



Determinación del nivel de salud autopercebido pospandemia en la población adulta de Andalucía Oriental: un estudio transversal

Determination of the post-pandemic self-perceived health level in the adult population of Eastern Andalusia: A cross-sectional study

AUTORES

- (1) Crescencio Pérez-Murillo (ORCID: 0000-0003-3000-0805) (2) María Francisca Avilés-Gómez

FILIACIONES

- (1) Hospital Universitario General Virgen de las Nieves. GRANADA, ESPAÑA.
(2) Centro de salud Almanjáyar; Distrito Sanitario de Granada. GRANADA, ESPAÑA.

FINANCIACIÓN

Este trabajo no ha sido financiado ni parcial ni totalmente por ninguna institución pública o privada.

CORRESPONDENCIA

Crescencio Pérez Murillo crescencioperezmurillo@gmail.com
Avenida de Cádiz, Nº 46, 5º C. CP 18007. Granada. España.

CITA SUGERIDA

Pérez-Murillo C, Avilés-Gómez MF. Determinación del nivel de salud autopercebido pospandemia en la población adulta de Andalucía Oriental: un estudio transversal. Rev Esp Salud Pública. 2025; 99: 24 de enero e202501002.

CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA

CONCEPTUALIZACIÓN; ANÁLISIS FORMAL DE LOS DATOS; METODOLOGÍA DEL TRABAJO; REDACCIÓN, REVISIÓN Y EDICIÓN FINAL: C Pérez-Murillo, MF Avilés-Gómez

RECOGIDA DE DATOS Y DESARROLLO DE BASE DE DATOS: MF Avilés-Gómez

SUPERVISIÓN Y VALIDACIÓN; REDACCIÓN DEL BORRADOR ORIGINAL; ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS: C Pérez-Murillo

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses

RESUMEN

FUNDAMENTOS // La aparición del virus SARS-CoV-2 supuso la adopción de medidas sanitarias extremas que tenían como objetivo contener o minimizar los efectos de la pandemia. Estas medidas supusieron un importante impacto en la salud física y mental de las personas que provocó una drástica disminución de la calidad de vida relacionada con la salud al perder uno de sus pilares fundamentales: la salud social. Con el presente estudio quisimos conocer el nivel de salud autopercebido tras la finalización de la pandemia de la COVID-19.

MÉTODOS // Se desarrolló un diseño de estudio transversal y observacional. Se incluyeron como participantes a toda la población adulta mayor de dieciocho años que fueran residentes en las provincias de Granada, Almería y/o Jaén a fecha de 1 de enero de 2023 hasta el 20 de febrero de 2023. A cada participante se le pasó el cuestionario de salud validado *36-item Short Form Health Survey* (SF-36) para medir su nivel de salud autopercebida. Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables incluidas en el estudio mediante el programa estadístico *SPSS v.22*.

RESULTADOS // La puntuación media obtenida en el cuestionario SF-36 fue de $132,39 \pm 19,55$ puntos básicos, correspondiéndole un nivel de salud autopercebido como bueno. Se pudo observar que el confinamiento y el resto de medidas adoptadas durante la pandemia supusieron una disminución en el nivel autopercebido de salud, tardando más de tres años en volver a alcanzarse los niveles de salud prepandemia.

CONCLUSIONES // El estudio del nivel de salud autopercebido de la población tiene como objetivo mejorar el sistema sanitario y, a su vez, aumentar el bienestar mental, social y físico de la población, evitando las secuelas producidas por la pandemia de la COVID-19 en los próximos años.

PALABRAS CLAVE // Salud Pública; Pandemia de COVID-19; Población general; Autopercepción; Nivel de salud.

ABSTRACT

BACKGROUND // The appearance of the SARS-CoV-2 virus led to the adoption of extreme health measures aimed at containing or minimizing the effects of the pandemic it produced. These measures had a significant impact on people's physical and mental health, causing a drastic decrease in the health-related quality of life by losing one of its fundamental pillars, social health. With this study, we aimed to assess the self-perceived health status after the end of the COVID-19 pandemic.

METHODS // A cross-sectional and observational study design was developed. Participants included the entire adult population over eighteen years of age residing in the provinces of Granada, Almería and/or Jaén as of January 1, 2023 until February 20, 2023. Each participant was administered the validated *36-item Short Form Health Survey* (SF-36) to measure their self-perceived level of health. A descriptive analysis of all the variables included in the study was conducted using the statistical software *SPSS v.22*.

RESULTS // The mean score obtained in the SF-36 questionnaire was 132.39 ± 19.55 basis points; corresponding to a self-perceived level of good health. It had been observed that the confinement and other measures adopted during the pandemic led to a decrease in the self-perceived level of health, taking more than three years to return to pre-pandemic health levels.

CONCLUSIONS // The study of the population's self-perceived level of health aims to improve the health system and, in turn, to increase the mental, social and physical well-being of the population, avoiding the after-effects of the COVID-19 pandemic in the coming years.

KEY WORDS // Public Health; COVID-19 pandemic; General population; Self-perception; Health level.

AGRADECIMIENTOS

Los actores quieren agradecer a los profesionales sanitarios de las provincias de Granada, Almería y Jaén que han participado de forma desinteresada en la recogida de los datos necesarios para llevar a cabo el presente estudio.

INTRODUCCIÓN

En diciembre de 2019, China comunicó la aparición de una nueva enfermedad de etiología desconocida que, posteriormente, produciría una crisis de salud a nivel mundial (1,2). La aparición del virus SARS-CoV-2 supuso la adopción de medidas sanitarias extremas que tenían como objetivo contener o minimizar los efectos de la pandemia que produjo (1,3). Estas medidas supusieron un importante impacto en la salud física y mental de las personas, que provocó una drástica disminución de la calidad de vida relacionada con la salud al perder uno de sus pilares fundamentales, la salud social (2,3).

A posteriori, el 5 de mayo de 2023, la Organización Mundial de la Salud (OMS) decretó el fin de la pandemia (4). En consecuencia, se produjo una rápida recuperación en el estado de salud físico y mental de la población al levantarse completamente las medidas adoptadas por los diferentes países (5,6). Sin embargo, en diversos países (incluido España) las medidas adoptadas se fueron suavizando a lo largo de los meses anteriores; viéndose una recuperación parcial de la salud social sobre los meses de septiembre-octubre de 2022 (7).

Durante los tres años y tres meses que duró la pandemia se han observado numerosas secuelas crónicas de salud en determinados grupos de la población que han provocado un aumento en la utilización de los recursos sociales, sanitarios, educativos y

de ocio disponibles (4,5,6). Por ello, se pusieron en marcha numerosos proyectos que tenían como objetivo determinar el nivel de salud y el nivel de gravedad de las secuelas que padecía la población con el fin de adaptar dichos recursos (7,8). En España, el estudio más importante que se desarrolló fue llevado a cabo por el Instituto Nacional de Estadística (INE), donde a través de la *Encuesta Nacional de Condiciones de Vida* publicada en el año 2022 se determinó el nivel de salud y el nivel de calidad de vida de la población española (8).

Estos proyectos medían el nivel de salud autopercebido como una medida del impacto que supuso la pandemia en la población, a la vez que permitió evaluar el tratamiento médico aplicado a la población afectada por la enfermedad y su impacto en la calidad de vida (7,8). Una de las formas más frecuentes de determinar el nivel de salud de una población es a través del *Cuestionario de Salud 36* (SF-36) (9,10,11).

El *Cuestionario SF-36* permite, a través de 36 ítems, conocer el nivel de salud de una población, independientemente de sus características individuales (9,10,11). El SF-36 es un cuestionario estructurado y validado que se desarrolló para su uso en estudios médicos sobre calidad de vida y que puede ser administrado tanto a pacientes (independientemente de su patología) como a personas sanas (9,10). Por ello, el cuestionario ha permitido desarrollar un indicador que puede ser utilizado para

Este artículo tiene una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional. Usted es libre de Compartir (copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato) bajo los siguientes términos: Atribución (debe darse el crédito apropiado, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se realizaron cambios. Puede hacerlo en cualquier manera razonable, pero no de alguna manera que sugiera que el licenciente lo respalda a usted o su uso); No comercial (no podrá utilizar el material con fines comerciales); Sin derivados (si remezcla, transforma o construye sobre el material, no puede distribuir el material modificado); Sin restricciones adicionales (no puede aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros hacer cualquier cosa que la licencia permita). <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

medir el nivel de utilización de los servicios médicos y sociales tras la pandemia de la COVID-19, permitiendo detectar y tratar las secuelas crónicas que está sufriendo una parte de la población (9,10,11).

Con el presente estudio, quisimos conocer el nivel de salud autopercebido de la población adulta residente en Andalucía Oriental (Jaén, Almería y Granada) tras la finalización de la pandemia de la COVID-19 a través de un test validado de evaluación de calidad de vida.

SUJETOS Y MÉTODOS

Diseño del estudio. Se desarrolló un diseño de estudio transversal y observacional conforme a las directrices internacionales para estudios observacionales *STROBE* (*Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology*).

Participantes. Se incluyeron como participantes a toda la población adulta mayor de dieciocho años que fueran residentes en las provincias de Granada, Almería y/o Jaén a fecha de 1 de enero de 2023 hasta el 20 de febrero de 2023. Cada participante debía demostrar su residencia a través de un documento oficial y dar su consentimiento por escrito para realizar la recogida de datos. Como criterios de exclusión se establecieron la falta de autorización y/o el posterior rechazo a participar en el estudio, el desacuerdo para participar y la presencia de errores en los cuestionarios recogidos.

Medidas e instrumentos. La encuesta [ANEXO I] estaba formada por el cuestionario de salud validado *36-item Short Form Health Survey* (SF-36). El cuestionario,

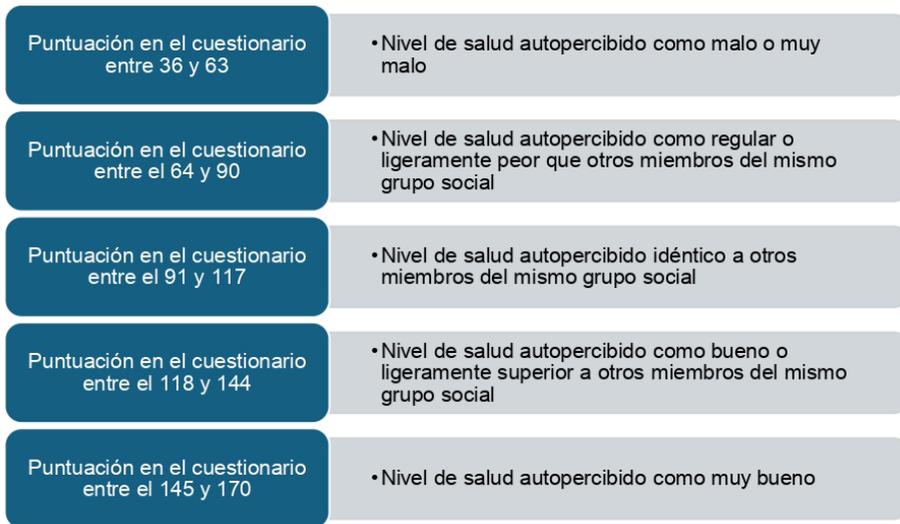
en su versión española, se encuentra formado por treinta y seis preguntas cortas que evalúan ocho dimensiones de la salud de los individuos: función física; rol funcional físico; dolor corporal; rol emocional; vitalidad; función social; salud mental; y salud general. A su vez, cada pregunta del cuestionario se encuentra formado por un número variable de ítems (entre tres y seis) en función de la dimensión de salud a evaluar.

Una vez rellenada la encuesta se hizo una valoración social y demográfica de cada participante, donde se analizaron las siguientes variables [ANEXO II]: sexo; edad; ciudad de residencia; si habían sido personal esencial durante la pandemia; patologías previas; el número de veces que habían pasado la infección por la COVID-19; número de vacunas recibidas; nivel de salud autopercebido anterior a la pandemia; y nivel de vida social previo.

Procedimiento. Se elaboró un *stand* informativo que se situó en dos puntos estratégicos (un centro comercial y un campus universitario) de cada ciudad durante el periodo de estudio. Se seleccionó a los participantes siguiendo un muestreo de tipo de bola de nieve, en el cual a cada persona que se acercaba al stand se le proporcionaba la información necesaria para localizar a otras personas cercanas que cumplieren los criterios de inclusión. Posteriormente se entregaba el cuestionario a cada participante (autoadministrado), disponiendo de un tiempo total de veinte minutos para responder.

Debido a la naturaleza del cuestionario SF-36, y para su posterior evaluación objetiva, se asignó una puntuación numérica a cada ítem del cuestionario.

Figura 1
Distribución de los tramos de puntuación obtenidos en el cuestionario SF-36 y su equivalencia con el estado de salud.



A cada ítem se le asignó la misma puntuación para que fuera homogénea en todo el cuestionario. De esta manera, las puntuaciones totales obtenidas en el cuestionario variaban entre un mínimo de 36 puntos básicos, que se correspondía con el peor estado de salud posible, y una puntuación máxima de 170 puntos básicos, que se correspondía con el mejor estado de salud posible. La distribución de los tramos de puntuaciones del cuestionario y su equivalencia con el estado de salud se puede consultar en la **FIGURA 1**.

Tamaño muestral. Para el cálculo del tamaño muestral se tomó como referencia la población censada en cada ciudad a 31 de diciembre de 2022; siendo una $N=542.516$. Aplicando la fórmula para el cálculo del tamaño muestral, se obtuvo una muestra de $n=2.391$, teniendo en cuenta un nivel de confianza del 95%, un coeficiente de inde-

terminación de $p=q=0,5$ y un margen de error del 2%. La muestra fue estratificada en función de su edad, obteniéndose cinco grupos etarios **[TABLA 1]**.

Análisis estadístico. Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables incluidas en el estudio, utilizando para las variables cuantitativas el valor medio o mediano acompañado de desviación estándar o rango intercuartílico, dependiendo de si las variables se ajustaban a la normalidad o no, analizada mediante los test Kolmogorov-Smirnov o Shapiro Wilks. En el caso de las variables cualitativas se utilizaron frecuencias absolutas y relativas. El análisis comparativo bivalente se realizó mediante los test T de Student o U de Mann Whitney para las variables cuantitativas según su normalidad, o mediante el test de χ^2 para las variables cualitativas. Todos los cálculos se realizaron mediante el programa

Tabla 1
 Variables descriptivas de la población de estudio.

Variables		Global (N=4.103)	Variables		Global (N=4.103)
Edad media±DE (rango) años		45,46±10,34	¿Ha pasado la COVID-19? (N)%	Sí	2.901 (70,70)
				No	800 (19,50)
				No lo sé	402 (9,80)
Grupos de edad N (%)	18-30	509 (14,60)	¿Sabría indicar el número de veces que ha padecido la enfermedad? (N)%	No la he pasado	1.202 (29,30)
	31-40	603 (14,70)		Solo la he pasado una vez	2.302 (56,10)
	41-50	2.006 (48,90)		He pasado dos veces la enfermedad	501 (12,20)
	51-60	595 (14,50)		He pasado tres o más veces la enfermedad	98 (4,70)
	Mayor de 60	300 (7,30)			
Sexo N (%)	Hombres	1.608 (39,20)	¿Tiene la pauta completa de vacunación? (N)%	Sí	3.701 (90,30)
	Mujeres	2.495 (60,80)		No. Me falta alguna dosis	193 (4,70)
Ciudad de residencia (N) %	Granada	2.043 (49,78)	¿Cuál era su nivel de vida social previo a la pandemia? (N)%	Muy mala	157 (3,82)
	Almería	947 (23,09)		Mala	309 (7,53)
	Jaén	1.113 (27,13)		Regular	1.801 (43,89)
¿Ha sido personal sanitario, sociosanitario o personal esencial durante la pandemia? (N)%	Sí	1.572 (38,30)		Buena	1.502 (36,60)
	No	2.531 (61,70)		Muy buena	334 (8,16)

CONTINÚA EN PÁGINA SIGUIENTE

Tabla 1 (continuación)
 Variables descriptivas de la población de estudio.

Variables		Global (N=4.103)	Variables		Global (N=4.103)
¿Tiene alguna enfermedad crónica o grave? (N)%	Sí	788 (19,20)	¿Cuál era su nivel de salud antes de la pandemia? (N)%	Muy mala	504 (13,26)
	No	3.315 (80,80)		Mala	637 (15,52)
		Regular		2.410 (58,73)	
		Buena		342 (8,31)	
		Muy buena		210 (4,18)	
Puntuación media obtenida en el cuestionario SF-36±DE (rango)		132,39±19,55 puntos básicos	¿Ha consumido medicación para la ansiedad y el estrés? (N)%	Sí	1.194 (29,12)
				No	2.909 (70,88)
Puntuación media obtenida en el cuestionario SF-36±DE (rango) por ciudad	Granada	142,98±23,91 puntos básicos	Puntuación media obtenida en el cuestionario SF-36±DE (rango) por sexo	Hombres	121,90±8,43 puntos básicos
	Almería	102,01±13,04 puntos básicos		Mujeres	143,12±12,84 puntos básicos
	Jaén	119,18±12,47 puntos básicos			

estadístico SPSS v.22 y se utilizó un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo

Consideraciones éticas. El presente estudio se llevó a cabo de acuerdo con las directrices y normas establecidas por la *Declaración de Helsinki*. Al tratarse de un estudio observacional basado en cuestionarios voluntarios y anónimos en población mayor de edad, no fue necesaria la aprobación del estudio por parte del Comité de Ética de Investigación con Medicamentos (CEIm). Sin embargo, y en aplicación de la *Ley Orgánica 3/2018 sobre protección de datos personales*, todos los datos obtenidos en el presente estudio fueron anonimizados.

RESULTADOS

Características generales de la muestra.

El número total de personas voluntarias que participaron en el estudio fueron 4.782, de las cuales 679 tuvieron que ser eliminadas al cumplirse algún criterio de exclusión en ellas. Por tanto, el número total de cuestionarios válidos fue de $n=4.103$. Los participantes tenían una edad media de $45,46 \pm 10,34$ años. De ellos, 1.113 (27,13%) procedían de la ciudad de Jaén, 2.043 (49,78%) de la ciudad de Granada y 947 (23,09%) de la ciudad de Almería. A su vez, 2.495 participantes eran mujeres (60,8%) y 1.608 eran hombres (39,20%) [TABLA 1].

La puntuación media obtenida en el cuestionario SF-36 fue de $132,39 \pm 19,55$ puntos básicos, correspondiéndole un nivel de salud autopercebido como bueno. El 82,1% de los participantes manifestaron tener un estado de salud autopercebido como bueno o muy bueno. De forma resumida, los/las participantes de la ciudad de Jaén presentaron una puntuación media

de $119,18 \pm 12,47$ puntos básicos, los/las participantes de la ciudad de Granada presentaron una puntuación de $142,98 \pm 23,91$ puntos básicos y los/las participantes de la ciudad de Almería presentaron una puntuación media de $102,01 \pm 13,04$ puntos básicos [TABLA 1].

La puntuación media obtenida en el cuestionario SF-36 fue de $121,90 \pm 8,43$ puntos básicos para las mujeres y de $143,12 \pm 12,84$ puntos básicos para los hombres [TABLA 1].

El 19,20% ($n=788$) afirmaba presentar una enfermedad crónica en el momento de la entrevista, mientras que el 29,12% ($n=1.194$) indicó tomar medicación de forma continuada durante el periodo de estudio para tratar enfermedades relacionadas con la ansiedad, el estrés y el sueño [TABLA 1].

El 70,70% ($n=2.901$) afirmó haber pasado la enfermedad de la COVID-19, mientras que el 19,50% ($n=800$) manifestó no haber pasado nunca la enfermedad y el 9,80% ($n=402$) reconoció desconocer su situación. Brevemente, el 79,35% ($n=2.302$) de los/las participantes que manifestaron haber pasado la enfermedad, la habían pasado una sola vez, mientras que el 17,27% ($n=501$) había pasado la enfermedad un total de dos veces. Solamente el 3,37% ($n=98$) pasó la enfermedad tres o más veces. Además, el 90,2% ($n=3.701$) informó tener la pauta completa de vacunación, mientras que el 5,1% ($n=209$) manifestó faltarle alguna dosis de la vacuna y el 4,70% ($n=193$) indicó que no se habían vacunado [TABLA 1].

Análisis de la relación entre la puntuación obtenida en el test SF-36 y el nivel de salud autopercebido. Para el análisis de los datos se tomó como variable

dependiente la *Puntuación media obtenida en el test SF-36*. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones obtenidas por ambos sexos ($p=0,673$), por lo que el nivel de salud autopercebido era el mismo en ambos grupos [TABLA 2]. Si bien, sí se observó una menor puntuación obtenida en el grupo de las mujeres que en el de los hombres ($121,90$ frente a $143,12$) [TABLA 1].

Del mismo modo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación obtenida en el grupo de personas que habían pasado la enfermedad que en aquellos que no la habían pasado ($p=0,887$). Sin embargo, hubo una controversia con respecto a la diferencia significativa al analizar la puntuación media obtenida entre aquellas personas que habían pasado la enfermedad una sola vez y aquellas que manifestaron haberla pasado dos o más veces, al encontrarse el p valor en el límite de la significación ($p=0,051$) [TABLA 2].

Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el grupo de personas que presentaban la pauta completa de vacunación y el grupo de personas que presentaban una pauta de vacunación incompleta ($p=0,429$) [TABLA 2].

En cuanto a la puntuación media obtenida en los diferentes grupos de edad en los que se estratificó la muestra de estudio, se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p<0,001$) [TABLA 2]. La puntuación media obtenida fue mayor en el grupo de edad de treinta y uno-cuarenta años ($149,01\pm 9,12$ puntos básicos) y en el grupo de edad de cincuenta y uno-sesenta años ($136,43\pm 7,21$ pun-

tos básicos), mientras que las menores puntuaciones obtenidas fueron en el grupo de edad de dieciocho-treinta años ($121,54\pm 11,45$ puntos básicos) y en el grupo de edad de sesenta y uno-sesenta años ($102,43\pm 21,76$ puntos básicos) [TABLA 1].

Del mismo modo, también se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación media obtenida entre el grupo de personas que presentaban una enfermedad crónica concomitante con la enfermedad causada por el coronavirus ($p<0,001$). La relación también fue positiva ($p<0,001$) si la persona entrevistada había sido personal sanitario y/o personal esencial durante la pandemia [TABLA 2].

Finalmente, se observó una diferencia estadísticamente significativa en la puntuación obtenida en el grupo de personas cuyo lugar de residencia era Granada y en el grupo de personas cuyo lugar de residencia era Almería ($p<0,001$). No hubo diferencias estadísticamente significativas cuando se compararon los grupos de personas que residían en la ciudad de Granada y Jaén ($p=0,132$) y los grupos de personas que residían en la ciudad de Jaén y Almería ($p=0,410$) [TABLA 2].

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

En el presente estudio queda constancia de la importancia que supone el nivel de salud social, mental y emocional en el estado de bienestar de una población. Los resultados del trabajo permiten medir el nivel de salud autopercebido de una parte de la población tras finalizar las medidas sanitarias adoptadas para controlar la pandemia. Se observa que el confinamiento y el resto de medidas

Tabla 2
 Análisis de la relación entre la puntuación obtenida en el test SF-36 y el nivel de salud autopercebido.

Hipótesis nula	Valor de la variable	P valor	Significación estadística		
La puntuación media obtenida en el cuestionario SF-36 es la misma para ambos sexos	Hombres	143,12±12,84 puntos básicos	P=0,67	El nivel de salud autopercebido es el mismo en ambos grupos	
	Mujeres	121,90±8,43 puntos básicos			
La puntuación media obtenida en el cuestionario SF-36 es la misma entre los distintos grupos de edad	Grupo de edad menor de 60 años	149,0±9,12 puntos básicos	P<0,001	El nivel de salud autopercebido es menor en el grupo de población mayor de 60 años	
	Grupo de edad mayor de 60 años	102,43±21,76 puntos básicos			
La puntuación obtenida en el cuestionario SF-36 es la misma en el grupo de personas que han pasado la enfermedad que en el grupo que no lo han pasado	La han pasado una vez	124,47±7,76 puntos básicos	P=0,88	El nivel de salud autopercebido es el mismo, independientemente de si se ha pasado la enfermedad UNA SOLA VEZ o no se ha pasado. En el resto de los casos es necesario ampliar la muestra para determinar el nivel de significación	
	Sí han pasado la enfermedad	La han pasado dos veces	117±6,57 puntos básicos		P=0,51
	La han pasado tres o más veces	118±12,74 puntos básicos	P=0,51		
	No han pasado la enfermedad	139,31±11,72 puntos básicos	P=0,88		
La puntuación obtenida en el test SF-36 es la misma en el grupo de personas con la pauta completa que en el grupo que no tiene la pauta completa	Tienen la pauta completa	142,39±9,23 puntos básicos	P=0,43	El nivel de salud autopercebido es el mismo independientemente de si los participantes se administraron la vacuna de la COVID-19	
	No tienen la pauta completa	128,31±23,12 puntos básicos			
La puntuación obtenida en el test SF-36 es la misma entre el personal sanitario y/o esencial que en la población general		107,12±17,14 puntos básicos	P<0,001	El nivel de salud autopercebido es menor en el grupo de participantes que indicaron ser personal sanitario y/o esencial durante la pandemia	
La puntuación obtenida en el test SF-36 es la misma en cada una de las ciudades del estudio	Ciudad Granada (población de referencia)	142,98±23,91 puntos básicos	-	El nivel de salud autopercebido era el mismo entre las tres ciudades analizadas en el estudio	
	Ciudad de Jaén	119,18±12,47 puntos básicos	P=0,13		
	Ciudad de Almería	102,01±13,04 puntos básicos	P=0,41		

adoptadas durante la pandemia supusieron una disminución en el nivel autopercebido de salud (12,13), tardando más de tres años en volver a alcanzarse los niveles de salud prepandemia. Aunque, si bien, el estado de salud general ha mejorado, aún son vigentes las secuelas crónicas que ha producido la enfermedad, así como los efectos negativos que puede sufrir la población a medio y largo plazo (13).

La bibliografía disponible, en este sentido, es amplia, debido a que el nivel de salud autopercebido se ha utilizado como un indicador del estado de salud de la población (14-18) y ha sido utilizado para organizar y gestionar los servicios sanitarios y sociales tras la pandemia. Sin embargo, encontramos escasos estudios que aborden nuestro objetivo de forma similar, por lo que es difícil establecer comparaciones en este punto (19).

Atendiendo a los resultados, el 82,1% de los participantes de nuestro estudio refieren presentar un estado de salud bueno o muy bueno. Los estudios de Huang *et al.* (20) y Davis *et al.* (21) presentan datos similares; sin embargo, en el resto de la bibliografía no se observa un consenso con respecto al estado de salud de los participantes, al presentar una alta variabilidad de resultados que van desde el 4,53% hasta el 82,19% (14-18). En la *Encuesta Nacional de Salud del año 2022*, desarrollada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), el 53,3% de los 60.000 participantes que participaron, manifestaron presentar un estado de salud autopercebido como bueno o muy bueno (8).

Según los resultados obtenidos, no se encuentra ninguna diferencia esta-

dística significativa en la puntuación obtenida en el nivel de salud autopercebido entre ambos sexos (18,19). Los estudios de Budnick *et al.* (22) y Plagg *et al.* (23) presentan resultados similares entre ambos grupos de población. El análisis detallado de la bibliografía restante indica que, de forma general, el sexo femenino suele manifestar un peor estado de salud respecto al sexo masculino (8,17,18,19), aunque en los últimos dos años se ha visto un aumento de los indicadores de nivel de salud analizados (8,18). Sin embargo, no se localiza un consenso claro acerca de este aumento observado en los diferentes indicadores (19,20), pero una posible explicación a este hallazgo sería una mejora del estilo de vida durante la pandemia que ha conducido a proporcionar una mejor percepción subjetiva del estado de salud.

En cuanto a los diferentes grupos de edad, la población mayor de sesenta años manifiesta tener un peor estado de salud, al presentar un menor valor en el *cuestionario SF-36* (23,24,25). Solamente en el estudio de Arnold *et al.* (26), la muestra se encuentra formada completamente por personas con edades inferiores a los cincuenta y cinco años. En este caso, la proporción de personas que manifestaron tener un peor estado de salud era menor que en nuestro estudio. Cabe destacar que en el resto de estudios analizados la proporción de personas mayores que manifiestan tener un mal estado de salud es superior a nuestro estudio (23,24). La utilización de los servicios sanitarios durante la pandemia, el acceso a las diferentes tecnologías de la información y el nivel de comorbilidad parecen encontrarse detrás de la diferencia observada en los datos.

Respecto al hecho de presentar una enfermedad crónica y su relación con el nivel de salud autopercebido al haber sufrido la COVID-19, la bibliografía no establece un consenso claro (15,16,17). Sin embargo, estudios como el de Zhou *et al.* (27) y Taboada *et al.* (12) indican que presentar una enfermedad crónica incapacitante y haber padecido la enfermedad por la COVID-19 repercute negativamente en la salud de estos pacientes, al requerir mayor tiempo de hospitalización y mayor tiempo de recuperación. No obstante, estudios como el de Qiu *et al.* (28) indican que los niveles bajos de salud autopercebidos en este grupo de pacientes es debido más a un componente de ansiedad y nerviosismo ante la enfermedad.

En relación con el estado de nerviosismo y ansiedad que supone la pandemia, provoca un aumento en el consumo de medicación ansiolítica (19,28). En la bibliografía consultada encontramos un consenso acerca del consumo de medicación ansiolítica y una disminución en el nivel de salud autopercebido en la población (8,12,23,28). Si bien en nuestro estudio observamos dicha disminución en el nivel de salud, no resulta significativa.

Si observamos el nivel de salud autopercebido en aquellas personas que pasaron la enfermedad, el estado de salud es mayor cuando han pasado tres meses desde la resolución de la enfermedad (13,16). Sin embargo, en los estudios de Garrigues *et al.* (30) y Huang *et al.* (20) el nivel de salud autopercebido no aumenta significativamente hasta los seis meses desde la resolución de la enfermedad. Estos datos se explican por la mayor incorporación de pacientes con síntomas de COVID-19 persistente en los estu-

dios analizados con respecto a nuestra muestra. En la bibliografía consultada no se encuentra ninguna diferencia estadísticamente significativa en el nivel de salud de aquellas personas que habían pasado la enfermedad una sola vez respecto a aquellas que la habían pasado en varias ocasiones (19,22,29). En nuestro caso, los datos se encuentran en el límite de la significación estadística, por lo que sería necesario disponer de más valores para poder llegar a una conclusión clara.

Respecto a la relación entre haber recibido la pauta de vacunación completa y el nivel de salud autopercebido, en nuestro estudio se observa un aumento del nivel de salud autopercebido a los tres meses de la finalización de la pauta. Sin embargo, no encontramos ningún estudio en la bibliografía que analice este punto concreto. Esta situación puede ser debida a la variabilidad que hubo en la administración de la vacuna en las diferentes regiones, lo que dificultó su estudio y análisis.

Sobre la población sanitaria y socio-sanitaria, aparece bibliografía que es motivo de exclusión del estudio, mientras que en otros estudios se centran exclusivamente en este tipo de población (2,8,12,13). En nuestro estudio, la población sanitaria y sociosanitaria es uno de los grupos de población que presenta los peores resultados. El estudio de Guillen *et al.* (7) presenta datos similares, donde este grupo de población apenas refleja una variación significativa en el estado de salud desde el comienzo de la pandemia, siendo este regular o malo. Esta situación es debida al deterioro progresivo sufrido por el sistema sanitario, que hoy en día sigue aún vigente, repercutiendo en la salud mental y física a medio y largo plazo. ▶

Destacar que no encontramos ningún estudio que nos permita comparar los niveles de salud autopercebidos en las ciudades analizadas (Granada, Jaén y Almería) con respecto otras ciudades de nuestra geografía.

Se encontraron ciertas limitaciones a la hora de llevar a cabo este estudio. La principal limitación encontrada para determinar el nivel de salud autopercebido en la población fue el instrumento de medida usado. La bibliografía consultada usa cuestionarios ad hoc para el trabajo de campo, lo que conduce a una dificultad en la comparación entre estudios. Además, en aquellos estudios en los que se utilizaba un cuestionario validado solamente se evaluaban aspectos físicos y mentales básicos, los cuales no permiten analizar el nivel de salud de forma completa. Además, los resultados obtenidos solamente son válidos para la población de estudio, debido a que cada comunidad autónoma adoptó

medidas sanitarias diferentes en función de la situación epidemiológica. Por ello, no se debe realizar una generalización de los datos. Otra limitación por destacar es que si bien la autopercepción de la salud es útil, no deja de ser también subjetiva y puede estar influenciada por múltiples factores externos, como el estado emocional del encuestado o el estado de percepción de la salud causado por las variaciones estacionales en el momento de responder al cuestionario.

Este estudio se llevó a cabo como la primera piedra para el desarrollo de futuras investigaciones más grandes y heterogéneas que permitan determinar, de una forma más precisa, el nivel de salud autopercebido de la población; con el objetivo final de mejorar el sistema sanitario y que, a su vez, aumente el bienestar mental, social y físico de la población, evitando las secuelas producidas por la pandemia de la COVID-19 en los próximos años. 📍

BIBLIOGRAFÍA

1. Comité de Emergencia de la Organización Mundial de la Salud. *Brote de enfermedad por Coronavirus*. ONU-OMS [Internet]. **En prensa 2020**. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>
2. Chew NWS, Lee GKH, Tan BYQ, Jing M, Goh Y, Ngiam NJH *et al*. *A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak*. *Brain Behav Immun*. [Internet] 2020; 88:559-565. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32330593>
3. Mahase E. *Long covid could be four different syndromes, review suggests*. *MJ* [Internet]. 2020; 371. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/371/bmj.m3981>
4. Comité de Emergencia de la Organización Mundial de la Salud. *Fin de la Emergencia por Covid*. ONU-OMS [Internet]. **En prensa 2023**. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2023/05/1520732>
5. Ramírez-Ortiz J, Castro-Quintero D, Lerma-Córdoba C, Yela-Ceballos F, Escobar-Córdoba F. *Mental health consequences of the COVID-19 pandemic associated with social isolation*. *Colomb. J. Anesthesiol*. [Internet]. 2020. 7]; 48(4). Disponible en: <https://www.revcolanest.com.co/index.php/rca/article/view/930>
6. McFann K, Baxter BA, LaVergne SM, Stromberg S, Berry K, Tipton M, Haberman J, Ladd J, Webb TL, Dunn JA *et al*. *Quality of Life (QoL) Is Reduced in Those with Severe COVID-19 Disease, Post-Acute Sequelae of COVID-19, and Hospitalization in United States Adults from Northern Colorado*. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 11048. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/21/11048>
7. Guillem FC. *Oportunidades y amenazas para la prevención y promoción de la salud y el PAPPS en el contexto de la pandemia Covid-19*. *Atención Primaria* [Internet]. 2020; 52:449-451. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-oportunidades-y-amenazas-prevencion-promocion-S0212656720302043>
8. Grupo de Seguimiento de las Condiciones y Nivel de Vida. *Encuesta Nacional de Condiciones de Vida*. Instituto Nacional de Estadística(INE) [Internet]. 2022. Disponible en: https://www.ine.es/dynqs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176807&menu=ultiDatos&idp=1254735976608
9. Alonso J, Prieto L, Antó JM. *La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos [The Spanish version of the SF-36 Health Survey (the SF-36 health questionnaire): an instrument for measuring clinical results]*. *Med Clin (Barc)*. 1995 27;104(20):771-776.
10. Badía X, Salamero M, Alonso J. *La medida de la Salud*. *Guía de escalas de medición en español*. 3ª ed. Barcelona: Edimac; 2002.
11. Luján-Tangarife J, Cardona-Arias J. *Construcción y validación de escalas de medición en salud: revisión de propiedades psicométricas*. *Arch Med*. 2015; 11: 1-10. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5178935>
12. Taboada M, Cariñena A, Moreno E, Rodríguez N. *Post-COVID-19 functional status six-months after hospitalization*. *Journal of Infection* [Internet]. 2021; 82(4): 31-33. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0163445320307842>
13. Poletti S, Palladini M, Mazza MG, De Lorenzo R. *Long-term consequences of COVID-19 on cognitive functioning up to 6 months after discharge: role of depression and impact on quality of life*. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 2021; 272: 773-782. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00406-021-01346-9>
14. Kim Y, Kim SW, Chang HH, Kwon KT. *One year follow-up of COVID-19 related symptoms and patient quality of life: A prospective cohort study*. *Yonsei Med J* [Internet]. 2022; 63(6): 499-510. Disponible en: <https://eymj.org/DOLx.php?id=10.3349/ymj.2022.63.6.499>
15. Zhang Y, Feei Ma Z. *Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health and Quality of Life among Local Residents in Liaoning Province, China: A Cross-Sectional Study*. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020; 17(7). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7177660>
16. Jacobs LG, Paleoudis EG, Lesky-Di Bari D, Nyirenda T. *Persistence of symptoms and quality of life at 35 days after hospitalization for COVID-19 infection*. *PLoS One* [Internet]. 2020; 15(12):e0243882. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC732078>
17. Menendez C, Gonzalez R, Donnay F, Leke RGF. *Avoiding indirect effects of COVID-19 on maternal and child health*. *Lancet Glob Health* [Internet]. 2020;8(7): e863-e864. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7252153>

- 18.** Lindahl A, Aro M, Reijula J, Mäkelä M.J. *Women report more symptoms and impaired quality of life: a survey of Finnish COVID-19 survivors.* Infect Dis [Internet]. 2022; 54(1): 53-62. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23744235.2021.1965210>
- 19.** Wilder-Smith A, Freedman D. *Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak.* J Travel Med [Internet]. 13;27(2):taaa020. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32052841>
- 20.** Huang LQ, Xu XH, Zhang LJ, Zheng DW. *Post-traumatic Stress Disorder Symptoms and Quality of Life of COVID-19 Survivors at 6-Month Follow-Up: A Cross-Sectional Observational Study.* Frontiers in Psychiatry [Internet]. 2022; 12. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2021.782478/full>
- 21.** Davis HE, Assaf GS, McCorkell L, Wei H. *Characterizing Long COVID in an International Cohort: 7 Months of Symptoms and Their Impact.* MedRxiv [internet]. 2020. Disponible en: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.12.24.20248802v3.full>
- 22.** Budnick A, Hering C, Eggert S. *Informal caregivers during the COVID-19 pandemic perceive additional burden: findings from an ad-hoc survey in Germany.* BMC Health Serv Res [Internet]. 2021; 21: 353. Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-021-06359-7>
- 23.** Plagg B, Engl A, Piccoliori G, Eisendle K. *Aislamiento social prolongado de los ancianos durante COVID-19: entre beneficio y daño.* Arch Gerontol Geriatr [Internet]. 2020; 89:104086. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7196375>
- 24.** Brooke J, Jackson D. *Older people and COVID-19: Isolation, risk and ageism.* J Clin Nurs [internet]. 2020; ;29(13-14):2044-2046. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32239784>
- 25.** Bazán C, Florencia B, Giacomazzo D, Gutiérrez MA. *Adolescentes, COVID-19 y aislamiento social, preventivo y obligatorio.* 1º ed. Buenos Aires: Grupo FUSA; 2020.
- 26.** Arnold DT, Hamilton FW, Milne A, Morley AJ. *Patient outcomes after hospitalisation with COVID-19 and implications for follow-up: results from a prospective UK cohort.* Thorax [Internet]. 2021; 76(4):399-401. Disponible en: <https://thorax.bmj.com/lookup/doi/10.1136/thoraxjnl-2020-216086>
- 27.** Zhou F, Yu T, Du R, Fan G. *Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study.* Lancet [internet]. 2020; 395:1054-1062. Disponible en: [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(20\)30566-3/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(20)30566-3/fulltext)
- 28.** Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z. *A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations.* Gen Psychiatry [Internet]. 2020; 33:100213. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32215365>
- 29.** Kienle GS, Werthmann P, Grotejohann B, Hundhammer T. *Addressing COVID-19 challenges in a randomised controlled trial on exercise interventions in a high-risk population.* BMC Geriatr [internet]. 2021; 21: 287. Disponible en: <https://bmgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-021-02232-8>
- 30.** Garrigues E, Janvier P, Kherabi Y, Le Bot A. *Post-discharge persistent symptoms and health-related quality of life after hospitalization for COVID-19.* J Infect [Internet]. 2020; 81(6). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7445491>

Anexo I

Cuestionario de Salud 36-item Short Form Health Survey (SF-36) usado en el estudio.

En las siguientes páginas encontrará la batería de preguntas formada por un total de 36. El tiempo estimado de realización son 20 minutos. NO existen respuestas correctas ni incorrectas. SOLAMENTE CONTESTE LA PREGUNTE QUE MAS SE ADECUA A SU SITUACIÓN PERSONAL. Gracias por su colaboración.

1. En general, ¿cómo definiría su nivel de salud?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

2. ¿Cómo diría que es su estado actual de salud, comparado con el estado de salud de hace un año?

- Mucho mejor que hace un año
- Algo mejor ahora que hace un año
- Más o menos igual que hace un año
- Algo peor ahora que hace un año
- Mucho peor ahora que hace un año

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o tareas que debería de realizar en un día normal. Indique en la pregunta correspondiente si su estado de salud le impide realizar alguna de ellas.

3. Su estado actual de salud, ¿le impide realizar esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores?

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

4. Su estado actual de salud, ¿le impide realizar esfuerzos moderados, tales como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora?

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

5. Su estado actual de salud, ¿le limita coger o llevar la bolsa de la compra?

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

6. Su estado actual de salud, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

7. Su estado actual de salud, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

8. Su estado actual de salud, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

9. Su estado actual de salud, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

CONTINÚA EN PÁGINA SIGUIENTE

Anexo I (continuación)

Cuestionario de Salud 36-item *Short Form Health Survey* (SF-36) usado en el estudio.

10. Su estado actual de salud, ¿le limita caminar más de 100 metros?

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

11. Su estado actual de salud, ¿le limita caminar menos de 100 metros?

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

12. Su estado actual de salud, ¿le impide bañarse o vestirse por sí mismo?

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

Las siguientes preguntas intentan evaluar su estado físico de salud y los problemas que pueden surgir en el desarrollo de su trabajo o sus actividades diarias durante las últimas cuatro semanas.

13. Durante las últimas cuatro semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades diarias?

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Solo alguna vez
- Nunca

14. Durante las últimas cuatro semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer?

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Solo alguna vez
- Nunca

15. Durante las últimas cuatro semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Solo alguna vez
- Nunca

16. Durante las últimas cuatro semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Solo alguna vez
- Nunca

17. Durante las últimas cuatro semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional (por ejemplo, estar triste, deprimido o nervioso)?

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Solo alguna vez
- Nunca

CONTINÚA EN PÁGINA SIGUIENTE

Anexo I (continuación)

Cuestionario de Salud 36-item Short Form Health Survey (SF-36) usado en el estudio.

18. Durante las últimas cuatro semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional (por ejemplo, estar triste, deprimido o nervioso)?

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Solo alguna vez
- Nunca

19. Durante las últimas cuatro semanas, ¿hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre por algún problema emocional (por ejemplo, estar triste, deprimido o nervioso)?

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Solo alguna vez
- Nunca

20. Durante las últimas cuatro semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- Nada
- Un poco
- Regular
- Bastante
- Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las cuatro últimas semanas?

- No, ninguno
- Sí, muy poco
- Sí, un poco
- Sí, moderado
- Sí, mucho
- Sí, muchísimo

22. Durante las cuatro últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- Nada
- Un poco
- Regular
- Bastante
- Mucho

Las siguientes preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las cuatro últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a como se ha sentido usted.

23. Durante las cuatro últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Solo alguna vez
- Nunca

24. Durante las cuatro últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Solo alguna vez
- Nunca

CONTINÚA EN PÁGINA SIGUIENTE

Anexo I (continuación)

Cuestionario de Salud 36-*item Short Form Health Survey* (SF-36) usado en el estudio.

-
25. Durante las cuatro últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?
- Siempre
 - Casi siempre
 - Muchas veces
 - Algunas veces
 - Solo alguna vez
 - Nunca
26. Durante las cuatro últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?
- Siempre
 - Casi siempre
 - Muchas veces
 - Algunas veces
 - Solo alguna vez
 - Nunca
27. Durante las cuatro últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?
- Siempre
 - Casi siempre
 - Muchas veces
 - Algunas veces
 - Solo alguna vez
 - Nunca
28. Durante las cuatro últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?
- Siempre
 - Casi siempre
 - Muchas veces
 - Algunas veces
 - Solo alguna vez
 - Nunca
29. Durante las cuatro últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?
- Siempre
 - Casi siempre
 - Muchas veces
 - Algunas veces
 - Solo alguna vez
 - Nunca
30. Durante las cuatro últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?
- Siempre
 - Casi siempre
 - Muchas veces
 - Algunas veces
 - Solo alguna vez
 - Nunca
31. Durante las cuatro últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?
- Siempre
 - Casi siempre
 - Muchas veces
 - Algunas veces
 - Solo alguna vez
 - Nunca

CONTINÚA EN PÁGINA SIGUIENTE

Anexo I (continuación)

Cuestionario de Salud 36-item Short Form Health Survey (SF-36) usado en el estudio.

32. Durante las cuatro últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Solo alguna vez
- Nunca

Por favor, indique si las siguientes frases le parecen ciertas o falsas.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- Totalmente cierta
- Bastante cierta
- No lo sé
- Bastante falsa
- Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como otro cualquiera.

- Totalmente cierta
- Bastante cierta
- No lo sé
- Bastante falsa
- Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar en las próximas cuatro semanas.

- Totalmente cierta
- Bastante cierta
- No lo sé
- Bastante falsa
- Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

- Totalmente cierta
- Bastante cierta
- No lo sé
- Bastante falsa
- Totalmente falsa

Anexo II

Información del estudio y preguntas realizadas para la valoración social y demográfica.

¡Bienvenid@! al presente proyecto de investigación. Por favor, lee detenidamente toda la información contenida en las siguientes páginas e intenta responder a las preguntas que se plantean de la forma más sincera posible. Gracias.

1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Durante los últimos años, la población ha sido sometida a un alto nivel de presión social y económica derivada de la pandemia de COVID-19 que ha influido en su nivel de salud, ya sea física o mental. El nivel de salud auto percibida es un indicador fiable del estado objetivo de salud de una población y los recursos que necesita para conseguir el máximo nivel posible.

2. CONSIDERACIONES GENERALES

Sí quieres participar en el estudio, POR FAVOR LEE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DETALLADAMENTE:

2.1 INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted con el objetivo de informarle sobre la realización de un estudio de investigación, al cual se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de investigación y respeta la normativa vigente en materia de investigación sanitaria.

La intención de este documento es proporcionar la información adecuada y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Por ello, lea las siguientes hojas informativas con atención y luego podrá preguntar cualquier duda que le surja relativa al estudio con el equipo investigador. Además, podrá consultar con cualquier persona o entidad que considere oportuno.

2.2. PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria, libre y desinteresada, pudiendo decidir no participar. En caso de que finalmente decida participar en el estudio podrá cambiar su decisión y retirar su consentimiento en cualquier momento, sin que pierda ninguno de los derechos que le proporcionan las leyes de investigación en materia sanitaria.

Ningún participante podrá modificar la presente información y/o coaccionar a otros participantes o miembros del equipo investigador para obtener un beneficio económico u otros derechos diferentes al resto de participantes del estudio. En el caso de que se observa alguna situación de estas características, se tomarán las medidas legales oportunas.

2.3. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

El presente proyecto de investigación tiene el objetivo de determinar el nivel de salud de la población española, a la vez que permite conocer las características socioeconómicas y su asociación con las diferentes patologías médicas. La falta de equidad en la salud se ha relacionado con el desarrollo de diferencias sociales injustas. Además, la autopercepción del cuerpo produce un aumento del conocimiento individual del cuerpo, integrando a su vez las enfermedades médicas que se pueden producir en él.

2.4. METODOLOGÍA

El presente estudio de investigación es un estudio descriptivo, donde se le pasará un cuestionario formado por treinta y seis preguntas tipo test, con el cual se pretende medir su nivel de salud en diferentes aspectos de su vida. Cada pregunta consta de varias posibles respuestas, de las cuales ninguna es falsa o cierta, SOLAMENTE deberá de indicar la respuesta que más se ajuste a su estado de salud.

La realización del cuestionario la podrá realizar cómodamente desde su casa usando el ordenador a través del enlace web (o en su defecto en formato papel) que le proporcionará el equipo de investigación una vez que haya decidido participar en el estudio. No se ha establecido ningún límite de tiempo para contestar el cuestionario; aunque se ha pensado para que su duración no sea superior a los 20 minutos.

CONTINÚA EN PÁGINA SIGUIENTE

Anexo II (continuación)

Información del estudio y preguntas realizadas para la valoración social y demográfica.

2.5. NORMATIVA DE PARTICIPACIÓN

Todos los participantes deberán de respetar la siguiente normativa:

- Podrá participar toda persona mayor de 14 años
- El participante deberá de respetar los aspectos morales y éticos que rigen el presente estudio:
 - No se podrá realizar acciones ofensivas ni coaccionar a otros participantes del estudio ni a miembros del equipo de investigación.
 - No se podrá discriminar a ninguna persona por razones de sexo, religión, condición política y/o condición física o psicológica.
 - Se deberá respetar la convivencia con los otros participantes.
 - Ningún participante se podrá poner en contacto con otro participante del estudio, sin previa autorización del equipo de investigación.

El incumplimiento de la presente normativa conlleva la expulsión AUTOMÁTICA del estudio, así como la adopción de las medidas legales que se estimen oportunas.

En caso de expulsión del estudio, los miembros del equipo de investigación le darán una explicación adecuada del motivo que ha ocasionado su retirada del estudio.

2.6. CONFIDENCIALIDAD

De acuerdo con la ley 15/1999, de 13 de diciembre, sobre Protección de Datos de Carácter Personal, toda la información proporcionada por el participante durante el desarrollo del presente estudio será almacenado en un fichero anonimizado y cuya titularidad correrá a cargo del equipo investigador. Los investigadores de este estudio garantizan la confidencialidad de la información. A cada participante se le asignará un código de identificación y sólo tendrán acceso a sus datos los responsables de este, que mantendrán confidencialidad absoluta.

El Comité Ético de Investigación y/o las Autoridades Sanitaria tendrán acceso directo a esta información en cumplimiento de requisitos legales. Los datos proporcionados se usarán durante todo el transcurso de la investigación y no podrán relacionarse con usted, incluso cuando los resultados del estudio se publiquen. Sin embargo, el equipo investigador podrá solicitar en cualquier momento datos adicionales a los participantes para poder completar el estudio.

Los participantes pueden ejercitar su derecho de acceso, modificación, alteración, rectificación y/o eliminación de dichos datos previa comunicación por escrito a través de alguna de las vías de comunicación descritas.

2.7. DATOS DE CONTACTO

Los miembros del equipo de investigación te guiarán y estarán a tu disposición durante el transcurso del presente proyecto. Podrás resolver tus DUDAS, indicar tus SUGERENCIAS o proporcionar INFORMACIÓN que creas conveniente en la dirección de correo electrónico crescencioperezmurillo@gmail.com.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

POR FAVOR, rellene los siguientes datos que permitirán completar la información obtenida. Las siguientes preguntas son referentes a cuestiones sociodemográficas y a diferente información estadística. Gracias por su colaboración.

1. Señala tu sexo:
 - Hombre
 - Mujer
 - Otro/Prefiero no decirlo
2. Indica tu edad: (en números)
3. Indica tu ciudad de residencia:
 - Granada
 - Almería
 - Jaén

CONTINÚA EN PÁGINA SIGUIENTE

Anexo II (continuación)

Información del estudio y preguntas realizadas para la valoración social y demográfica.

4. ¿Ha sido personal sanitario, sociosanitario o personal esencial durante la pandemia?

- Sí
- No

5. ¿Has pasado la COVID-19?

- Sí
- No
- No lo sé

6. Si la pregunta anterior fue "Sí"; ¿Sabría indicar el número de veces que ha padecido la enfermedad?:
(en número)

7. ¿Tiene la pauta completa de vacunación de la COVID-19?

- Sí
- No

8. ¿Cuál era su nivel de vida social previo a la pandemia?

- Muy mala
- Mala
- Regular
- Buena
- Muy buena

9. ¿Tiene alguna enfermedad crónica o grave?

- Sí
- No

10. ¿Cuál era su nivel de salud antes de la pandemia?

- Muy mala
- Mala
- Regular
- Buena
- Muy buena

11. ¿Ha consumido medicación para la ansiedad y el estrés?

- Sí
- No