

ARTÍCULO ORIGINAL

Calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores en el país, 2001**Quality of life related to health of elderlies in our country, 2001**

René G. García Roche^I; Mariela Hernández Sánchez^{II}; Patricia Varona Pérez^{III}; Martha Chang de la Rosa^{IV}; Mariano Bonet Gorbea^V; Sergio Salvador Álvarez^{VI}

^I Especialista de II Grado en Bioestadística. Máster en Informática en Salud. Investigador Agregado. Profesor Auxiliar. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM). Ciudad de La Habana, Cuba.

^{II} Especialista de II Grado en Higiene. Máster en Epidemiología. Investigadora Auxiliar. Profesora Auxiliar. INHEM. Ciudad de La Habana, Cuba.

^{III} Especialista de II Grado en Epidemiología. Investigadora Auxiliar. Profesora Instructora. INHEM. Ciudad de La Habana, Cuba.

^{IV} Licenciada en Sociología. Máster en Salud Pública. Investigadora Agregada. Profesora Asistente. INHEM. Ciudad de La Habana, Cuba.

^V Especialista de II Grado en Epidemiología. Investigador Auxiliar. Profesor Auxiliar. INHEM. Ciudad de La Habana, Cuba.

^{VI} Especialista de II Grado en Bioestadística. Máster en Informática en Salud. Profesor Auxiliar. INHEM. Ciudad de La Habana, Cuba.

RESUMEN

El envejecimiento poblacional del mundo y de Cuba es un fenómeno demográfico asociado con la revolución científico técnica del siglo XX; sus consecuencias unidas a características socio-demográficas pueden afectar la calidad de vida. Este trabajo pretende caracterizar la calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores en el país, con los datos de la II Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades no Trasmisibles de Cuba en el 2001. Se calcularon números absolutos, medias, porcentajes y *Odds Ratio* con sus intervalos de confianza al 95 %. El efecto confusor de las variables se controló con un modelo de regresión logística. La calidad de vida relacionada con la salud óptima mejoró significativamente al aumentar la escolaridad de los individuos desde primaria hasta la universidad, de 36,2 a 52,6 %, OR=1,1 (1,019;1,266). La empeoraron

significativamente el aumentar la edad, $OR=0,96$ (0,953; 0,973); percibir desfavorablemente la situación económica, $OR=0,61$ (0,491; 0,766) y pertenecer al sexo femenino, $OR=0,47$ (0,416; 0,540). Algunas variables socio-demográficas influyen sobre la calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores y la magnitud de esta influencia debe valorarse para el manejo de este grupo de edad.

Palabras clave: calidad de vida relacionada con la salud, adultos mayores, características socio-demográficas relacionadas con la calidad de vida.

ABSTRACT

World population aging and of Cuba is a demographic phenomenon associated with the scientific and technical revolution of XX century; its consequences joined to sociodemographic characteristics may to affect the quality of life. The aim of present paper is to characterize the quality of life related to health of elderlies in our country, to data from the II National Survey of Risk Factors of Non-communicable diseases of Cuba for 2001. Authors estimated absolute numbers, means, percentages and odds ratio with their 95 % confidence intervals. Confuse effect of variables was controlled using a logistic regression model. Quality of life related to an optimal health significantly improved with the increasing schooling of subjects from the primary school up to university level from 36.2 % to 52.6 %, $OR = 1.1$ (1.019; 1.266). There was worsening with age increase, $OR = 0.96$ (0.953; 0.973); a unfavorable perception of economic situation, $OR = 0.61$ (0.491; 0.766) and to be of female sex, $OR = 0.47$ (0.416; 0.540). Some socioeconomic variables influenced on the quality of life related to health of elderlies and to magnitude of this influence must to be assessed to approach this age group.

Key words: Quality of life related to health, elderlies, sociodemographic characteristic related to quality of life.

INTRODUCCIÓN

La revolución científico técnica del siglo XX trajo a la humanidad el mejoramiento de las condiciones y cambios en los modos de vida, el aumento de la esperanza de vida al nacer y la transición epidemiológica de la morbilidad y de la mortalidad por enfermedades infecciosas a enfermedades crónicas y no transmisibles. Conjuntamente con esto, ha habido un descenso de la fecundidad que finalmente ha traído como consecuencia un envejecimiento de la población al nivel mundial, pasando por las distintas etapas de la llamada transición demográfica.¹

El envejecimiento es un proceso evolutivo que trae consecuencias biológicas, sociales y psicológicas al ser humano, como enfermedades crónicas que aparecen fundamentalmente en estas edades, pérdida de capacidades físicas, limitación de recursos económicos que pueden llegar a ser insuficientes para cubrir sus necesidades básicas, pérdida de amigos y/o familiares cercanos a él como su pareja, mayor dependencia de las personas que le rodean, aislamiento, cambios

importantes en el estilo de vida, depresión, etc. Las consecuencias del envejecimiento mediatizadas por características socio-demográficas específicas pueden afectar en mayor o menor grado su calidad de vida, por lo cual es útil y necesaria su medición para cualquier valoración de este grupo de edad.²

En 1975, en el mundo había 350 millones de adultos mayores o ancianos (personas con 60 años o más de edad); en el 2000 esta cifra ascendía a 600 millones, y se espera que en el 2025 ascienda a 1 100 millones, que constituirán el 15 % de la población total. Dentro de este grupo de edad, el segmento de más rápido crecimiento es el de las personas de 80 años y más, pues su número actual es de 70 millones, y se espera que en los próximos 50 años esta cifra se quintuplique.^{3,4}

Cuba, por sus condiciones histórico-sociales, completó tempranamente la transición demográfica de forma tal que en 1990 existían en el país 1 200 000 ancianos, representando el 11,9 % de la población total, en el año 2000 la cifra estimada era de 1 601 993, que representaba el 14,3 % de la población total, y en el 2007 la cifra total de ancianos en la población cubana era de 1 827 020, que representaba el 16,3 % del total de la población.^{1,5}

La calidad de vida ha sido definida y estudiada desde la perspectiva de múltiples disciplinas, pero es un concepto multidimensional, que abarca los efectos de una enfermedad o tratamiento sobre el funcionamiento físico, psicológico, social y en las actividades del diario vivir del paciente. Este concepto toma en consideración el grado de satisfacción del paciente, con su funcionamiento en estas esferas.

En el campo de la salud, se usa cada día con mayor frecuencia, el término calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), de gran interés para los profesionales sanitarios, porque les permite obtener información complementaria y diferente a los indicadores clínicos tradicionales, explorando la percepción que tiene el paciente de su salud, su capacidad funcional, el sentimiento de bienestar, además del impacto de las enfermedades crónicas y de las intervenciones sanitarias, empleando instrumentos sencillos y muy robustos, sin requerimientos muy exigentes para su aplicación. Entre los pocos cuestionarios que tienen estas características se encuentra el EuroQol-5D.^{6,7}

Los instrumentos que miden CVRS se clasifican según distintos ejes, uno de los cuales es la cantidad de aspectos que dicho instrumento evalúa. En este caso se dividen en: instrumentos genéricos que incluyen indicadores sencillos, perfiles de salud y medidas de utilidad e instrumentos específicos. El EuroQol-5D es un instrumento genérico.

En Cuba no se han encontrado investigaciones de nivel nacional, que aborden la CVRS en los adultos mayores. Por esta razón, se decidió la realización de este trabajo, con el objetivo de caracterizar la CVRS de los adultos mayores en el país, con los datos tomados de la II Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades no Trasmisibles (II ENFRENT), en el año 2001.

MÉTODOS

La II ENFRENT abarcó toda el área urbana del país, en el período de tiempo comprendido entre noviembre del año 2000 hasta marzo del 2001. Sus resultados son representativos para la nación y para las provincias. Se hizo un diseño muestral complejo, a partir del diseño muestral general elaborado por la ONE en el año 1995

para el sistema de encuestas de hogares y actualizado en 1999.⁸ Consiste en una muestra tomada de forma estratificada y por conglomerados polietápicos. Los estratos los conformaron las 14 provincias del país, conjuntamente con el municipio especial Isla de la Juventud, y los conglomerados fueron las áreas geográficas muestrales (AGEM), manzanas y secciones.

La muestra fue tomada de forma equiprobable para la provincia, pues los tamaños poblacionales de las unidades de muestreo en cada etapa eran iguales, pero para la nación no fue autoponderada. Para compensar en las estimaciones, las posibles distorsiones que desde el punto de vista de la representatividad tuviera la muestra con respecto a la población, fue necesario utilizar un factor de ponderación, consistente en el inverso de las probabilidades de selección de los individuos y que tomaba en consideración la edad y el sexo de los mismos.

Finalmente, fueron encuestadas 22 851 personas mayores de 15 años. De estas personas, 4 344 eran adultos mayores (1 984 masculinos y 2 357 femeninos), que representaban respectivamente a los 1 254 127 adultos mayores (571 273 masculinos y 682 854 femeninos) residentes en el área urbana del país.

Las fuentes de información fueron los instrumentos, entre ellos el EuroQol-5D, aplicados a cada individuo de la muestra, mediante entrevistas estructuradas realizadas por encuestadores profesionales en los hogares. Los encuestadores fueron previamente entrenados por el equipo de investigación.

Del cuestionario se utilizaron en el estudio las siguientes variables:

- *Cuestionario EuroQol-5D:*

CVRS:

0= no óptima (respondió algún ítem con 2 ó 3, o sea, con algunos problemas o problemas moderados y problemas graves).

1= óptima (respondió todos los ítems del estado de salud con 1, o sea, sin problemas).

Escala visual analógica (EVA): el puntaje que el individuo obtuvo.

- *Ingreso monetario:* la cantidad de dinero, en pesos, que como promedio mensual recibía cada miembro del núcleo familiar, incluido el adulto mayor.

- *Nivel de escolaridad:*

1=nivel de primaria o inferior.

2=nivel de Secundaria Básica u obrero calificado.

3=nivel de Preuniversitario o Técnico Medio.

4=nivel universitario.

- *Sexo:*

1= masculino.

2=femenino.

- *Estado civil:*

1=con pareja (casados).

2=sin pareja (solteros, divorciados, viudos).

- *Edad:* en años cumplidos.

- *Situación económica percibida:*

1=favorable.

2=desfavorable.

- *Color de la piel:*

1=blancos.

2=no blancos.

Para darle salida al objetivo propuesto, se calcularon medidas de resumen para datos cualitativos y cuantitativos: números absolutos, medias y porcentajes. Las inferencias a la población se hicieron mediante los intervalos de confianza. Se analizó la influencia sobre la CVRS, el nivel de escolaridad, el sexo, el estado civil, la edad en años cumplidos, la situación económica percibida, el ingreso monetario y el color de la piel. Primero se introdujo cada variable explicativa con la variable de respuesta en un modelo (regresión logística simple), y las que resultaron significativamente diferentes de 0, se introdujeron en un modelo de regresión logística multivariada para controlar el posible efecto confusor de las variables analizadas sobre la CVRS. Como medida de riesgo se halló el *Odds Ratio* (OR) y su intervalo de confianza.

Las estimaciones se hicieron con una confiabilidad del 95 %.

Se valoró el ingreso monetario y la situación económica percibida porque podrían ser rubros que influyeran en la CVRS, dada la disminución de los recursos económicos que habitualmente se produce en este grupo de edad. Los resultados se presentan en tablas y gráficos.

RESULTADOS

Los resultados de la parte descriptiva del *test* son consistentes con los de la EVA, pues la media de los puntajes de la EVA aumenta significativamente (no hay solapamiento de los intervalos de confianza) de 61,3 [60,2; 62,4] en el grupo de individuos con una CVRS no óptima a 80,7 [79,6; 81,7] en el grupo de individuos con una CVRS óptima. Lamentablemente, no se pudo modelar la influencia de otras variables explicativas sobre la EVA porque no se cumplían los supuestos para una regresión lineal múltiple.

En cuanto al ingreso monetario, no hubo diferencias significativas entre los individuos que tenían una CVRS no óptima, 142,5 [129,5; 156,0] y los que tenían una CVRS óptima, 162,6 [146,3; 179,0], ni el parámetro resultó significativamente diferente de 0 en el modelo de regresión logística simple con la CVRS como variable de respuesta.

El color de la piel tampoco resultó significativamente asociado con la calidad de vida, pues los porcentajes de individuos con diferentes colores de piel no difirieron significativamente dentro de cada categoría de la CVRS. Por ejemplo, no hubo diferencias significativas entre blancos 39,0 % [36,8; 41,2] y no blancos 43,1 % [39,9; 46,7] dentro de los que tenían una CVRS óptima. En el modelo de regresión logística simple, tampoco el parámetro resultó significativamente diferente de 0.

El estado civil resultó asociado significativamente con la CVRS en el modelo de regresión logística simple, pero al introducirla en el modelo de regresión logística multivariada (controlando el efecto del resto de las variables, entre las que se encontraba el sexo y la edad), el parámetro no resultó ser significativamente diferente de 0 y se eliminó del modelo. Esto podría explicarse porque el estado civil es un confusor y su efecto se controla en el modelo multivariado. Esta hipótesis se probó introduciendo en un modelo de regresión logística, el sexo y la edad como variables explicativas y el estado civil como variable de respuesta; los parámetros fueron 1,27 y 0,06, respectivamente, ambos significativamente diferentes de 0.

Cuando se analiza la CVRS y el nivel de escolaridad ([tabla 1](#)), tienen una CVRS óptima el 36,2 % de los individuos con nivel de primaria o inferior contra el 52,6 % de los universitarios, y lo contrario ocurre con la CVRS no óptima, que desciende desde 63,8 hasta 49,1 en estas mismas categorías, y esta variable tiene una importancia especial para futuras intervenciones que mejoren la CVRS de este grupo de edad, porque es de las pocas variables socio-demográficas que se puede modificar, por ejemplo, a través de la Universidad del Adulto Mayor.

En el análisis de la CVRS por sexo ([tabla 2](#)), el sexo masculino tiene una CVRS significativamente mejor que el sexo femenino, pues el porcentaje de individuos desciende de 50,1% en el sexo masculino a 31,6 % en el femenino, dentro de la categoría de CVRS óptima, y dentro de la categoría de CVRS no óptima, este porcentaje asciende de 49,9 % a 68,4 %, respectivamente, sin solapamiento de los intervalos de confianza.

Como puede observarse en la [tabla 3](#), los individuos con una situación económica percibida favorable tienen una CVRS significativamente mejor que los individuos con una situación económica percibida desfavorable. El 52,0 % de los individuos tienen una situación económica percibida favorable contra el 38,2 % que la tienen desfavorable dentro de la categoría óptima de CVRS, y dentro de la categoría no óptima de CVRS, estos porcentajes son de 48,0 % y 61,8 %, respectivamente. Tampoco aquí hay solapamiento de los intervalos de confianza.

Al introducir las variables edad, nivel de escolaridad, sexo y situación económica percibida, en un modelo de regresión logística multivariada (para analizar el efecto individual de cada variable controlando el resto) con la CVRS como variable de respuesta, puede observarse que el efecto de todas ellas es significativamente diferente de 0, con el 95 % de confiabilidad. El aumento en años de edad, el tener una situación económica percibida desfavorable y el pertenecer al sexo femenino, disminuyen la probabilidad de tener una CVRS óptima, o sea, minimizan el riesgo de que esta sea óptima a menos de 1, y por lo tanto, maximizan el riesgo de que esta sea no óptima; los OR son 0,963, 0,613 y 0,474, respectivamente y los intervalos de confianza no contienen al 1. El nivel de escolaridad aumenta en 1,1

veces la probabilidad de tener una CVRS óptima, por cada nivel de escolaridad que el individuo ascienda; OR=1,135, con un intervalo de confianza que no contiene al 1 ([tabla 4](#)).

DISCUSIÓN

Los resultados encontrados en este estudio coinciden con lo planteado por otros autores,⁹⁻¹¹ pues el aumento en la escolaridad minimiza la vulnerabilidad de los adultos mayores ante los diferentes estresores, y lo contrario ocurre con el aumento de la edad, la percepción desfavorable de la situación económica y el pertenecer al sexo femenino, que maximizan la vulnerabilidad ante esos estresores y traen a largo plazo, respectivamente, una mejoría o empeoramiento de la CVRS. La vulnerabilidad condiciona la aparición de las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales, e incluso hay autores que han encontrado que la baja escolaridad, el aumento de la edad y el pertenecer al sexo femenino, son factores de riesgo de la discapacidad física,¹ aunque en definitiva todos ellos condicionan mayor dependencia y por ende, menor autonomía de los adultos mayores, y el resultado es un impacto desfavorable sobre la CVRS.

Hay estudios donde se han encontrado diferencias en la CVRS de acuerdo con el estado civil de los adultos mayores,¹¹ pero realizados con muestras más pequeñas y de carácter local, lo cual podría explicar la diferencia con los resultados de esta investigación.

No se han encontrado estudios que aborden la influencia del color de la piel sobre la CVRS en este grupo de edad, aunque hay autores que plantean la influencia desfavorable del color de la piel no blanca sobre la CVRS, pero en otros grupos estudiados (mujeres en la edad de la menopausia).¹²

Varios autores han planteado la importancia de la seguridad económica para la CVRS, por la independencia que le facilita a los adultos mayores.^{2,9,13,14} Sin embargo, los resultados observados en este estudio, podrían deberse a la pérdida relativa de la importancia del ingreso monetario sobre la CVRS, por la seguridad económica y social que le brinda el Estado cubano a este grupo de edad en particular (pago de subsidios a jubilados, ayuda monetaria y/o en especies a los que no poseen subsidios, así como servicios médicos gratuitos e ingresos hospitalarios a quienes los necesiten, ingresos en instituciones geriátricas para los adultos mayores sin amparo familiar con necesidad de cuidados, ubicación de cuidadores financiados por el Estado para aquellos que los necesiten) y que minimiza el impacto del ingreso monetario sobre la CVRS.

CONSIDERACIONES FINALES

- La escolaridad, la edad, la situación económica percibida y el sexo, influyen notablemente sobre la CVRS de los adultos mayores.
- Para estudiar a los adultos mayores debe tomarse en cuenta la magnitud de la influencia de las variables socio-demográficas sobre su CVRS.
- Se puede mejorar la CVRS de los adultos mayores modificando las variables socio-demográficas que lo permitan.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bayarre Veá HD, Pérez Piñero J, Menéndez Jiménez J. Las transiciones demográfica y epidemiológica y la calidad de vida objetiva en la tercera edad. GEROINFO. RNPS. 2110. 2006;1(3).
2. Real Fortuna T. Dependencia funcional, depresión y calidad de vida en ancianos institucionalizados. http://www.revistahospitalarias.org/info_2008/02_192_11.htm (06/02/09).
3. Romero Cabrera AJ. Perspectivas actuales en la asistencia sanitaria al adulto mayor. Rev Panam Salud Publica 2008;24(4).
4. Envejecimiento saludable. <http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualGeriatría/PDF/EnvejSaludable.pdf>.(06/02/09).
5. República de Cuba. Oficina Nacional de Estadísticas. Anuario Estadístico de Cuba 2007. Edición 2008. http://www.one.cu/aec2007/esp/03_tabla_cuadro.htm (05/02/09).
6. Badia X, Baró E. Cuestionarios de salud en España y su uso en la atención primaria. Aten Primaria 2001; 28(5):349-56.
7. Herdman H, Badia X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en la atención primaria. Aten Primaria 2001;28(6):425-29.
8. Cañizares Pérez M, Barroso Utra I, Alfonso León A, García Roche R, Alfonso Sagué K, et al. Estimaciones usadas en diseños muestrales complejos: aplicaciones de la encuesta de salud cubana del año 2001. Rev Panam Salud Pública 2004;15(3).
9. Botero de Mejias BE, González Robledo MC, Pico Merchán ME, Rivera Cardona CF. Estudio multicéntrico sobre la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de 60 años en cuatro ciudades de Colombia. http://www.invima.gov.co/Invima/BVSalud/lineamientos/22_%20Calidad%20de%20vida%20y%20tercera%20edad.doc (17/02/09).
10. Simonaggio Stancampiano P, Garzón Gómez B, Brú Espino IM, Magaña Loarte E. Medición de la calidad de vida en relación con la salud en ancianos ingresados en residencias de la ciudad de Talavera de la Reina. http://gaptalavera.sescam.jccm.es/web1/gaptalavera/prof_home/eventos/CalidadVidaSaludAncianosResidencias.pdf (22/02/09).
11. Ceresuela López A, Rubio Rubio S, Rodríguez Rodríguez B, David Domingo JM, Cuerda Seguro C, et al. Desigualdades sociales y cambios en la calidad de vida de los ancianos en el medio rural de Cuenca entre 1994 y 2002. Revista Española de Geriatría y Gerontología: Órgano oficial de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología 2008;43(4):221-28. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2684006> (22/02/09).
12. Ledis Caro D. La raza afectaría la calidad de vida en la menopausia. El Universal.

<http://odr.uniandes.edu.co/pdfs/Noticias/ExtraExtra/larazaafectarialacalidad.pdf>
(22/02/09).

13. Maya S LH. Componentes de la calidad de vida en adultos mayores.
http://www.funlibre.org/documentos/lemaya2.htm#Uso_ajropiado_del_documento
(22/02/09).

14. Rodríguez Feijóo N. Factores que influyen sobre la calidad de vida de los ancianos que viven en Geriátricos. Psicología y Psicopedagogía. Publicación virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USAL 2007;VI(17).
http://www.salvador.edu.ar/publicaciones/pyp/17/factores_que_influyen_sobre_la_calidad_de_vida.pdf (22/02/09).

Recibido: 20 de enero del 2010.

Aprobado: 10 de febrero del 2010.

Dr. *René G. García Roche*. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Infanta 1158 entre Clavel y Llinás, Centro Habana. CP 10300. Ciudad de La Habana. Cuba. Tel. 8788479. e-mail: rene@inhem.sld.cu

Tabla 1. Calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores, según nivel de escolaridad. Cuba, 2001

Nivel de escolaridad	Calidad de vida relacionada con la salud					
	Óptima			No óptima		
	No.	% *	IC al 95 %	No.	% *	IC al 95 %
Primaria o inferior	294 071	36,2	[34,1; 38,3]	518 655	63,8	[61,7; 65,9]
Secundaria Básica u obrero calificado	94 224	47,3	[42,6; 51,9]	105 039	52,7	[48,1; 57,4]
Preun. ó Téc. Medio	60 511	50,9	[44,3; 57,5]	58 417	49,1	[42,5; 55,7]
Universitario	19 435	52,6	[41,9; 63,3]	17 498	47,4	[36,7; 58,1]
Total	468 241	40,1	[38,2; 42,0]	699 609	59,9	[58,0; 61,8]

* Los porcentajes se calcularon con el total de individuos de la categoría de la variable nivel de escolaridad.

Tabla 2. Calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores, según sexo. Cuba, 2001

Sexo	Calidad de vida relacionada con la salud					
	Óptima			No óptima		
	No.	% *	IC al 95 %	No.	% *	IC al 95 %
Masculino	269 865	50,1	[47,4; 52,7]	269 283	49,9	[47,3; 52,6]
Femenino	198 376	31,6	[29,4; 33,7]	430 326	68,4	[66,3; 70,6]
Total	468 241	40,1	[38,2; 42,2]	699 609	59,9	[58,0; 61,8]

* Los porcentajes se calcularon con el total de individuos de la categoría de la variable sexo.

Tabla 3. Calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores, según situación económica percibida. Cuba, 2001

Situación económica percibida	Calidad de vida relacionada con la salud					
	Óptima			No óptima		
	No.	% *	IC al 95 %	No.	% *	IC al 95 %
Favorable	84 045	52,0	[46,9; 57,1]	77 519	48,0	[42,9; 53,1]
Desfavorable	384 196	38,2	[36,2; 40,1]	622 090	61,8	[59,9; 63,8]
Total	468 241	40,1	[38,2; 42,2]	699 609	59,9	[58,0; 61,8]

(*) Los porcentajes se calcularon con el total de individuos de la categoría de la variable situación económica percibida.

Tabla 4. Resultados de la modelación de la calidad de vida relacionada con la salud en los adultos mayores. Cuba, 2001

Modelo de regresión logística de la calidad de vida relacionada con la salud				
Variables explicativas	β	Sig. de Z	OR	
			Valor	IC al 95 %
Intercepto	4,0690	<0,0001		
Nivel de escolaridad	0,1271	0,0220	1,135	[1,019; 1,266]
Edad	-0,0376	<0,0001	0,963	[0,953; 0,973]
Percepción situación económica	-0,4886	<0,0001	0,613	[0,491; 0,766]
Sexo	-0,7472	<0,0001	0,474	[0,416; 0,540]