



ORIGINAL

Alimentación saludable y autopercepción de salud



Gemma Blázquez Abellán^{a,*}, Jesús D. López-Torres Hidalgo^a,
Joseba Rabanales Sotos^b, Jaime López-Torres López^c y Carmen Ll. Val Jiménez^d

^a Departamento de Ciencias Médicas, Universidad de Castilla-La Mancha, Albacete, España

^b Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Terapia Ocupacional, Universidad de Castilla-La Mancha, Cuenca, España

^c Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España

^d Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, Albacete, España

Recibido el 15 de julio de 2015; aceptado el 7 de diciembre de 2015

Disponible en Internet el 23 de febrero de 2016

PALABRAS CLAVE

Estado de salud;
Autopercepción de
salud;
Alimentación
saludable;
Estilo de vida

Resumen

Objetivo: Determinar si en mayores de 50 años existe asociación entre el estado de salud percibido, una alimentación saludable y otros estilos de vida.

Diseño: Estudio observacional transversal.

Emplazamiento: Ocho zonas básicas de salud del área sanitaria de Albacete.

Participantes: Un total de 781 sujetos, de 50 a 74 años, seleccionados mediante muestreo simple aleatorio.

Mediciones principales: Variables: autopercepción de salud (cuestionario EuroQol-5D), hábitos alimentarios (cuestionario sobre frecuencia de consumo de alimentos), actividad física (cuestionario IPAQ), hábitos tóxicos, problemas de salud (clasificación internacional de atención primaria) y características sociodemográficas.

Resultados: La edad media fue de 61,4 años (DE: 6,6) y la proporción de mujeres, del 60,1%. En una escala de 0-100 la puntuación media en el estado de salud percibido fue de 74,0 (DE: 15,2). Dicha puntuación presentó una débil correlación con el número de criterios de alimentación saludable ($r=0,078$; $p=0,03$). Se observó una tendencia lineal ($p=0,001$) entre intensidad de ejercicio físico y mejor autopercepción de salud. En fumadores la puntuación fue inferior (DE: $70,9 \pm 15,6$ vs. DE: $74,9 \pm 15,1$; $p=0,004$). Mediante regresión múltiple el número de criterios de alimentación saludable mantuvo una asociación con la puntuación en el estado de salud percibido ($p=0,04$), una vez ajustado el modelo por características sociodemográficas, número de problemas de salud y hábitos tóxicos.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gemma.blazquez@uclm.es (G. Blázquez Abellán).

KEYWORDS

Health;
Self-rated health;
Healthy eating;
Lifestyle

Conclusiones: En mayores de 50 años el nivel de salud autopercibida se asocia al cumplimiento de los criterios de una alimentación saludable, lo cual es independiente de otros hábitos de salud y de las principales variables sociodemográficas.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Healthy eating and self-perception of health**Abstract**

Objectives: The aim is to determine whether there is an association between perceived health status, healthy eating and other lifestyles in people over 50 years old.

Design: Cross-sectional study.

Setting: 8 Basic Health Zones from the Health Area of Albacete.

Participants: A total of 781 subjects, randomly selected by simple random sampling.

Main measurements: variables: self-rated quality of life (EuroQol 5D), dietary habits (questionnaire on frequency of food consumption), physical activity (IPAQ questionnaire), toxic habits, health problems (International Classification of Primary Care) and sociodemographic characteristics.

Results: The mean age was 61.4 years (SD: 6.6) and the proportion of women was 60.1%. On a scale of 0-100 the mean score in the perceived health status was 74.0 (SD: 15.2). This score had a weak correlation with the number of healthy eating criteria ($r=0.078$; $P=.03$). A linear trend ($P=.001$) was observed between exercise intensity and better self-rated health. The score was lower in smokers (70.9 ± 15.6 vs 74.9 ± 15.1 SD; $P=.004$). In the multiple regression, the number of healthy eating criteria remained an association with the score on perceived health status ($P=.04$), after adjusting the model for sociodemographic characteristics, number of health problems, and toxic habits.

Conclusions: In people over 50 years of age the level of self-rated health is associated with the fulfilment of the criteria of a healthy diet, which is independent of other health habits and main sociodemographic variables.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La salud, como se entiende actualmente, es un concepto multidimensional que abarca no solo la ausencia de enfermedad sino también el bienestar físico y mental¹. Los estilos de vida, las oportunidades y los sentimientos que hacen que las personas estén integradas y que puedan vivir y disfrutar la vida también se consideran salud². Una cosa es el estado objetivo de nuestra salud y otra diferente es cómo nos sentimos. Influyen nuestro estado de ánimo, nuestras opiniones acerca de la salud y nuestra calidad de vida, incluso nuestra capacidad de enfrentarnos a situaciones adversas. El estado de ánimo y el optimismo pueden verse mejorados con la práctica de hábitos de vida saludables^{3,4}, entre los cuales debe considerarse una correcta alimentación.

Para evaluar la salud se utilizan conjuntos de datos o instrumentos que aportan informaciones parciales sobre diferentes dimensiones de esta, conocidos como indicadores de salud. La salud percibida es un indicador general que, como medida global y a diferencia de otros indicadores como los de mortalidad y morbilidad, incluye diferentes dimensiones de la salud: física, emocional, social y síntomas y signos biomédicos⁵.

La autopercpción de salud es una medida determinada por múltiples factores. Si bien en la literatura

científica se encuentran estudios que muestran su relación con indicadores como morbilidad, mortalidad, consumo de medicamentos, accidentabilidad laboral, utilización de servicios sanitarios, salud mental o capacidad funcional, entre otros⁶⁻⁸, es de especial interés la relación que encuentran algunos autores entre la salud percibida y los estilos de vida⁹⁻¹⁶, incluyendo los hábitos alimentarios, ya que se ha comprobado que, en general, los estilos de vida repercuten favorablemente en el estado de bienestar.

En general existe evidencia de que los estilos de vida condicionan un mayor nivel de salud¹⁷⁻²¹, y dentro de los hábitos saludables una alimentación equilibrada es fundamental y ayuda a prevenir gran número de enfermedades. Existen múltiples estudios que relacionan la dieta equilibrada con la salud²²⁻²⁸, si bien actualmente es controvertida la relación entre hábitos alimentarios y autopercpción de salud. Algunos autores concluyen que existe una asociación entre la adherencia a la dieta mediterránea y el nivel de salud percibido, e incluso explican los efectos protectores en la salud de ciertos componentes individuales de la dieta. Un alto consumo de pescado, frutas y verduras y alimentos ricos en fibra está asociado con una mejor salud autopercibida, y es interesante destacar que el consumo de estos alimentos forma parte de la dieta mediterránea²⁸⁻²⁹. El patrón de dieta mediterránea permite evaluar, más allá del efecto

de un nutriente o alimento de forma aislada, el conjunto de alimentos consumidos y las posibles sinergias que puedan existir entre ellos. Se ha sugerido que el efecto protector de la dieta mediterránea sobre el estado de salud puede tener plausibilidad biológica, a través de varios mecanismos como un efecto beneficioso sobre el metabolismo, la resistencia a la oxidación de las células, la inflamación, la sensibilidad a la insulina y el estado anímico, lo que podría justificar a su vez el mejor estado de salud autopercebido²⁹.

Sin embargo, otros autores manifiestan que los hábitos alimentarios no guardan relación con dicha autopercepción de salud. López Giménez et al.³⁰ observaron que aunque las mujeres presentan un mejor patrón de alimentación, su situación de salud, tanto por el número de enfermedades como percibida, es peor que la de los hombres. Concluyen que la salud actual es el resultado de la trayectoria vital y de otros factores socioeconómicos. Otro estudio demuestra que tener una alta calidad de dieta mediterránea no retrasa el deterioro del estado de salud percibido ni en hombres ni en mujeres. La complejidad del patrón dietético y la complicada relación entre enfermedades y carga de morbilidad percibida podrían atenuar la asociación entre calidad de la dieta y estado de salud³¹.

Dada la controversia existente, la escasez de datos a este respecto en la población española y el hecho de que los hábitos alimentarios se definen como hábitos adquiridos a lo largo de la vida, el objetivo de este estudio ha sido determinar si en los mayores de 50 años existe asociación entre el estado de salud percibido, una alimentación saludable y otros estilos de vida.

Métodos

Diseño del estudio y selección de los participantes

Estudio observacional de carácter transversal llevado a cabo en personas de 50 a 74 años y que forma parte de un estudio de ámbito poblacional dirigido a comprobar la efectividad de diferentes intervenciones preventivas. Los sujetos fueron seleccionados mediante muestreo simple aleatorio a partir de la base de datos de tarjeta sanitaria en 8 zonas básicas de salud pertenecientes al área sanitaria de Albacete (zonas III, IV, V-B y VII de la ciudad de Albacete, Socovos, La Roda, Riópar y Elche de la Sierra). Fueron excluidos quienes por problemas severos de salud presentaban dificultades para someterse a una entrevista personal en su centro de salud, así como quienes rechazaron su participación una vez informados de los objetivos del estudio.

El tamaño muestral ascendió a 980 sujetos, que corresponde a una proporción indeterminada de personas con alimentación saludable o con buena autopercepción de salud ($p=0,5$), un nivel de confianza del 95%, una precisión de $\pm 3,5\%$ y un incremento de un 25% para compensar las no respuestas.

Procedimiento de recogida de datos y variables de estudio

Se contactó telefónicamente con los sujetos seleccionados (hasta 3 llamadas) para concertar una entrevista en su centro de salud, la cual fue realizada por personal

sanitario en horario de mañana y tarde, participando en total 4 enfermeros. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de la Gerencia de Atención Integrada de Albacete. Los datos se recogieron entre octubre de 2012 y septiembre de 2014.

Para obtener la información se diseñó un cuaderno de recogida de datos específico para el estudio y se realizaron 3 sesiones de entrenamiento con los entrevistadores para garantizar la uniformidad en la recogida de datos. El cuaderno de datos incluía las siguientes variables:

- Autopercepción del estado de salud mediante el cuestionario EuroQol 5D^{32,33}, el cual aborda 5 dimensiones de salud (movilidad, cuidados personales, actividades cotidianas, dolor y ansiedad/depresión) con 3 niveles de gravedad e incluye una escala visual analógica (EVA) cuyo rango de puntuación oscila entre 0 (el peor estado de salud imaginable) y 100 (el mejor estado de salud imaginable). En estudios previos la puntuación obtenida presenta una correlación moderada-alta con el estado de salud percibida ($r=0,53$; $p<0,01$)³⁴.
- Hábitos alimentarios a través del Cuestionario de Frecuencia de Consumo Alimentario (CFCA)³⁵, que consta de 45 ítems e indaga sobre el número de veces a la semana o al mes que habitualmente se consumen determinados grupos de alimentos. En el estudio de validez de dicho cuestionario los coeficientes de correlación intraclase oscilaron entre 0,41 y 0,67. Posteriormente, siguiendo la pirámide de alimentación saludable para adultos sanos propuesta por la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) y la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SemFYC)³⁶, se establecieron 9 criterios de alimentación saludable: pescados y mariscos (3-4 raciones/semana), carnes magras (3-4 raciones/semana), huevos (3-4 raciones/semana), legumbres (2-4 raciones/semana), frutos secos (3-7 raciones/semana), lácteos (2-4 raciones/día), verduras y hortalizas (≥ 2 raciones/día), frutas (≥ 3 raciones/día), pan/cereales/arroz/pasta/patatas (4-6 raciones/día).
- Nivel de actividad física, evaluado con el Cuestionario Internacional de Actividad Física^{37,38} (IPAQ), el cual, en su versión abreviada, proporciona información sobre el tiempo empleado al caminar, en actividades de intensidad moderada y vigorosa y en actividades sedentarias. En un estudio de validación previo³⁹ se obtuvo una moderada correlación para la actividad física total ($r=0,27$; $p<0,05$) y tiempo dedicado a actividad física vigorosa ($r=0,38$; $p<0,01$). Tanto su sensibilidad como su especificidad fueron del 75%.
- Consumo de tabaco y alcohol (gramos de alcohol/semana).
- Problemas de salud, mediante la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP-2).
- Características sociodemográficas: edad, género, nivel de estudios y medio rural o urbano.

Análisis estadístico

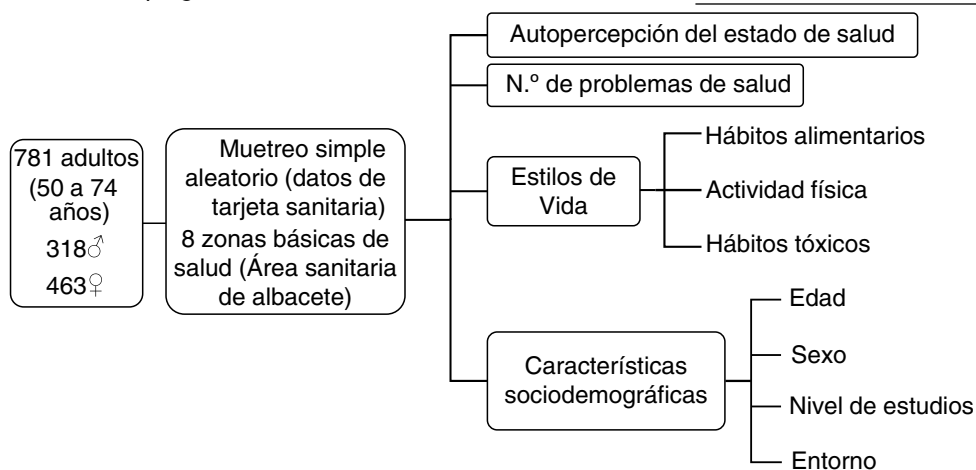
Las respuestas de los participantes fueron introducidas en una base de datos y a continuación se procedió a su depuración y análisis estadístico. Este consistió en una descripción

de las variables estudiadas, incluyendo la construcción de intervalos de confianza al 95%, y en la utilización de pruebas de comparación de medias (t de Student y ANOVA) y de análisis de correlación (coeficiente de correlación de Pearson). Para evaluar la relación entre alimentación saludable y salud autopercebida, realizando un ajuste estadístico por el resto de las variables que habían mostrado una asociación estadística con el estado de salud ($p < 0,05$), se construyó un modelo de regresión lineal múltiple, cuya variable dependiente fue la puntuación obtenida en la EVA. Las variables fueron introducidas en el modelo por el sistema de pasos sucesivos y los coeficientes fueron estimados por el método de mínimos cuadrados o de máxima verosimilitud. La independencia de los valores residuales se comprobó mediante el test de Durbin-Watson. El análisis estadístico se realizó mediante el programa IBM SPSS Statistics versión 19.0.

Resultados

En total fueron entrevistados 781 sujetos, siendo la tasa de respuesta del 79,7%. La edad media fue de 61,4 años (DT: 6,6) y la proporción de mujeres, del 60,1%. En cuanto al resto de las características sociodemográficas, la mayoría (69,0%) solo poseían estudios primarios o incluso un menor nivel de escolarización, y pertenecían al medio rural el 31,0%. La proporción de personas inactivas físicamente era del 26,8%, eran fumadores el 19,7% y bebedores de riesgo el 3,5%.

En una escala de 0 a 100 la puntuación media en el estado de salud percibido fue de 74,0 (DT: 15,2; IC 95%: 72,9-75,1). En la [tabla 1](#) se muestra la distribución de los participantes según las limitaciones expresadas en cada una de las dimensiones contempladas en el cuestionario EQ-5D. Al evaluar



Esquema general del estudio.

Tabla 1 Distribución de respuestas a las preguntas del cuestionario EQ-5D

Dimensión EQ-5D	Hombres	Mujeres	Total
<i>Movilidad</i>			
No tengo problemas para caminar	267 (84%)	358 (77,3%)	625 (80%)
Tengo algunos problemas para caminar	50 (15,7%)	104 (22,5%)	154 (19,7%)
Tengo que estar en cama	1 (0,3%)	1 (0,2%)	2 (0,3%)
<i>Cuidado personal</i>			
No tengo problemas con el cuidado personal	308 (96,9%)	431 (93,1%)	739 (94,6%)
Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme	9 (2,8%)	30 (6,5%)	39 (5%)
Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas	1 (0,3%)	2 (0,4%)	3 (0,4%)
<i>Actividades cotidianas</i>			
No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas	295 (92,8%)	404 (87,3%)	699 (89,5%)
Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas	20 (6,3%)	54 (11,7%)	74 (9,5%)
Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas	3 (0,9%)	5 (1,1%)	8 (1%)
<i>Dolor-malestar</i>			
No tengo dolor ni malestar	234 (73,6%)	235 (50,8%)	469 (60,1%)
Tengo moderado dolor o malestar	75 (23,6%)	191 (41,3%)	266 (34,1%)
Tengo mucho dolor o malestar	9 (2,8%)	37 (8%)	46 (5,9%)
<i>Ansiedad-depresión</i>			
No estoy ansioso o deprimido	256 (80,5%)	304 (65,7%)	560 (71,7%)
Estoy moderadamente ansioso o deprimido	56 (17,6%)	145 (31,3%)	201 (25,7%)
Estoy muy ansioso o deprimido	6 (1,9%)	14 (3%)	20 (2,6%)

Tabla 2 Distribución del cumplimiento de criterios de alimentación saludable para adultos sanos

Criterios de alimentación saludable	Hombres	Mujeres	Total
<i>Pescados y mariscos (3-4 raciones/semana)</i>			
Sí	122 (38,4%)	165 (35,6%)	287 (36,7%)
No	196 (61,6%)	298 (64,4%)	494 (63,3%)
<i>Carnes (3-4 raciones/semana)</i>			
Sí	181 (56,9%)	244 (52,7%)	425 (54,4%)
No	137 (43,1%)	219 (47,3%)	356 (45,6%)
<i>Huevos (3-4 raciones/semana)</i>			
Sí	95 (29,9%)	116 (25,1%)	211 (27%)
No	223 (70,1%)	347 (74,9%)	570 (73%)
<i>Legumbres (2-4 raciones/semana)</i>			
Sí	184 (57,9%)	257 (55,5%)	441 (56,5%)
No	134 (42,1%)	206 (44,5%)	340 (43,5%)
<i>Frutos secos (3-7 raciones/semana)</i>			
Sí	82 (25,8%)	129 (27,9%)	211 (27%)
No	236 (74,2%)	334 (72,1%)	570 (73%)
<i>Lácteos (2-4 raciones/día)</i>			
Sí	121 (38,1%)	251 (54,2%)	372 (47,6%)
No	197 (61,9%)	212 (45,8%)	409 (52,4%)
<i>Verduras y hortalizas (≥ 2 raciones/día)</i>			
Sí	16 (5%)	61 (13,2%)	77 (9,9%)
No	302 (95%)	402 (86,8%)	704 (90,1%)
<i>Frutas (≥ 3 raciones/día)</i>			
Sí	36 (11,3%)	50 (10,8%)	86 (11%)
No	282 (88,7%)	413 (89,2%)	695 (89%)
<i>Pan, cereales, arroz, pasta, patatas (4-6 raciones/día)</i>			
Sí	19 (6%)	21 (4,5%)	40 (5,1%)
No	299 (94%)	442 (95,5%)	741 (94,9%)

la salud autopercebida mediante la pregunta ¿cómo considera que es su salud?, el 73,8% la calificaron como muy buena o buena, el 22,8% como regular y el 3,4% como mala o muy mala. El 80,5% de los participantes declararon algún problema de salud de carácter crónico y el 28,8% declararon 3 o más. Entre los que padecían algún problema de salud, el número medio fue de 1,9 (DT: 1,5).

En lo que respecta al tipo de alimentación, en la [tabla 2](#) se muestra la distribución de los participantes según el cumplimiento de criterios de alimentación saludable propuestos por la SENC y la SemFYC³⁶. En ningún caso se observó el cumplimiento de los 9 criterios considerados, comprobándose un rango de 0 a 6. El 43,6% cumplía menos de 3 criterios, el 53,6% entre 3 y 5 y solo el 2,8% más de 5 criterios. El cumplimiento más elevado se observó en consumo de legumbres (56,5%) y carnes (54,4%), seguido del consumo de pescado (36,7%). Los niveles inferiores correspondieron a hidratos de carbono (5,1%), verduras y hortalizas (9,9%) y frutas (11,0%). El número medio de criterios no fue significativamente diferente entre hombres y mujeres.

La puntuación alcanzada en la salud autopercebida presentó una muy débil correlación, estadísticamente significativa, con el número de criterios de alimentación saludable ($r=0,081$; $p=0,02$). En cuanto a actividad física, se observó una tendencia lineal, estadísticamente

significativa ($p=0,001$), entre intensidad de ejercicio físico y mayor puntuación en autopercepción de salud: 71,5 en sujetos inactivos (DT: 15,8), 74,6 en sujetos con actividad moderada (DT: 15,0) y 78,4 en sujetos con actividad vigorosa (DT: 14,3). En fumadores la puntuación fue inferior ($p=0,004$) respecto a los no fumadores: 70,9 en fumadores (DT: 15,6) frente a 74,9 en no fumadores (DT: 15,1). En cuanto a las variables sociodemográficas, la puntuación en el estado de salud fue significativamente superior en hombres respecto a mujeres (75,7; DT: 14,2 vs. 73,2; DT: 15,9; $p=0,02$) y en procedentes del medio urbano respecto al rural (75,1; DT: 14,5 vs. 72,1; DT: 16,7; $p=0,01$), no observándose diferencias estadísticamente significativas en diferentes grupos de edad o diferente nivel de estudios.

Mediante regresión múltiple, el número de criterios de alimentación saludable mantuvo una asociación estadísticamente significativa con la puntuación alcanzada en el estado de salud percibido ($p=0,04$), una vez ajustado el modelo por las siguientes variables: características sociodemográficas (edad y sexo), número de problemas de salud declarados y hábitos tóxicos (consumo de alcohol y/o tabaco) ([tabla 3](#)). La capacidad explicativa de la ecuación de regresión fue estadísticamente significativa ($F=5,140$; $p<0,02$) y explicó el 20,1% de la variabilidad en el valor de la autopercepción de salud proporcionado por el cuestionario EQ-5D. Mediante

Tabla 3 Variables asociadas mediante regresión lineal múltiple al estado de salud

	Coefficientes (B)	IC (95%)	Coefficientes estandarizados	t	Cambio en valor t	p
Constante	64,205	(54,787 a 73,623)			13,383	0,000
Número de problemas de salud	-4,240	(-4,888 a -3,591)	-0,428	-12,667	-12,836	0,000
Hábitos tóxicos	5,075	(2,511 a 7,640)	0,129	3,151	3,885	0,000
Sexo	2,359	(0,371 a 4,348)	0,076	2,213	2,329	0,020
Edad	0,173	(0,018 a 0,329)	0,074	0,105	2,190	0,029
Alimentación saludable	0,759	(0,033 a 1,484)	0,067	2,267	2,052	0,041

el test de Durbin-Watson se obtuvo un valor de 1,910, gracias al cual se concluyó que no existe correlación entre los valores residuales.

Discusión

Para la mayoría de la población estudiada (73,8%) el estado de salud percibido ha sido considerado como bueno o muy bueno, calificando su salud como mala o muy mala solo el 3,4%. A pesar de que la mayoría de los participantes declararon problemas de salud de carácter crónico (80,5%), en una escala de 0 a 100 la puntuación media en la salud percibida fue de 74. En cuanto a alimentación, observamos un bajo cumplimiento de criterios de alimentación saludable, resultando intermedio en el caso de legumbres y carnes y muy bajo en frutas, verduras e hidratos de carbono. Comprobamos que el estado de salud percibido guarda relación con el cumplimiento de dichos criterios, interviniendo además la morbilidad declarada, los hábitos tóxicos y algunas características sociodemográficas.

Hemos observado que a mayor edad se reduce la puntuación en la autopercepción de salud, hecho constatado en otras publicaciones^{40,41}. También cuando es mayor el número de problemas de salud declarados, lo cual sucede con más frecuencia en el sexo femenino, reforzando la peor autoevaluación de salud que presentan las mujeres. En opinión de Haveman et al.³¹, las mujeres son además más propensas a tener en cuenta aspectos subjetivos de la salud. La asociación entre morbilidad y salud percibida ha sido descrita en otros estudios³⁰, señalando que el mayor número de enfermedades que presentan las mujeres y la diferencia de patologías con los varones dan lugar a un mayor deterioro del sistema osteoarticular, lo que incide directamente en la peor percepción de salud. En nuestros resultados observamos una esperada correlación inversa entre la presencia de problemas de salud y la salud subjetiva, lo cual corrobora los hallazgos de Fernández Larrea et al.⁴⁰ acerca de una clara asociación entre la percepción de salud y la presencia de enfermedades crónicas.

Al igual que sucede en estudios previos^{16,40}, no hemos comprobado que la salud percibida guarde relación con el nivel de estudios, si bien en el caso de las mujeres algunos autores^{10,41} describen una peor autopercepción de salud en niveles inferiores de instrucción.

La presencia de hábitos tóxicos, tanto en el consumo de tabaco como en el de alcohol, fue superior en hombres que en mujeres. En algunos estudios^{13,14} se ha observado

que el consumo moderado de alcohol se relaciona positivamente con el estado de salud percibido; sin embargo, cuando se alcanza la consideración de consumo perjudicial o de riesgo no se ha demostrado una asociación con salud percibida¹⁰. El consumo de tabaco también ha sido previamente relacionado con la autopercepción de salud en el caso de los hombres, pero no en el caso de las mujeres¹⁰. Otras investigaciones^{29,31} destacan una mejor salud percibida en sujetos que no fuman o que realizan actividad física.

En nuestros resultados hemos observado un escaso cumplimiento de las recomendaciones relativas al consumo diario de alimentos que se encuentran en la base de la pirámide de la alimentación. Como en la Encuesta Nacional de Ingesta Dietética, llevada a cabo por la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición, observamos ingestas bajas de verduras, hortalizas, frutas y cereales. Parece existir acuerdo en que la dieta actual española es una dieta de tipo occidental que se aparta cada vez más del patrón alimentario mediterráneo tradicional⁴².

A pesar del bajo cumplimiento, se ha comprobado que las personas que siguen una dieta saludable tienen una mejor autopercepción de salud, si bien dicha relación actualmente es controvertida. Nuestro estudio es consistente con otros previos^{10-12,14-16,28,29} que han mostrado que el seguimiento de una dieta saludable se relaciona de forma directa con una mejor salud percibida. Sin embargo, para otros autores^{9,31} tener una buena calidad de dieta mediterránea no disminuye la percepción de un peor estado de salud.

Desde hace años existe una clara evidencia de que las poblaciones que viven en países mediterráneos tienen un modelo distinto de mortalidad y morbilidad, especialmente en relación con la enfermedad cardiovascular, algunos tipos de cáncer y otras enfermedades degenerativas²⁴⁻²⁶. La dieta mediterránea incluye una serie de alimentos con alta densidad de nutrientes: hidratos de carbono complejos, fibra dietética, minerales, vitaminas, especialmente antioxidantes, y componentes no nutritivos bioactivos (antioxidantes y anticancerígenos) que parecen resultar especialmente beneficiosos en la prevención de algunas enfermedades crónicas. Por otro lado, las poblaciones mediterráneas (Grecia, España, Italia, Francia, etc.) disfrutaban de una mayor expectativa de vida. Estas diferencias, que no pueden explicarse únicamente por factores genéticos, parecen depender de factores ambientales, entre los que la dieta puede jugar un importante papel⁴³.

Nuestros resultados confirman que la dieta es un factor relacionado con la autopercepción de salud, comprobando una asociación estadísticamente significativa entre un

mayor cumplimiento de los criterios de alimentación saludable y una puntuación más elevada en el estado de salud percibido, una vez ajustado el modelo de regresión múltiple realizado por variables sociodemográficas y de morbilidad. A diferencia de otros estudios¹³⁻¹⁶ en los que únicamente se ha evaluado el consumo de algunos alimentos, como frutas y verduras, para observar su relación con la autopercepción de salud, en nuestro caso se han tenido en cuenta la mayoría de los alimentos incluidos en la pirámide de la alimentación y se ha utilizado un cuestionario previamente validado para cuantificar su ingesta³⁵.

La principal limitación de este estudio es que, debido a su diseño transversal, no permite establecer relaciones de causa-efecto. No obstante, los resultados han sido obtenidos a partir de una muestra representativa de la población, y tal vez estos resultados pueden ser un punto de referencia para posteriores estudios con diseños de carácter analítico y longitudinal. El seguimiento de sujetos con diferentes hábitos de alimentación permitirá comprobar el impacto de la dieta en las diferentes dimensiones de la salud. Por otra parte, podrían ensayarse diferentes intervenciones educativas dirigidas a mejorar los hábitos alimentarios. Tal y como ya han indicado otros autores^{29,41}, el uso del indicador de salud autopercebida podría suponer otra limitación del estudio, ya que se trata de una medida subjetiva donde el investigador no tiene el control sino que es el propio participante el que valora su propio estado de salud global. Sin embargo, en estudios poblacionales puede ser una medida fiable y con buena capacidad predictiva de salud en el futuro e incluso de mortalidad. Por último, podría constituir una limitación el hecho de que en los criterios de alimentación saludable solo se han tenido en cuenta los alimentos de consumo diario, excluyendo los de consumo ocasional.

En conclusión, el estado de salud percibido guarda relación con el cumplimiento de los criterios de alimentación saludable en la población mayor de 50 años, interviniendo además la morbilidad declarada, los hábitos tóxicos y algunas características sociodemográficas. En este grupo de población se observa un bajo cumplimiento en los criterios de alimentación saludable, siendo deficitario el consumo de frutas y verduras e hidratos de carbono.

Financiación

Este estudio no ha tenido ninguna financiación externa.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses. De este trabajo fue presentada una comunicación en el II Congreso Iberoamericano de Epidemiología y Salud Pública celebrado en Santiago de Compostela (España) del 2 al 4 de septiembre de 2015.

Bibliografía

1. OMS. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos, Suplemento de la 45ª edición, 2006 [consultado 19 Oct 2015]. Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who.constitution_sp.pdf
2. Mazarrasa L, Sánchez A, Sánchez A, Merelles A, Aparicio V. Salud pública y enfermería comunitaria. 2.ª ed. Madrid: McGraw-Hill España; 2003.
3. Giltay EJ, Geleijnse JM, Zitman FG, Buijsse B, Kromhout D. Lifestyle and dietary correlates of dispositional optimism in men: The Zutphen Elderly Study. *J Psychosom Res.* 2007;63:483-90.
4. Jiménez MG, Martínez P, Miró A, Sánchez AI. Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿Están asociados a la práctica de ejercicio físico? *Int J Clin Health Psychol.* 2008;8:185-92.
5. Girón Daviña P. Los determinantes de la salud percibida en España [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología; 2010.
6. Azpiazu Garrido M, Cruz Jentoft A, Villagrasa Ferrer JR, Abanades Herranz C, García Marín N, Alvear Valero de Bernabé F. Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Rev Esp Salud Publica.* 2002;76:683-99.
7. Castro Vázquez A, Espinosa-Gutiérrez I, Rodríguez-Contreras P, Santos-Iglesias P. Relación entre el estado de salud percibido e indicadores de salud en la población española. *Int J Clin Health Psychol.* 2007;7:883-98.
8. Morcillo Cebolla V, de Lorenzo-Cáceres Ascanio A, Domínguez Ruiz de León P, Rodríguez Barrientos R, Torijano Castillo MJ. Desigualdades en la salud autopercebida de la población española mayor de 65 años. *Gac Sanit.* 2014;28:511-21.
9. Darviri C, Artemiadis AK, Tigani X, Alexopoulos EC, Evangelos C. Lifestyle and self-rated health: A cross-sectional study of 3601 citizens of Athens, Greece. *BMC Public Health.* 2011;11:619.
10. De Juanas Oliva A, Limón Mendizábal MR, Navarro Asencio E. Análisis del bienestar psicológico, estado de salud percibido y calidad de vida en personas adultas mayores. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria.* 2013;22:153-68.
11. Kimura M, Moriyasu A, Kumagai S, Furuta T, Akita S, Kimura S, et al. Community-based intervention to improve dietary habits and promote physical activity among older adults: A cluster randomized trial. *BMC Geriatrics.* 2013;13:8.
12. Lara J, McCrum L-A, Mathers JC. Association of Mediterranean diet and other health behaviours with barriers to healthy eating and perceived health among British adults of retirement age. *Maturitas.* 2014;79:292-8.
13. Mood C. Life-style and self-rated global health in Sweden: A prospective analysis spanning three decades. *Prev Med.* 2013;57:802-6.
14. Nevill A, Donnelly P, Shibil S, Foster CH, Murphy M. Modifiable behaviours help to explain the inequalities in perceived health associated with deprivation and social class: evidence from a national sample. *J Phys Act Health.* 2014;11:339-47.
15. Selivanova A, Cramm JM. The relationship between healthy behaviours and health outcomes among older adults in Russia. *BMC Public Health.* 2014;14:1183.
16. Södergren M, McNaughton A, Salmon J, Ball K, Crawford DA. Associations between fruit and vegetable intake, leisure-time physical activity, sitting time and self-rated health among older adults: Cross-sectional data from the WELL study. *BMC Public Health.* 2012;12:551.
17. Bryant J, Bonevski B, Paul CL, Lecathelinais CL. A cross-sectional survey of health risk behaviour clusters among a sample of socially disadvantaged Australian welfare recipients. *Aust N Z J Public Health.* 2013;37:118-23.
18. De Groot LC, Verheijden MW, de Henauw S, Schroll M, van Staveren WA, SENECA Investigators. Lifestyle, nutritional status, health, and mortality in elderly people across Europe: A review of the longitudinal results of the SENECA study. *J Gerontol A BiolSci Med Sci.* 2004;59:1277-84.

19. Hirooka N, Takedai T, D'Amico F. Lifestyle characteristics assessment of Japanese in Pittsburgh, USA. *J Community Health*. 2012;37:480–6.
20. Likura M, Yi S, Ichimura Y, Hori A, Izumi S, Sugiyama H, et al. Effect of lifestyle on asthma control in Japanese patients: Importance of periodical exercise and raw vegetable diet. *PLoS One*. 2013;8:e68290.
21. Twiss JJ, Gross GJ, Waltman NL, Ott CD, Lindsey AM. Health behaviors in breast cancer survivors experiencing bone loss. *J Am Acad Nurse Pract*. 2006;18:471–81.
22. Milte CM, Thorpe MG, Crawford D, Ball K, McNaughton SA. Associations of diet quality with health-related quality of life in older Australian men and women. *Exp Gerontol*. 2015;64:8–16.
23. Sofi F, Cesari F, Abbate R, Gensini GF, Casini A. Adherence to Mediterranean diet and health status: Meta-analysis. *BMJ*. 2008;33:7–344.
24. Sofi F, Abbate R, Gensini GF, Casini A. Evidences on the relationship between Mediterranean diet and health status. *Recenti Prog Med*. 2009;100:127–31.
25. Sofi F, Abbate R, Gensini GF, Casini A. Accruing evidence on benefits of adherence to the Mediterranean diet on health: An updated systematic review and meta-analysis. *Am J Clin Nut*. 2010;92:1189–96.
26. Sofi F, Macchi C, Abbate R, Gensini GF, Casini A. Mediterranean diet and health status: An updated meta-analysis and a proposal for a literature-based adherence score. *Public Health Nutr*. 2014;17:2769–82.
27. Trichopolou A. Traditional Mediterranean diet and longevity in the elderly: A review. *Public Health Nutr*. 2004;7:943–7.
28. Muñoz MA, Fito M, Marrugat J, Covas MI, Schröder H. Adherence to the Mediterranean diet is associated with better mental and physical health. *Br J Nutr*. 2009;101:1821–7.
29. Barrios Vicedo R, Navarrete Muñoz EM, García de la Hera M, González Palacios S, Valera Gran D, Checa Sevilla JF, et al. Una menor adherencia a la dieta mediterránea se asocia a una peor salud autopercibida en población universitaria. *Nutr Hosp*. 2015;31:785–92.
30. López Giménez MR, Montero López MP, Mora Urda MI, Romero Collazos JF. Hábitos de alimentación, salud y género en personas mayores. *EJIHPE*. 2014;4:31–9.
31. Haveman-Nies A, de Groot LC, van Staveren WA. Relation of dietary quality, physical activity, and smoking habits to 10-year changes in health status in older Europeans in the SENECA study. *Am J Public Health*. 2003;3:318–23.
32. Herdman M, Badia X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001;28:425–30, 15.
33. Badia X, Carné X. La evaluación de la calidad de vida en el contexto del ensayo clínico. *Med Clin*. 1998;110:550–6.
34. Badia X, Schiaffino A, Alonso J, Herdman M. Using the EuroQol 5-D in the Catalan general population: Feasibility and construct validity. *Qual Life Res*. 1998;7:311–22.
35. Trinidad Rodríguez I, Fernández Ballart J, Cucó Pastor G, Biar-nésJordà E, Arijá Val V. Validación de un cuestionario de frecuencia de consumo alimentario corto: reproducibilidad y validez. *Nutr Hosp*. 2008;23:242–52.
36. Guía de la alimentación saludable [Internet] [consultado 11 Mar 2015]. Disponible en: http://www.nutricioncomunitaria.org/BDPtelegidos/guia_alimentacion%20ENC.L.1155197988036.pdf
37. Brown WJ, Trost SG, Bauman A, Mummery K, Owen N. Test-retest reliability of four physical activity measures used in population surveys. *J Sci Med Sport*. 2004;7:205–15.
38. Craig CL, Marshall AL, Sjostrom M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc*. 2003;35:1381–95.
39. Román Viñas B, Ribas Barba L, Ngo J, Serra Majem Ll. Validación en población catalana del cuestionario internacional de actividad física. *Gac Sanit*. 2013;27:254–7.
40. Fernández Larrea N, Clúa Calderín AM, Báez dueñas RM, Ramírez Rodríguez M, Prieto Díaz V. Estilos de vida, bienestar subjetivo y salud de los ancianos. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2000;16:6–12.
41. Singh L, Arokiasamy P, Kumar Singh P, Kumar Rai R. Determinants of gender differences in self-rated health among older population: Evidence from India. *SAGE Open*. 2013;3:1–12.
42. ENIDE. Encuesta Nacional de Ingesta Dietética (2009-2010). Resultados sobre datos de consumo [Internet] [consultado 2 Abr 2015]. Disponible en: http://aesan.msssi.gob.es/AESAN/web/evaluacion_riesgos/seccion/estudios_evaluacion_nutricional.shtml
43. Carbajal A, Ortega R. La dieta mediterránea como modelo de dieta prudente y saludable. *Rev Chil Nutr*. 2001;28:224–36.