicas padecidas en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud . . . . .	192
Tabla 6. Consumo de medicamentos en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud . . . . .	196
Tabla 7. Padecimiento de ansiedad o depresión en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud . . . . .	199

Tabla 8. Indicador sintético de salud mental en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud . . . . .	205
Tabla 9. Frecuencia con la que realiza alguna actividad física o deportiva en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud . . . . .	209
Tabla 10. Consumo de bebidas alcohólicas en los últimos doce meses en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud . . . . .	215
Tabla 11. Índice de Masa Corporal en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud . . . . .	218
Tabla 12. Índice de apoyo social en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud . . . . .	224
Tabla 13. Hábito de fumar en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud. . . . .	228
Tabla 14. Frecuencia con la que consume bebidas alcohólicas en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud . . . . .	234
Tabla 15. Número de horas destinadas a dormir en población de 50 o más años por sexo, grupo de edad, tipología del cuidador y percepción del estado de salud . . . . .	240



Fundación **MAPFRE**

[www.fundacionmapfre.org](http://www.fundacionmapfre.org)

Paseo de Recoletos, 23  
28004 Madrid (España)