



**Universidad**  
Zaragoza

## Trabajo Fin de Máster

Máster en sociología de las políticas públicas

Estudiar importa:  
El nivel de estudios y la salud en la juventud

Autor/es

Álvaro Sanz Lampérez

Directoras

Marta Gil Lacruz  
Ana Gil Lacruz

Facultad de Economía y Empresa  
2016



## Máster en sociología de las políticas públicas y sociales

Trabajo Fin de Máster

***Estudiar importa:  
El nivel de estudios y la salud en la juventud***

Álvaro SANZ LAMPÉREZ

FACULTAD DE ECONOMÍA Y EMPRESA

**UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA**

**Estudiante**

Álvaro SANZ LAMPÉREZ

**Título**

Título con un máximo de 10-12 palabras representativas

**Estudios**

Máster en sociología de las políticas públicas y sociales

**Centro**

Facultad de Economía y Empresa

Universidad de Zaragoza

**Directoras**

Marta GIL LACRUZ

Ana GIL LACRUZ

**Departamento**

Sociología y psicología

**Curso académico**

2015/2016

## **Resumen**

Este estudio analiza las diferencias de salud diagnosticada y las fuentes de mejora de la salud y calidad de vida relacionada con la salud en función del nivel de estudios de la juventud en el barrio de Casablanca (Zaragoza). La muestra consta de 123 chicos y 122 chicas de 16 a 29 años (incluidos) residentes en las subzonas de Viñedo Viejo, Las Nieves y Fuentes Claras. Los resultados reflejan que cuanto mayor es el nivel de estudios alcanzado, mejor es el nivel de salud. Las políticas públicas deben contemplar como estrategia de salud pública, el desarrollo de un sistema educativo equitativo desde el inicio del ciclo vital.

*Palabras clave:* nivel de estudios; salud; calidad de vida; juventud; políticas públicas.

## **Abstract**

This study analyses the differences in diagnosed health and sources to improve health and quality of life related to health based on educational levels among young people who dwell in Casablanca (Zaragoza). The sample includes 123 boys and 122 girls between 16 and 29 years old living in the three subdivisions of Casablanca: *Viñedo Viejo, Las Nieves y Fuentes Claras*. Results reflect educational level and quality of life are positively correlated. Public policy should aim at the development of equal opportunities based on a fair education system from the very beginning of the life cycle.

*Keywords:* educational level; health; quality of life; youth; public policy.



## Índice

1	Introducción.....	1
2	Marco teórico.....	3
2.1	La definición social de la salud y sus determinantes.....	3
2.2	Determinantes sociales de la salud.....	5
2.2.1	Una toma de contacto con los indicadores fundamentales.....	6
2.2.1.1	Sexo o género.....	6
2.2.1.2	Estatus socioeconómico.....	7
2.2.2	Modelos teóricos.....	9
2.2.2.1	El modelo de la comisión de la OMS.....	10
2.3	La educación como un determinante social de la salud.....	12
2.4	Salud, nivel educativo y dinámicas de influencia.....	14
2.5	Educación y calidad de vida relacionada con la salud.....	16
3	Metodología.....	19
3.1	Objetivos.....	19
3.2	Instrumento.....	19
3.2.1	Universo.....	22
3.2.2	Muestra.....	23
3.3	Análisis de datos.....	25
4	Resultados.....	27
4.1	Datos sociodemográficos.....	27
4.2	Nivel de salud objetivo.....	31
4.3	Salud subjetiva: <i>WHOQOL</i> .....	35
4.3.1	Análisis descriptivo.....	35
4.3.2	Análisis inferencial.....	51
4.4	Fuentes de mejora de la salud.....	58
5	Conclusiones.....	61
6	Bibliografía.....	69
7	Anexos.....	71
I	Cuestionario.....	71
II	Tablas de análisis inferenciales íntegras.....	75
III	Gráficos.....	84





## 1. Introducción

La salud de las personas y su cuidado es y ha sido siempre una cuestión fundamental para la sociedad, pues, como decía Arthur Schopenhauer, “La *salud* no lo es todo, pero sin ella todo lo demás es nada”. Así el cuidado de la salud no sólo se limita al campo de la medicina, sino que cada vez somos más conscientes de lo importante que son los aspectos sociales y preventivos.

Resulta de vital interés acercarnos al estudio de cómo influyen en la salud sus determinantes sociales: sexo o género, edad, estatus socioeconómico, nivel educativo, etc. Este último configura tanto los niveles de salud como la predisposición a adoptar hábitos de vida saludables (que son, en esencia, la base de la prevención) y está íntimamente relacionado con otros aspectos como el estatus socioeconómico.

La importancia de una aproximación al nivel educativo en la investigación sobre salud pública radica, entonces, en las desigualdades que de éste se desprenden, dando lugar a una diferente exposición a elementos perjudiciales en términos de salud. Entender mejor el origen de dichas desigualdades facilitaría la corrección del problema a través del diseño de políticas públicas adecuadas.

Esta labor política y científica presenta una doble dimensión: una moral y de derechos, pues “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (OMS, 2006, 1); y otra funcional, pues es positivo para el conjunto de la sociedad que todos sus miembros puedan desarrollarse plenamente y contribuir a la mejora de la misma, para lo cual un buen estado de salud es imprescindible.

Se trata de una cuestión de candente actualidad. Según la serie de datos de los tres principales problemas de los españoles (Barómetros del CIS), la preocupación por la sanidad ha ido adquiriendo un mayor peso desde el año 2011<sup>1</sup>, muy probablemente debido a los recortes en los recursos destinados a la salud pública. Además, los recortes en educación también repercutirán en la salud de la población en un futuro. De esta manera, se tornan necesarias más que nunca políticas eficaces y eficientes en el ámbito de la salud y, concretamente, en la educación en salud y sus desigualdades.

Que la juventud sea la población objetivo de este estudio no es algo azaroso. Es conveniente señalar que los jóvenes serán en el futuro (si no lo son ya) las personas en edad productiva responsables del mantenimiento del modelo social propio de nuestro

---

<sup>1</sup> [http://www.cis.es/opencms/-Archivos/Indicadores/documentos\\_html/TresProblemas.html](http://www.cis.es/opencms/-Archivos/Indicadores/documentos_html/TresProblemas.html)

país. Analizar la influencia del nivel de estudios en la salud de los jóvenes puede darnos las claves para maximizar su bienestar y, de esta manera, promocionar una población saludable a lo largo de sus diferentes ciclos vitales. Es decir, sus pautas de vida y su diferente exposición a elementos negativos o positivos en materia de salud redundarán en sus niveles de bienestar y capacidad productiva presentes y futuras. Además, en muchas ocasiones solo se tiene en cuenta lo más evidente y se obvian otras cuestiones de salud pública. Así, por ejemplo, en relación a la salud de los jóvenes se hace énfasis en el problema del *botellón* o en el consumo de tabaco, pero se olvidan aspectos como la calidad de vida relacionada con la salud o cómo su nivel educativo repercute en la misma. Se trata, entonces, de actuar tanto en la causa como en la consecuencia.

No se puede obviar el ámbito de estudio de este trabajo: el nivel comunitario. Se ha trabajado ampliamente en otros niveles, como el nacional, el internacional, etc., teniendo a nuestra disposición, de la misma manera, diversas bases de datos científicas y políticas a gran escala. Sin embargo, la información disponible sobre los barrios, elemento básico que configura la vida social, los estilos de vida y la exposición a diferentes determinantes de la salud en las ciudades modernas, suele ser más escasa. El nivel local resulta importante y muy revelador en aspectos como la participación democrática, la atención primaria de la salud o las condiciones de vida compartidas.

## 2. Marco teórico

### 2.1. La definición social de la salud y sus determinantes

El concepto de salud ha generado ríos de tinta en diferentes ámbitos de investigación tanto de las ciencias sociales como de las ciencias médicas. En este estudio, se tomará como punto de partida la acepción de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta elección se justifica en el impacto que la definición de la OMS ha tenido en el mundo académico, además de ser la definición oficial del organismo perteneciente a las Naciones Unidas especializado en salud pública. La OMS es una institución internacional clave en el diseño e implantación de políticas de la salud.

Desde una perspectiva tradicional biologicista, la definición de salud es sinónimo de ausencia de enfermedad; desde una óptica pragmática, diversos enfoques se centran en estas cuestiones de índole biológica, destacando el carácter de desviación de enfermedad. Tal es el caso, por ejemplo, de la enfermedad como “una disfunción en el sistema orgánico del individuo, y la salud como lo contrario de enfermedad” (Boorse, 1981 en Darias, 2010, 14). En este sentido, destacan también las definiciones orientadas a la acción que enfatizan la salud como “la capacidad de funcionar” (DuBos, 1981 en Cockerham, 2002, 3). Cockerham puntualiza que “la mayoría de los estudios sugieren que las personas normales suelen considerar la salud como aquella capacidad de poder desarrollar las actividades diarias” (Blaxter, 1990; Bury, 1997 y Calnan, 1987 en Cockerham, 2002, 2).

De forma complementaria, la OMS establece que la salud es “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedades o afecciones<sup>2</sup>”. Se puede observar, entonces, que el bienestar social es una parte fundamental en la salud, que no sólo se remite a cuestiones de salud física y mental.

La salud es un estado influido por variables externas e internas que aumentan o disminuyen dicho bienestar físico, mental y social. A las variables influyentes también se las denomina determinantes de la salud. Según la OMS, éstos se definen como “una fuerza o elemento que afecta la salud, sea positiva o negativamente. La salud está determinada por fuerzas intrínsecas, como las características genéticas del individuo, el comportamiento, la cultura, los hábitos y estilos de vida; y fuerzas extrínsecas, como la prevención en salud y aspectos relacionados con el sector sanitario, así como elementos externos al sector sanitario, incluyendo factores económicos, sociales, ambientales y

---

<sup>2</sup> <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

tecnológicos”<sup>3</sup>. Dichos determinantes ayudan a explicar las dinámicas existentes entre lo social y la salud. Principalmente interesa el análisis de las dimensiones epidemiológicas, las conductuales y las perceptuales:

- a) La epidemiología, según la OMS, es “el estudio de la distribución y determinantes de la salud y estados o eventos relativos a ésta (incluyendo la enfermedad), y la aplicación de este estudio al control de enfermedades y otros problemas relacionados con la salud”<sup>4</sup>. En otras palabras, la dimensión epidemiológica ayuda a visibilizar las desigualdades sociales en salud a través del estudio del reparto inequitativo de los determinantes, estados y eventos relativos a ésta.
- b) Desde los aspectos conductuales se constata cómo cada individuo se orienta de diferente manera en relación a su salud, cuestión de la que se desprenden los diversos estilos de vida y la asunción de conductas de riesgo como fumar o consumir alcohol. No son pocas las acepciones en torno al concepto *estilo de vida*. Quizá una de las más extendidas y compartidas es la del sociólogo británico Anthony Giddens. Según este autor “son definidos como prácticas utilitarias y maneras de vivir adoptadas por los individuos y que reflejan identidades socioeconómicas, personales y de grupo” (Giddens, 1995 en Souto, 2012, 60). Del aspecto conductual se desprenderá un determinado nivel de salud, el cual responderá a los tipos de pautas comportamentales que se lleven a cabo, pudiendo ser beneficiosas o perjudiciales.
- c) La dimensión perceptual hace referencia a la valoración de la propia salud. La importancia de este factor, así como la toma de conciencia por parte de la comunidad científica sobre su fuerza como indicador de salud se produce, principalmente, cuando dicha percepción subjetiva es incorporada a la medición de la calidad de vida en las ciencias de la salud. Ante la diversidad existente en torno al concepto *calidad de vida*, la OMS plantea el proyecto WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life*), teniendo por objetivo crear una metodología consensuada para, así, poder evaluar este objeto de estudio integrando diferencias culturales, religiosas, etc.<sup>5</sup> De esta forma, la OMS define la calidad de vida relacionada con la salud como “la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en

---

<sup>3</sup> <http://www.who.int/trade/glossary/story046/en/>

<sup>4</sup> <http://www.who.int/topics/epidemiology/en/>

<sup>5</sup> [http://www.who.int/mental\\_health/publications/whoqol/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/)

relación con sus objetivos y expectativas, sus normas e inquietudes” (WHO, 1993 en Souto, 2012, 89). Esta definición es capaz, por tanto, de tender puentes entre los niveles de salud objetivos y subjetivos, puesto que no sólo revela “las condiciones o el estado fisiológico de la persona, sino también el nivel de ajuste emocional, desarrollo de capacidades e incluso el crecimiento personal de la misma” (Watson y Pennebaker, 1989 en Souto, 2012, 90). Además, debido a la capacidad de mediación de la autopercepción de la salud “entre el estado funcional de la persona y su calidad de vida se constituye como un fuerte indicador de la misma y del bienestar subjetivo (Tremblay, Dahinten y Kohen, 2003; Vingiles, Wade y Seeley, 2002 en Souto, 2012). Se puede concluir que, pese a que se trata de un indicador subjetivo, la autopercepción de la salud resulta imprescindible en el análisis social de la salud.

## 2.2. Determinantes sociales de la salud

Queda patente, a través de las definiciones de salud y calidad de vida por parte de la OMS, que éstas se ven influenciadas por cuestiones externas al individuo, de su entorno, tanto natural/medioambiental como social. De aquí surge el término *determinantes sociales de la salud*. Dicho concepto, según la Organización Mundial de la Salud, hace referencia a:

“los determinantes estructurales y condiciones de la vida diaria responsables de una gran parte de las desigualdades en salud entre diferentes naciones, pero también dentro del ámbito nacional. Éstos incluyen la distribución de poder, ingresos, bienes y servicios y circunstancias de la gente, tales como el acceso a un sistema sanitario; escuelas y educación; sus condiciones de trabajo y ocio; y las condiciones de salubridad de la vivienda y el entorno. Compila, entonces, las cuestiones políticas, económicas, ambientales y culturales que tan ampliamente afectan la salud de las personas” (WHO, 2008, 1).

Gran parte de la investigación en torno a las desigualdades sociales en salud se concentra en este punto. Los estudios sobre los determinantes sociales de la salud abarcan diversas áreas, tales como el estatus socioeconómico, medidas ocupacionales, nivel educativo, etc. Esta problemática se enmarca claramente en el ámbito de la igualdad y los derechos humanos (véase el artículo 25 de los Derechos Humanos: derecho a la salud). De ahí que la literatura en torno a los determinantes sociales de la salud sea abundante y haya producido diversos modelos teóricos.

Resulta necesario una aproximación al estudio de los determinantes sociales de la salud desde las políticas públicas. William Cockerham, sociólogo que ha estudiado en profundidad cuestiones relacionadas con la sociología de la salud y miembro de diversos organismos internacionales como *International Sociological Association*, plantea una síntesis de los principales determinantes en su manual "Sociología de la Medicina" (2002).

#### 2.2.1. Una toma de contacto con los indicadores fundamentales: Cockerham (2002)

Según Cockerham, en el estudio de los determinantes y las desigualdades sociales de la salud, se deben considerar una serie de variables de las cuales se desprende una determinada exposición a elementos biológicos, sociales, etc. Dicha exposición puede repercutir positiva o negativamente en la salud. Así, las variables principales son: el sexo o el género, los aspectos biológicos y sociopsicológicos; y el estatus socioeconómico, que comprende los ingresos, las medidas ocupacionales y el nivel de estudios. El sociólogo norteamericano también contempla la etnia, pues la base de su investigación se desarrolla en Estados Unidos, país con una realidad multiétnica acentuada.

##### 2.2.1.1. Sexo o género

Diversos estudios de sociología de la salud reflejan la existencia de relaciones causales fundamentadas en función del sexo o el género, lo que posibilita la aparición de ciertos patrones. Los más extendidos son (Cockerham, 2012):

- Las mujeres poseen una mayor esperanza de vida que los hombres.
- Estadísticamente, en las mujeres, la morbilidad es mayor, sin embargo, su mortalidad es más tardía que en los hombres.
- En las mujeres es más frecuente la aparición de minusvalías y trastornos, pero el desenlace fatal es menor que en los hombres.
- Los hombres superan a las mujeres en mortalidad en todas las franjas de edad y, además, en las principales causas de mortalidad, siendo éstas las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, cáncer, accidentes y neumonía (Cockerham, 2002). Es decir, "los hombres y las mujeres sufren esencialmente el mismo tipo de problemas, lo que distingue a ambos sexos es la frecuencia de dichos problemas y la velocidad con que se produce la muerte" (Verbrugge, 1985, 63 en Cockerham, 2002, 46).

Para explicar estos datos, las razones aducidas más frecuentemente son las de índole psicosocial (Cockerham, 2002). La asignación de roles de género y la competitividad relacionada con el mundo laboral son cuestiones de capital importancia. Esto se debe a que dichas dinámicas comportan de forma decisiva una exposición determinada factores de riesgo como el estrés. El trabajo y los roles de género evolucionan con la sociedad. Es decir, elementos que antes sólo afectaban a los hombres, ahora, con la incorporación de la mujer al mercado laboral y el reparto diferencial de roles, influyen también en la salud de las mujeres.

Un hecho que corrobora la importancia de las pautas socioculturales reflejadas en la diferencia por sexo o género son los traumatismos, que son más frecuentes en hombres. Esto se puede explicar a través de los roles de género. El comportamiento “masculino” orientado a la virilidad los expone a un mayor riesgo de accidentes y el hecho de que las ocupaciones que desarrollan los hombres, a día de hoy, como se puede observar en estudios como la Encuesta de Población Activa<sup>6</sup> (EPA), siguen siendo más “físicas” que las de las mujeres (construcción, manufactura, etc.), les hacen más propensos a problemas de este tipo.

Siguiendo el cambio de asignación de roles de género, las mujeres adoptan también pautas de vida poco saludables, antes más comunes en hombres, con las consecuencias que éstas pueden acarrear. Ejemplos son el consumo de tabaco y de alcohol, lo que refleja, entre otras cosas, la tendencia a igualar la prevalencia de diagnósticos de cáncer de pulmón entre hombres y mujeres (Cockerham, 2002).

Por tanto, los roles de género tienen una gran influencia en las diferencias de salud entre hombres y mujeres. Aunque siguen existiendo diferencias biológicas que confieren a las mujeres una mayor esperanza de vida, el mantenimiento de la desigualdad en cuanto a asignación de roles por género/sexo influye decisivamente en la distribución de los determinantes sociales de la salud.

#### 2.2.1.2. Estatus socioeconómico

Actualmente asistimos a un debate sobre el concepto de clase social y si se puede seguir considerando como herramienta para explicar la realidad social. Lo cierto es que también se trata de una cuestión ideológica. El concepto de *clase* parece hacer alusión a las tesis marxistas, que tanto hincapié hicieron en éste. Sin embargo, autores como Darias postulan que, “con el paso del tiempo” el término se ha incorporado al lenguaje común,

---

<sup>6</sup> EPA: año 2015, cuarto trimestre.

no teniendo siempre el mismo sentido y uso que en su origen marxista” (Darias, 2010, 13). De cualquier manera, la utilización del término *clase social* o *estatus socioeconómico* parece estar bastante ligada a cuestiones de índole subjetiva.

Los ingresos, las ocupaciones y el nivel de estudios son los indicadores fundamentales para analizar las desigualdades en salud por estatus socioeconómico o clase social. Partiendo de esta variable, diversos estudios señalan que “los grupos socioeconómicos más bajos tienen los peores niveles de salud y las vidas más cortas” (Cockerham, 2002, 65). El estatus socioeconómico, de alguna manera, lo envuelve todo: “poder adquisitivo, vivienda, dieta; las medidas ocupacionales o profesionales señalan la responsabilidad, la actividad física y los riesgos de la salud asociados con el trabajo; y la educación es un indicador de las habilidades o capacidades de una persona para adquirir recursos sociales, psicológicos y económicos” (Winkleby et al. 1992, 816 en Cockerham, 2002, 65).

- a. El poder adquisitivo permite el acceso a bienes de calidad y determinados servicios. Por ejemplo, uno de esos bienes es la dieta. Mantener una dieta equilibrada baja en grasas y rica en vegetales y otros nutrientes supone un gasto. Máxime cuando la accesibilidad a la comida rápida de baja calidad, alta en grasas es más barata. Su consumo se ha incrementado exponencialmente en grandes sectores de la población (Cockerham, 2002). Un aspecto también relacionado con el poder adquisitivo es la calidad de la vivienda. Las condiciones de salubridad de la vivienda influyen decisivamente en la salud de los inquilinos, así como los espacios y el nivel de hacinamiento. Del poder adquisitivo se desprende también la posibilidad de vivir en barrios de mayor o menor calidad. También cabría destacar el acceso al sistema sanitario. Por ejemplo, en EEUU el sistema es privado y, por tanto, la accesibilidad menor, mientras que, en España, al ser la cobertura *casí* universal, la diferencia no es tan remarcable.
- b. Los puestos de trabajo en los que se insertan los individuos pueden afectar, también, tanto a la salud física como a la salud mental. O lo que es lo mismo, determinadas profesiones influyen negativamente en la salud de las personas. En líneas generales, “los niveles más altos de enfermedades crónicas se encuentran entre los trabajadores no especializados y los más bajos entre los profesionales y directivos” (Arber, 1993 en Cockerham, 2002, 65). Es decir, las ocupaciones más frecuentes en los estratos bajos comportan mayor morbilidad y mayores tasas de mortalidad y viceversa.



Además, el nivel ocupacional también refleja un poder adquisitivo conforme al puesto, por lo que está muy ligado con el determinante anterior. Diversos estudios también demuestran que existe un gradiente social de mortalidad estrechamente relacionado con las diferencias en la jerarquía laboral, y no sólo en base a las diferencias de salario, condiciones laborales, etc. (Marmot et. al, 1984, 1991 en Cockerham, 2002).

- c. El nivel de estudios se encuentra estrechamente relacionado con el poder adquisitivo y las medidas ocupacionales. Dicha cuestión se debe a que un determinado nivel de estudios da acceso a puestos mejor remunerados, más estables y seguros, y esto, a su vez, proporciona un mayor poder adquisitivo. Según Cockerham, “aunque el nivel de ingresos y el estatus profesional son importantes, el factor predictor de la salud más fuerte por sí solo parece ser el nivel educativo” (Cockerham, 2002, 65). Un mayor nivel educativo, además de influir en el nivel de ingresos y la posición laboral, proporciona elementos de vital importancia para llevar una vida saludable, y es que “las personas con mayor nivel educativo son las mejor informadas sobre estilos de vida saludables, sobre ventajas asociadas con medidas de salud preventivas o con tratamientos médicos para problemas de salud cuando lo necesitan” (Cockerham, 2002, 65). En otras palabras, ayuda a desarrollar una mentalidad más acorde para llevar a cabo unas pautas de vida saludables, lo que se traduce, así mismo, en unas menores tasas de consumo de alcohol y tabaco, por ejemplo, entre la población con mayor nivel de estudios.

Recapitulando, “los grupos socioeconómicos más bajos presentan los peores niveles de salud y las vidas más cortas” (Cockerham, 2002, 65). Poder adquisitivo, entorno laboral y nivel de estudios interactúan entre sí, exponiendo en mayor o menor medida a los individuos a fenómenos que pueden influir positiva o negativamente a su salud.

### 2.2.2. Modelos teóricos

Si en el punto anterior el objetivo ha sido aclarar cuáles son los determinantes sociales de la salud fundamentales y en torno a qué indicadores y variables se aglutinan, el siguiente interrogante de investigación se refiere a cómo se produce la influencia de dichos determinantes. O lo que es lo mismo, por qué y de qué manera se producen las desigualdades en salud. En torno a esta cuestión la literatura científica aporta diversos modelos teóricos. Entre otros, cabría destacar, según Souto (2012):

- a. El modelo propuesto por Dahlgren y Whitehead, que “explica cómo las desigualdades sociales en la salud son el resultado de la interacción entre diferentes niveles de condiciones causales, que dependen tanto del individuo, de la comunidad a la que

pertenece, como de las políticas a nivel nacional” (Gunning – Schepers, 1999 en Souto, 2012, 42).

- b. El modelo de Diderichsen, Evans y Whitehead, en el que se “identifican cuatro mecanismos principales que juegan un papel importante a la hora de generar desigualdades en salud: la estratificación social, la exposición diferencial, la vulnerabilidad diferencial y las consecuencias diferenciales” (2001, 14 en Souto, 2012, 43). Dicho modelo se basa en que el contexto social crea una estratificación social, asignando diferentes posiciones sociales, cada una de ellas con una exposición diferente a los determinantes sociales de la salud y diferentes oportunidades respecto a ésta (Souto, 2012).
- c. El modelo de Mackenback se desarrolla en torno a los conceptos de selección y causalidad, generando a través de las dinámicas que se dan entre estos conceptos, las desigualdades en salud (Souto, 2012). La selección social “hace referencia a la acción o al efecto por el que las personas se asignan a una determinada posición socioeconómica en la edad adulta en función de los problemas de salud que presenten en la misma o que hayan presentado durante su infancia” (Souto, 2012, 45). La causalidad, por su parte, se refiere a “cómo una posición socioeconómica determinada a su vez influye y tiene efecto (por lo tanto, es causa) sobre la incidencia de problemas de salud en la edad adulta” (Souto, 2012, 45).
- d. El modelo de múltiples influencias a lo largo de la vida plantea que “existen tres tipos de senderos o caminos fundamentales que conectan la estructura social con la salud y la enfermedad: De tipo material, como pueden ser las condiciones de vivienda y de trabajo; de tipo psicológico, como son el entorno social y el estrés; y, finalmente, los relacionados con los comportamientos saludables (hábitos de vida)” (Souto, 2012, 46).

#### 2.2.2.1. El modelo de la Comisión de la OMS

Ante la diversidad de modelos teóricos disponibles, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la OMS propone un nuevo marco, recogiendo las aportaciones de las diferentes perspectivas citadas. Dicho modelo se configura en torno a dos cuestiones fundamentales, la importancia del contexto sociopolítico y la diferenciación entre determinantes estructurales e intermediarios.

La importancia del contexto sociopolítico marca la principal diferencia respecto a los otros modelos teóricos (Darias, 2010). El término *contexto sociopolítico* se amplía al “abarcar un amplio abanico de aspectos estructurales, culturales y funcionales de un sistema social cuyo impacto no es cuantificable, pero influye poderosamente en los patrones de estratificación social y, por tanto, en la elección de las personas en materia de salud” (Darias, 2010, 139-140). Dicho de otro modo, “dentro del contexto sociopolítico se encuentran aquellos mecanismos sociales que generan, configuran y mantienen las jerarquías sociales, entre los que podemos englobar el mercado de trabajo, el sistema educativo, el estado de bienestar y las instituciones políticas (Solar e Irwin, 2005 en Souto, 2012, 48).

De esta relación e influencia del contexto sociopolítico con la salud pública, surgen una serie de cuestiones a tener en cuenta a la hora de diseñar e implementar un sistema sanitario. Según Solar e Irwin (2007) en Darias (2010) dichas cuestiones son las siguientes:

- Gobernanza, entendida “en su sentido más amplio, incluyendo determinación de necesidades, patrones de discriminación, participación de la sociedad civil y transparencia en la administración pública” (Darias, 2010, 141).
- Políticas macroeconómicas.
- Políticas sociales dirigidas especialmente a los ámbitos más sensibles.
- Políticas públicas, haciendo hincapié en las medidas higiénicas y de agua potable (Braveman, 1998; Casas, 2002 en Darias, 2010).
- Valores sociales y culturales.
- Características epidemiológicas.

La existencia de determinantes estructurales e intermediarios es otro de los puntos esenciales del modelo propuesto por la OMS. Los primeros “son aquellos que generan o refuerzan la estratificación social y que definen la posición socioeconómica individual, e incluyen los factores tradicionales de nivel de renta, educación y ocupación” (Souto, 2012, 50). Mientras, los segundos “derivan de la configuración subyacente de estratificación social y, a su vez, determinan diferencias en la exposición y vulnerabilidad a condiciones que comprometen la salud” (Souto, 2012, 51). Los elementos fundamentales de éstos son, según Souto (2012):

- Las circunstancias materiales y psicosociales.
- Los factores biológicos y de comportamiento
- El sistema sanitario.

El modelo de la Comisión de la OMS, por tanto, hace hincapié en cómo la población presenta una diferente exposición a determinantes estructurales e intermediarios, englobando desde las pautas y estilos de vida hasta el sistema sociopolítico, que repercuten en su nivel de salud.



Ilustración 1. Determinantes sociales de la salud. Fuente: OMS

Según la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, las personas en los estratos sociales más bajos se desenvuelven en unas condiciones menos favorables; las personas de dichos estratos sociales son, también, más propensos a llevar a cabo hábitos perjudiciales para su propia salud, como fumar o beber, y menos a llevar a cabo aquéllos positivos, como mantener una dieta equilibrada o realizar ejercicio físico con cierta asiduidad. La responsabilidad de la salud es, por tanto, una cuestión individual pero también social, política y económica.

### 2.3. La educación como un determinante social de la salud

La educación constituye un exponente muy claro de la intersección entre los diferentes mecanismos explicativos de los determinantes sociales de la salud.

Según Cockerham esta variable es uno de los tres elementos fundamentales del estatus socioeconómico, junto a las medidas ocupacionales y los ingresos, considerándolo el mejor predictor por sí solo del futuro de la salud de los individuos (Cockerham, 2012).

Estudiar importa: el nivel de estudios y la salud en la juventud

Debido a esto, la educación adquiere una considerable importancia en el análisis de la epidemiología social (Darias, 2010). Con frecuencia, para medir este determinante se utiliza el nivel de estudios, es decir, el último escalafón de formación alcanzado en el sistema de enseñanza. La importancia de este aspecto radica en que “distingue bastante bien a los sujetos con distinto estado de salud, pues los individuos con mayor nivel de estudios son capaces de comprender mejor la información sobre la promoción de la salud” (Rodríguez, 2011, 25).

Así, la influencia en la salud del nivel de estudios, se explica de la siguiente manera según Darias (2010):

- a) La educación comprende circunstancias de todo el proceso vital, desde la infancia hasta la madurez. El poder acceder a determinados empleos en función de la formación recibida influye decisivamente en la salud, no sólo del individuo, sino también de su familia. Esto se debe a la “herencia recibida” del núcleo familiar en materia de posición socioeconómica, que se reflejará en los recursos presentes y futuros del individuo (Regidor, Gutierrez-Fisac, Banegas, Dominguez, y Rodriguez-Artalejo, 2006; Sainio, Martelin, Koskinen, y Heliovaara, 2007 en Darias, 2010).
- b) Un determinado nivel educativo proporciona una serie de habilidades y conocimientos que afectan decisivamente en la interiorización de los mensajes relacionados con la salud y aspectos paralelos a ésta, como el acceso a servicios sanitarios o el evitar conductas de riesgo como fumar, abusar de las bebidas alcohólicas o el sedentarismo (Jansen et al., 2008; Karmakar y Breslin, 2008 en Darias, 2010).
- c) Un mal estado de salud en la infancia, traducido en una sucesión de enfermedades o incapacidades, puede afectar negativamente la salud futura del individuo, pues una menor productividad en el aprendizaje dificulta la consecución de estudios y, por tanto, un peor nivel de salud en el futuro” (M. Droomers, Schrijvers, y Mackenbach, 2004c; Huisman, Kunst, y Mackenbach, 2005a; Schrijvers et al., 2002 en Darias, 2010). Basado desde las teorías de la posición social, la salud es causa y consecuencia de la situación socioeconómica.

Además de lo ya planteado respecto al nivel educativo, “a la hora de analizar este determinante, es importante el considerar su naturaleza interactiva con otros factores como son el nivel de ingresos y la ocupación, el género y la edad” (Souto, 2012, 56).

## 2.4. Salud, nivel educativo y dinámicas de influencia

La causalidad del nivel de estudios como indicador psicosocial de la salud, es un tema que sigue suscitando dudas entre los expertos. La pregunta sobre cuál es el origen y cuál la consecuencia todavía está abierta: ¿es el nivel educativo el que determina la salud?, ¿o viceversa? Al igual que respecto a la influencia general de los determinantes sociales de la salud, surgen perspectivas y teorías diferentes que ponen el énfasis en una dirección o en otra. Algunos de los modelos más importantes son los siguientes:

- a) El modelo materialista, por ejemplo, enfatiza las “consecuencias difusas de la estructura de clases: pobreza, condiciones laborales... y la privación en sus múltiples manifestaciones en el hogar y el entorno inmediato, trabajo, educación, la educación de los niños y en general en la familia y vida social” (Black, Morris, y Townsend, 1982 en Darías, 2010, 114). Así, desde un punto de vista más amplio, un estatus social determinado trae consigo una exposición concreta de riesgos como resultado del desigual reparto de dinero y poder (Darías, 2010). En esta cuestión entra en juego el nivel educativo, pues, dicho indicador está íntimamente relacionado con la clase social<sup>7</sup>.

A esto hay que añadirle lo que los expertos denominan el *gradiente social*. Dicho concepto hace referencia a la “diferencia en salud y esperanza de vida entre los grupos más y menos aventajados” (Davey Smith et al., 1996; M. Marmot, Ryff, Bumpass, Shipley, & Marks, 1997 en Darías, 2010, 117). Uno de los aspectos que separan dichos grupos es el nivel educativo.

“Es menos probable que las personas con un trasfondo humilde, sin relaciones sociales y con escasa cualificación obtenga un trabajo bien remunerado y estable” (Darías, 2010, 117). Es decir, un menor nivel educativo implicaría un trabajo con peores condiciones, unos menores ingresos y una peor salud y viceversa.

- b) El modelo de influencia de los acontecimientos a lo largo de la vida considera que “la salud en la edad adulta viene determinada por la compleja combinación de las circunstancias que le han ocurrido a un individuo a lo largo de su vida” (Davey Smith, Ben-Shlomo, & Lynch, 2002 en Darías, 2010, 120). Ejemplos de dichas circunstancias será su sistema sanitario (Darías, 2010).

---

<sup>7</sup> Ver punto 2.2.2.1

Siguiendo esta línea, los conocimientos, herramientas y habilidades que proporciona la educación a lo largo del ciclo vital influyen decisivamente en las capacidades cognitivas (Darias, 2010). De manera general, un mayor nivel educativo se corresponde con una mayor capacidad receptiva ante determinados mensajes relacionados con la salud, tales como evitar estilos de vida poco saludables (consumir alcohol en exceso, sedentarismo, fumar, etc.) y adoptar aquéllos más acordes con pautas preventivas (mantener una dieta equilibrada, realizar ejercicio regularmente, etc.) (Jansen et al., 2008; Karmakar & Breslin, 2008 en Darias, 2010).

Sin embargo, ésta no es la única línea de desarrollo del modelo de influencia de los acontecimientos a lo largo de la vida. Además de configurar las futuras pautas de vida saludables o no saludables, las circunstancias que toma este modelo como eje central ejercen influencia en la adquisición de un estatus determinado a través del nivel educativo. Este hecho repercute en que la consecución de determinados méritos en el ámbito de la educación. De esta manera, se estaría reduciendo potencialmente la capacidad de adquirir un nivel educativo alto y, por ende, el acceso a puestos de trabajo con mejores condiciones (Darias, 2010). O lo que es lo mismo, unas circunstancias determinadas pueden conducir a unos recursos y a un estatus que disminuyan la exposición a factores de riesgo para la salud.

- c. El modelo de selección y causalidad (Mackenback, Van de Mheen y Stronks, 1994 en Souto, 2012) aporta una perspectiva basada en el concepto de *selección social*. Éste “hace referencia a la acción o al efecto por el que las personas se asignan a una determinada posición socioeconómica en la edad adulta en función de los problemas de salud que presenten en la misma o que hayan presentado durante su infancia” (Souto, 2012, 45).

En este caso, la causalidad se debe a “una posición socioeconómica determinada influye y tiene efecto (por lo tanto, es causa) sobre la incidencia de problemas de salud en la edad adulta” (Souto, 2012, 45). A través de la selección y la causalidad, la salud es lo que determina el estatus socioeconómico y no al revés.

Por tanto, en el ámbito de la educación, siguiendo la lógica del modelo de selección y causalidad, un buen estado de salud durante la infancia y la juventud hace posible un mejor desempeño académico, facilitando el acceso en un futuro a puestos con mejores condiciones laborales y, así, a estatus sociales más altos (Souto, 2012).

De cualquier manera, no existe un modelo completamente válido. Es decir, no se pueden estudiar las dinámicas de influencia entre nivel educativo y salud simplemente a través de una única perspectiva. Cada modelo aporta una serie de hipótesis que pueden resultar de utilidad. Así, queda patente la necesidad de seguir investigando sobre este tema en diferentes contextos.

## **2.5. Educación y calidad de vida relacionada con la salud en la juventud**

En apartados anteriores se ha estudiado cómo la literatura científica apunta que la calidad de vida relacionada con la salud está directamente asociada con el entorno educativo, la satisfacción con las instituciones y el nivel académico (Gil-Lacruz, 2015). Esta relación se inicia desde la infancia y la adolescencia.

Cabe precisar que, aunque a menudo se tome la variable *nivel educativo* desde una perspectiva meramente credencialista, es decir, desde la educación formal, un ámbito complementario sería el de la *educación informal*. La educación formal hace referencia, fundamentalmente, al currículum oficial, a una estructura específica de acuerdo con unos objetivos didácticos y a la concesión de un título (Gil-Lacruz, 2015). La educación informal, sin embargo, alude a todos los conocimientos y aprendizajes que se llevan a cabo en las actividades cotidianas que se producen en los entornos familiar, laboral, de ocio, etc. (Gil-Lacruz, 2015).

Aunque la infancia y la juventud no determinan por completo la futura calidad de vida relacionada con la salud, sí es cierto que su influencia en este aspecto no es nada desdeñable (Gil-Lacruz, 2015). Gil-Lacruz (2015) apunta que, en lo relativo a la educación informal, tanto en el entorno familiar como en el educativo, el impulso de determinadas conductas, como el desarrollo de expectativas positivas entre los más jóvenes, tiene un impacto beneficioso en su calidad de vida. Los contextos en los que se desarrolla la educación informal conllevan roles sociales, actividades, pautas de ocio determinadas, etc., que configuran los hábitos de vida y, así, una diferente exposición a factores de riesgo. Todas estas dinámicas son diferentes dependiendo del nivel socioeconómico y de estudios de las personas, pues, por ejemplo, como señala Cockerham (2002), los consumos abusivos de alcohol y tabaco se dan en estratos socioeconómicos más bajos y con un menor nivel de estudios. No afecta de la misma manera en el aprendizaje y el nivel de salud pertenecer a grupos en los que el ocio se basa en la ingesta de alcohol, que en los que, por ejemplo, se realizan actividades deportivas.



---

En el ámbito de la educación formal se ha constatado una fuerte relación entre el credencialismo y la calidad de vida relacionada con la salud: el hecho de no estar en posesión de los títulos que otorga el sistema educativo puede ocasionar una brecha en su nivel de salud entre estos individuos y los que sí los han podido adquirir. Así, el no poder demostrar cualificaciones académicas puede dificultar el acceso a un puesto de trabajo. De hecho, fenómenos como la marginación social suelen estar más extendidos en contextos educativos inequitativos y de exclusión, derivados éstos de la falta de acceso al sistema educativo, segregación y/o fracaso escolar y *bullying*, entre otros. Esta mayor vulnerabilidad se inicia en los estadios tempranos del ciclo vital.

Las dinámicas relativas a la educación formal e informal aportan conocimientos y herramientas en los individuos que les predisponen a una exposición diferenciada a los determinantes sociales de la salud. Dichas dinámicas comienzan y tienen una gran influencia en la juventud. Es decir, las habilidades y conocimientos adquiridos a través del aprendizaje a lo largo de la vida y especialmente en la juventud, así como el capital cultural y social alcanzados, determinan profundamente las pautas y estilos de vida presentes y futuros.

La relación entre educación y la calidad de vida en la juventud es, de esta manera, un asunto que configura la salud tanto en el presente como el futuro de este grupo de edad y de la población en su conjunto. Por esta razón, una de las funciones del sistema educativo, junto a otras instituciones, sería la de reducir la brecha del credencialismo para así mitigar las desigualdades en salud (Gil-Lacruz, 2015). Paralelamente, teniendo como objetivo los fenómenos derivados de la educación informal, las políticas públicas deberían enfocarse hacia la corrección de las diferencias en calidad de vida radicadas en un aprendizaje informal insuficiente para minimizar la exposición a elementos de riesgo para la salud. Un buen ejemplo serían las campañas educativas y de sensibilización. Una forma práctica también consistiría en investigar cómo se reproducen y operan dichas diferencias.



### 3. Metodología

#### 3.1. Objetivos

El objetivo general de esta investigación es analizar las diferencias de salud y calidad de vida relacionada con la salud en función del nivel de estudios de la juventud en el barrio de Casablanca (Zaragoza).

Los objetivos específicos de la investigación son:

- Estudiar la relación entre el nivel de estudios y el estado de salud objetivo a través de indicadores como los problemas de salud, los diagnósticos y el consumo de medicamentos.
- Explicar cómo interactúan el nivel de estudios y el nivel de salud subjetivo en torno a la calidad de vida relacionada con la salud.
- Analizar la relación existente entre el nivel de estudios y la salud física, psíquica, ambiental y social de los jóvenes del barrio de Casablanca.
- Estudiar las fuentes de mejora de la salud planteadas por los jóvenes del barrio de Casablanca.
- Analizar si existen diferencias significativas estadísticamente hablando entre los diferentes grupos de nivel de estudios por sexo en función de la calidad de vida relacionada con la salud.
- Apuntar en qué ámbitos es posible el diseño e intervención en materia de políticas públicas, para así revertir los posibles efectos negativos que se desprendan de la correlación entre nivel de estudios adquirido y las variables relativas a la salud.

#### 3.2. Instrumento

La herramienta empleada para llevar a cabo los objetivos planteados es la base de datos disponible a partir de la encuesta realizada en Casablanca por el grupo de Investigación Bienestar y Capital Social (BYCS).

La investigación principal, a partir de la cual se plantea este trabajo, se enmarca en el estudio sobre capital social del grupo de investigación BYCS en el ámbito de los determinantes sociales de la salud en la ciudad de Zaragoza. Dicho “estudio del capital social se ha contextualizado en las encuestas de salud y necesidades sociales del barrio de Casablanca, incorporando recientemente medidas relativas a la calidad de vida como el *World Health Organization Quality of Life – Bref Test*” (BYCS, 2015). Esta investigación,

llevada a cabo a lo largo de varios años, concretamente desde 1992<sup>8</sup>, se propone indagar en el bienestar y en la calidad de vida. Razón por la cual se inicia en 2012 la encuesta “De los Fogones al Microondas”., de la que se han extraído los datos de este trabajo.

La base de datos empleada en este trabajo es el resultado de la investigación disponible en el año 2016. Dado que la población objeto de este estudio son las personas jóvenes, se hace énfasis en una serie de cuestiones operativas:

- a) Datos sociodemográficos: Composición de la muestra por zona de residencia, sexo y edad y, finalmente, situación en relación con la actividad económica por sexo.
- b) El nivel educativo alcanzado, estratificado en cuatro niveles: sin estudios, primaria, secundaria y universitarios. Esto se debe a varias cuestiones:
  - Se inserta en “un marco que facilita la clasificación de actividades educativas, tal como son definidas en los programas y las certificaciones otorgadas por estos” (UNESCO, 2013, 6).
  - Permite la posibilidad de que, en caso de que sea necesario, se pueda comparar a nivel internacional.

El modelo que se adopta es similar, si no igual (pues cada organización realiza leves modificaciones en función de sus objetivos), al utilizado por otros organismos como el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte<sup>9</sup>. El criterio utilizado es la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE-2011) y la adopción de su metodología por diferentes actores de diversa índole (desde entidades gubernamentales, con el objetivo de recoger sus datos estadísticos al modelo internacional, como investigadores de todo tipo). La CINE-2011 “forma parte de la familia internacional de Clasificaciones Económicas y Sociales de las Naciones Unidas, las cuales son empleadas a nivel mundial en la elaboración de estadísticas con el objetivo de acopiar y analizar datos comparables a nivel internacional de manera consistente” (UNESCO, 2013, 6). Por tanto, la estratificación en cuatro niveles educativos se explica y justifica bajo la metodología planteada por la UNESCO. La estandarización a este respecto

---

<sup>8</sup> <http://www.unizar.es/casablanca/desarrollo.html>

<sup>9</sup> [http://www.mecd.gob.es/dms/mecd/servicios-al-ciudadano-mecd/estadisticas/educacion/mercado-laboral/explotacion-de-las-variables/Y2015/Metodologia\\_2014.pdf](http://www.mecd.gob.es/dms/mecd/servicios-al-ciudadano-mecd/estadisticas/educacion/mercado-laboral/explotacion-de-las-variables/Y2015/Metodologia_2014.pdf)

permite comparar datos a nivel internacional y crea una pauta común para analizar el fenómeno en otros contextos.

- c) El estado de salud objetivo, tomando como referencia los problemas de salud existentes en la población objeto, los diagnósticos y el consumo de medicamentos en las últimas dos semanas, considerado también si dicho consumo ha sido prescrito o no por el médico.
- d) El *World Health Organization Quality of Life Test* versión *brief* que recoge aspectos relativos a diferentes dimensiones de la salud subjetiva: física, psicológica, relaciones sociales y aspectos ambientales. Esto permite, además de realizar una evaluación de los diferentes indicadores, analizar de forma conjunta las cuatro dimensiones de la salud que se proponen. La elección de esta herramienta en concreto se fundamenta en las características que lo hacen especial, diferenciándolo de otras encuestas de salud (1996): se trata de un cuestionario cuya aplicabilidad se extiende a diferentes culturas; incluye medidas de impacto de enfermedad e impedimento en las actividades cotidianas y en el comportamiento, etc. Además, debido a que es la OMS la que crea el cuestionario, se trata de una herramienta cuyo uso se encuentra ampliamente extendido, por lo que facilita la labor comparativa con estudios similares.

Las dimensiones que toma en consideración la herramienta explicada se exponen en la siguiente tabla:

Tabla 1. Nombre de las variables y elementos del *World Health Organization Quality of Life related to health*.

Dimensiones	Items del cuestionario
Salud física	(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18
Salud psicológica	Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)
Relaciones sociales	Q20 + Q21 + Q22
Aspectos ambientales	Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25

Cada dimensión de la calidad de vida relacionada con la salud se compone por una serie de preguntas del cuestionario, siendo algunas de carácter inverso. Asimismo, a partir de la combinación de la salud física, psicológica, social y ambiental se obtiene el nivel total de calidad de vida relacionada con la salud.

Los indicadores que conforman la salud física son: el grado de impedimento impuesto por el dolor, la necesidad de tratamiento para realizar sus actividades cotidianas, si se tiene energía suficiente para la vida diaria, la capacidad para desplazarse, la valoración del sueño, la satisfacción para realizar su actividad diaria y con su capacidad de trabajo.

La salud mental la componen: cuánto disfruta de la vida, hasta qué punto considera que la vida tiene sentido, capacidad de concentración, aceptación de la apariencia física, satisfacción sobre sí mismo y presencia de sentimientos negativos.

La dimensión social de la salud se compone por los indicadores relativos a la satisfacción con las relaciones personales, la vida sexual y el apoyo de los amigos.

La valoración del ambiente se define por los siguientes indicadores: la seguridad en la vida diaria, la salubridad de su ambiente físico, el grado de suficiencia económica, la disponibilidad de información suficiente, las oportunidades de momentos de ocio, la satisfacción con el lugar en el que se vive, con el acceso a los servicios sanitarios y con el transporte.

- e) Las fuentes de mejora de la salud. Es decir, aquello que consideran los jóvenes encuestados que sería lo más positivo para mejorar su propia salud. Se trata de una de las pocas preguntas abiertas del cuestionario, y la única que se utilizará en este trabajo. Las razones para esto fueron, fundamentalmente, evitar un sesgo en la recogida de la información y que las personas encuestadas contestaran sin ningún tipo de influencia en su respuesta

### 3.2.1. Universo

El universo de la investigación es el barrio zaragozano de Casablanca, en el que, en el momento en el que se inició la investigación (2012), había empadronadas 6.514 personas mayores de 14 años, siendo 3.378 mujeres y 3.136 hombres (51,85 y 48,15 % respectivamente) (Souto, 2012).

La población del barrio se caracteriza por la heterogeneidad en su procedencia. Las personas no nacidas en Aragón constituían en el momento en el que se llevó a cabo la investigación el 25,11%, procediendo, mayoritariamente, del sur de España. Este dato destaca debido a que en Zaragoza (capital) esta cifra era del 20,01% (Souto, 2012).

Casablanca es un barrio en el que las diferencias de estratificación social son evidentes. Este fenómeno se puede observar en el reparto de la población en tres sub-districtos (Souto, 2012): integra un nivel socioeconómico más bien elevado en Fuentes Claras; una mayoría de clase media y trabajadora (Las Nieves); y una población en estado más precario en el centro histórico (Viñedo Viejo). Sin embargo, tal y como apunta Souto (2012), el nivel de instrucción es superior a la media de la capital.

En lo que respecta al ámbito laboral, la mayoría de las personas empadronadas en el barrio de Casablanca se insertan en el sector empresarial, el 87%, mientras que las actividades profesionales suponen un 13% (Souto, 2012). Las actividades relacionadas con la hostelería, restauración, reparaciones y pequeño comercio son fundamentales para el desarrollo del tejido empresarial del barrio. Otras áreas importantes son la transformación de metales y la industria manufacturera, entre otras (Souto, 2012).

Así, la toma en consideración del barrio de Casablanca resulta de interés, principalmente, porque la composición de la población en lo relativo a estratificación social es heterogénea. O lo que es lo mismo, la población del barrio es socioeconómicamente diversa.

### 3.2.2. Muestra

Partiendo de los datos sobre el total de la población empadronada en el Barrio de Casablanca, la muestra representativa ( $n$ ) se calculó a través de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

Ilustración 2. Fuente: Souto, 2012, 124

Puesto que hay 2.129 jóvenes empadronados en Casablanca, la representatividad de la muestra se basa en un nivel de confianza del 90% y un margen de error de  $\pm 5$ . Aplicando la fórmula se obtiene que sería necesario entrevistar a 241 personas entre 15 y 30 años. Se añadirían 4 más para trabajar con cierta holgura. La muestra definitiva se estratificó por zona de residencia (Fuentes claras, 22% de la muestra; Viñedo Viejo, 62%; y las Nieves, 16%) y por sexo.

El análisis de la estratificación por sexo y edad concluyó que la composición de la muestra debía repartirse de la siguiente manera para ser representativa:

Tabla 2. Distribución de la muestra por edad y sexo. En Souto (2012)

Edad	Sexo		Total
	Chico	Chica	
16	10	20	30
17	14	8	22
18	8	6	14
19	9	9	18
20	10	15	25
21	5	10	15
22	18	18	36
23	9	7	16
24	13	5	18
25	6	8	14
26	4	4	8
27	5	6	11
28	4	5	9
29	7	2	9
Total	122	123	245

En lo relativo al lugar de residencia, que como se ha explicado varía el perfil socioeconómico, la distribución es la siguiente:

Tabla 3. Distribución de la muestra por zona de residencia y sexo.

Zona	Sexo		Total	%
	Chico	Chica		
Viñedo Viejo	79	73	152	62%
Las Nieves	12	28	40	16%
Fuentes Claras	31	22	53	22%
Total	122	123	245	100%

Dada la heterogeneidad de las personas empadronadas en el barrio de Casablanca en lo que se refiere a estratificación social, para que se respete la representatividad de la muestra, ésta ha de tener en cuenta la división en sub-distritos (Fuentes Claras, Las Nieves y Viñedo Viejo). Cuestión que se logra a través de un muestreo polietápico en función de la calle y el edificio. Por tanto, el trabajo de campo se caracteriza por ser por conglomerados, no aleatorio, polietápico y por rutas (Souto, 2012). La encuesta se plantea como una entrevista estandarizada realizada de forma presencial en el hogar del encuestado.



### **3.3. Análisis de datos**

Una vez realizados los cuestionarios, éstos se transcribieron en una base de datos para llevar a cabo el análisis correspondiente. Para realizar dicho análisis se empleó el paquete estadístico *SPSS*. El análisis estadístico partió del estudio descriptivo por cada variable, análisis de frecuencias y varianzas (ANOVA).



## 4. Resultados

En este apartado se presentan los resultados de la explotación de los datos relativos al nivel de estudios y su relación con los niveles de salud de la población joven del barrio de Casablanca. El análisis consistirá en el estudio de los datos sociodemográficos, del nivel objetivo de salud, del nivel subjetivo de salud a través del *WHOQOL* y de las fuentes de mejora de la misma planteadas por las personas encuestadas.

### 4.1. Sociodemográficos

A continuación se presentan una serie de datos sociodemográficos de carácter general sobre la población del barrio de Casablanca con una edad comprendida entre los 15 y los 29 años: composición del barrio por sexo, el nivel de estudios por sexo y la relación con la actividad económica por sexo.

La composición de la muestra del barrio en relación a las personas por zona de residencia, sexo y edad es la siguiente:

Tabla 4. Composición de la muestra por zona de residencia, sexo y edad

	Chicos		Chicas		Total	%
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Viñedo Viejo	79	32.24%	73	29.79%	152	62%
Las Nieves	12	5%	28	11.43%	40	16%
Fuentes Claras	31	12.65%	22	8.98%	53	22%
Total	122	49.8%	123	50.2%	245	100%

Se puede observar cómo, mayoritariamente, la población joven se concentra en el sub-distrito Viñedo Viejo (62%), mientras que Las Nieves y Fuentes Claras concentran un 16% y un 22% de jóvenes residentes respectivamente. Recordemos que es en Fuentes Claras donde, según Souto (2012), se da un nivel socioeconómico más elevado; mientras que Las Nieves se caracteriza por la composición poblacional de clase media. Viñedo Viejo constituye el núcleo originario del barrio (Souto, 2012).

El nivel de estudios alcanzado por la población joven del barrio de Casablanca, según la clasificación en cuatro niveles, queda reflejado en la siguiente tabla:

Tabla 5. Distribución de frecuencias por sexo y nivel de estudios.

Sexo	Nivel de estudios	Sin estudios	Primaria	Secundaria	Universitarios	Total
Chico	N	0	12	57	53	122
	% de sexo	0%	9,8%	46,7%	43,4%	100%
Chica	N	1	7	61	54	123
	% de sexo	0,8%	5,7%	49,6%	43,9%	100%
Total	N	1	19	118	107	245
	% de sexo	0,4%	7,8%	48,2%	43,7%	100%

El análisis descriptivo del nivel de estudios por sexo arroja los siguientes resultados:

Tabla 6. Análisis descriptivo del nivel de estudios por sexo.

nivel de estudios	sexo	Media	N	Desv. típ.
primaria	hombre	17,92	12	2,778
	mujer	20,57	7	5,653
	Total	18,89	19	4,135
secundaria	hombre	20,88	57	4,075
	mujer	19,64	61	3,751
	Total	20,24	118	3,943
universitarios	hombre	23,25	53	2,724
	mujer	22,59	54	2,551
	Total	22,92	107	2,646
Total	hombre	21,61	122	3,789
	mujer	21,00	122	3,673
	Total	21,31	244	3,736

Cabe citar que el caso de analfabetismo (sin estudios) es meramente testimonial, pudiendo ser catalogado incluso como *caso atípico*. Las personas cuyo nivel de estudios alcanzado se encuentra en la educación primaria suponen también un porcentaje reducido: un 7,8% sobre el total. Se da una mayor proporción en hombres (9,8% sobre el total de hombres) que en mujeres (5,7%). Las personas cuyo nivel de estudios es la

educación secundaria constituyen la mayoría con un 48,2% del total, encontrándose una mayor proporción en el caso de las mujeres (49,6% sobre el total de mujeres respecto a un 46,7% en hombres). Los jóvenes con estudios universitarios representan el otro grueso de población con un 43,7% del total. No existen diferencias marcables entre hombres y mujeres en el caso de los estudios universitarios. Por su parte, los valores de la desviación típica arrojan que la dispersión media de las respuestas se reduce conforme aumenta el nivel de estudios, aumentando la fiabilidad de la información.

A continuación se puede observar la situación en relación con la actividad económica por sexo entre la población joven del barrio de Casablanca:

Tabla 7. Tabla de contingencia sexo situación en relación con la actividad económica.

		situación en relación con la actividad económica					Total	
		trabaja por cuenta propia	trabaja por cuenta ajena	parado/ desempleado	estudiante	labores del hogar		
S e X O	hombre	Recuento	9	44	6	63	0	122
		% dentro de sexo	7,4%	36,1%	4,9%	51,6%	,0%	100,0%
		% del total	3,7%	18,0%	2,4%	25,7%	,0%	49,8%
X O	mujer	Recuento	7	33	7	74	2	123
		% dentro de sexo	5,7%	26,8%	5,7%	60,2%	1,6%	100,0%
		% del total	2,9%	13,5%	2,9%	30,2%	,8%	50,2%
Total		Recuento	16	77	13	137	2	245
		% dentro de sexo	6,5%	31,4%	5,3%	55,9%	,8%	100,0%
		% del total	6,5%	31,4%	5,3%	55,9%	,8%	100,0%

Aunque sólo se dan dos casos en ocupaciones relacionadas con las labores del hogar, resulta llamativo comprobar cómo son mujeres las que los ocupan, máxime cuando se trata de la población joven del barrio.

El porcentaje mayoritario de jóvenes empadronados en Casablanca se considera estudiante (55,9%), suponiendo una mayor proporción en mujeres (60,2%) que en hombres (51,6%). Le siguen los trabajadores por cuenta ajena, que constituyen el 31,4% y la dinámica es la contraria a la anterior: son los hombres los que tienen, proporcionalmente, un mayor protagonismo (el 36,1% respecto al 26,8% en mujeres). Tanto parados como trabajadores por cuenta propia son poco frecuentes (5,3% y 6,5% respectivamente), además de que no reflejan diferencias significativas entre sexos.

La siguiente tabla refleja la situación en relación con la actividad económica en función del nivel de estudios:

Tabla 8. Tabla de contingencia nivel de estudios por situación en relación con la actividad económica.

		Situación en relación con la actividad económica					Total
		Trabaja por cuenta propia	Trabaja por cuenta ajena	Parado/ desempleado	Estudiante	Labores del hogar	
Sin estudios	Recuento	1	0	0	0	0	1
	% dentro de nivel de estudios	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
	% dentro de situación en RAE <sup>10</sup>	6,30%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,40%
	% del total	0,40%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,40%
Primaria	Recuento	2	3	4	8	2	19
	% dentro de nivel de estudios	10,50%	15,80%	21,10%	42,10%	10,50%	100,00%
	% dentro de situación en RAE	12,50%	3,90%	30,80%	5,80%	100,00%	7,80%
	% del total	0,80%	1,20%	1,60%	3,30%	0,80%	7,80%
Nivel de estudios Secundaria	Recuento	7	35	9	67	0	118
	% dentro de nivel de estudios	5,90%	29,70%	7,60%	56,80%	0,00%	100,00%
	% dentro de situación en RAE	43,80%	45,50%	69,20%	48,90%	0,00%	48,20%
	% del total	2,90%	14,30%	3,70%	27,30%	0,00%	48,20%
Universitarios	Recuento	6	39	0	62	0	107
	% dentro de nivel de estudios	5,60%	36,40%	0,00%	57,90%	0,00%	100,00%
	% dentro de situación en RAE	37,50%	50,60%	0,00%	45,30%	0,00%	43,70%
	% del total	2,40%	15,90%	0,00%	25,30%	0,00%	43,70%
Total	Recuento	16	77	13	137	2	245
	% dentro de nivel de estudios	6,50%	31,40%	5,30%	55,90%	0,80%	100,00%
	% dentro de situación en RAE	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
	% del total	6,50%	31,40%	5,30%	55,90%	0,80%	100,00%

<sup>10</sup> En relación con la actividad económica. En toda la tabla.

Si tomamos la situación en relación con la actividad económica, vemos que el nivel de estudios es una variable clave. Aunque la edad también puede ser determinante, la ocupación, sea por cuenta propia o ajena aumenta con el nivel de estudios. En el caso de los trabajadores por cuenta propia, las personas jóvenes con estudios de educación secundaria aparecen en primer lugar (43,8% dentro de la situación en relación con la actividad económica), en segundo lugar, los que han alcanzado estudios universitarios (37,5%) y, finalmente, los jóvenes con estudios de educación primaria (12,5%). Las personas que trabajan por cuenta ajena que suponen un mayor porcentaje son aquellas con estudios universitarios (50,6%), seguidos de los jóvenes con estudios de educación secundaria (45,5%) y, muy por detrás, con primaria (3,9%). Respecto a los parados o desempleados, los jóvenes con educación secundaria suponen un 60,9% y aquéllos con educación primaria un 30,8%. No hay registros de personas paradas con estudios universitarios. Cabe destacar, finalmente, que en los dos únicos casos de “labores del hogar” se trata de personas con estudios de educación primaria.

#### **4.2. Nivel de salud objetivo**

El nivel de salud objetivo, cuestión que se analiza a continuación, integra los problemas de salud, los diagnósticos y el consumo de medicamentos en las últimas dos semanas.

La siguiente tabla refleja los problemas de salud declarados por los jóvenes de Casablanca:

Tabla 9. Distribución de frecuencias por problemas de salud.

Problemas de salud	Frecuencia	Porcentaje
Sin problemas de salud	191	78%
Bronquitis o asma/neumonía	13	5,2%
Lumbago o dolor de espalda, tendinitis y parálisis	11	4,4%
Alergia	8	3,2%
Dolores de garganta y cuerdas vocales	5	2%
Ansiedad y estrés	3	1,6%
Dermatitis y soriasis	3	1,2%
Problemas con los ojos	3	1,2%
Hipotiroidismo y Tiroidismo	2	0,8%
Diabetes	1	0,4%
Temperatura baja	1	0,4%
Infertilidad congénita	1	0,4%
Nefrectomía derecha, periodontitis, ovario, etc.	1	0,4%
Dolencias de estómago	1	0,4%
Síndrome de Crohn	1	0,4%
Total	245	100%

El 22% reconoce sufrir algún tipo de dolencia, mientras que el resto (78%), considera que no tiene problemas de salud. Dentro de la población que declara problemas de salud, los más comunes son bronquitis o asma/neumonía (problemas respiratorios) con un 5,2%, seguido de lumbago o dolor de espalda, tendinitis y parálisis (4,4%) y las alergias (3,2%). El resto de enfermedades o problemas de salud son muy poco comunes, suponiendo porcentajes muy reducidos.

Los diagnósticos por los servicios médicos de los problemas de salud anteriores se presentan en la siguiente tabla:



Tabla 10. Distribución de frecuencias por sexo y diagnóstico de servicio médico en función del sexo.

Sexo		Diagnóstico de servicio médico		
		Si	No	Total
Chico	N	22	100	122
	% de sexo	18%	82%	100%
Chica	N	31	92	123
	% de sexo	25,2%	74,8%	100%
Total	N	53	192	245
	% de sexo	21,6%	78,4%	100%

Los diagnósticos en mujeres son más comunes que en hombres, alcanzando un 25,2% respecto al 18% en hombres. Este dato sigue la tendencia de la población española en general, por el que se observa que las mujeres emplean los servicios médicos con más asiduidad que los hombres.

La tabla plantea el consumo de medicamentos por las personas jóvenes del barrio de Casablanca y si dicho consumo es bajo prescripción médica o no:

Tabla 11. Distribución de frecuencias de consumo de medicamentos en las últimas dos semanas en función del sexo.

Sexo		Medicamentos consumidos en las últimas dos semanas		Receta de los medicamentos		Consumo	Total
		Si	No	Si	No		
Chicos	N	32	90	21	101		122
	% de sexo	26,2%	73,8%	17,2%	82,8%		100%
Chicas	N	58	65	43	80		123
	% de sexo	47,2%	52,8%	35%	65%		100%
Total	N	90	155	64	181		245
	% de sexo	36,7%	63,3%	26,1%	73,9%		100%

Destaca el mayor consumo de medicamentos en el caso de las mujeres en las últimas dos semanas (un 47,2% respecto a un 26,2% en hombres). Este resultado plantea nuevos interrogantes. Una cuestión interesante, puesto que este salto cuantitativo no se da con

tanta fuerza en el uso de los servicios sanitarios. Queda patente también como las mujeres se medican sin receta médica con mayor frecuencia que los hombres (un 35% frente a un 17,2%, más del doble). Estos datos, que reflejan un mayor consumo de medicamentos en mujeres, no necesariamente quieren decir que su nivel de salud sea más bajo, sino que puede deberse a factores relacionados con los roles de género (los hombres tienden a consumir menos medicamentos y a quejarse menos por sus dolencias para “resaltar su virilidad”). Puede deberse también a la prescripción de medicinas de consumo regular que no necesariamente combaten una enfermedad (como por ejemplo el caso de los anticonceptivos) y/o a las propias prácticas diferenciales en la prescripción de medicamentos por parte de los profesionales sanitarios.

El diagnóstico de servicio médico, el consumo de medicamentos en las últimas dos semanas y la receta de medicamentos son los únicos indicadores cuya media, debido al planteamiento dicotómico (sí/no) de la pregunta, oscila entre 1 y 2. La desviación típica hace referencia a la dispersión de las respuestas dentro de cada grupo poblacional (nivel de estudios). Cuando mayor sea este valor, mayor será la dispersión y, por tanto, menor la fiabilidad de las respuestas:

Tabla 12. Diagnóstico de servicio médico por nivel de estudios.

	N	Media	Desviación típica
sin estudios	1	2,00	.
primaria	19	1,68	,478
secundaria	118	1,79	,410
universitarios	107	1,79	,406
Total	245	1,78	,413

Tabla 13. Medicamentos consumidos en las últimas dos semanas por nivel de estudios.

	N	Media	Desviación típica
sin estudios	1	1,00	.
primaria	19	1,68	,478
secundaria	118	1,67	,472
universitarios	107	1,59	,494
Total	245	1,63	,483

Tabla 14. Receta de medicamentos por nivel de estudios.

	N	Media	Desviación típica
sin estudios	1	1,00	.
primaria	19	1,68	,478
secundaria	118	1,76	,427
universitarios	107	1,73	,447
Total	245	1,74	,440

En el caso de los diagnósticos, se puede observar como éstos aumentan cuando pasamos de estudios primarios a secundarios y universitarios, produciéndose un salto de un 1,68 de media a un 1,79.

En cuanto al consumo de medicamentos se observa una tendencia: conforme aumenta el nivel de estudios, disminuye el consumo de medicamentos.

El consumo de medicamentos recetados es mayor en personas con estudios primarios, mientras que decrece en la población con estudios secundarios y universitarios. Bien es cierto que el colectivo con estudios secundarios consume medicamentos sin receta de forma levemente superior a los universitarios (1,76 respecto a 1,73).

#### 4.3. Salud subjetiva: *WHOQOL*

En este apartado se profundiza en el nivel de salud percibida por los jóvenes del barrio de Casablanca. Para ello se toma como herramienta el *WHOQOL test* versión *brief*, que considera una serie de indicadores para, a continuación, calcular cuatro dimensiones de

la calidad de vida relacionada con la salud y el nivel total de la misma. Este estudio consta de un análisis descriptivo y otro inferencial.

#### 4.3.1. Análisis descriptivo

A continuación se describen los principales resultados obtenidos en el estado de salud de la población en función del nivel de estudios. Dado que la población joven sin estudios consta de un único caso no se tendrá en cuenta en el análisis, pues no resulta representativo. Sin embargo, se mantendrá este dato para que el lector sea consciente del mismo. Sí se eliminará en el análisis inferencial, pues los resultados del análisis de varianza sí se pueden ver distorsionados.

La desviación típica hace referencia a la dispersión de las respuestas dentro de cada grupo poblacional (nivel de estudios). Cuanto mayor sea este valor, mayor será la dispersión y, por tanto, menor la fiabilidad de las respuestas. La tendencia general es que la desviación típica desciende conforme aumenta el nivel de estudios, de lo que se desprende que la incertidumbre sobre la calidad de esta información es menor en personas con un nivel de educación secundaria y estudios universitarios. La información relativa a las personas con un nivel educativo primario es menos fiable.

El indicador “calidad de vida” oscila entre los valores 1 (mínimo) y 5 (máximo):

Tabla 15. Calidad de vida por nivel de estudios.

	N	Media	Desviación típica
sin estudios	1	5,00	.
primaria	19	4,05	,970
secundaria	118	3,90	,733
universitarios	107	4,09	,637
Total	245	4,00	,719

Resulta interesante observar cómo el nivel más alto de calidad de vida relacionada con la salud se sitúa en las personas con estudios universitarios, con una desviación típica relativamente baja, lo que denota fiabilidad y una menor dispersión. Le sigue la población con estudios primarios. En último lugar encontramos las personas con estudios

secundarios, con una desviación típica algo más alta que en el caso de los universitarios, pero sin llegar al extremo de la educación primaria. Esta mayor calidad de vida en personas con estudios universitarios puede explicarse en base a las herramientas y conocimientos que éstos proporcionan, así como los recursos socioeconómicos que, normalmente, posibilitan.

El indicador “satisfacción con la salud” sigue la misma dinámica que el anterior:

Tabla 16. Satisfacción con la salud por nivel de estudios.

	N	Media	Desviación típica
sin estudios	1	5,00	.
primaria	19	3,89	,875
secundaria	117	3,91	,799
universitarios	107	3,99	,795
Total	244	3,95	,802

Se hace evidente una tendencia al alza en este indicador conforme aumenta el nivel de estudios.

La “incapacidad por dolor” oscila entre 1 (no hay impedimento) y 5 (lo hay):

Tabla 17. Incapacidad por el dolor por nivel de estudios.

	N	Media	Desviación típica
sin estudios	1	1,00	.
primaria	19	1,74	1,098
secundaria	118	1,72	,942
universitarios	105	1,53	,889
Total	243	1,64	,932

De nuevo nos encontramos con una tendencia en la cual conforme aumenta el nivel de estudios disminuye un efecto negativo determinado. En este caso es la incapacidad por dolor. A la par que aumenta en nivel educativo las limitaciones por dolor físico se reducen, siendo más frecuentes en personas con estudios primarios, seguidas por secundarios.

Los resultados obtenidos en la pregunta “necesidad de tratamiento médico” para llevar a cabo las actividades cotidianas se expone en la siguiente tabla:

Tabla 18. Necesidad de tratamiento médico por nivel de estudios.

	N	Media	Desviación típica
sin estudios	1	1,00	.
primaria	19	1,79	,918
secundaria	118	1,49	,793
universitarios	106	1,62	,889
Total	244	1,57	,846

Las personas con estudios secundarios son los que, de media, menos necesitan de tratamientos médicos para llevar a cabo las actividades de su vida diaria, seguidas de la población con estudios universitarios y, por último, aquéllas que alcanzaron el nivel de educación primaria.

El indicador “disfrute con la vida” se desarrolla en la siguiente tabla:

Tabla 19. Disfrute de la vida por nivel de estudios.

	N	Media	Desviación típica
sin estudios	1	1,00	.
primaria	19	4,00	1,054
secundaria	118	4,01	,606
universitarios	106	4,18	,566
Total	244	4,07	,666

Resulta evidente aquí también la existencia de cierta relación de proporcionalidad directa: conforme aumenta el nivel de estudios, también lo hace el disfrute con la vida. Aun es más, en el caso de las personas con estudios de secundaria y universitarios, la desviación

típica presenta valores relativamente bajos, lo que refleja poca dispersión y, por tanto, una mayor fiabilidad.

El “sentido de la vida” es un aspecto que también se incluye en el *WHOQOL*:

Tabla 20. Sentido de la vida por nivel de estudios.

	N	Media	Desviación típica
sin estudios	1	1,00	.
primaria	19	4,00	1,000
secundaria	118	3,87	,768
universitarios	106	4,19	,745
Total	244	4,01	,811

La población universitaria es la que declara con más frecuencia una alta valoración al sentido de la vida, seguida de la de estudios de primaria y, finalmente, de secundaria.

El indicador “capacidad de concentración” se presenta en la siguiente tabla:

Tabla 21. Capacidad de concentración por nivel de estudios.

	N	Media	Desviación típica
sin estudios	1	1,00	.
primaria	19	2,84	1,119
secundaria	118	3,19	,830
universitarios	106	3,74	,747
Total	244	3,39	,885

Se puede apreciar una fuerte tendencia de aumento de la capacidad de la concentración conforme aumenta el nivel de estudios de la población: las personas con estudios universitarios se sitúan en primer lugar, seguidos de aquéllas con estudios secundarios y, finalmente, las de estudios de educación primaria.

La “seguridad ante la vida diaria” es un indicador que sigue pautas similares al anterior:

Tabla 22. Seguridad ante la vida diaria por nivel de estudios.

	N	Media	Desviación típica
sin estudios	1	1,00	.
primaria	19	3,53	1,073
secundaria	118	3,66	,669
universitarios	106	3,69	,785
Total	244	3,65	,774

Conforme aumenta el nivel de estudios también lo hace la seguridad ante la vida diaria, posicionándose en primer lugar, por tanto, la población con estudios universitarios, seguida de aquélla con estudios de secundaria y de primaria.

La “salubridad del ambiente físico” queda reflejado en la siguiente tabla:

Tabla 23. Salubridad del ambiente físico por nivel de estudios.

	N	Media	Desviación típica
sin estudios	1	1,00	.
primaria	19	3,84	1,015
secundaria	118	3,59	,731
universitarios	106	3,71	,717
Total	244	3,65	,768

A priori parece no seguir ningún patrón. La población con estudios de educación primaria es la que declara una mayor satisfacción con la salubridad del ambiente físico, seguida de la población universitaria y de aquélla con estudios de educación secundaria.

La “energía suficiente para la vida diaria” ocupa el indicador número décimo tercero:



Tabla 24. Energía suficiente para la vida diaria por nivel de estudios.

	N	Media	Desviación típica
sin estudios	1	1,00	.
primaria	19	4,00	1,202
secundaria	118	4,02	,827
universitarios	107	4,08	,715
Total	245	4,03	,834

Se puede observar cierta tendencia de aumento de la energía conforme aumenta el nivel de estudios, pese a que dicho aumento es relativamente leve.

La “aceptación de la apariencia física” es una cuestión que se encuentra ligada a la salud mental:

Tabla 25. Aceptación de la apariencia física por nivel de estudios.

	N	Media	Desviación típica
sin estudios	1	1,00	.
primaria	19	3,95	,911
secundaria	118	4,06	,880
universitarios	107	4,07	,832
Total	245	4,04	,879

De nuevo, se puede observar una tendencia en la que, conforme aumenta el nivel de estudios, aumenta la satisfacción/aceptación de la apariencia física, aunque las diferencias sean, en ocasiones, muy leves, como es el caso del pequeño salto cuantitativo entre estudios universitarios y de educación secundaria, que les separa un 0,01 de media.

El indicador “disponibilidad de suficiente dinero” se desarrolla en la siguiente tabla:

Tabla 26. Disponibilidad de suficiente dinero por nivel de estudios.

	N	Media	Desviación típica
sin estudios	1	1,00	.
primaria	19	3,63	1,165
secundaria	118	3,50	,903
universitarios	107	3,81	,837
Total	245	3,64	,920

La disponibilidad de dinero no parece seguir un patrón explícito según estos datos. La población con estudios universitarios aparece como la más satisfecha en este sentido, seguida de aquélla con estudios primarios y, finalmente, secundarios.

Además del dinero, otra cuestión importante es la “disponibilidad de suficiente información” para manejarse en su cotidianidad:

Tabla 27. Disponibilidad de suficiente información por nivel de estudios.

	N	Media	Desviación típica
sin estudios	1	1,00	.
primaria	19	3,95	,848
secundaria	118	3,80	,801
universitarios	107	3,93	,691
Total	245	3,86	,779

La media sigue una dinámica similar a la disponibilidad de dinero, resaltando que la brecha entre las poblaciones con diferentes niveles educativos es menor y que es la población con estudios primarios la que se encuentra en primer lugar, muy poco por delante de aquélla con estudios universitarios.

El tiempo o la “ocasión de realizar actividades de ocio es una parte importante de la esfera privada:

Tabla 28. Ocasión de realizar actividades de ocio por nivel de estudios.

	N	Media	Desviación típica
sin estudios	1	1,00	.
primaria	19	3,89	1,049
secundaria	117	3,50	,857
universitarios	107	3,94	,763
Total	244	3,72	,874

Como se puede observar, muchas de las dinámicas se repiten, especialmente en torno a la dispersión y a la desviación típica. En este caso, es la población con estudios universitarios la que declara mayor satisfacción con la ocasión de realizar actividades de ocio, seguida por aquélla con estudios de educación primaria y, finalmente, secundaria.

La capacidad de desplazamiento se desarrolla en la siguiente tabla:

Tabla 29. Capacidad de desplazamiento por nivel de estudios.

	N	Media	Desviación típica
sin estudios	1	5,00	.
primaria	19	4,11	,994
secundaria	116	3,97	,899
universitarios	106	4,23	,831
Total	242	4,10	,882

Las personas con estudios universitarios son los que más satisfechos se declaran con su capacidad de desplazamiento, por delante de las que tienen estudios primarios y secundarios, es ese orden. La desviación típica disminuye conforme aumenta el nivel de estudios.

La “satisfacción con su sueño” es un importante indicador de la salud física y mental:

Tabla 30. Satisfacción con su sueño por nivel de estudios.

	N	Media	Desviación típica
sin estudios	1	1,00	.
primaria	19	3,05	1,079
secundaria	116	3,59	,895
universitarios	107	3,54	,893
Total	243	3,51	,929

La población con estudios secundarios declara una mayor satisfacción con su sueño, seguidos muy de cerca por aquella con estudios universitarios y, con una mayor diferencia, por las personas con educación primaria.

Los resultados obtenidos con la pregunta la “satisfacción con la habilidad para realizar actividades” se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 31. Satisfacción con la habilidad para realizar actividades por nivel de estudios.

	N	Media	Desviación típica
sin estudios	1	1,00	.
primaria	19	3,58	,961
secundaria	117	3,73	,678
universitarios	107	3,81	,689
Total	244	3,74	,728

Se puede apreciar una marcada tendencia al aumento de la satisfacción con la habilidad para realizar actividades conforme aumenta el nivel de estudios.

A continuación se presentan los datos relativos a la “satisfacción con la capacidad de trabajo”:

Tabla 32. Satisfacción con la capacidad de trabajo.

	N	Media	Desviación típica
sin estudios	1	1,00	.
primaria	19	3,11	1,150
secundaria	117	3,52	,761
universitarios	107	3,82	,799
Total	244	3,61	,851

En este caso la dinámica es prácticamente la misma a la del caso anterior: aumento directamente proporcional de la satisfacción de capacidad de trabajo respecto al nivel de estudios.

La “satisfacción con uno mismo” es un indicador relacionado con la salud mental:

Tabla 33. Satisfacción con uno mismo por nivel de estudios.

	N	Media	Desviación típica
sin estudios	1	1,00	.
primaria	19	4,00	,882
secundaria	117	3,79	,808
universitarios	107	4,05	,757
Total	244	3,91	,819

La población satisfecha en mayor medida con uno mismo es aquélla con estudios universitarios, seguida de la que tiene estudios de educación primaria y, finalmente, de educación secundaria.

La “satisfacción con las relaciones personales” suponen una cuestión fundamental en el ámbito social de la salud:

Tabla 34. Satisfacción con sus relaciones personales por nivel de estudios.

	N	Media	Desviación típica
sin estudios	1	1,00	.
primaria	18	3,61	1,145
secundaria	115	3,91	,884
universitarios	107	4,17	,720
Total	241	3,99	,871

Se puede observar una fuerte tendencia de aumento de la satisfacción con las relaciones sociales conforme aumenta el nivel de estudios.

La “satisfacción con la vida sexual” es el siguiente indicador:

Tabla 35. Satisfacción con su vida sexual por nivel de estudios.

	N	Media	Desviación típica
sin estudios	1	1,00	.
primaria	16	3,44	1,153
secundaria	107	3,51	1,076
universitarios	106	3,97	,867
Total	230	3,71	1,027

Conforme aumenta el nivel de estudios, aumenta la satisfacción con la vida sexual. Cabe resaltar el salto cuantitativo que se produce entre las personas con estudios secundarios y universitarios: mientras secundaria y primaria están separados por 0,07 puntos de diferencia, universitarios y secundaria lo están por 0,46 puntos.

La “satisfacción con el apoyo de sus amigos” es otro de los indicadores de salud social:

Tabla 36. Satisfacción con el apoyo de sus amigos por nivel de estudios.

	N	Media	Desviación típica
sin estudios	1	1,00	.
primaria	19	3,89	,994
secundaria	115	4,11	,792
universitarios	107	4,11	,756
Total	242	4,08	,816

En este caso, tanto la población con estudios de educación secundaria como universitarios declaran amplia satisfacción, por encima de las personas con estudios de educación primaria.

La “satisfacción con el lugar donde se vive” es uno de los indicadores de la salud ambiental:

Tabla 37. Satisfacción con el lugar donde vive por nivel de estudios.

	N	Media	Desviación típica
sin estudios	1	1,00	.
primaria	19	4,05	,970
secundaria	115	4,05	,907
universitarios	107	3,99	,830
Total	242	4,01	,895

El grado de satisfacción a este respecto es bastante similar según los tres grupos: las personas con educación primaria y secundaria comparten primer lugar, declarando bastante satisfacción, muy poco por delante (0,06 puntos) de la población con estudios universitarios.

En la siguiente tabla se presentan los datos relativos a la “satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios”:

Tabla 38. Satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios por nivel de estudios.

	N	Media	Desviación típica
sin estudios	1	1,00	.
primaria	18	3,83	,857
secundaria	117	3,45	,886
universitarios	107	3,64	,850
Total	243	3,56	,886

La población con estudios de educación primaria declara una mayor satisfacción, seguidos de las personas con estudios universitarios y de secundaria.

La “satisfacción con el transporte” es también parte de los elementos de valoración ambiental:

Tabla 39. Satisfacción con el transporte por nivel de estudios.

	N	Media	Desviación típica
sin estudios	1	1,00	.
primaria	19	3,47	1,073
secundaria	116	3,41	,933
universitarios	107	3,41	,941
Total	243	3,41	,955

Aunque las personas con estudios de educación primaria son los que más satisfacción declaran, seguidos de aquellas de estudios secundarios y universitarios, la diferencia entre ellos es muy escasa (0,06 puntos), máxime cuando estas dos poblaciones comparten el segundo lugar. La desviación típica es elevada, especialmente entre las respuestas de la población con educación primaria y universitaria, lo que repercute en una menor fiabilidad.

El último indicador, la “frecuencia de sentimientos negativos”, es uno de los pocos ítems inversos en el cálculo del nivel de salud:

Estudiar importa: el nivel de estudios y la salud en la juventud



Tabla 40. Frecuencia de sentimientos negativos.

	N	Media	Desviación típica
sin estudios	1	1,00	.
primaria	19	2,42	,961
secundaria	117	2,29	,743
universitarios	107	2,29	,701
Total	244	2,30	,745

Se puede apreciar una tendencia a la disminución de los sentimientos negativos conforme aumenta el nivel de estudios, si bien es cierto que todos los grupos declaran tener pocos o muy pocos.

Con los datos obtenidos a partir de los ítems anteriores se construyen cuatro categorías compuestas por la suma de los indicadores determinados según el caso: salud física, psicológica, social y ambiental. De esta manera, y siguiendo la dinámica, tomando en consideración estos cuatro valores, se obtiene el nivel de salud total.

La siguiente tabla recoge los resultados los indicadores que constituyen la salud física:

Tabla 41. Salud física por nivel de estudios.

	N	Media	Desviación típica
sin estudios	1	19,00	.
primaria	19	26,32	4,522
secundaria	114	27,57	3,565
universitarios	104	28,24	3,302
Total	238	27,73	3,600

Se aprecian dos tendencias claras: conforme aumenta el nivel de estudios, aumenta el nivel de salud física; y conforme aumenta el nivel de estudios disminuye la desviación típica, reduciendo el grado de dispersión y confiriendo mayor fiabilidad a las respuestas.

A continuación se desarrollan los datos relativos a la salud mental:

Tabla 42. Salud mental por nivel de estudios.

	N	Media	Desviación típica
sin estudios	1	10,00	.
primaria	19	22,37	4,153
secundaria	116	22,60	2,922
universitarios	106	23,94	3,017
Total	242	23,12	3,242

De la misma manera que en la salud física, la salud mental es mayor cuanto mayor es el nivel de estudios, existiendo un importante salto cuantitativo entre personas con estudios secundarios y universitarios (de 1,34 puntos, respecto al salto entre primaria y secundaria, de 0,23 puntos). Respecto a la desviación típica, es alta en el caso de las personas cuyo nivel educativo es de educación primaria. Las cifras relativas a la población de nivel educativo de secundaria o universidad son similares, aunque levemente menores en el caso del primer grupo.

Las relaciones sociales se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 43. Relaciones sociales por nivel de estudios.

	N	Media	Desviación típica
sin estudios	1	3,00	.
primaria	16	10,63	2,446
secundaria	107	11,49	2,034
universitarios	106	12,25	1,906
Total	230	11,74	2,131

De nuevo, la tendencia existente se caracteriza por un aumento de la media conforme aumenta el nivel de estudios. O lo que es lo mismo, a un mayor nivel de estudios, mayor *salud social*. La desviación típica proyecta también una dinámica basada en el descenso de sus valores conforme aumenta el nivel de estudios. Es decir, de nuevo, el grado de

dispersión disminuye conforme aumenta el nivel de estudios, confiriendo una mayor fiabilidad a las respuestas planteadas por las personas con mayor nivel de estudios.

El último de los cuatro aspectos de la salud planteados por el *WHOQOL* es la salud ambiental:

Tabla 44. Salud ambiental por nivel de estudios.

	N	Media	Desviación típica
sin estudios	1	8,00	.
primaria	18	30,17	5,193
secundaria	115	28,97	4,022
universitarios	106	30,15	3,908
Total	240	29,49	4,317

Se trata del único ámbito de la salud en el que no se da la tendencia basada en el aumento de la salud conforme aumenta el nivel de estudios. La población con un nivel de estudios de educación primaria es la que demuestra estar más satisfecha con el entorno en el que viven, seguida muy de cerca por las personas con estudios universitarios (con una diferencia de tan sólo 0,02) y de aquéllas con estudios secundarios. Sin embargo, la desviación típica de las respuestas planteadas por las personas cuyo nivel educativo es de educación primaria es elevada, lo que conlleva un amplio grado de dispersión y, por ende, una menor fiabilidad de los datos.

La suma de las cuatro dimensiones *WHOQOLBREF* arroja los siguientes resultados:

Tabla 45. Suma de dimensiones por nivel de estudios.

	N	Media	Desviación típica
sin estudios	1	40,00	.
primaria	19	86,21	15,386
secundaria	117	88,25	12,327
universitarios	107	93,17	12,992
Total	244	90,05	13,454

El nivel de salud general sigue una clara y fuerte tendencia a ser mayor conforme aumenta el nivel de estudios de la población. La desviación típica, sin embargo, mantiene valores muy elevados en el caso de las personas con un nivel educativo de educación primaria, con todo lo que ello conlleva. Mientras, este dato, en relación a las poblaciones con estudios secundarios y universitarios, es más moderado, existiendo una diferencia remarcable entre ambos: el menor grado de dispersión (y por tanto mayor fiabilidad) se da en las respuestas de las personas con estudios secundarios.

#### 4.3.2. Análisis inferencial

A continuación se presenta el análisis inferencial de los datos, que consta de una comparación de las medias obtenidas, las cuales reflejan diferencias significativas estadísticamente hablando. Se trabajan primero los datos relativos a la relación con la situación económica en función de los estudios, y, posteriormente, el *WHOQHOL*, de forma general primero y en base al sexo después. A diferencia del análisis descriptivo, aquí sí se ha eliminado el único caso que declaraba no tener estudios en el cruce por la variable sexo, ya que su presencia podría haber distorsionado los resultados. Las tablas completas se pueden encontrar en el anexo II.

Para que se pueda hablar de diferencias estadísticas significativas entre grupos, el nivel de significación (Sig. en las tablas) ha de ser menor de 0,05. Es decir, en los indicadores cuyo nivel de significación es mayor de 0,05 se podría concluir, en base a los datos arrojados, que el nivel de estudios no influye en los mismos.

La siguiente tabla presenta el análisis de varianza de la actividad económica en base al nivel de estudios:

Tabla 46. Análisis de varianza de la actividad económica en función del nivel de estudios.

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	11,409	4	2,852	7,743	,000**
Intra-grupos	88,403	240	,368		
Total	99,812	244			

P= \*0,05; P= \*\*0,01

El nivel de significación que se desprende del análisis de varianza refleja que existen diferencias significativas estadísticamente hablando a este respecto.

Tabla 47. Test de Tukey: situación en relación con la actividad económica por nivel de estudios..

(I) situación en relación con la actividad económica	(J) situación en relación con la actividad económica	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
trabaja por cuenta propia	trabaja por cuenta ajena	-,343	,167	,244
	parado/desempleado	,433	,227	,315
	estudiante	-,269	,160	,449
	labores del hogar	1,125	,455	,101
trabaja por cuenta ajena	trabaja por cuenta propia	,343	,167	,244
	parado/desempleado	<b>,775*</b>	,182	,000**
	estudiante	,073	,086	,915
	labores del hogar	<b>1,468*</b>	,435	,008**
parado/desempleado	trabaja por cuenta propia	-,433	,227	,315
	trabaja por cuenta ajena	<b>-,775*</b>	,182	,000**
	estudiante	<b>-,702*</b>	,176	,001**
	labores del hogar	,692	,461	,562
estudiante	trabaja por cuenta propia	,269	,160	,449
	trabaja por cuenta ajena	-,073	,086	,915
	parado/desempleado	<b>,702*</b>	,176	,001**
	labores del hogar	<b>1,394*</b>	,432	,012*
labores del hogar	trabaja por cuenta propia	-1,125	,455	,101
	trabaja por cuenta ajena	<b>-1,468*</b>	,435	,008**
	parado/desempleado	-,692	,461	,562
	estudiante	<b>-1,394*</b>	,432	,012*

P= \*0,05; P= \*\*0,01

En este caso el test de Tukey es significativo, reflejando que los que trabajan por cuenta ajena tienen un nivel de estudios superior que los parados y los que se dedican a las labores del hogar. Los chicos y chicas desempleadas del barrio tienen un nivel de estudios menor que los que trabajan por cuenta ajena y los estudiantes. Finalmente, cabe destacar que los estudiantes han avanzado más en el sistema educativo que los desempleados y dedicados a las labores del hogar. En relación a las personas que se dedican a las tareas del hogar, éstas presentan una situación peor posicionada en cuanto a estudios en relación a los trabajadores por cuenta ajena y los estudiantes.

La siguiente tabla nos muestra los resultados obtenidos con el análisis de varianza en función de la calidad de vida relacionada con la salud:

Tabla 48. Análisis de varianza por nivel de estudios. Indicadores significativos de calidad de vida relacionada con la salud.

		Suma de		Media		
		cuadrados	gl	cuadrática	F	Sig.
sentido de la vida	Inter-grupos	5,577	2	2,789	4,606	,011*
	Intra-grupos	145,320	240	,605		
	Total	150,897	242			
capacidad de concentración	Inter-grupos	22,830	2	11,415	16,948	,000**
	Intra-grupos	161,647	240	,674		
	Total	184,477	242			
disponibilidad de suficiente dinero	Inter-grupos	5,506	2	2,753	3,417	,034*
	Intra-grupos	194,183	241	,806		
	Total	199,689	243			
ocasión de realizar actividades de ocio	Inter-grupos	11,373	2	5,687	8,187	,000**
	Intra-grupos	166,701	240	,695		
	Total	178,074	242			
satisfacción con la capacidad de trabajo	Inter-grupos	10,557	2	5,278	7,987	,000**
	Intra-grupos	158,612	240	,661		
	Total	169,169	242			
satisfacción con uno mismo	Inter-grupos	3,929	2	1,965	3,135	,045*
	Intra-grupos	150,424	240	,627		
	Total	154,354	242			
satisfacción con sus relaciones personales	Inter-grupos	6,616	2	3,308	4,712	,010*
	Intra-grupos	166,380	237	,702		
	Total	172,996	239			
satisfacción con su vida sexual	Inter-grupos	12,532	2	6,266	6,391	,002**
	Intra-grupos	221,582	226	,980		
	Total	234,114	228			

P= \*0,05; P= \*\*0,01

De esta manera, los indicadores en los que tener estudios o no parece influir, según los resultados de esta investigación, son: el sentimiento de la vida, la capacidad de concentración, la disponibilidad de suficiente dinero, la ocasión de realizar actividades de ocio, la satisfacción con la capacidad de trabajo, la satisfacción con uno mismo, la satisfacción con sus relaciones personales y la satisfacción con su vida personal. Para conocer entre qué grupos y de qué manera se producen las diferencias significativas es necesario realizar lo que se denomina test *post hoc*. Sin embargo, la aplicación del test *post hoc* Tukey no ha arrojado resultados estadísticamente significativos.

Si realizamos el análisis de varianza considerando el sexo podemos observar resultados diferenciados entre hombres y mujeres. De la misma manera, en la siguiente tabla se reflejan aquellos indicadores que sí se ven influenciados por el nivel de estudios, ya que poseen un nivel de significación menor o igual a 0,05.

Tabla 49. Análisis de varianza por nivel de estudios en hombres. Indicadores significativos de calidad de vida relacionada con la salud.

		Suma de		Media		
		cuadrados	gl	cuadrática	F	Sig.
medicamentos en las últimas dos semanas	Inter-grupos	1,241	2	,621	3,303	,040*
	Intra-grupos	22,365	119	,188		
	Total	23,607	121			
calidad de vida	Inter-grupos	3,073	2	1,536	3,379	,037*
	Intra-grupos	54,108	119	,455		
	Total	57,180	121			
capacidad de concentración	Inter-grupos	10,156	2	5,078	6,719	,002**
	Intra-grupos	89,183	118	,756		
	Total	99,339	120			
ocasión de realizar actividades de ocio	Inter-grupos	4,666	2	2,333	3,092	,049*
	Intra-grupos	89,793	119	,755		
	Total	94,459	121			
satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios	Inter-grupos	6,073	2	3,036	4,243	,017*
	Intra-grupos	84,440	118	,716		
	Total	90,512	120			

P= \*0,05; P= \*\*0,01

Así, se pueden apreciar diferencias estadísticas significativas, o lo que es lo mismo, se demuestra que el nivel de estudios influye, en el caso de los hombres, en: el consumo de medicamentos, la calidad de vida, la capacidad de concentración, la ocasión de realizar actividades de ocio y en la satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios.

En lo relativo a las mujeres, la siguiente tabla arroja los datos relativos a los indicadores que sí se ven influenciados por el nivel de estudios, dando lugar a diferencias estadísticas significativas:

Tabla 50. Análisis de varianza por nivel de estudios en mujeres. Indicadores significativos de calidad de vida relacionada con la salud.

		Suma de		Media		
		cuadrados	gl	cuadrática	F	Sig.
necesidad de tratamiento médico	Inter-grupos	5,020	2	2,510	3,811	,025*
	Intra-grupos	77,724	118	,659		
	Total	82,744	120			
sentido de la vida	Inter-grupos	9,100	2	4,550	8,731	,000**
	Intra-grupos	61,495	118	,521		
	Total	70,595	120			
capacidad de concentración	Inter-grupos	12,826	2	6,413	10,491	,000**
	Intra-grupos	72,132	118	,611		
	Total	84,959	120			
seguridad ante la vida diaria	Inter-grupos	7,186	2	3,593	6,955	,001**
	Intra-grupos	60,962	118	,517		
	Total	68,149	120			
ocasión de realizar actividades de ocio	Inter-grupos	6,649	2	3,325	5,153	,007**
	Intra-grupos	76,128	118	,645		
	Total	82,777	120			
satisfacción con su sueño	Inter-grupos	10,670	2	5,335	7,067	,001**
	Intra-grupos	88,322	117	,755		
	Total	98,992	119			
satisfacción con la capacidad de trabajo	Inter-grupos	10,394	2	5,197	9,040	,000**
	Intra-grupos	67,838	118	,575		
	Total	78,231	120			
satisfacción con uno mismo	Inter-grupos	6,711	2	3,355	5,438	,006**
	Intra-grupos	72,810	118	,617		
	Total	79,521	120			
satisfacción con sus relaciones personales	Inter-grupos	7,955	2	3,978	5,708	,004**
	Intra-grupos	80,835	116	,697		
	Total	88,790	118			
satisfacción con su vida sexual	Inter-grupos	10,844	2	5,422	6,615	,002**
	Intra-grupos	88,525	108	,820		
	Total	99,369	110			

P= \*0,05; P= \*\*0,01

Los datos expuestos evidencian que, en el caso de las mujeres, se producen diferencias estadísticas significativas en los siguientes indicadores: necesidad de tratamiento médico, sentido de la vida, capacidad de concentración, seguridad ante la vida diaria, ocasión de realizar actividades de ocio, satisfacción con su sueño, satisfacción con la capacidad de



trabajo, satisfacción con uno mismo, satisfacción con sus relaciones personales y satisfacción con su vida sexual. Es decir, los datos estadísticos demuestran que, en mujeres, tener o no estudios influye en los indicadores mencionados, al tener un nivel de significación menor o igual a 0,05.

En la siguiente tabla se compara, a modo de resumen, aquellos indicadores en los que existen diferencias estadísticas significativas por sexo:

Tabla 51. Tabla comparativa de indicadores significativos y no significativos por sexo y nivel de estudios en relación a la calidad de vida relacionada con la salud.

Indicador	Hombres		Mujeres	
	Es significativo	$\bar{X}$	Es significativo	$\bar{X}$
Diagnóstico de servicio médico	✗	1,82	✗	1,75
Medicamentos en las últimas dos semanas	✓	1,74	✗	1,53
Calidad de vida	✓	4,08	✗	3,91
Satisfacción con la salud	✗	3,96	✗	3,93
Incapacidad por el dolor	✗	1,43	✗	1,85
Necesidad de tratamiento médico	✗	1,54	✓	1,61
Disfrute de la vida	✗	4,13	✗	4,03
Sentido de la vida	✗	4,10	✓	3,94
Capacidad de concentración	✓	3,41	✓	3,39
Seguridad ante la vida diaria	✗	3,79	✓	3,53
Salubridad del ambiente físico	✗	3,71	✗	3,61
Energía suficiente para la vida diaria	✗	4,18	✗	3,91
Aceptación de la apariencia física	✗	4,24	✗	3,88
Disponibilidad de suficiente dinero	✗	3,69	✗	3,61
Disponibilidad de suficiente información	✗	3,99	✗	3,75
Ocasión de realizar actividades de ocio	✓	3,79	✓	3,67
Capacidad de desplazamiento	✗	4,02	✗	4,17
Satisfacción con su sueño	✗	3,46	✓	3,59
Satisfacción con la habilidad para realizar actividades	✗	3,78	✗	3,73
Satisfacción con la capacidad de trabajo	✗	3,73	✓	3,51
Satisfacción con uno mismo	✗	4,07	✓	3,77
Satisfacción con sus relaciones personales	✗	4,11	✓	3,90
Satisfacción con su vida sexual	✗	3,67	✓	3,77
Satisfacción con el apoyo de sus amigos	✗	4,13	✗	4,06
Satisfacción con el lugar donde vive	✗	4,04	✗	4,01
Satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios	✓	3,62	✗	3,51
Satisfacción con el transporte	✗	3,50	✗	3,34
Frecuencia de sentimientos negativos	✗	2,16	✗	2,44

#### 4.4. Fuentes de mejora de la salud

Las fuentes de mejora de la salud es la única pregunta abierta con la que se trabaja en este estudio. Consiste en aportar propuestas sobre cómo se podría mejorar la propia salud dependiendo del criterio personal de cada una de las personas entrevistadas. Esta información se presenta en la siguiente tabla:

Tabla 52. Frecuencias de fuentes de mejora de la salud.

Categorías	Ejemplo	Frecuencia	Porcentaje
Deporte	“Hacer más deporte”	52	22,2%
	“Hacer un poco de ejercicio físico”		
Cuidarse	“Ir de viaje”	52	20,8%
	“Hacer reposo y prevenir”		
	“Trabajar menos horas”		
Dieta	“Controlarse en comidas y bebidas”	45	18%
	“Perder kilos”		
	“Comer menos dulces”		
Sociales	“Hacer cosas que gustan hacer”	14	5,6%
	“Tener el ánimo alegre”		
	“Tener una vida activa y productiva”		
Tabaco, alcohol, café	“Fumar menos”	8	3,2%
	“Dejar de fumar”		
	“Beber menos y consumir menos café”		
Sueño	“Dormir las horas correspondientes”	3	1,2%
	“Dormir más horas”		
Total respuestas		174	71%
No sabe/No contesta		71	29%
Total		245	100%

Del total de personas entrevistadas sólo el 71%, 174 de las mismas, han proporcionado una respuesta. En primer lugar, con un 22,2% aparece el “deporte” como fuente de mejora

de la salud. O lo que es lo mismo, unas pautas de vida más alejadas de la vida sedentaria y aumentando la actividad física. Le sigue “cuidarse”, que, con 20,08%, parece hacer referencia a cuestiones relacionadas con el descanso tanto físico como mental: ir de viaje, hacer reposo y prevenir, trabajar menos horas, etc. Por detrás aparece la “dieta” con un 18% de las respuestas, aludiendo a un menor abuso de comidas y bebidas y reducir el consumo de determinados alimentos como los dulces. Con una frecuencia menor se sitúa la categoría “sociales”, referida elementos más ligados a la salud mental como tener un ánimo positivo o realizar actividades gratificantes, con un 5,6%. Reducir o suprimir el consumo de “tabaco, alcohol y café” le sigue con un 3,2%. La última fuente de mejora de la salud que plantean los jóvenes del barrio de Casablanca tiene que ver con el “sueño”, suponiendo el 1,2% de las respuestas.



## 5. Conclusiones

De los tres elementos centrales que han sido analizados: la salud objetiva, subjetiva, las fuentes de mejora de la misma y su relación con el nivel educativo, se pueden extraer una serie de conclusiones en base a lo planteado en el marco teórico.

Los niveles de salud objetiva de los jóvenes en relación al sexo, especialmente las cuestiones relativas a los diagnósticos y al consumo de medicamentos, pueden explicarse a través de los roles de género o de los patrones existentes según la literatura científica que se mencionan en el apartado 2.2.1.1.

Por ejemplo, en cuanto a los diagnósticos, nos encontramos con que, en las chicas de Casablanca, éstos son más frecuentes que en los chicos, tanto en términos absolutos como porcentuales (58 casos, un 47% en mujeres, respecto a 32 en hombres, un 26%).

El hecho de que en las mujeres la morbilidad sea más elevada que en los hombres puede explicar en parte esta cuestión. De aquí se desprendería también que el consumo de medicamentos sea también mayor en mujeres que en hombres (de nuevo, tanto en valores absolutos como relativos).

Que los hombres tiendan a no manifestar sus problemas de salud para proyectar una imagen de virilidad, mientras que las mujeres no necesitan crear ese tipo de imagen, puede influir en los resultados. Llama la atención cómo estos estereotipos de género se incorporan en las personas, en edades tempranas como la adolescencia y la juventud.

Del mismo modo, se da un mayor consumo de medicamentos en mujeres, y esto se puede deber a la prescripción de medicinas de consumo regular que no necesariamente combaten una enfermedad. Un ejemplo sería el caso de los anticonceptivos. Este resultado también podría explicarse a través de las propias prácticas diferenciales en la prescripción de medicamentos por parte de los profesionales sanitarios (tranquilizantes, antidepresivos, entre otros).

Si consideramos la salud objetiva a partir del nivel de estudios, las explicaciones más plausibles giran en torno al credencialismo y a la adquisición de conocimientos y habilidades adquiridas a través de la educación no formal.

El hecho de que la frecuencia de los diagnósticos sea mayor en personas con estudios (secundaria y universitarios, 1,79 de media respecto al 1,68 de las personas con educación primaria) bien puede ser debido a esos conocimientos, habilidades y mejor acceso a la información. Como se planteaba anteriormente, personas con mayor nivel de

estudios son más propensos a interiorizar los mensajes sobre mejoras de la salud, entre los que se encuentra la importancia de visitar la consulta cuando existe un problema de salud, por mínimo que sea. Este comportamiento está muy relacionado con las pautas de prevención. Precisamente estas actitudes preventivas contribuyen a explicar que, a mayor nivel de estudios, menor consumo de medicamentos.

Los resultados que se desprenden del *WHOQOL* versión *brief*, muestran que conforme aumenta el nivel de estudios, también lo hace la calidad de vida relacionada con la salud.

La tendencia refleja un claro aumento de la calidad de vida relacionada con la salud conforme aumenta el nivel de estudios, a excepción de la salud relacionada con el ambiente, en la cual son los jóvenes con estudios de educación secundaria los que registran valores más bajos. Cada una de estas dimensiones está conformada por unos indicadores determinados. Estos resultados se pueden explicar en base a los diversos marcos teóricos expuestos.

Indicadores como: la satisfacción con la salud, que aumenta conforme lo hace el nivel de estudios; la disponibilidad de información (3,95, 3,80 y 3,93 para estudios de primaria, secundaria y universitarios, respectivamente); etc. se pueden abordar desde el modelo materialista, por ejemplo.

El acceso diferenciado a un estatus socioeconómico que nace de la posesión o no de reconocimiento por parte del sistema educativo puede darnos razones de porqué la población menor de 30 años con estudios universitarios posee un mayor nivel de salud. Esto es, relativo a la educación formal. Conforme aumenta el nivel de la titulación también lo hacen factores como la empleabilidad, la seguridad, el acceso a puestos de empleo con mejores condiciones y, en general, a un estatus socioeconómico más alto. Además, esto reduce potencialmente la exposición a elementos negativos para la salud.

Por el contrario, la población que no se encuentra en posesión de una acreditación académica o ésta es de bajo nivel presenta un menor acceso a los recursos planteados. Es decir, la consecución de logros en el sistema educativo formal crea una brecha entre la población que puede adquirirlos y la que no, dando lugar a una exposición diferenciada a los elementos de riesgo y, por tanto, produciendo desigualdades en salud como la que muestran los resultados de este estudio.

Pongamos un ejemplo: una persona con mayor nivel de estudios tiene acceso a un puesto más cualificado, menos estresante y mejor remunerado. Los beneficios que proporciona una mayor disponibilidad de dinero, junto a un empleo que no es perjudicial para la propia salud, puede ser determinante a la hora de declarar que la satisfacción con su salud es “muy buena”.

La teoría de las dinámicas de influencia en la salud del nivel de estudios de los jóvenes también ayuda a entender las relaciones que se desprenden del análisis de datos. Especialmente las habilidades y conocimientos que afectan decisivamente en la interiorización de los mensajes relacionados con la salud. Esta sensibilización puede afectar profundamente, por ejemplo, en la información disponible por las personas (recordemos: 3,95, 3,80 y 3,93 para estudios de primaria, secundaria y universitarios, respectivamente). Bien es cierto que, en el caso de las personas muy jóvenes, este tipo de cuestiones se transmiten en círculos de socialización y educación informal, principalmente en la familia.

Entre otros factores, disponer de la energía necesaria para el día a día puede verse condicionado por los conocimientos sobre lo positivo de una dieta sana y equilibrada y dormir las horas correspondientes. En definitiva, dichas habilidades y conocimientos ayudan a evitar conductas de riesgo como llevar una dieta de baja calidad o un ritmo de vida sedentario, y a seguir aquéllas que reporten efectos positivos, teniendo consecuencias directas en los niveles de salud.

El mayor nivel de salud de las personas jóvenes con estudios universitarios puede responder también a los diversos aprendizajes llevados a cabo en los diferentes contextos en los que se desarrollan. O lo que es lo mismo, a los procesos de educación informal. Sabemos que los círculos en los que se desenvuelven y socializan las personas con estudios tienden a caracterizarse por un mayor capital económico, social y cultural, lo que repercute en unos conocimientos y habilidades que posibilitan una menor exposición a elementos de riesgo para la salud. Cuestión que influye positivamente en ésta y, por lo tanto, en la calidad de vida.

En cualquier caso, no se puede considerar que por tener un elevado nivel de estudios no vayan a darse problemas de salud. Por ejemplo, siguiendo a Cockerham (2002), existen dolencias asociadas a la relación del individuo con su posición social, que sigue afectando por muy alto que sea el nivel de estudios alcanzado. Tampoco se puede obviar que cada individuo puede presentar vulnerabilidades específicas a sufrir problemas de salud. La diferencia radica en la probabilidad de que aparezcan y se traten adecuadamente en base a las desigualdades en salud y a cuestiones biológicas.

El análisis inferencial nos proporciona información sobre en qué indicadores se dan diferencias estadísticas significativas en las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud y el nivel de estudios en los jóvenes de Casablanca.

Resulta interesante cómo, en términos generales, dichas diferencias significativas están relacionadas con el acceso a determinadas ventajas que aporta la formación. La capacidad de concentración, por ejemplo, puede ser consecuencia directa de haber estudiado, es decir, de haberse entrenado en este sentido. Cuestiones como la disponibilidad de suficiente dinero y de tiempo para el ocio vienen dadas, probablemente, por las mejores condiciones de los empleos a los que otorga acceso estar en posesión de un título superior. En lo relativo a la satisfacción con la capacidad de trabajo, que aumenta conforme lo hace el nivel de estudios, quizá se pueda hablar de una valoración más positiva de los trabajos de *cuello blanco* que suelen tener las personas con estudios, en detrimento de aquéllos de *cuello azul*.

Si realizamos este análisis por sexo, podemos observar algunas diferencias estadísticas significativas. La capacidad de concentración y la posibilidad de realizar actividades de ocio son elementos compartidos entre chicos y chicas, pero otros indicadores de calidad de vida no lo son: la necesidad de tratamiento médico, el sentido de la vida, la seguridad ante la vida diaria, la satisfacción con el sueño, con la capacidad de trabajo, con una misma, con las relaciones personales y con la vida sexual aparecen sólo en las mujeres; mientras, el consumo de medicamentos, calidad de vida, y la satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios son significativos sólo en hombres. Así, estas diferencias invitan a pensar que quedan todavía líneas abiertas de investigación en materia de roles de género.

Respecto a las fuentes de mejora de la salud planteadas por los jóvenes se puede concluir que éstas se basan, en su mayoría, en la interiorización de los mensajes dirigidos a la prevención y a la mejora de la salud.

Hábitos como realizar deporte o evitar el sedentarismo, dedicarle un mayor cuidado a la dieta, la reducción o la eliminación del consumo de alcohol, tabaco y café y mejorar la calidad del sueño, bases de la prevención, suelen estar relacionados con grupos socioeconómicos más elevados, tal y como apunta Cockerham (2002). La población con un mayor nivel de estudios suele ser más sensible a este tipo de mensajes relacionados



con el cuidado de la salud y la prevención. También lo son los jóvenes que socializan en grupos de este tipo.

La categoría que hace alusión a “cuidarse” parece bastante relacionada con la salud mental y la necesidad de descansos para evitar estrés, sobrecargas y otros problemas similares. Esto se encontraría vinculado con las circunstancias psicosociales derivadas del ámbito laboral y estudiantil, las dos principales ocupaciones de los jóvenes del barrio de Casablanca. Dicha cuestión se desprende de que diversas respuestas hagan referencia directa o indirecta a la ocupación: “reposar y cuidarse” y “trabajar menos horas”.

La última fuente de mejora que plantean las personas jóvenes entrevistadas se integra dentro de lo que podría denominarse salud social. Las redes comunitarias cobran aquí especial importancia, pues cuestiones como una “vida activa y productiva”, “hacer cosas que me gustan hacer” o “tener el ánimo alegre” suelen estar relacionadas con los entornos más primarios en los que se desenvuelven los jóvenes: familia, amigos y comunidad.

En síntesis, se puede concluir que, en gran medida, estas dinámicas se pueden explicar a través del credencialismo y de la educación informal y los conocimientos y habilidades que aporta. El hecho de estar en posesión de un determinado título posibilita el acceso a estratos socioeconómicos más altos; y la educación informal, en base a los conocimientos y habilidades que se dan en los diferentes ambientes y círculos propios de cada estrato. También es cierto el vínculo inverso. Las personas con más recursos socioeconómicos tienen más posibilidades de invertir en su educación.

Estas conclusiones han de ser matizadas por ciertos aspectos metodológicos como la desviación típica o el nivel de significación. La desviación típica, salvo contadas excepciones, arroja unos valores elevados en los jóvenes con un nivel de estudios de educación primaria. Conforme el nivel de estudios aumenta, la dispersión se reduce, pues decrece su valor. Así, en jóvenes con estudios universitarios estos valores suelen ser menores. Esto influye en la confianza y la fiabilidad con la que podemos interpretar las tendencias expuestas.

De aislar la edad del nivel educativo surgen una serie de inconvenientes, los cuales también repercuten en los resultados de este trabajo. Y es que no es lo mismo una persona de 15 años que de 29: la máxima titulación posible para una persona de 15 años puede ser, como máximo, la primaria o la secundaria; un joven de 29 años tiene una edad en la que perfectamente puede haber finalizado sus estudios universitarios. Este hecho, por tanto, puede sesgar los resultados obtenidos. A esto se le sumaría que los más

jóvenes adquieren el estatus socioeconómico de sus padres, por lo que podría darse el caso de encontrar personas con estudios de primaria, cuando en realidad pertenecen a estratos medios o altos, pero no han finalizado su recorrido académico.

Surgen de esta manera nuevas líneas de investigación. Sería interesante estudiar cómo afecta el nivel de estudios de los padres en los hijos. Como se comentaba en el ejemplo anterior, los jóvenes de menor edad no pueden haber alcanzado un reconocimiento como la titulación universitaria. Sin embargo, probablemente vivan en casa de sus padres, viéndose influenciados por sus estilos de vida y estatus socioeconómico, directamente relacionado con el nivel de estudios de los propios padres.

Además del nivel de estudios de los padres puede resultar de interés conocer el grado aspiracional de éstos. Es decir, la importancia que los padres, independientemente de su nivel de estudios, le den a que sus hijos estudien una carrera, así como la medida en que les orienten y motiven hacia la senda académica. Un factor muy relevante a este respecto sería analizar la influencia del sistema atribucional de cada uno de los progenitores en función del género de sus hijos y su impacto en las propias aspiraciones educativas y laborales de los jóvenes.

Otra línea a explorar sería profundizar en la perspectiva de género. Como ya se ha explicado, la existencia de diferencias estadísticas significativas entre hombres y mujeres invita a pensar que las diferencias de roles siguen vigentes. Según el sexo o el género las personas configuran su individualidad en torno a elementos diferentes, dando lugar a lo que Bourdieu catalogó como *hábitus de género*. *Hábitus* masculinos y femeninos generan y desarrollan, con casi toda probabilidad, diferencias tanto en lo relativo a la salud objetiva como a la salud subjetiva.

Una aproximación longitudinal a este fenómeno podría ser también muy reveladora, si bien es cierto que llevar a cabo este tipo de estudios necesita de la movilización de una gran cantidad de recursos.

Los resultados expuestos reflejan la necesidad de reflexionar e intervenir sobre determinadas políticas sociales. La Organización Mundial de la Salud, como hemos visto, cataloga la educación como un factor determinante a la hora de mejorar la salud de las personas. Ya no sólo en términos generales, sino que lo incluye como determinante social

de la salud en diversos proyectos, como el HIA (*Health Impact Assessment*<sup>11</sup>). Es por esta razón que la OMS plantea la educación como uno de los puntos fundamentales de la amplia mayoría de sus campos de actuación, pues es consciente de la importancia de las pautas preventivas que se adquieren en este proceso. Las ramas de actuación en las que forma parte la educación de forma decisiva abarcan desde la lucha contra la violencia de género<sup>12</sup> hasta la prevención específica del VIH<sup>13</sup>. En este sentido, a partir de los resultados obtenidos y las conclusiones que arrojan, las políticas sociales deberían enfocarse, desde una perspectiva amplia, en:

- Partir de la importancia de la formación en la salud de las personas y aumentar la igualdad de oportunidades para el acceso a la educación superior. En este sentido, las becas para estudiantes en situaciones socioeconómicas poco favorables, por ejemplo, se convierten en una herramienta fundamental. De esta manera se aumentaría el porcentaje de la población con estudios y, por tanto, con acceso a mejores empleos y servicios que repercutirían en una mejor salud y menor exposición a elementos nocivos para ésta.
- La educación informal es el otro frente de actuación. Los conocimientos y habilidades que se adquieren en determinados contextos de educación informal pueden ser diferentes. La tendencia general es que los contextos socioeconómicos bajos conllevan un déficit en educación en salud que aumenta la exposición a factores de riesgo y viceversa. Para corregir este tipo de desigualdades se presentan como una importante herramienta las campañas de prevención y de sensibilización en materia de educación de la salud. Esta vertiente abarcaría temas muy variados. Como se ejemplificaba anteriormente, la sensibilización puede discurrir en torno a la importancia de una dieta saludable, a la promoción de la actividad física y evitar o reducir el sedentarismo, la concienciación sobre los peligros del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, etc. El eje de esta vía de actuación es concienciar de lo negativo/positivo de según qué pautas y estilos de vida.

Se trata, por tanto, de llevar a cabo estrategias intersectoriales que, como frente común, tengan en cuenta la sanidad y la educación. En este caso, dado que la población objetivo son las personas jóvenes, la estrategia de programas focalizados podría resultar de interés. La Comisión de los Determinantes Sociales (2010) define esta estrategia como

---

<sup>11</sup> <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>

<sup>12</sup> [http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/GHSS\\_S.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/GHSS_S.pdf)

<sup>13</sup> [http://www.who.int/gender/violence/who\\_multicountry\\_study/summary\\_report/chapter6/es/](http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter6/es/)

*Targeted Programmes* (programas con una población objetivo concreta), los cuales se enmarcan en las actuaciones para luchar contra las inequidades en salud.

La misma Comisión, considerando dicha población objetivo, propone la de reducción de brechas. Esto se debe a que, en esencia, el objetivo es el de alcanzar la máxima equidad en términos de calidad de vida relacionada con la salud entre las personas jóvenes que no tienen estudios y las que si los tienen. En otras palabras, mejorar las condiciones materiales de las personas que se encuentran en desventaja, en este caso, debido a que no poseen los conocimientos y habilidades en salud para minimizar la exposición a factores de riesgo.

Por tanto, las políticas deberían primar la reducción de los determinantes estructurales que acentúan la desigualdad a través de la falta de educación en salud.

A nivel de políticas locales, la propuesta que se realiza a través del análisis de los resultados comunitarios es la siguiente: dinamizar la participación ciudadana en la gestión pública de la salud en el barrio. Se trataría de empoderar a la ciudadanía, desarrollando el rol de los consejos de salud que se encuentran en la base de la atención primaria. El ámbito local favorece la participación directa, pues hablamos de un espacio reducido en el que se involucrarían las instituciones más cercanas a los jóvenes: familias, cuadrillas, vecindarios, colegios, el centro de salud, etc. A su vez, se democratizarían las instituciones del barrio y permitiría la generación conjunta de redes de actuación.

Resultaría interesante también implicar a los jóvenes del barrio en un proyecto común de voluntariado, el cual aumentaría el capital social de la comunidad. Se trata, en síntesis, de mejorar las relaciones dentro del contexto del barrio de Casablanca, pues es en este tipo de ambientes donde “los procesos y redes de asistencia mutua, la circulación de la información relacionada con la salud y la promoción de comportamientos saludables se desarrollan adecuadamente” (Gil, Marcuello y Saz-Gil, 2015, 14).

## 6. Bibliografía

- Aguilar Palacio, Isabel; Carrera Lasfuentes, Patricia y Rabanaque, María José. (2014). Salud percibida y nivel educativo en España: tendencias por comunidades autónomas y sexo (2001-2012). Gaceta sanitaria: Órgano oficial de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Vol. 29 Nº 1 (37-43). 23 de febrero.
- Cockerham, W. C. (2002). Sociología de la medicina. Octava edición. Madrid: Prentice Hall.
- Darias Curvo, Sara (2010). Determinantes socioeconómicos y salud en Canarias: el caso de los factores de riesgo cardiovascular (Tesis doctoral). Universidad de la Laguna, Tenerife, España.
- Gentile, Giovanna (2013). Bienestar y calidad de vida relacionada con la salud de una muestra urbana de jóvenes (Tesis doctoral). Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España.
- Gil-Lacruz, A.I., Marcuello, C. y Saz-Gil, M.I. (2015). *Youth Volunteering in Countries in the European Union: Approximation to differences. Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 14, 1-15.
- Gil-Lacruz, M. (2015). Health-related quality of life in youth. Definition, dimensions and research difficulties. En M.A. Henning; C.U. Krägeloh y G.Wong-Toi (eds). *Student Motivation and Quality of Life in Higher Education*. London, Routledge, 2015, 73-81.
- Grupo de Investigación Bienestar y Capital Social. mayo de 2016, de Unizar Sitio web: <http://www.unizar.es/bycs/>
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. (2014). Nivel de Formación, Formación Permanente y Abandono: Explotación de las variables educativas de la Encuesta de Población Activa de Notas metodológicas. 15 de abril, de Gobierno de España Sitio web: [http://www.mecd.gob.es/dms/mecd/servicios-al-ciudadano-mecd/estadisticas/educacion/mercado-laboral/explotacion-de-las-variables/Y2015/Metodologia\\_2014.pdf](http://www.mecd.gob.es/dms/mecd/servicios-al-ciudadano-mecd/estadisticas/educacion/mercado-laboral/explotacion-de-las-variables/Y2015/Metodologia_2014.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud: Documentos básicos, suplemento de la 45a edición. 13 de abril, de OMS Sitio web: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2008). Informe de la secretaría de la comisión sobre determinantes sociales de la salud. No. EB124/9). Ginebra: OMS.

- Organización Mundial de la Salud. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. junio de 2016, de OMS Sitio web: [http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH\\_eng.pdf](http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf)
- Rodríguez Díaz, Inmaculada Concepción (2011). Análisis de la Clase Social como determinante de salud en la población adulta de Canarias (Tesis doctoral). Universidad de la Laguna, Tenerife, España.
- Souto Camba, Sonia (2012). Percepción de la salud: determinantes sociales en la atención primaria (Tesis doctoral). Universidad de A Coruña, La Coruña, España.
- UNESCO. (2013). Clasificación Internacional Normalizada de Educación. 15 de abril, de UN Sitio web: <http://www.uis.unesco.org/Education/Documents/isced-2011-sp.pdf>
- World Health Organization. (1996). WHOQOL-BREF INTRODUCTION, ADMINISTRATION, SCORING AND GENERIC VERSION OF THE ASSESSMENT. 15 de mayo de 2016, de WHO Sitio web: [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/76.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf)

## 7. Anexos

### Anexo I: Cuestionario

#### DE LOS FOGONES AL MICROONDAS: Cuestionario estándar

El presente cuestionario tiene el objetivo de conocer algunos aspectos relacionados con la salud y la calidad de vida de la población del barrio de Casablanca, centrándose en cuestiones como el trabajo doméstico, los roles sociales en el hogar, la alimentación, los hábitos de vida saludables, etc. Su colaboración puede ser muy valiosa para la correcta ejecución de este estudio.

Gracias por su ayuda

Grupo de investigación: Bienestar y capital social  
Área de Psicología Social Universidad de Zaragoza

#### CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

##### 1 SEXO

Hombre   
Mujer

##### 3 ESTADO CIVIL

Soltero / a   
Casado / a u otras uniones de convivencia   
Separado / a-Divorciado / a   
Viudo / a Otro

##### 2 EDAD

##### 4 Número de miembros que residen en el hogar

##### 5 Número de hijos que residen en el hogar

##### 6 Número de ascendientes dependientes de la unidad familiar

##### 7 Lugar de nacimiento

Andalucía   
Aragón   
Asturias   
Islas Baleares   
Canarias   
Cantabria   
Castilla León   
Castilla la Mancha   
Cataluña   
Comunidad Valenciana

Extremadura   
Galicia   
Madrid   
Murcia   
Navarra   
País Vasco   
Rioja   
Ceuta / Melilla   
Extranjeros   
País...

##### 8 Zona de residencia en el barrio:

Viñedo Viejo (núcleo central del barrio)   
Fuentes Claras   
Las Nieves

##### 9 Años de residencia en el barrio

##### 10 Nivel de estudios

Sin estudios   
Primaria   
Secundaria   
Universitarios

##### 11 Nivel de estudios del cónyuge

Sin estudios   
Primaria   
Secundaria   
Universitarios

**12** Situación en relación con la actividad económica

Trabaja por cuenta propia

Trabaja por cuenta ajena

Parado / desempleado

Estudiante

Jubilado / pensionista

Labores del hogar

**13** ¿Cuántas horas a la semana dedica a su actividad laboral fuera del hogar?

--	--

**15** ¿Podría decirme cuál es su salario o pensión mensual?

Menos de 25.000 pts. (150,00 €)	
De 25.001 a 50.000 pts. (150,01 a 300,00 €)	
De 50.001 a 75.000 pts. (300,01 a 450,00 €)	
De 75.001 a 100.000 pts. (450,01 a 600,00 €)	
De 100.001 a 150.000 pts. (600,01 a 900,00 €)	
De 150.001 a 200.000 pts. (900,01 a 1200,00 €)	
De 200.001 a 250.000 pts. (1200,01 a 1500,00 €)	
De 250.001 a 300.000 pts. (1500,01 a 1800,00 €)	
De 300.001 a 400.000 pts. (1800,01 a 2400,00 €)	
Mas de 400.000 pts. (2400,00 €)	
No sabe / No contesta	

**14** Situación en relación con la actividad económica del cónyuge

Trabaja por cuenta propia

Trabaja por cuenta ajena

Parado / desempleado

Estudiante

Jubilado / pensionista

Labores del hogar

**16** ¿Podría decirme los ingresos mensuales del hogar?

Menos de 25.000 pts. (150,00 €)	
De 25.001 a 50.000 pts. (150,01 a 300,00 €)	
De 50.001 a 75.000 pts. (300,01 a 450,00 €)	
De 75.001 a 100.000 pts. (450,01 a 600,00 €)	
De 100.001 a 150.000 pts. (600,01 a 900,00 €)	
De 150.001 a 200.000 pts. (900,01 a 1200,00 €)	
De 200.001 a 250.000 pts. (1200,01 a 1500,00 €)	
De 250.001 a 300.000 pts. (1500,01 a 1800,00 €)	
De 300.001 a 400.000 pts. (1800,01 a 2400,00 €)	
Mas de 400.000 pts. (2400,00 €)	
No sabe / No contesta	

**17** Nos gustaría que nos indicase con cuál de las siguientes situaciones se siente identificado. Señale sólo **UNA** respuesta.

Tengo dificultades para llegar a fin de mes	
No suelo tener dificultades para llegar a fin de mes	
Llego sin problemas a fin de mes	
Ahorro	



### CALIDAD DE VIDA Y SALUD

**1** Si tiene algún problema de salud, ¿Cuál es?

.....  
 .....

**2** Su enfermedad, ¿ha sido diagnosticada por un servicio médico?

Sí	
No	

**3** ¿Durante las dos últimas semanas ha tomado algún tipo de medicamento (gotas, pastillas, inyecciones, supositorios, jarabes, etc.)?

Sí	
No	

**4** Estos medicamentos, ¿han sido recetados por un servicio médico?

Sí	
No	

**5** ¿Qué tipo de medicamento?

	Sí	No	NS / NC
Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios			
Medicinas para el dolor (aspirinas, etc.)			
Medicinas para bajar la fiebre			
Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos			
Medicamentos para los vómitos			
Medicamentos para la diarrea			
Laxantes			
Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir			
Antibióticos			
Medicamentos para la alergia			
Otros ¿cuáles?.....			

**6** En su opinión ¿cuál cree que es la principal fuente de mejora de su salud?

.....  
 .....

A continuación se hacen una serie de preguntas relacionadas con su calidad de vida. Lea cada pregunta, valore sus sentimientos, y haga un círculo en el número de la escala para cada pregunta que sea su mejor respuesta.

		Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
<b>1</b>	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?					
<b>2</b>	¿Cuán satisfecho está con su salud?					

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
<b>3</b>	¿Hasta qué punto piensa que el dolor le impide hacer lo que necesita?					
<b>4</b>	¿Cuánto necesita de tratamiento médico para funcionar en su vida?					
<b>5</b>	¿Cuánto disfruta de la vida?					
<b>6</b>	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?					
<b>7</b>	¿Cuál es su capacidad de concentración?					
<b>8</b>	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?					
<b>9</b>	¿Cuán saludable es el ambiente físico de su alrededor?					

Las siguientes preguntas hacen referencia a cómo experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Modera- do	Bastante	Total- mente
<b>10</b>	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?					
<b>11</b>	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?					
<b>12</b>	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?					
<b>13</b>	¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida?					
<b>14</b>	¿Hasta qué punto tiene ocasión de realizar actividades de ocio?					

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
<b>15</b>	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?					

		Muy insatis- fecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satis- fecho
<b>16</b>	¿Cuán satisfecho está con su sueño?					
<b>17</b>	¿Cuán satisfecho está para realizar su actividad diaria?					
<b>18</b>	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?					
<b>19</b>	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?					
<b>20</b>	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?					
<b>21</b>	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?					
<b>22</b>	¿Cuán satisfecho está con el apoyo de sus amigos?					
<b>23</b>	¿Cuán satisfecho está con el lugar donde vive?					
<b>24</b>	¿Cuán satisfecho está con el acceso a los servicios sanitarios?					
<b>25</b>	¿Cuán satisfecho está con su transporte?					

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Rara- mente	Mediana- mente	Frecuente- mente	Siempre
<b>26</b>	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?					

## Anexo II: Tablas de análisis inferencial íntegras

Tabla 53. Análisis de varianza por nivel de estudios.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
diagnóstico de servicio médico	Inter-grupos	,202	2	,101	,591	,555
	Intra-grupos	41,285	241	,171		
	Total	41,488	243			
medicamentos en las últimas dos semanas	Inter-grupos	,415	2	,207	,891	,412
	Intra-grupos	56,122	241	,233		
	Total	56,537	243			
receta de los medicamentos	Inter-grupos	,132	2	,066	,342	,711
	Intra-grupos	46,601	241	,193		
	Total	46,734	243			
calidad de vida	Inter-grupos	2,203	2	1,102	2,162	,117
	Intra-grupos	122,792	241	,510		
	Total	124,996	243			
satisfacción con la salud	Inter-grupos	,447	2	,224	,347	,707
	Intra-grupos	154,746	240	,645		
	Total	155,193	242			
incapacidad por el dolor	Inter-grupos	2,134	2	1,067	1,229	,295
	Intra-grupos	207,589	239	,869		
	Total	209,723	241			
necesidad de tratamiento médico	Inter-grupos	1,935	2	,967	1,353	,260
	Intra-grupos	171,555	240	,715		
	Total	173,490	242			
disfrute de la vida	Inter-grupos	1,768	2	,884	2,197	,113
	Intra-grupos	96,586	240	,402		
	Total	98,354	242			
sentido de la vida	Inter-grupos	5,577	2	2,789	4,606	,011
	Intra-grupos	145,320	240	,605		
	Total	150,897	242			
capacidad de concentración	Inter-grupos	22,830	2	11,415	16,948	,000
	Intra-grupos	161,647	240	,674		
	Total	184,477	242			
seguridad ante la vida diaria	Inter-grupos	,425	2	,213	,370	,691
	Intra-grupos	137,904	240	,575		
	Total	138,329	242			
salubridad del ambiente físico	Inter-grupos	1,394	2	,697	1,240	,291
	Intra-grupos	134,935	240	,562		
	Total	136,329	242			

energía suficiente para la vida diaria	Inter-grupos	,295	2	,148	,222	,801
	Intra-grupos	160,209	241	,665		
	Total	160,504	243			
aceptación de la apariencia física	Inter-grupos	,263	2	,131	,177	,838
	Intra-grupos	178,934	241	,742		
	Total	179,197	243			
disponibilidad de suficiente dinero	Inter-grupos	5,506	2	2,753	3,417	,034
	Intra-grupos	194,183	241	,806		
	Total	199,689	243			
disponibilidad de suficiente información	Inter-grupos	1,195	2	,598	1,039	,355
	Intra-grupos	138,608	241	,575		
	Total	139,803	243			
oportunidad de realizar actividades de ocio	Inter-grupos	11,373	2	5,687	8,187	,000
	Intra-grupos	166,701	240	,695		
	Total	178,074	242			
capacidad de desplazamiento	Inter-grupos	3,527	2	1,764	2,290	,103
	Intra-grupos	183,278	238	,770		
	Total	186,805	240			
satisfacción con su sueño	Inter-grupos	4,705	2	2,353	2,845	,060
	Intra-grupos	197,646	239	,827		
	Total	202,351	241			
satisfacción con la habilidad para realizar actividades	Inter-grupos	1,044	2	,522	1,043	,354
	Intra-grupos	120,141	240	,501		
	Total	121,185	242			
satisfacción con la capacidad de trabajo	Inter-grupos	10,557	2	5,278	7,987	,000
	Intra-grupos	158,612	240	,661		
	Total	169,169	242			
satisfacción con uno mismo	Inter-grupos	3,929	2	1,965	3,135	,045
	Intra-grupos	150,424	240	,627		
	Total	154,354	242			
satisfacción con sus relaciones personales	Inter-grupos	6,616	2	3,308	4,712	,010
	Intra-grupos	166,380	237	,702		
	Total	172,996	239			
satisfacción con su vida sexual	Inter-grupos	12,532	2	6,266	6,391	,002
	Intra-grupos	221,582	226	,980		
	Total	234,114	228			
satisfacción con el apoyo de sus amigos	Inter-grupos	,831	2	,415	,659	,518
	Intra-grupos	149,974	238	,630		
	Total	150,805	240			

---

satisfacción con el lugar	Inter-grupos	,226	2	,113	,146	,864
donde vive	Intra-grupos	183,625	238	,772		
	Total	183,851	240			
satisfacción con el acceso	Inter-grupos	3,446	2	1,723	2,288	,104
a los servicios sanitarios	Intra-grupos	179,996	239	,753		
	Total	183,442	241			
satisfacción con el	Inter-grupos	,066	2	,033	,037	,964
transporte	Intra-grupos	214,781	239	,899		
	Total	214,847	241			

---

Tabla 54. Análisis de varianza por nivel de estudios en hombres.

		Suma de	gl	Media	F	Sig.
		cuadrados		cuadrática		
diagnóstico de servicio médico	Inter-grupos	,206	2	,103	,687	,505
	Intra-grupos	17,827	119	,150		
	Total	18,033	121			
medicamentos en las últimas dos semanas	Inter-grupos	1,241	2	,621	3,303	,040
	Intra-grupos	22,365	119	,188		
	Total	23,607	121			
receta de los medicamentos	Inter-grupos	,539	2	,269	1,903	,154
	Intra-grupos	16,846	119	,142		
	Total	17,385	121			
calidad de vida	Inter-grupos	3,073	2	1,536	3,379	,037
	Intra-grupos	54,108	119	,455		
	Total	57,180	121			
satisfacción con la salud	Inter-grupos	,207	2	,104	,145	,866
	Intra-grupos	84,586	118	,717		
	Total	84,793	120			
incapacidad por el dolor	Inter-grupos	3,624	2	1,812	3,053	,051
	Intra-grupos	70,029	118	,593		
	Total	73,653	120			
necesidad de tratamiento médico	Inter-grupos	2,774	2	1,387	1,874	,158
	Intra-grupos	87,309	118	,740		
	Total	90,083	120			
disfrute de la vida	Inter-grupos	1,057	2	,529	1,456	,237
	Intra-grupos	42,827	118	,363		
	Total	43,884	120			
sentido de la vida	Inter-grupos	2,142	2	1,071	1,648	,197
	Intra-grupos	76,668	118	,650		
	Total	78,810	120			
capacidad de concentración	Inter-grupos	10,156	2	5,078	6,719	,002
	Intra-grupos	89,183	118	,756		
	Total	99,339	120			
seguridad ante la vida diaria	Inter-grupos	1,214	2	,607	1,108	,334
	Intra-grupos	64,621	118	,548		
	Total	65,835	120			
salubridad del ambiente físico	Inter-grupos	1,926	2	,963	1,439	,241
	Intra-grupos	78,950	118	,669		
	Total	80,876	120			

Estudiar importa: el nivel de estudios y la salud en la juventud

energía suficiente para la vida diaria	Inter-grupos	,414	2	,207	,376	,688
	Intra-grupos	65,618	119	,551		
	Total	66,033	121			
aceptación de la apariencia física	Inter-grupos	,087	2	,043	,066	,936
	Intra-grupos	78,020	119	,656		
	Total	78,107	121			
disponibilidad de suficiente dinero	Inter-grupos	2,302	2	1,151	1,270	,285
	Intra-grupos	107,862	119	,906		
	Total	110,164	121			
disponibilidad de suficiente información	Inter-grupos	,252	2	,126	,201	,819
	Intra-grupos	74,740	119	,628		
	Total	74,992	121			
oportunidad de realizar actividades de ocio	Inter-grupos	4,666	2	2,333	3,092	,049
	Intra-grupos	89,793	119	,755		
	Total	94,459	121			
capacidad de desplazamiento	Inter-grupos	4,571	2	2,286	2,687	,072
	Intra-grupos	100,355	118	,850		
	Total	104,926	120			
satisfacción con su sueño	Inter-grupos	1,597	2	,798	,944	,392
	Intra-grupos	100,698	119	,846		
	Total	102,295	121			
satisfacción con la habilidad para realizar actividades	Inter-grupos	,250	2	,125	,253	,777
	Intra-grupos	58,774	119	,494		
	Total	59,025	121			
satisfacción con la capacidad de trabajo	Inter-grupos	2,685	2	1,342	1,871	,158
	Intra-grupos	85,389	119	,718		
	Total	88,074	121			
satisfacción con uno mismo	Inter-grupos	1,878	2	,939	1,653	,196
	Intra-grupos	67,597	119	,568		
	Total	69,475	121			
satisfacción con sus relaciones personales	Inter-grupos	1,270	2	,635	,933	,396
	Intra-grupos	80,333	118	,681		
	Total	81,603	120			
satisfacción con su vida sexual	Inter-grupos	4,226	2	2,113	1,871	,159
	Intra-grupos	129,885	115	1,129		
	Total	134,110	117			
satisfacción con el apoyo de sus amigos	Inter-grupos	,349	2	,175	,280	,756
	Intra-grupos	73,535	118	,623		
	Total	73,884	120			
satisfacción con el lugar donde vive	Inter-grupos	,619	2	,309	,434	,649
	Intra-grupos	84,175	118	,713		
	Total	84,793	120			

satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios	Inter-grupos	6,073	2	3,036	4,243	,017
	Intra-grupos	84,440	118	,716		
	Total	90,512	120			
satisfacción con el transporte	Inter-grupos	1,854	2	,927	1,028	,361
	Intra-grupos	106,394	118	,902		
	Total	108,248	120			

---



Tabla 55. Análisis de varianza por nivel de estudios en mujeres.

		Suma de	gl	Media	F	Sig.
		cuadrados		cuadrática		
diagnóstico de servicio médico	Inter-grupos	1,012	2	,506	2,709	,071
	Intra-grupos	22,046	118	,187		
	Total	23,058	120			
medicamentos en las últimas dos semanas	Inter-grupos	,118	2	,059	,231	,794
	Intra-grupos	30,031	118	,254		
	Total	30,149	120			
receta de los medicamentos	Inter-grupos	,515	2	,257	1,128	,327
	Intra-grupos	26,907	118	,228		
	Total	27,421	120			
calidad de vida	Inter-grupos	2,464	2	1,232	2,332	,102
	Intra-grupos	62,346	118	,528		
	Total	64,810	120			
satisfacción con la salud	Inter-grupos	1,883	2	,942	1,651	,196
	Intra-grupos	67,290	118	,570		
	Total	69,174	120			
incapacidad por el dolor	Inter-grupos	3,066	2	1,533	1,476	,233
	Intra-grupos	121,526	117	1,039		
	Total	124,592	119			
necesidad de tratamiento médico	Inter-grupos	5,020	2	2,510	3,811	,025
	Intra-grupos	77,724	118	,659		
	Total	82,744	120			
disfrute de la vida	Inter-grupos	1,471	2	,736	1,687	,190
	Intra-grupos	51,454	118	,436		
	Total	52,926	120			
sentido de la vida	Inter-grupos	9,100	2	4,550	8,731	,000
	Intra-grupos	61,495	118	,521		
	Total	70,595	120			
capacidad de concentración	Inter-grupos	12,826	2	6,413	10,491	,000
	Intra-grupos	72,132	118	,611		
	Total	84,959	120			
seguridad ante la vida diaria	Inter-grupos	7,186	2	3,593	6,955	,001
	Intra-grupos	60,962	118	,517		
	Total	68,149	120			
salubridad del ambiente físico	Inter-grupos	,131	2	,066	,142	,868
	Intra-grupos	54,612	118	,463		
	Total	54,744	120			
energía suficiente para la vida diaria	Inter-grupos	,278	2	,139	,185	,831
	Intra-grupos	88,532	118	,750		
	Total	88,810	120			

aceptación de la	Inter-grupos	1,687	2	,843	1,103	,335
aparición física	Intra-grupos	90,198	118	,764		
	Total	91,884	120			
disponibilidad de	Inter-grupos	3,635	2	1,818	2,514	,085
suficiente dinero	Intra-grupos	85,324	118	,723		
	Total	88,959	120			
disponibilidad de	Inter-grupos	1,164	2	,582	1,147	,321
suficiente información	Intra-grupos	59,893	118	,508		
	Total	61,058	120			
oportunidad de realizar	Inter-grupos	6,649	2	3,325	5,153	,007
actividades de ocio	Intra-grupos	76,128	118	,645		
	Total	82,777	120			
capacidad de	Inter-grupos	2,222	2	1,111	1,643	,198
desplazamiento	Intra-grupos	78,417	116	,676		
	Total	80,639	118			
satisfacción con su sueño	Inter-grupos	10,670	2	5,335	7,067	,001
	Intra-grupos	88,322	117	,755		
	Total	98,992	119			
satisfacción con la	Inter-grupos	1,629	2	,814	1,592	,208
habilidad para realizar	Intra-grupos	60,371	118	,512		
actividades	Total	62,000	120			
satisfacción con la	Inter-grupos	10,394	2	5,197	9,040	,000
capacidad de trabajo	Intra-grupos	67,838	118	,575		
	Total	78,231	120			
satisfacción con uno	Inter-grupos	6,711	2	3,355	5,438	,006
mismo	Intra-grupos	72,810	118	,617		
	Total	79,521	120			
satisfacción con sus	Inter-grupos	7,955	2	3,978	5,708	,004
relaciones personales	Intra-grupos	80,835	116	,697		
	Total	88,790	118			
satisfacción con su vida	Inter-grupos	10,844	2	5,422	6,615	,002
sexual	Intra-grupos	88,525	108	,820		
	Total	99,369	110			
satisfacción con el apoyo	Inter-grupos	,982	2	,491	,760	,470
de sus amigos	Intra-grupos	75,609	117	,646		
	Total	76,592	119			
satisfacción con el lugar	Inter-grupos	1,340	2	,670	,803	,451
donde vive	Intra-grupos	97,652	117	,835		
	Total	98,992	119			

---

satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios	Inter-grupos	,091	2	,046	,058	,943
	Intra-grupos	92,140	118	,781		
	Total	92,231	120			
satisfacción con el transporte	Inter-grupos	1,887	2	,944	1,079	,343
	Intra-grupos	103,220	118	,875		
	Total	105,107	120			

---

## Anexo III: Gráficos

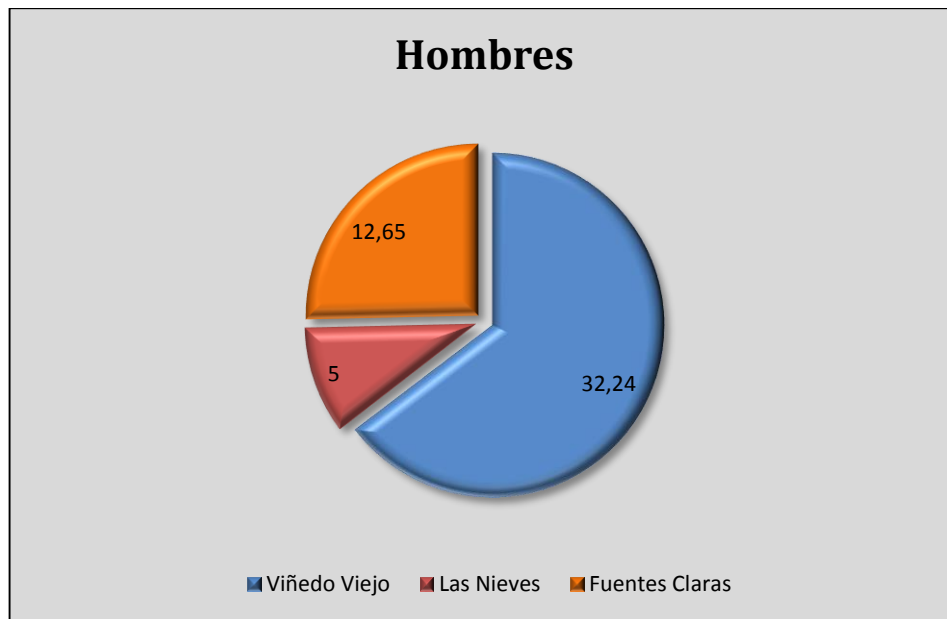


Ilustración 3. Composición del barrio por sexo (hombres).

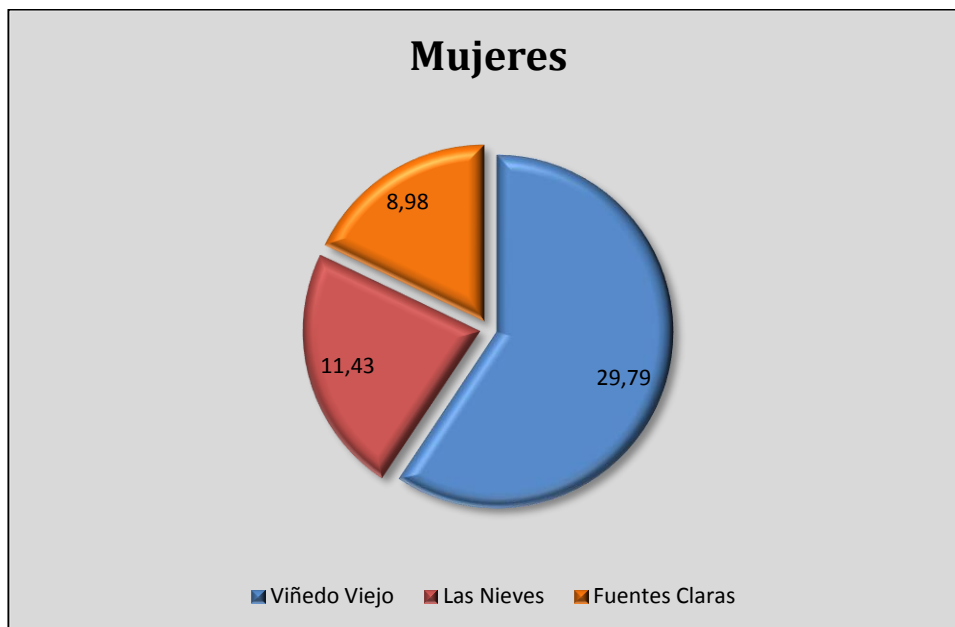


Ilustración 4. Composición del barrio por sexo (mujeres).

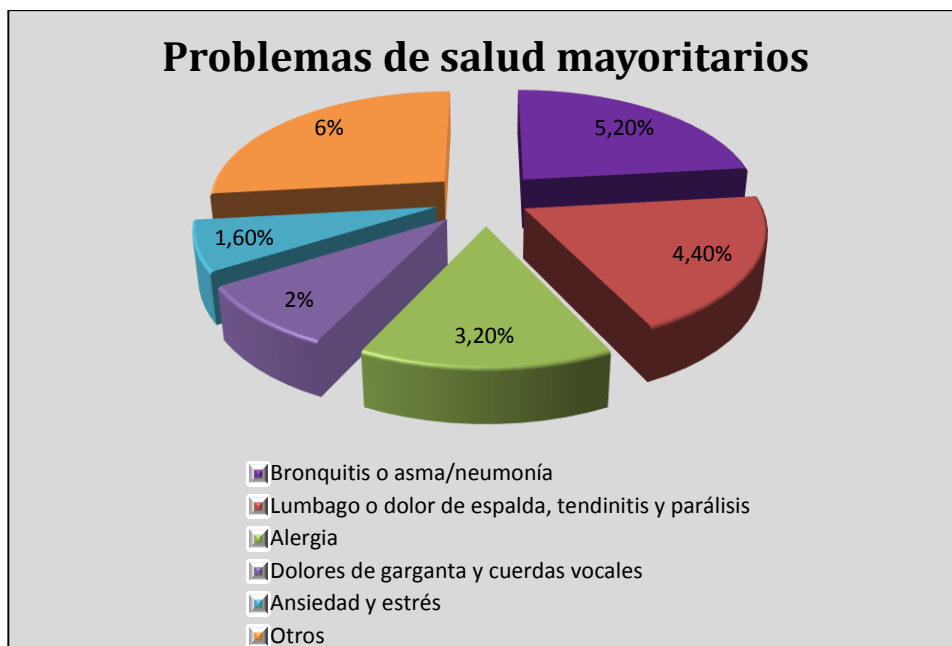


Ilustración 5. Salud objetiva: problemas de salud principales.

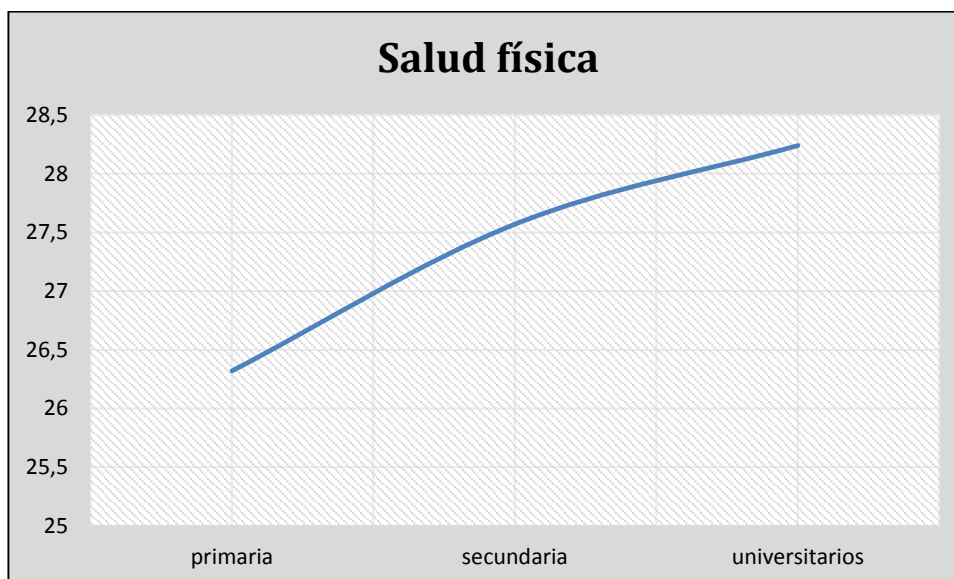


Ilustración 6. Salud física por nivel de estudios (dimensión del *WHOQOL*).

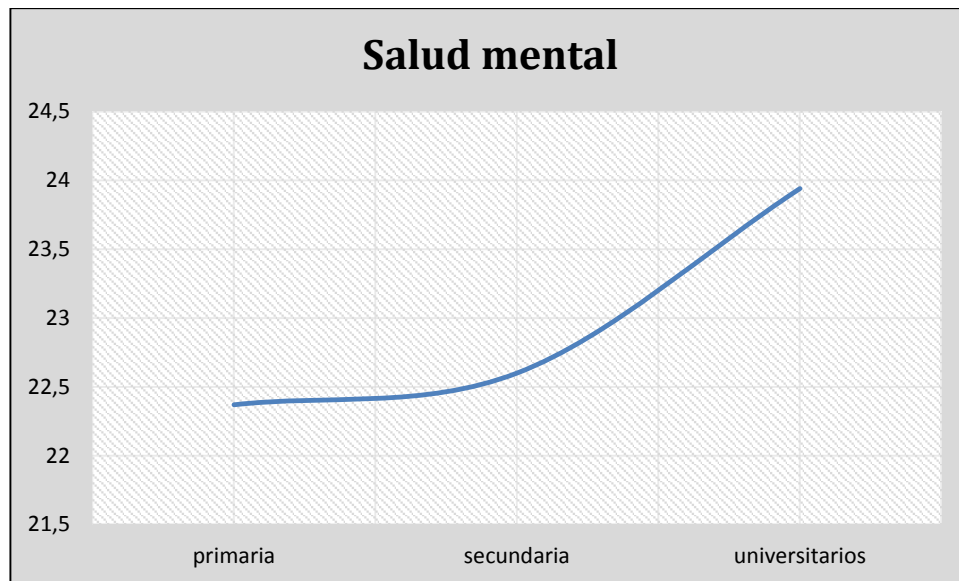


Ilustración 7. Salud mental por nivel de estudios (dimensión del *WHOQOL*).

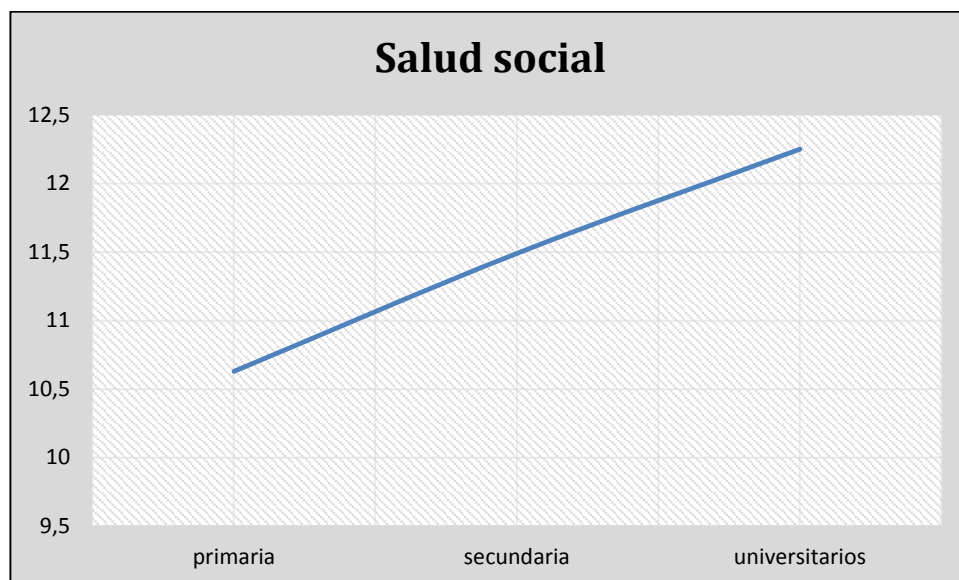


Ilustración 8. Salud y relaciones sociales por nivel de estudios (dimensión del *WHOQOL*).



Ilustración 9. Salud y ambiente por nivel de estudios (dimensión del *WHOQOL*).

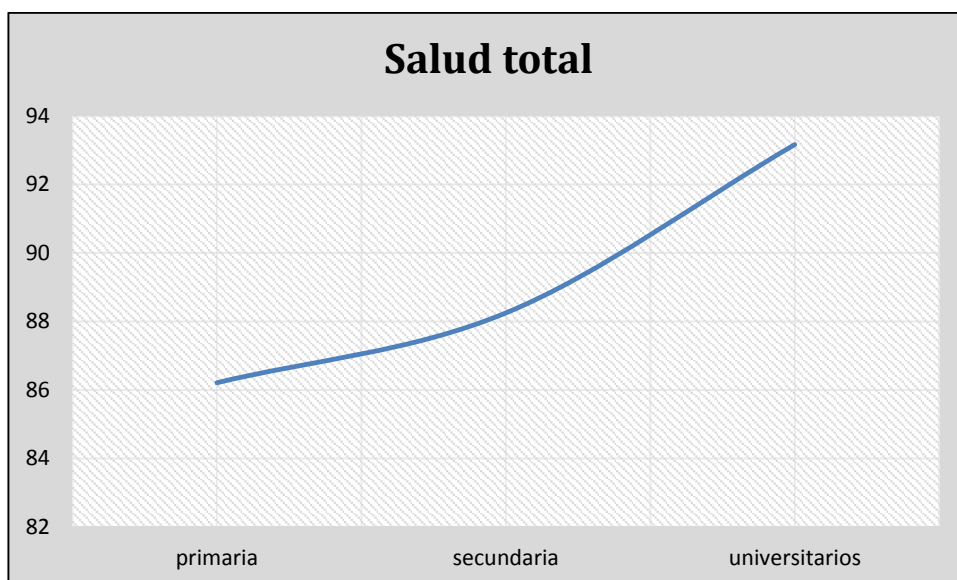


Ilustración 10. Salud en términos globales por nivel de estudios (*WHOQOL*).