



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Influencia de los Determinantes Sociales de la
Salud sobre pacientes con multimorbilidad

Influence of Social Determinants of Health on
patients with multimorbidity

Autor/es

José María Ruiz Baena

Director/es

Dr. Luis Andrés Gimeno Feliu

Facultad de Medicina

Año 2021 / 2022

Agradecimientos

Quisiera agradecer a mi tutor Luis A. Gimeno, así como a Beatriz Poblador del grupo EpiChron, por su asesoría y apoyo durante la realización del trabajo.

También quisiera agradecer al grupo EpiChron del IACS en su totalidad por la cesión de los datos empleados y su confianza en este proyecto.

Índice

INTRODUCCIÓN.....	5
MATERIAL Y MÉTODOS	
DISEÑO DEL ESTUDIO.....	7
VARIABLES A ESTUDIO.....	8
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	9
RESULTADOS	
ANÁLISIS DESCRIPTIVO.....	10
CONTRASTE DE HIPÓTESIS.....	21
DISCUSIÓN	
PRINCIPALES HALLAZGOS.....	34
COMPARACIÓN CON OTROS ESTUDIOS.....	34
PUNTOS FUERTES Y LIMITACIONES.....	36
CONCLUSIONES.....	37
BIBLIOGRAFÍA.....	38
ANEXOS.....	40

Resumen

Introducción	La multimorbilidad es uno de los mayores retos a los que se enfrenta la medicina moderna, especialmente en pacientes ancianos. Sobre la misma ejercen influencia los Determinantes Sociales de la Salud, que generan una serie de desigualdades sobre el estado de salud de las poblaciones.
Objetivo	Determinar la influencia de los Determinantes Sociales sobre los resultados de salud de los pacientes con multimorbilidad.
Métodos	Se llevó a cabo un análisis descriptivo transversal sobre una muestra de 574 pacientes de entre 65 y 74 años y con multimorbilidad . Dicha muestra fue extraída del estudio MULTIPAP, que recogía variables de índole social, así como información sobre el uso del sistema sanitario, de la calidad de vida o del número de patologías crónicas por cada paciente, entre otras.
Resultados	Tras realizar el contraste de hipótesis correspondiente, la variable que más se ve afectada por las características sociales de la muestra es la calidad de vida (medida tanto por la Escala Visual Analógica como por el <i>score</i> EQ-5D-5L). En concreto, se ha encontrado correlación entre una menor calidad de vida y el género (ser mujer), una clase social baja, un ingreso mensual bajo, un nivel educativo menor, una situación de riesgo urbano y un escaso apoyo social.
Conclusión	Tras el análisis de los datos y su comparación con la literatura existente, queda patente la influencia que los Determinantes Sociales tienen sobre la población. Es de gran importancia, por tanto, que desde la atención médica de los pacientes se tenga en cuenta un enfoque biopsicosocial, centrado no solo en aspectos estrictamente médicos, sino teniendo en cuenta las características del contexto social, económico o político que les rodea.
Palabras clave	Determinantes Sociales de la Salud, Multimorbilidad, Calidad de Vida, Apoyo Social, Atención Primaria de Salud

Abstract

- Background** Multimorbidity is one of the biggest challenges modern medicine has to face, especially among elderly patients. Multimorbidity itself is influenced by Social Determinants of Health, which generate several inequalities in relation to the population's state of health.
- Aim** To determine the influence of Social Determinants of Health on health outcomes in patients with multimorbidity.
- Methods** A descriptive, transversal analysis was conducted on a sample of 574 patients from the ages of 65 to 74 with multimorbidity. Said sample was extracted from the MULTIPAP study, which gathered social-related variables, as well as information about healthcare use, quality of life or the number of chronic diseases on each patient, among other variables.
- Results** After running the corresponding hypothesis contrast, the variable that was affected the most by social characteristics from the sample is quality of life (measured by both the Visual Analogue Scale and the EQ-5D-5L score). More specifically, a correlation was found between a lower quality of life and gender (female), a low social class, a low monthly income, a lower education level, an environmental risk condition and a low social support.
- Conclusions** After analyzing the data and comparing it with the existent literature, the influence of Social Determinants over the population is clear. Therefore, it is of utmost importance that a biopsychosocial approach is considered by medical care. Said approach should not only be focused on strictly medical aspects, but also consider the characteristics of the social, economic or political context that surrounds them.
- Keywords** Social Determinants of Health, Multimorbidity, Quality of Life, Social Support, Primary Healthcare

Introducción

Durante el último siglo, la esperanza de vida ha aumentado como nunca antes lo había hecho en la historia de la humanidad. Por ejemplo, se estima que en Estados Unidos la esperanza de vida aumentó desde 47.3 años en el año 1900 a 78.7 años en el año 2010¹. Este hecho ha ocurrido como consecuencia de una serie de diversos factores, principalmente de índole social y conductual (como mayores niveles de educación, mejora en las condiciones de las calles y viviendas), así como debido a medidas de salud pública (como la potabilización del agua, el saneamiento ambiental...). Los avances científicos, particularmente aquellos relacionados con el campo de la Medicina, también han contribuido a este proceso, pero de una forma más modesta que los factores sociales anteriormente citados, llegando a estimarse que el peso del Sistema Sanitario en el aumento de la esperanza de vida se encuentra en torno al 10%². Sin embargo, este suceso conlleva de forma inherente un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas donde la edad elevada actúa como un factor de riesgo importante para su desarrollo, como son la hipertensión, la artrosis o la diabetes mellitus tipo 2, entre otras.

La multimorbilidad se define como la coexistencia de varias enfermedades crónicas en una misma persona³. Se estima que la multimorbilidad afecta a un 81.5% de personas mayores de 85 años, un 62% en las personas con entre 65 y 74 años y un 50% de las personas menores de 65 años⁴. No es un problema exclusivo de personas ancianas, ya que varias enfermedades crónicas también pueden coexistir en pacientes jóvenes; de hecho, en números absolutos hay más personas menores de 65 años con multimorbilidad que mayores de 65 años⁵. Que en pacientes de elevada edad la coexistencia de varias enfermedades crónicas sea la regla ha convertido la multimorbilidad en uno de los grandes retos de la Medicina moderna.

A pesar de ser un concepto íntimamente ligado a la presencia de enfermedades, la multimorbilidad no puede ser abordada únicamente desde el punto de vista médico. El impacto de la multimorbilidad puede atribuirse en parte a la tendencia de los Sistemas de Salud de crear guías clínicas en torno a una sola enfermedad, sin tener en cuenta aspectos como el contexto, tanto clínico como psicosocial, de los enfermos, o la interacción con otros medicamentos empleados para el tratamiento de otras comorbilidades⁶. Por tanto, necesitamos orientar este problema desde un enfoque biopsicosocial y centrado en el paciente. Para ello, la Atención Primaria se sitúa como figura clave en el abordaje multifactorial de la pluripatología, buscando maximizar la calidad de vida del paciente y minimizar la potencial morbilidad y discapacidad futura⁵. Para que esto ocurra, uno de los conceptos más importantes a tener en cuenta es de los Determinantes Sociales.

Los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) se definen como aquellas circunstancias sociales en las que cada persona nace, crece, vive, trabaja y envejece⁷. Dentro de estos determinantes se incluye el Sistema de Salud, así como un conjunto de factores socioeconómicos, ambientales, comunitarios, laborales, etcétera. Los DSS son la principal causa de la aparición de inequidades en la población. Estas diferencias, injustas por definición, son el resultado de una serie de contextos sociopolíticos y socioeconómicos, y generan exposiciones y vulnerabilidades que afectan a todos los aspectos de la vida de un individuo, incluyendo la salud⁷.

El efecto de estos factores puede explicarse de una forma sencilla al comparar la situación general de la población de países desarrollados frente a otros en vías de desarrollo. Por ejemplo, enfermedades de índole infecciosa como son el VIH y la tuberculosis se encuentran entre las tres causas más frecuentes de mortalidad en personas de entre 15 y 59 años en Zambia⁸. En cambio,

en Reino Unido, teniendo en cuenta el mismo rango de edad, las neoplasias y las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayor causa de mortalidad, quedando relegadas las enfermedades infecciosas a menos del 1% de las causas de defunción⁹. Al comparar los datos de un país respecto al otro podemos observar el contraste derivado de un contexto sociosanitario completamente distinto.

Sin embargo, poniendo el foco exclusivamente sobre los países desarrollados, seguimos encontrando diferencias en diversos resultados de salud que quizá sean menos evidentes a priori. Por ejemplo, en un estudio realizado sobre un tercio de la población escocesa podemos observar que la prevalencia de multimorbilidad dentro de pacientes pertenecientes al mismo grupo de edad se encuentra muy influida por el gradiente socioeconómico; así, podemos observar cómo la prevalencia de multimorbilidad es mayor en los grupos socioeconómicos más desfavorecidos en prácticamente todos los rangos de edad, encontrando la mayor diferencia en el rango de los 50 a los 69 años, donde la prevalencia de multimorbilidad llega a ser un 20% mayor en el decil de población perteneciente a las áreas más desfavorecidas en comparación con el decil perteneciente a las áreas con el *status* socioeconómico más favorable⁵.

Existen dos elementos principales que permiten explicar estas desigualdades: los factores estructurales y los factores intermedios de las desigualdades en salud¹⁰.

Por un lado, encontramos los factores estructurales, compuestos principalmente por el contexto político y socioeconómico y de la estructura social. Esto incluye aquellas entidades que provocan un gran impacto en la sociedad y la distribución de recursos dentro de ella, como el Gobierno o las grandes corporaciones. A partir de la estructura social pueden trazarse ejes de desigualdad que determinan jerarquías de poder como son la clase social, el género, la edad, la etnia, la raza o el territorio.⁽¹⁰⁾ Estos ejes determinan las oportunidades de tener una buena salud y están relacionados con el concepto de discriminación.

Dicha estructura social determina desigualdades en los factores intermedios, como son las condiciones de trabajo y de vivienda, la disponibilidad alimentaria, los estilos de vida y los factores psicosociales, así como el propio sistema de salud. En última instancia, todos estos estratos acaban generando desigualdades en la salud¹⁰. Para explicar la influencia de estos factores, es interesante introducir el concepto de pobreza monetaria y no monetaria.

Hablamos de pobreza monetaria como aquel tipo de pobreza definida por criterios estrictamente económicos. El informe AROPE¹¹ permite revisar los principales indicadores de pobreza en nuestro país. Según el último informe, en el año 2020, el 21% de la población (un total de casi 10 millones de personas) se encuentran en riesgo de pobreza. Este riesgo no se distribuye de forma homogénea en la población, encontrando importantes diferencias según sexo, edad, nacionalidad, nivel educativo, hábitat, situación ocupacional, tipo de hogar, discapacidad y territorio. Tener hijos es uno de los factores de riesgo de pobreza más importantes; un 25.1% de hogares con menores se encuentran en riesgo de pobreza frente a un 16.9% de hogares sin menores. Además, la distribución del riesgo tampoco es homogénea a lo largo de todo el territorio español; el riesgo medio de pobreza de las comunidades autónomas del Norte es de un 16.1%, mientras que en el Sur, esta cifra aumenta hasta el 27.3%.

Por otro lado, aunque muchos estudios se centren en la investigación de la situación de pobreza desde un punto de vista estrictamente económico, se ha observado que hay situaciones en las que, a igualdad de recursos monetarios, existen otros factores que pueden determinar si distintas poblaciones tienen una vida digna o no. Esto es lo que se conoce como pobreza no monetaria, e

incluye un gran número de indicadores entre los que destacan el empleo (incluyendo variables derivadas del mismo como condiciones laborales, precariedad, riesgos físicos...), la vivienda, la pobreza energética, las relaciones sociales y el nivel de educación¹². En último lugar encontramos el sistema de salud. A pesar de que su peso en la contribución de desigualdades es menor comparado con los aspectos anteriormente mencionados, un acceso disminuido a los servicios de salud y una menor calidad de los mismos puede repercutir en la generación de desigualdades.

Por tanto, a la hora de realizar un abordaje multifactorial de la multimorbilidad y la polifarmacia, es imposible dejar de lado los efectos producidos por los DSS. Introducimos así el concepto de paciente complejo si, a la carga de enfermedad subyacente, añadimos otros elementos de la esfera psicosocial como son la calidad de vida o el nivel socioeconómico.

Una vez presentado este contexto, y con el refuerzo de la literatura ya existente, todo parece apuntar a que conceptos a priori estrictamente médicos como son la presencia o la ausencia de enfermedad presentan un estrato social mucho más intrincado detrás.

El objetivo de este trabajo es, por tanto, analizar cómo influyen los DSS en diversos resultados de salud de pacientes con multimorbilidad atendidos en Atención Primaria. Para ello, emplearemos como variables dependientes datos tanto de calidad de vida como de uso de sistema sanitario, así como del número de patologías presentadas, mientras que las variables independientes incluirán el género, la edad, la clase social, el ingreso mensual, la profesión, el nivel educativo e indicadores relacionados con la vivienda y con el apoyo social.

Material y métodos

Diseño del estudio

El procedimiento a realizar consiste en un análisis descriptivo transversal secundario cuya población de estudio es extraída de una base de datos recogida a partir de un ensayo clínico aleatorizado, pragmático y con grupo control realizado en torno a la adecuación del tratamiento¹³.

El punto de partida de este trabajo es la muestra empleada en el estudio MULTIPAP, llevado a cabo por el grupo de investigación Epichron. Se trata de un estudio con una muestra de 593 pacientes procedentes de 38 centros de salud distintos de las regiones de Andalucía, Madrid y Aragón en el que participaron 117 médicos de familia, cada uno de ellos reclutando a 5 pacientes¹³.

Los criterios principales de inclusión en el estudio fueron: pacientes con edad comprendida entre 65 y 74 años inclusive, con multimorbilidad (definida para este estudio como la presencia de 3 ó más enfermedades crónicas) y polifarmacia (definida como la toma de 5 o más fármacos distintos durante los últimos 3 meses), que hubiera visitado a su médico de familia al menos una vez en el último año, así como ser capaz de seguir los requerimientos del estudio. Fueron excluidos aquellos pacientes institucionalizados, con enfermedad que a juicio de su médico no permitiría seguir los requerimientos del estudio y aquellos con una esperanza de vida inferior a los 12 meses. Los pacientes que cumplían los criterios y fueron informados debidamente a través de un consentimiento escrito fueron seleccionados a través de un muestreo aleatorio. Los datos relevantes para el estudio fueron tomados a partir de encuestas realizadas en varias visitas.

Dicho estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad de Aragón (CEICA), así como en el Comité de Ética de la Investigación de Málaga y el Comité de

Investigación en Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, por lo que cumple con las normas éticas y legales aplicables.

VARIABLES A ESTUDIO

Los principales datos sociodemográficos recogidos en este estudio incluyen la fecha de nacimiento, el género, la nacionalidad, el estado civil, la composición familiar, los indicadores de vivienda (incluyendo la percepción por parte del propio paciente de problemas en el barrio/comunidad), la clase social estratificada en 6 grupos tal y como está descrito en la Encuesta Nacional de Salud en España de 2017 (dicha clasificación puede consultarse en el *Anexo I*), el nivel educativo según el censo de Población y Viviendas realizado en 2011¹⁴, la profesión según la Clasificación Nacional de Ocupaciones¹⁵, el ingreso mensual aproximado de la unidad familiar expresado como múltiplos del salario mínimo y el apoyo social autopercibido, medido a través del cuestionario Duke-UNK-11 adaptado al español¹⁶.

Las variables dependientes principales a analizar son el uso del sistema sanitario, la calidad de vida y el número de patologías coexistentes en un mismo individuo.

El número de diagnósticos de condiciones crónicas presentadas por los pacientes es valorado a partir de los 147 diagnósticos propuestos por O'Halloran et al¹⁷.

A la hora de valorar el uso del sistema sanitario, se han cuantificado las visitas de cada uno de los pacientes en los últimos 12 meses a Urgencias, a una consulta de Medicina de Atención Primaria y a una consulta de Enfermería de Atención Primaria, así como si el paciente ha sido hospitalizado o no en dicho periodo de tiempo.

La calidad de vida ha sido valorada a través de dos variables distintas.

Por un lado, encontramos el cuestionario EQ-5D-5L, creado por el grupo EuroQol y que valora el estado de Salud del paciente a través de 5 dimensiones: movilidad, auto-cuidado, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión. En cada una de las 5 dimensiones, el cuestionario presenta 5 respuestas posibles: “No tengo problema” (con un valor de 1), “Problemas leves”, “Problemas moderados”, “Problemas graves” o “No puedo” (con un valor de 5). A partir de la puntuación de cada uno de los ítems, se calcula un score con un rango entre 0 (la peor calidad de vida posible) y 1 (la mejor calidad de vida posible) usando el Crosswalk Index Value Calculator, disponible en la página de EuroQol con resultados validados para la población española¹⁸.

Por otro lado se encuentra la escala EQ-VAS. Es una escala visual en la que al paciente se le pide que señale qué valor representa mejor su estado de salud actual, siendo 0 el peor estado de salud posible y 100 el mejor estado de salud posible. Este valor es dado por los propios pacientes y posteriormente transcrito por su médico asignado¹⁸.

Las principales variables independientes a valorar son las siguientes: edad, género, estado civil, el número de personas convivientes, la clase social, el ingreso mensual, el nivel educativo, la profesión, variables en relación a la vivienda y el apoyo social. Por considerar que es necesario ampliar la información relativa a los mismos, los siguientes párrafos desarrollarán la información relativa a estos 2 últimos grupos.

Las variables en relación a la vivienda incluyen, por una parte, datos sobre el propio domicilio, como el número de metros cuadrados y el número de dormitorios, y por otro, valores relacionados con el entorno de la vivienda. Estos últimos se conocen como indicadores de vulnerabilidad urbana subjetiva, y están basados en los recogidos por la Encuesta Nacional de Salud para valorar

el estado de la comunidad y/o el barrio al que pertenece el paciente¹⁹. Estos indicadores incluyen el nivel de ruido exterior, los malos olores, la calidad del agua de consumo, la suciedad en las calles, la contaminación en el aire (por la industria o por otras causas), la escasez de zonas verdes, la presencia de animales salvajes y la delincuencia.

El apoyo social ha sido valorado en dos de sus vertientes: el apoyo estructural, basado en información sobre el estado civil y el número de personas con las que los pacientes conviven en su vivienda; y el apoyo funcional.

Para valorar el apoyo funcional, la escala empleada ha sido la escala Duke-UNK-11. Esta escala consta de un total de 11 ítems que son valorados del 1 (“mucho menos de lo que deseo”) al 5 (“tanto como lo deseo”). Estos ítems son posteriormente sumados y distribuidos para formar un total de 3 categorías: Apoyo Afectivo, que puede definirse como expresiones de amor, aprecio, simpatía o pertenencia a alguna comunidad, y con una puntuación máxima de 35 puntos; Apoyo Confidencial, por el cual las personas pueden recibir información, consejo o compartir sus preocupaciones o problemas con otras personas, y con una puntuación máxima de 20 puntos; y Apoyo Total, que consiste en la suma de los 2 primeros, por lo que su puntuación máxima es de 55 puntos¹⁶. Para este estudio, se ha establecido como una situación de Escaso Apoyo aquella con una puntuación igual o inferior a 15 en la categoría de Apoyo Afectivo, de 18 en el Apoyo Confidencial y de 32 en el Apoyo Total. Las preguntas que conforman esta escala, así como la categoría a la que pertenece cada una de ellas, puede consultarse en el *Anexo 2*.

Análisis estadístico

La normalidad de todas las variables a estudio ha sido comprobada mediante su test de normalidad correspondiente (en este caso el Kolmogorov-Smirnov, al trabajar sobre una muestra mayor de 50 personas). El resultado puede comprobarse en el *Anexo 3*. Todas las variables estudiadas siguen una distribución no normal. Como consecuencia, se emplearán los test no paramétricos correspondientes: U de Mann Whitney en el caso de comparación de variables cuantitativas y cualitativas en 2 grupos, y Kruskal-Wallis en el caso de variables cuantitativas y cualitativas con más de dos grupos. Para la comparación entre dos variables cuantitativas se ha empleado la correlación de Spearman. Por último, para el análisis de la significación estadística entre dos variables cualitativas se ha empleado la prueba de Chi-cuadrado (χ^2), excepto en aquellos casos en los que las frecuencias esperadas eran menores de 5, en cuyo caso se ha empleado el test exacto de Fisher. El nivel de significación estadística establecido ha sido de $p < 0.05$.

A la hora de analizar aquellas variables donde una significación estadística ha sido encontrada, se ha incluido un breve análisis descriptivo en el caso de aquellas analizadas por el test U de Mann Whitney. Por su parte, aquellas analizadas con el test de Kruskal Wallis donde se haya encontrado significación estadística incluyen su correspondiente test *post-hoc*, para determinar en qué pares se ha encontrado significación concretamente. El test *post-hoc* empleado ha sido el test de Dwass-Steel-Critchlow-Fligner, ya ajustado en función del número de parejas para que la significación estadística siga siendo de $p < 0.05$.

Las gráficas empleadas en el análisis descriptivo se han obtenido de R 4.2.0 (empleando R Studio 2022.02.2+485), Microsoft Excel 2021 (18.0) y jamovi 2.3.5. Por su parte, el contraste de hipótesis ha sido realizado íntegramente desde jamovi 2.3.5.

Resultados

Análisis descriptivo

En primer lugar, podemos encontrar los principales datos de índole sociodemográfica más relevantes en la Figura 1 (referente a la edad) y la Tabla 1 (referente al resto de parámetros). Mención aparte merecen los datos correspondientes a la clase social. Las características de la clase social de la muestra pueden observarse en la Figura 2. La mayor parte de la muestra, concretamente un 59.7%, pertenece a las clases sociales V y VI, correspondientes a trabajadores cualificados del sector primario y no cualificados, respectivamente.

Tabla 1. Principales datos sociodemográficos

Género	n (%)
Mujer	320 (55.8)
Hombre	253 (44.2)
Estado civil	
Casado, emparejado	433 (75.6)
Separado	27 (4.7)
Soltero	23 (4.0)
Viudo	90 (15.7)
Jubilado	
Sí	521 (90.9)
No	52 (9.1)
Profesión	
Directores y gerentes	16 (2.8)
Técnicos y profesionales científicos e intelectuales	16 (2.8)
Técnicos; profesionales de apoyo	25 (4.4)
Empleados contables, administrativos y otros empleados de oficina	52 (9.1)
Trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores	90 (15.7)
Trabajadores cualificados en el sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero	17 (3.0)
Artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras y la construcción	85 (14.8)
Operadores de instalaciones y maquinaria, y montadores	49 (8.6)
Ocupaciones elementales	223 (38.9)
Nivel de estudios	
Estudios Universitarios	36 (6.3)
FP grado superior, FP II, Maestría Industrial o equivalente	13 (2.3)
FP grado medio, FP I, Oficialía Industrial o equivalente, Grado Medio de Música y Danza	25 (4.4)
Bachiller (LOE, LOGSE), BUP, Bachiller Superior, COU, PREU	43 (7.5)
Llegó al último curso de ESO, EGB o Bachiller Elemental o tiene el Certificado de Escolaridad	192 (33.5)
Fue a la escuela 5 o más años pero no llegó al último	154 (26.9)
Sabe leer y escribir pero fue menos de 5 años a la escuela	106 (18.5)
No sabe leer o escribir	4 (0.7)

Figura 1. Distribución de la edad en la muestra

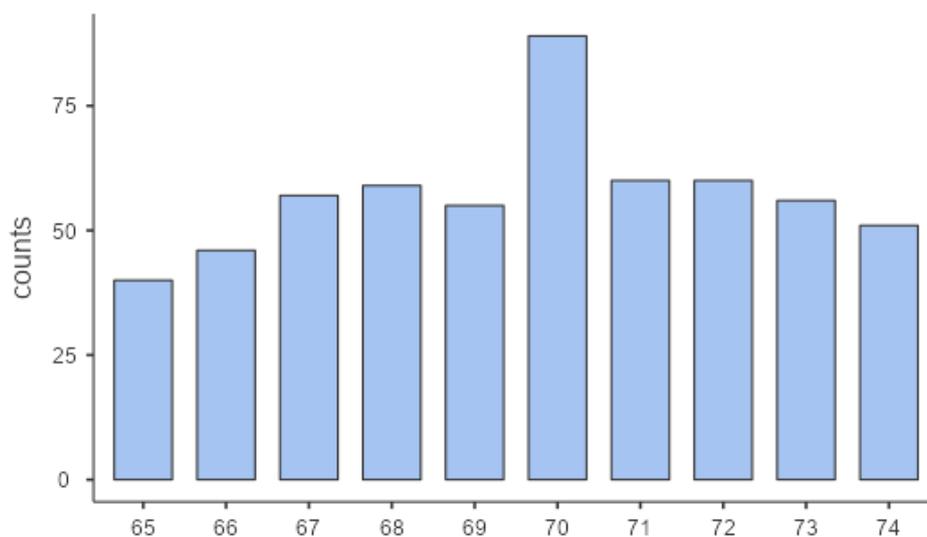
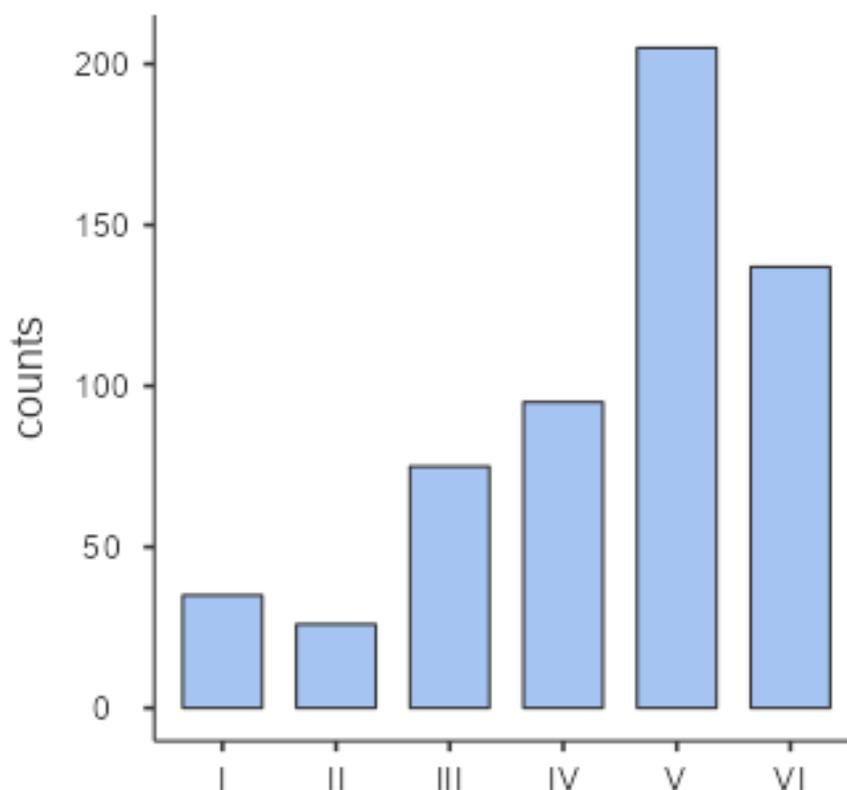


Figura 2. Número de participantes pertenecientes a cada clase social (I-VI)

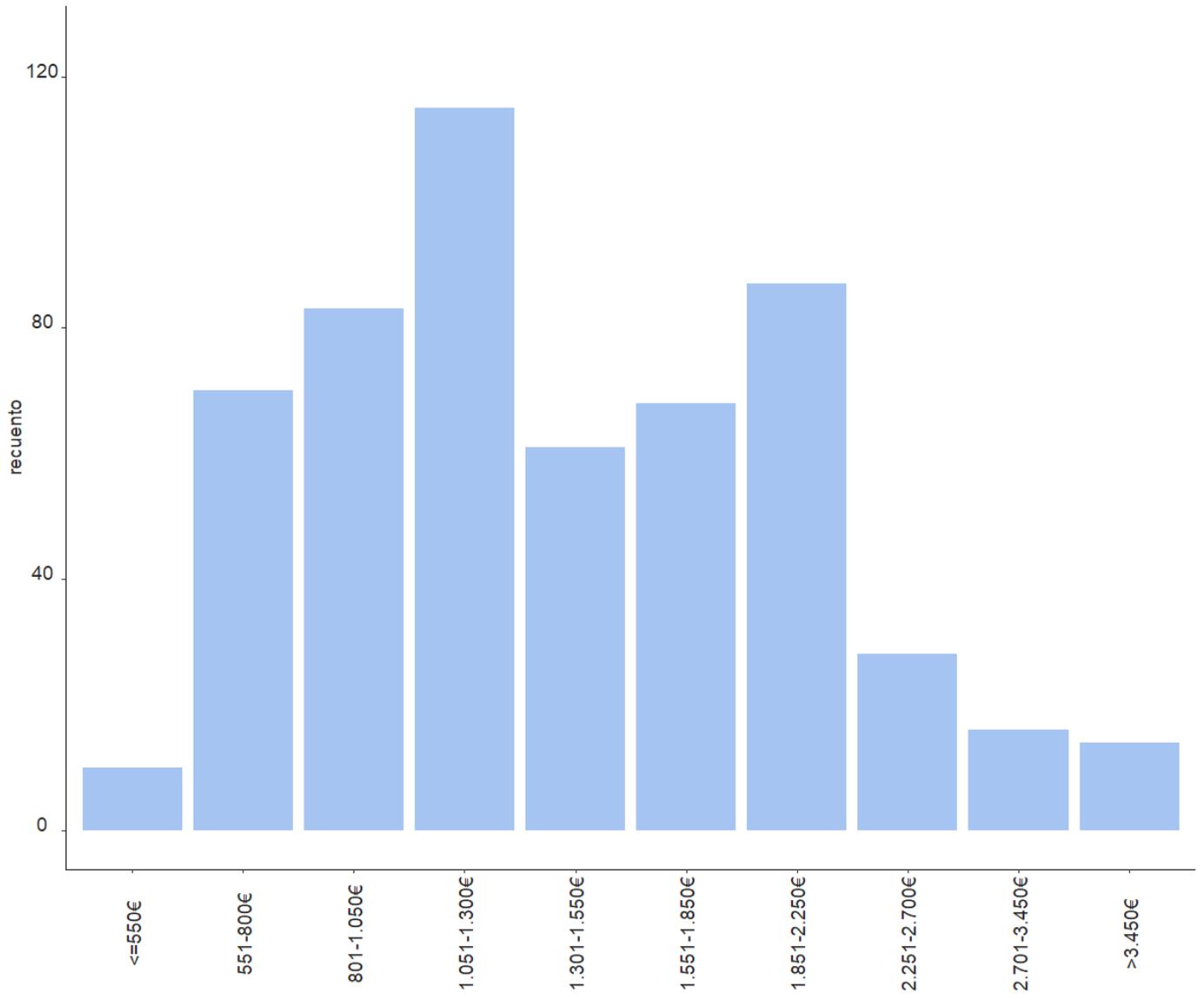


I – Directores, gerentes > 10 personas
II – Directores, gerentes < 10 personas
III – Ocupaciones intermedias, autónomos

IV – Supervisores, técnicos cualificados
V – Trabajadores cualificados sector primario
VI – Trabajadores no cualificados

En la Figura 3 podemos encontrar los datos relativos al ingreso mensual aproximado del hogar de los participantes en el estudio, sumando todas las fuentes y descontando las retenciones por impuestos, cotizaciones sociales, etc.

Figura 3. Distribución del ingreso mensual aproximado



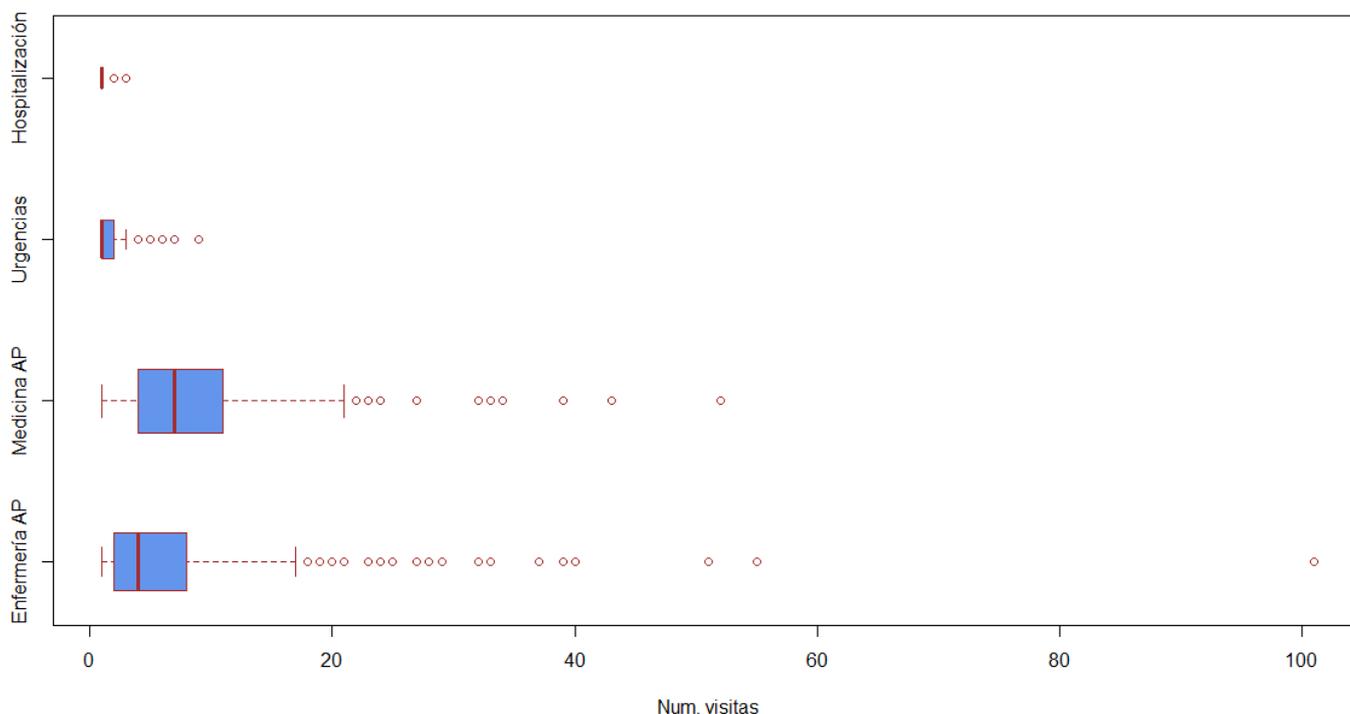
La Tabla 2 muestra los datos correspondientes al uso del sistema sanitario, ante la pregunta durante la encuesta realizada de si los pacientes habían requerido, durante los 12 últimos meses, de alguno de los siguientes servicios: consulta con el médico de Atención Primaria (AP), consulta con enfermería de AP, Urgencias Hospitalarias sin necesidad de ingreso u hospitalización.

Dentro de los pacientes que sí habían empleado dichos servicios, la Figura 4 nos muestra información sobre el número de veces en el que los requirieron.

Tabla 2. Información relativa al uso del sistema sanitario durante los últimos 12 meses

Hospitalización	n (%)
Sí	63 (11)
No	510 (89)
Urgencias	
Sí	200 (34.9)
No	373 (65.1)
Medicina AP	
Sí	561 (97.9)
No	12 (2.1)
Enfermería AP	
Sí	452 (78.9)
No	121 (21.1)

Figura 4. Número de consultas en cada uno de los niveles del Sistema Sanitario durante los últimos 12 meses



Podemos encontrar información sobre las variables relacionadas con la calidad de vida en la Figura 5, referente a cada uno de los ítems valorados en la encuesta de forma individual, y la Figura 6, que recoge la distribución del índice EQ-5D-5L, consistente en una puntuación del 0 al 1 otorgada a partir de las respuestas obtenidas en los 5 ítems a valorar. Por su parte, la distribución de la calidad de vida recogida a partir de la Escala Visual Analógica (EVA) puede encontrarse en la Figura 7.

Figura 5. Ítems valorados relativos a la calidad de vida

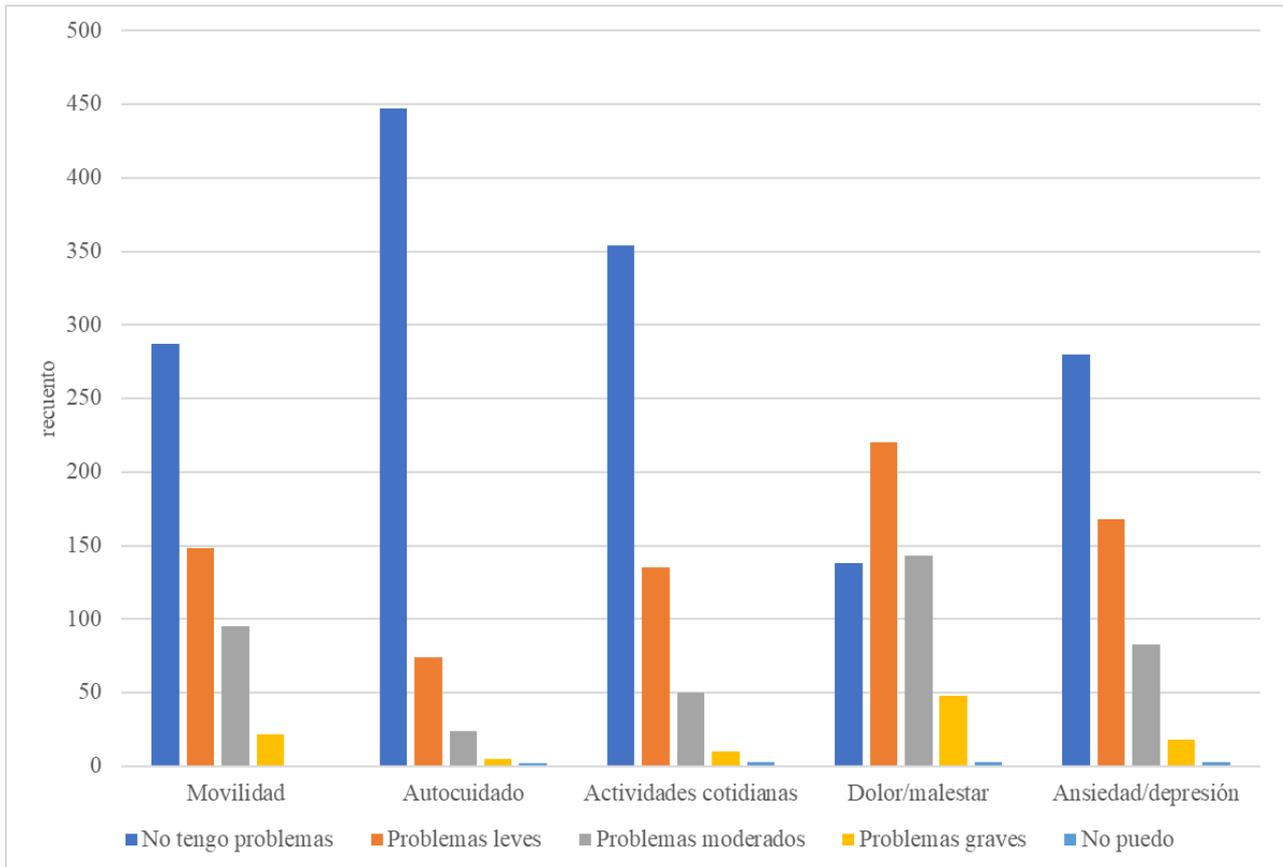


Figura 6. Distribución del score de la escala EQ-5D-5L en la muestra

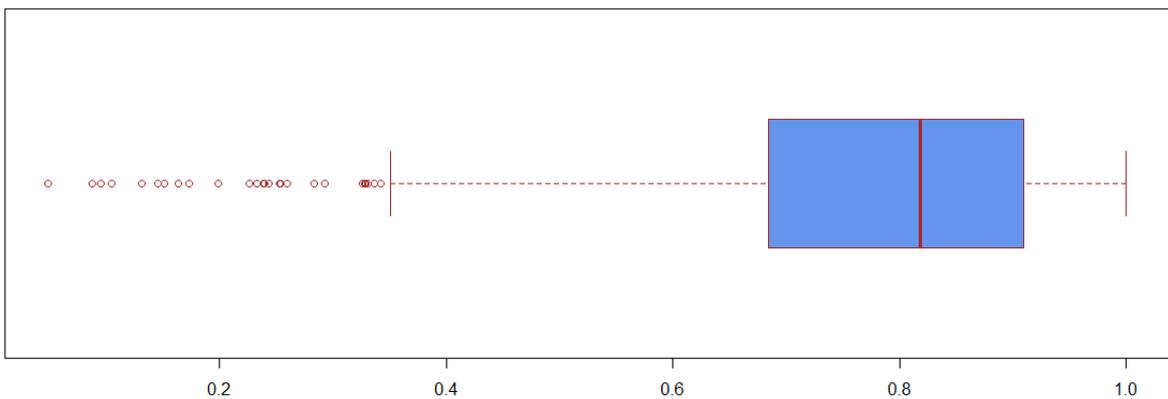
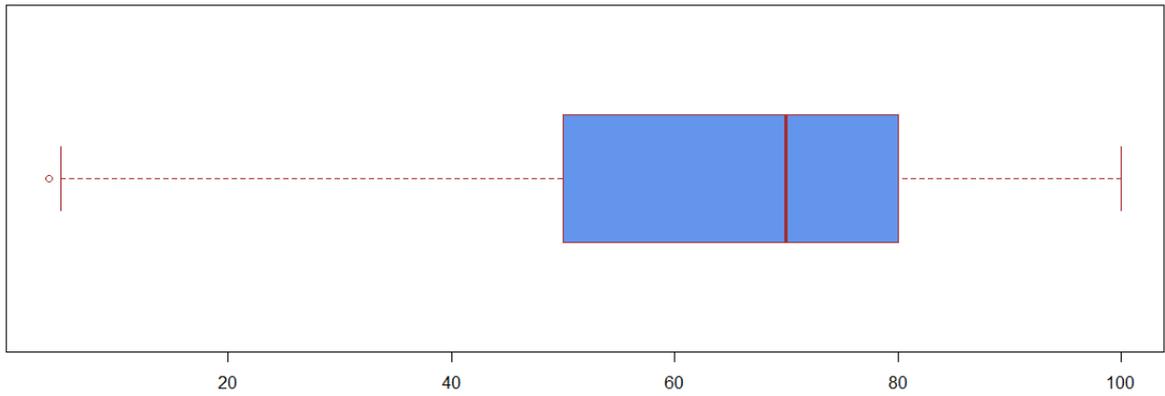


Figura 7. Distribución del score de la escala EQ-5D-5L-VAS en la muestra



Dentro de las variables relacionadas con la vivienda y la comunidad, la Figura 8, la Figura 9 y la Figura 10 muestran datos referentes a la distribución del número de metros cuadrados de las viviendas de la muestra, el número de habitaciones y las variables relacionadas con la calidad de su entorno, respectivamente.

Figura 8. Distribución del número de metros cuadrados en la muestra

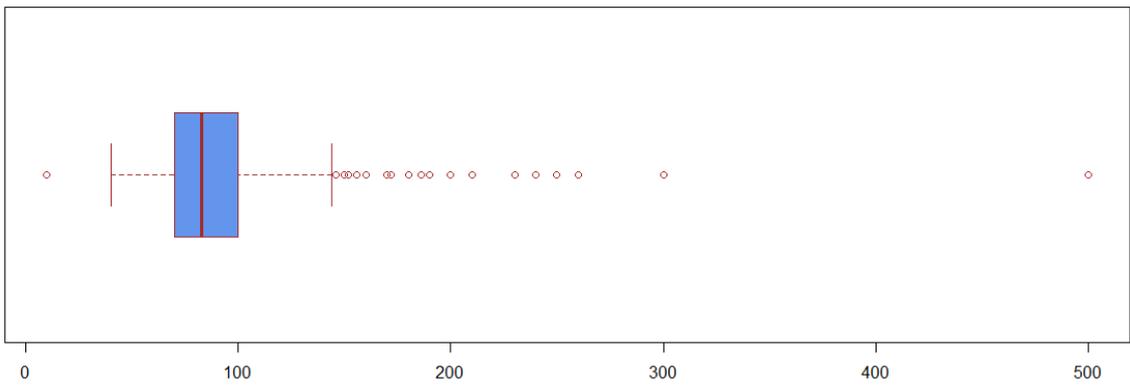


Figura 9. Distribución del número de dormitorios en la muestra

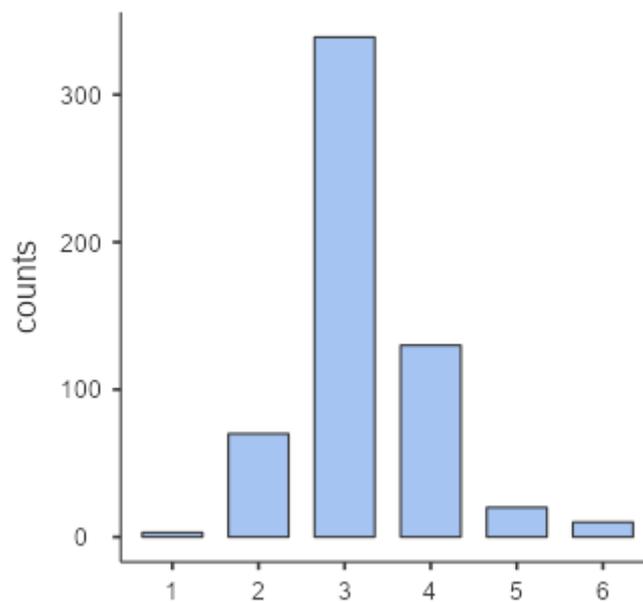
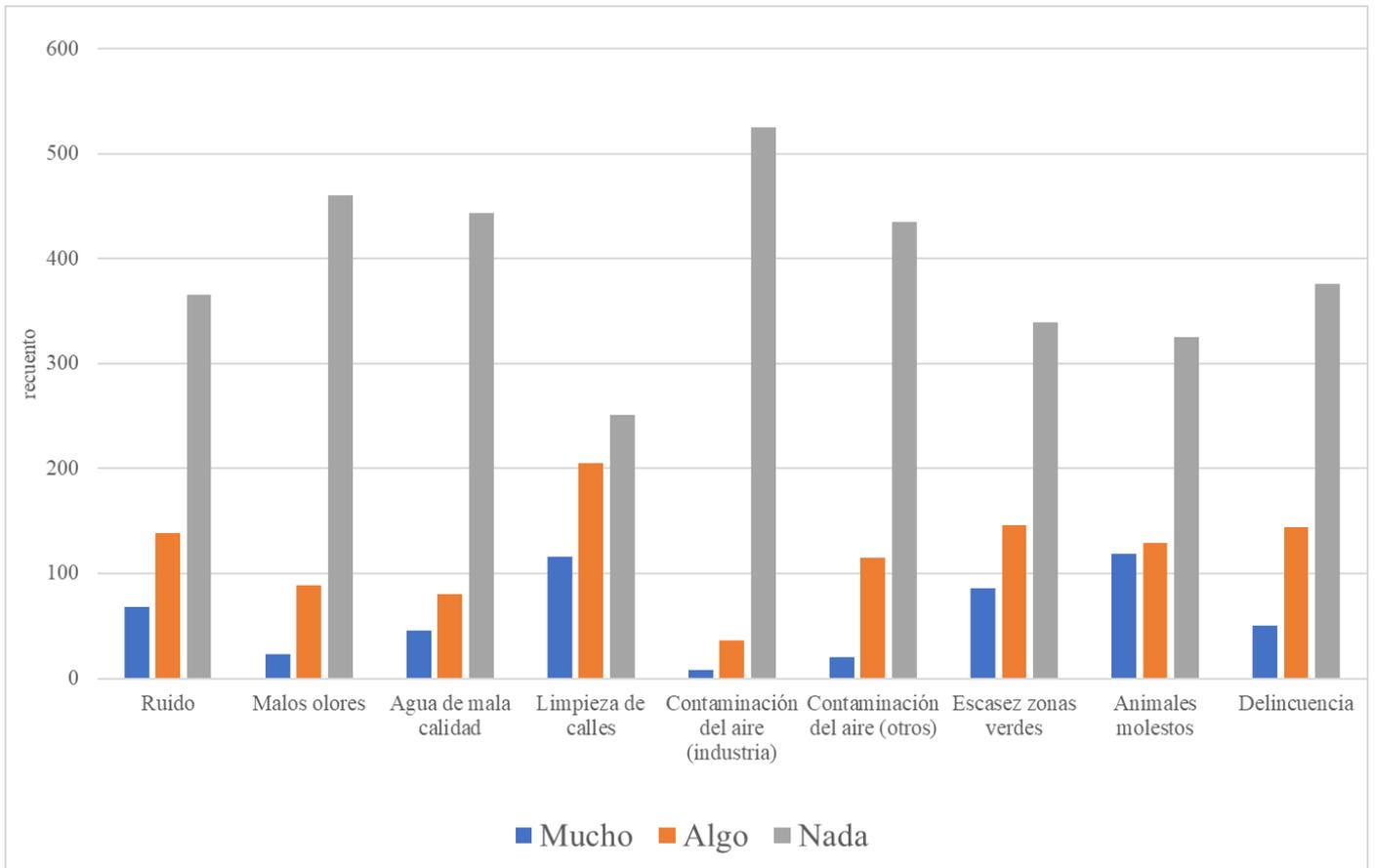


Figura 10. Ítems valorados relativos a la calidad del barrio/comunidad



Por último, las siguientes figuras muestran los datos relacionados con el nivel de apoyo social. La Figura 11 muestra las respuestas a cada uno de los ítems valorados en dicha escala, mientras que la Figura 12 muestra la distribución de los resultados de la Escala de Dukes-Unk-11, calculada a partir de los datos de la figura anterior.

Figura 11. Ítems valorados relativos al apoyo social

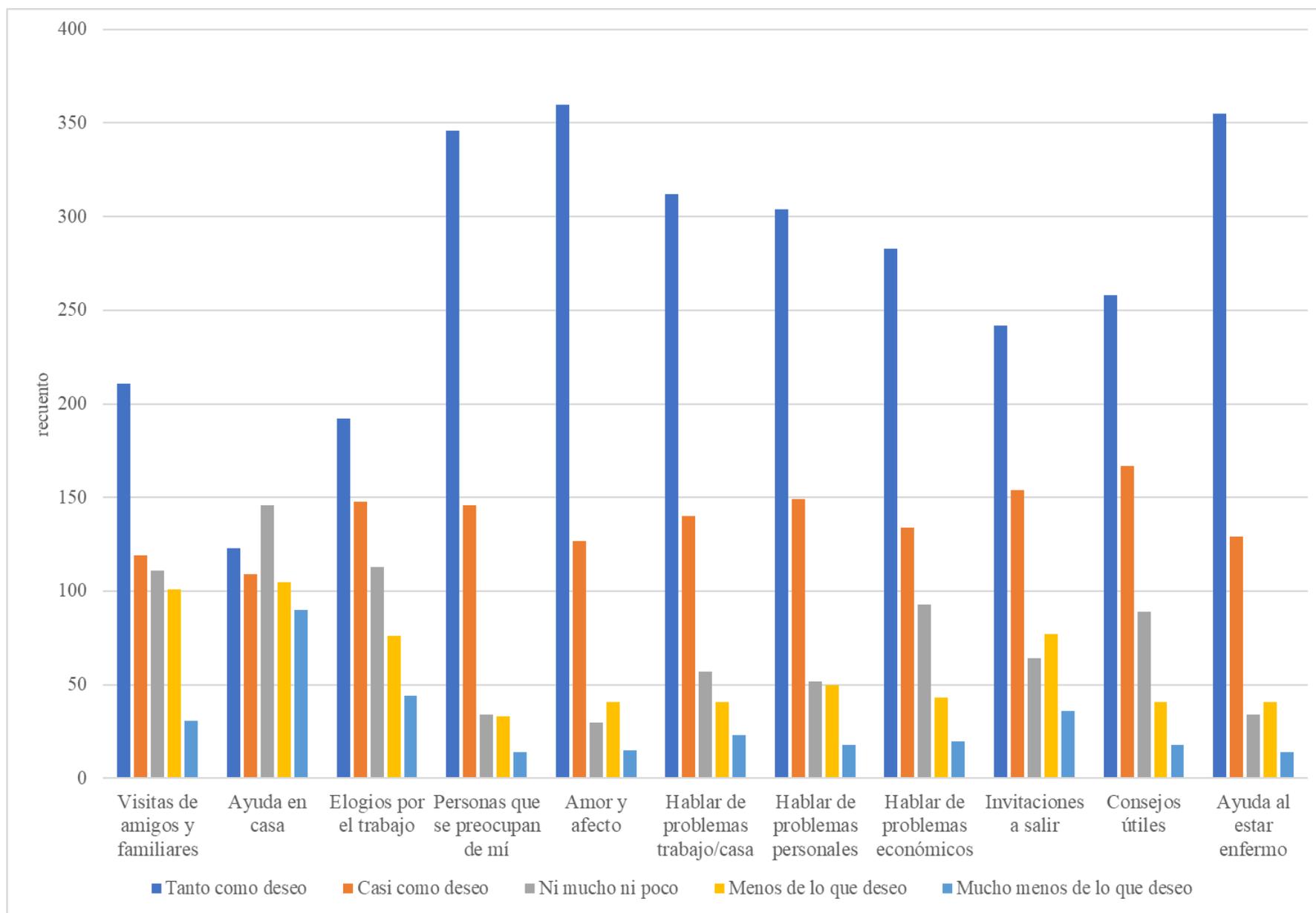
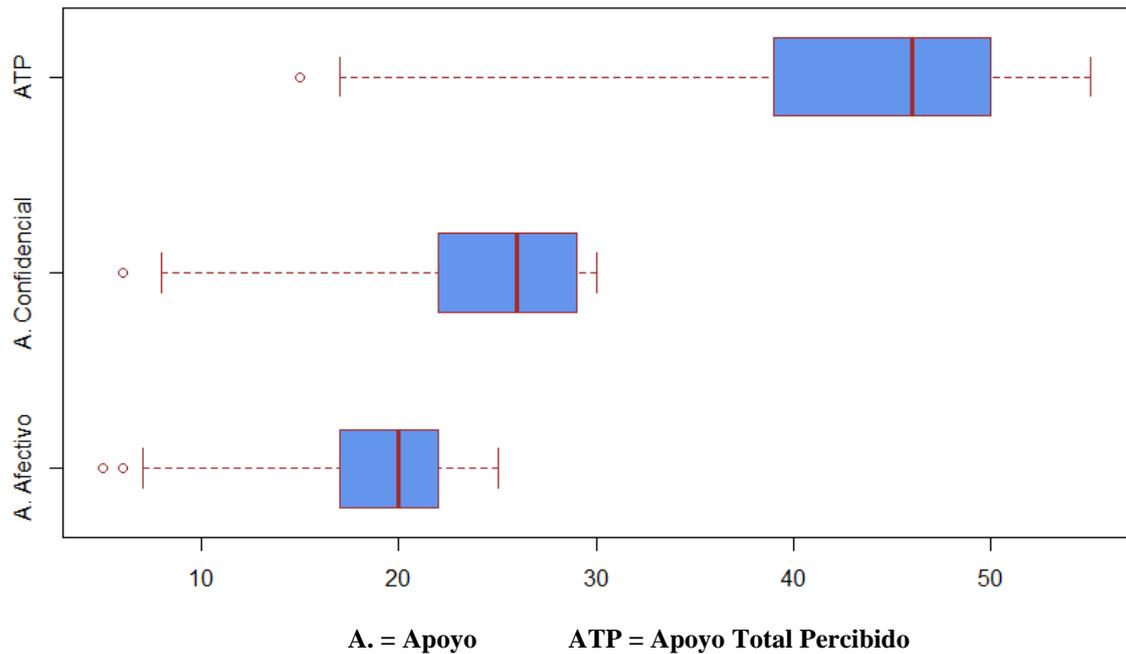


Figura 12. Distribución del score de la escala Dukes-Unk-11 en la muestra



Teniendo en cuenta los puntos de corte explicados anteriormente, un total de 99 pacientes (17.3%) cumplen criterios de Escaso Apoyo en lo referido al apoyo afectivo, mientras que 74 pacientes (13%) los cumplen en el apoyo confidencial y 72 (12.6%) en lo referente al apoyo total.

En cuanto al número de enfermedades, en la Figura 13 y la Tabla 3 podemos ver datos referentes al número de enfermedades presentadas por paciente y a la prevalencia de cada enfermedad por separado en la muestra, respectivamente.

Figura 13. Distribución del número de enfermedades en un mismo individuo en la muestra

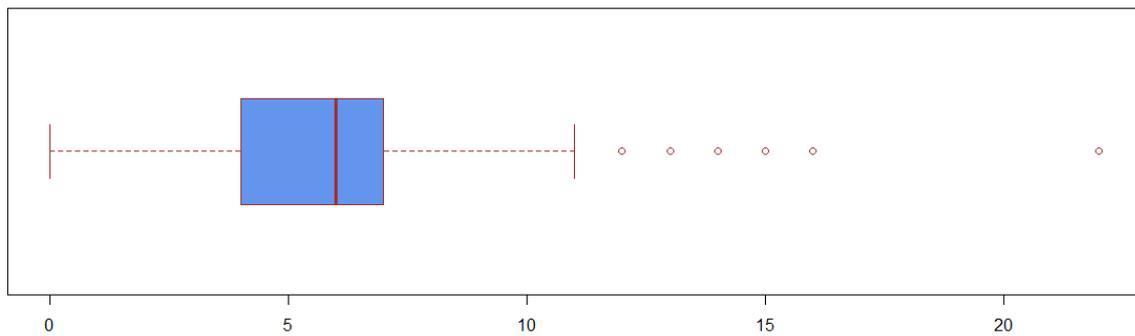


Tabla 3. Distribución del número de individuos que presentaban cada patología en la muestra (n>= 20)

Patología	n	%
Hipertensión no complicada	330	57,5
Trastornos metabolismo lipídico	298	51,9
Diabetes no insulino dependiente	197	34,3
Artrosis de rodilla	126	22,0
Hipertensión afectación órganos diana	121	21,1
Hipotiroidismo/mixedema	117	20,4
Trastorno depresivo	110	19,2
Obesidad	105	18,3
Hipertrofia prostática benigna	88	15,3
Estado o trastorno de ansiedad	86	15,0
Osteoporosis	78	13,6
Fibrilación/flutter auricular	72	12,5
EPOC	64	11,1
Venas varicosas en extremidades inferiores	55	9,6
Infarto agudo de miocardio	54	9,4
Asma	53	9,2
Artrosis de cadera	50	8,7
Isquemia cardiaca con angina	48	8,4
Síndrome lumbo/torácico con irradiación dolor	46	8,0
Diabetes insulino dependiente	45	7,8
Gota	43	7,5
Aterosclerosis/enfermedad arterial periférica	42	7,3
Glaucoma	41	7,1
Enfermedades del esófago	39	6,8
Catarata	38	6,6
Ictus/Accidente cerebrovascular(ACV)/apoplejía	30	5,2
Deformidad adquirida columna vertebral	27	4,7
Bocio	23	4,0
Colecistitis/colelitiasis	23	4,0
Insuficiencia cardiaca	23	4,0
Psoriasis	23	4,0
Síndromes del hombro	23	4,0
Síndromes del cuello	23	4,0
Enfermedad diverticular del intestino	21	3,7
Migraña	21	3,7
Síndrome lumbo/torácico sin irradiación dolor	20	3,5

Contraste de hipótesis

A continuación se muestra la relación que diversas variables recogidas en el estudio pueden ejercer sobre si el paciente ha sido hospitalizado o no en los últimos 12 meses, el uso del sistema sanitario, entendido como el número de veces que el paciente ha acudido a Urgencias y a Medicina o Enfermería en su Centro de Atención Primaria en los últimos 12 meses y a la calidad de vida, medida tanto por el cuestionario EQ-5D-5L como por la Escala Visual Analógica (EVA).

La información referida al género puede encontrarse en la Tabla 4 y la Tabla 5. Podemos observar, por ejemplo, que el porcentaje de hombres que ha requerido hospitalización ha sido mayor que el de mujeres.

Tabla 4. Relación entre el género y si el paciente ha sido hospitalizado en los últimos 12 meses

Hospitalizaciones		Sexo		
		Hombre	Mujer	Total
Sí	Observado	36	27	63
	% del total	6.3 %	4.7 %	11.0 %
No	Observado	217	293	510
	% del total	37.9 %	51.1 %	89.0 %
Total	Observado	253	320	573
	% del total	44.2 %	55.8 %	100.0 %

Pruebas de χ^2

	Valor	gl	p
χ^2	4.84	1	0.028
N	573		

Tabla 5. Relación entre el género, la calidad de vida y el resto de parámetros analizados

		Estadístico	p	Diferencia de medias	EE de la diferencia	Intervalo de Confianza al 95%	
						Inferior	Superior
Calidad de vida EQ-5D-5L	U de Mann-Whitney	29091	< .001	0.0670		0.0320	0.0899
Calidad de vida EVA	U de Mann-Whitney	32239	0.005	5.0000		5.81e-5	9.9999
Nº Urgencias	U de Mann-Whitney	4786	0.756	8.89e-6		-7.33e-5	6.40e-5
Nº Medicina AP	U de Mann-Whitney	36371	0.218	-4.92e-5		-1.0000	2.94e-5
Nº Enfermería AP	U de Mann-Whitney	25293	0.942	6.25e-5		-0.9999	1.0000
Nº patologías	U de Mann-Whitney	37292	0.101	-3.40e-5		-1.0000	2.90e-5

	Grupo	N	Media	Mediana	DE	EE
Calidad de vida EQ-5D-5L	Hombre	240	0.809	0.857	0.185	0.0119
	Mujer	312	0.743	0.790	0.203	0.0115
Calidad de vida EVA	Hombre	240	69.121	70.000	19.407	1.2527
	Mujer	312	64.574	70.000	20.606	1.1666

La información referida a la edad de la muestra puede encontrarse en la Tabla 6 y la Tabla 7, donde no encontramos significaciones estadísticas ni correlaciones de relevancia.

Tabla 6. Relación entre la edad y si el paciente ha sido hospitalizado en los últimos 12 meses

		Estadístico	p	Diferencia de medias	EE de la diferencia	Intervalo de Confianza al 95%	
						Inferior	Superior
Edad	U de Mann-Whitney	15991	0.952	-3.43e-6		-1.000	1.000

Descriptivas de Grupo

	Grupo	N	Media	Mediana	DE	EE
Edad	Sí	63	69.7	70.0	2.58	0.325
	No	510	69.7	70.0	2.69	0.119

Tabla 7. Relación entre la edad, la calidad de vida y el resto de parámetros analizados

		Edad
Edad	Rho de Spearman	—
	valor p	—
Calidad de vida EQ-5D-5L	Rho de Spearman	-0.000
	valor p	0.993
Calidad de vida EVA	Rho de Spearman	-0.040
	valor p	0.346
Nº Urgencias	Rho de Spearman	0.111
	valor p	0.117
Nº Medicina AP	Rho de Spearman	-0.008
	valor p	0.848
Nº Enfermería AP	Rho de Spearman	0.081
	valor p	0.085
Nº patologías	Rho de Spearman	0.084
	valor p	0.044

A la hora de analizar la clase social, la muestra ha sido dividida en 2 grupos: Baja (correspondiente a las clases sociales V y VI) y Alta (correspondiente a las clases sociales I-IV). La información correspondiente puede encontrarse en la Tabla 8 y la Tabla 9.

Tabla 8. Relación entre la clase social y si el paciente ha sido hospitalizado en los últimos 12 meses

Hospitalizaciones		Clase Social		
		Alta	Baja	Total
Sí	Observado	20	43	63
	% del total	3.5 %	7.5 %	11.0 %
No	Observado	211	299	510
	% del total	36.8 %	52.2 %	89.0 %
Total	Observado	231	342	573
	% del total	40.3 %	59.7 %	100.0 %

Pruebas de χ^2

	Valor	gl	p
χ^2	2.16	1	0.142
N	573		

Tabla 9. Relación entre la clase social, la calidad de vida y el resto de parámetros analizados

		Estadístico	p	Diferencia de medias	EE de la diferencia	Intervalo de Confianza al 95%	
						Inferior	Superior
Calidad de vida EQ-5D-5L	U de Mann-Whitney	31455	0.005	0.0379	4.65e-5	0.0690	
Calidad de vida EVA	U de Mann-Whitney	31066	0.003	5.0000	7.75e-6	9.9999	
Nº Urgencias	U de Mann-Whitney	4685	0.797	-5.52e-5	-6.61e-5	6.62e-5	
Nº Medicina AP	U de Mann-Whitney	36572	0.477	-7.03e-5	-1.000	3.04e-5	
Nº Enfermería AP	U de Mann-Whitney	23782	0.520	-7.24e-5	-1.000	5.92e-5	
Nº patologías	U de Mann-Whitney	37367	0.266	3.38e-5	-5.16e-6	1.0000	

	Grupo	N	Media	Mediana	DE	EE
Calidad de vida EQ-5D-5L	Alta	221	0.802	0.838	0.178	0.0120
	Baja	331	0.752	0.799	0.208	0.0114
Calidad de vida EVA	Alta	221	70.213	70.000	17.273	1.1619
	Baja	331	64.106	70.000	21.623	1.1885

A la hora de analizar el ingreso mensual, la muestra ha sido dividida en 3 grupos: Bajo (menos de 1050€ de ingresos mensuales), Medio (entre 1050 y 1850€) y Alto (más de 1850€). La información al respecto puede encontrarse en la Tabla 10 y la Tabla 11.

Tabla 10. Relación entre el ingreso mensual y si el paciente ha sido hospitalizado en los últimos 12 meses

Hospitalizaciones		Ingreso mensual			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Sí	Observado	26	21	14	61
	% del total	4.7 %	3.8 %	2.5 %	11.1 %
No	Observado	137	223	131	491
	% del total	24.8 %	40.4 %	23.7 %	88.9 %
Total	Observado	163	244	145	552
	% del total	29.5 %	44.2 %	26.3 %	100.0 %

Pruebas de χ^2

	Valor	gl	p
χ^2	5.75	2	0.056
N	552		

Tabla 11. Relación entre el ingreso mensual, la calidad de vida y el resto de parámetros analizados

Kruskal-Wallis

	χ^2	gl	p
Calidad de vida EQ-5D-5L	11.098	2	0.004
Calidad de vida EVA	6.086	2	0.048
Nº Urgencias	0.832	2	0.660
Nº Medicina AP	1.778	2	0.411
Nº Enfermería AP	1.849	2	0.397
Nº patologías	2.626	2	0.269

Comparaciones entre parejas - Calidad de vida EQ-5D-5L

		W	p
Bajo	Medio	1.76	0.427
Bajo	Alto	4.71	0.003
Medio	Alto	3.27	0.054

Comparaciones entre parejas - Calidad de vida EVA

		W	p
Bajo	Medio	1.20	0.674
Bajo	Alto	3.39	0.044
Medio	Alto	2.58	0.161

A la hora de analizar la profesión (Tabla 12 y Tabla 13), la muestra ha sido dividida en 3 grupos: Técnicos y Empleos de Oficina; Sectores esenciales; Ocupaciones elementales.

Tabla 12. Relación entre la profesión y si el paciente ha sido hospitalizado en los últimos 12 meses

Hospitalizaciones		Profesión			Total
		Técnicos, Empleos de oficina	Sectores esenciales	Ocupaciones elementales	
Sí	Observado	9	32	22	63
	% del total	1.6 %	5.6 %	3.8 %	11.0 %
No	Observado	100	209	201	510
	% del total	17.5 %	36.5 %	35.1 %	89.0 %
Total	Observado	109	241	223	573
	% del total	19.0 %	42.1 %	38.9 %	100.0 %

Pruebas de χ^2

	Valor	gl	p
χ^2	2.41	2	0.300
N	573		

Tabla 13. Relación entre la profesión, la calidad de vida y el resto de parámetros analizados

Kruskal-Wallis			
	χ^2	gl	p
Calidad de vida EQ-5D-5L	5.192	2	0.075
Calidad de vida EVA	4.791	2	0.091
Nº Urgencias	4.676	2	0.097
Nº Medicina AP	0.253	2	0.881
Nº Enfermería AP	4.863	2	0.088
Nº patologías	0.129	2	0.937

Para analizar el nivel de estudios, la muestra ha sido dividida en 3 grupos: Educación Superior, Educación Obligatoria completa (no necesariamente Bachiller) y Educación Obligatoria incompleta. Los hallazgos encontrados se recogen en la Tabla 14 y la Tabla 15. En esta última podemos observar cómo una Educación Superior se correlaciona con una mejor calidad de vida en comparación con cualquiera de los otros dos grupos; así como con un menor número de patologías en comparación con el grupo de Educación Obligatoria completa.

Tabla 14. Relación entre el nivel educativo y si el paciente ha sido hospitalizado en los últimos 12 meses

Hospitalizaciones		Nivel educativo			Total
		Ed. Superior	Ed. Obligatoria completa +/- Bachiller	Ed. Obligatoria incompleta	
Sí	Observado	5	29	29	63
	% del total	0.9 %	5.1 %	5.1 %	11.0 %
No	Observado	69	206	235	510
	% del total	12.0 %	36.0 %	41.0 %	89.0 %
Total	Observado	74	235	264	573
	% del total	12.9 %	41.0 %	46.1 %	100.0 %

Pruebas de χ^2

	Valor	gl	p
χ^2	1.79	2	0.408
N	573		

Tabla 15. Relación entre el nivel educativo, la calidad de vida y el resto de parámetros analizados

Kruskal-Wallis

	χ^2	gl	p
Calidad de vida EQ-5D-5L	10.78	2	0.005
Calidad de vida EVA	9.66	2	0.008
Nº Urgencias	2.03	2	0.363
Nº Medicina AP	2.76	2	0.251
Nº Enfermería AP	5.16	2	0.076
Nº patologías	7.35	2	0.025

Tabla 15 (cont.)

Comparaciones entre parejas - Calidad de vida EQ-5D-5L

		W	p
Ed. Superior	Ed. Obligatoria completa +/- Bachiller	-4.1207	0.010
Ed. Superior	Ed. Obligatoria incompleta	-4.5844	0.003
Ed. Obligatoria completa +/- Bachiller	Ed. Obligatoria incompleta	-0.0472	0.999

Comparaciones entre parejas - Calidad de vida EVA

		W	p
Ed. Superior	Ed. Obligatoria completa +/- Bachiller	-3.620	0.028
Ed. Superior	Ed. Obligatoria incompleta	-4.386	0.005
Ed. Obligatoria completa +/- Bachiller	Ed. Obligatoria incompleta	-0.990	0.764

Comparaciones entre parejas - Nº patologías

		W	p
Ed. Superior	Ed. Obligatoria completa +/- Bachiller	3.36	0.047
Ed. Superior	Ed. Obligatoria incompleta	1.65	0.472
Ed. Obligatoria completa +/- Bachiller	Ed. Obligatoria incompleta	-2.83	0.111

Los resultados del análisis del estado civil de la muestra se muestran en la Tabla 16 y la Tabla 17. Dados los resultados del test de Kruskal-Wallis y de su posterior *post-hoc* en referencia a la variable “Número de patologías”, podemos concluir que tenemos la suficiente evidencia para afirmar que hay diferencias entre los grupos, pero no la suficiente para especificar en qué grupos concretos se encuentra dicha diferencia.

Tabla 16. Relación entre el estado civil y si el paciente ha sido hospitalizado en los últimos 12 meses

Hospitalizaciones		Estado civil				Total
		Separado	Casado. emparejado	Soltero	Viudo	
Sí	Observado	1	47	1	14	63
	Esperado	2.97	47.6	2.53	9.90	63.0
	% del total	0.2 %	8.2 %	0.2 %	2.4 %	11.0 %
No	Observado	26	386	22	76	510
	Esperado	24.03	385.4	20.47	80.10	510.0
	% del total	4.5 %	67.4 %	3.8 %	13.3 %	89.0 %
Total	Observado	27	433	23	90	573
	Esperado	27.00	433.0	23.00	90.00	573.0
	% del total	4.7 %	75.6 %	4.0 %	15.7 %	100.0 %

Pruebas de χ^2

	Valor	p
Test exacto de Fisher		0.286
N	573	

Nota: al encontrar varias frecuencias esperadas por debajo de 5, el test empleado ha sido el Test exacto de Fisher

Tabla 17. Relación entre el estado civil, la calidad de vida y el resto de parámetros analizados

Kruskal-Wallis

	χ^2	gl	p
Calidad de vida EQ-5D-5L	6.686	3	0.083
Calidad de vida EVA	1.897	3	0.594
Nº Urgencias	5.491	3	0.139
Nº Medicina AP	6.784	3	0.079
Nº Enfermería AP	0.574	3	0.902
Nº patologías	9.371	3	0.025

Comparaciones entre parejas - Nº patologías

		W	p
Separado	Casado. emparejado	1.838	0.563
Separado	Soltero	-0.240	0.998
Separado	Viudo	3.240	0.100
Casado. emparejado	Soltero	-1.987	0.496
Casado. emparejado	Viudo	3.039	0.138
Soltero	Viudo	3.393	0.077

La Tabla 18 y la Tabla 19 muestran los resultados obtenidos al comparar aquellos que vivían solos con aquellos que no, independientemente del número de convivientes.

Tabla 18. Relación entre vivir solo y si el paciente ha sido hospitalizado en los últimos 12 meses

Hospitalizaciones		Vive solo		Total
		Sí	No	
Sí	Observado	11	52	63
	% del total	1.9 %	9.1 %	11.0 %
No	Observado	90	420	510
	% del total	15.7 %	73.3 %	89.0 %
Total	Observado	101	472	573
	% del total	17.6 %	82.4 %	100.0 %

Pruebas de χ^2

	Valor	gl	p
χ^2	0.00135	1	0.971
N	573		

Tabla 19. Relación entre vivir solo, la calidad de vida y el resto de parámetros analizados

		Estadístico	p	Diferencia de medias	EE de la diferencia	Intervalo de Confianza al 95%	
						Inferior	Superior
Calidad de vida EQ-5D-5L	U de Mann-Whitney	21092	0.244	-0.0170		-0.0659	0.00703
Calidad de vida EVA	U de Mann-Whitney	22138	0.658	-2.52e-5		-5.0000	1.99993
Nº Urgencias	U de Mann-Whitney	2620	0.629	4.09e-5		-1.81e-5	8.37e-5
Nº Medicina AP	U de Mann-Whitney	22228	0.575	-5.38e-5		-1.0000	0.99996
Nº Enfermería AP	U de Mann-Whitney	14466	0.695	6.50e-5		-1.0000	1.00001
Nº patologías	U de Mann-Whitney	22120	0.249	3.01e-5		-5.37e-5	1.00000

A la hora de analizar las variables relacionadas con la calidad del barrio y la comunidad, hemos considerado como “riesgo urbano” a aquellos pacientes que, en los 9 ítems valorados en la encuesta, admitieron tener problemas con al menos 4 (Tabla 20 y Tabla 21).

Tabla 20. Relación entre el riesgo urbano y si el paciente ha sido hospitalizado en los últimos 12 meses

Hospitalizaciones		Riesgo urbano		
		Sí	No	Total
Sí	Observado	24	39	63
	% del total	4.2 %	6.8 %	11.0 %
No	Observado	179	329	508
	% del total	31.3 %	57.6 %	89.0 %
Total	Observado	203	368	571
	% del total	35.6 %	64.4 %	100.0 %

Pruebas de χ^2

	Valor	gl	p
χ^2	0.200	1	0.655
N	571		

Tabla 21. Relación entre el riesgo urbano, la calidad de vida y el resto de parámetros analizados

		Estadístico	p	Diferencia de medias	EE de la diferencia	Intervalo de Confianza al 95%	
						Inferior	Superior
Calidad de vida EQ-5D-5L	U de Mann-Whitney	28181	<.001	-0.0570		-0.0880	-0.0219
Calidad de vida EVA	U de Mann-Whitney	31619	0.069	-7.73e-5		-5.0001	3.04e-5
Nº Urgencias	U de Mann-Whitney	4764	0.771	5.88e-5		-6.28e-5	4.74e-5
Nº Medicina AP	U de Mann-Whitney	34579	0.584	6.95e-6		-1.0000	1.0000
Nº Enfermería AP	U de Mann-Whitney	21322	0.282	-4.58e-5		-1.0000	1.97e-5
Nº patologías	U de Mann-Whitney	37081	0.884	1.78e-5		-8.68e-5	7.00e-6

	Grupo	N	Media	Mediana	DE	EE
Calidad de vida EQ-5D-5L	Sí	198	0.735	0.769	0.202	0.0144
	No	352	0.791	0.838	0.192	0.0103

A la hora de analizar el Apoyo Social, hemos dividido a la muestra en 3 terciles de tamaño homogéneo a partir del resultado numérico obtenido del Apoyo Total Percibido Por tanto, el primer tercil abarca todas las puntuaciones menores de 43; el segundo tercil abarca todas las puntuaciones entre 43 y 49, ambas inclusive; y el tercer tercil abarca todas las superiores a 49. La información relativa a esta variable puede encontrarse en la Tabla 22 y la Tabla 23. Esta última nos muestra una relación entre tener una puntuación baja en el *score* de apoyo social y una menor calidad de vida (en comparación con el segundo tercil), un mayor número de visitas a Urgencias (en comparación con el tercer tercil) y un mayor número de patologías (en comparación de nuevo con el segundo tercil).

Tabla 22. Relación entre el apoyo social y si el paciente ha sido hospitalizado en los últimos 12 meses

Hospitalizaciones		A Total terciles			Total
		Primer tercil	Segundo tercil	Tercer tercil	
Sí	Observado	26	14	23	63
	% del total	4.5 %	2.4 %	4.0 %	11.0 %
No	Observado	173	189	148	510
	% del total	30.2 %	33.0 %	25.8 %	89.0 %
Total	Observado	199	203	171	573
	% del total	34.7 %	35.4 %	29.8 %	100.0 %

Pruebas de χ^2

	Valor	gl	p
χ^2	5.41	2	0.067
N	573		

Tabla 23. Relación entre el apoyo social, la calidad de vida y el resto de parámetros analizados

Kruskal-Wallis

	χ^2	gl	p
Calidad de vida EQ-5D-5L	15.46	2	< .001
Calidad de vida EVA	3.53	2	0.171
Nº Urgencias	8.11	2	0.017
Nº Medicina AP	4.59	2	0.101
Nº Enfermería AP	2.77	2	0.250
Nº patologías	8.09	2	0.017

Tabla 23 (cont.)

Comparaciones entre parejas - Calidad de vida EQ-5D-5L

		W	p
Primer tercil	Segundo tercil	5.54	< .001
Primer tercil	Tercer tercil	2.73	0.130
Segundo tercil	Tercer tercil	-2.65	0.146

Comparaciones entre parejas - N° Urgencias

		W	p
Primer tercil	Segundo tercil	-3.182	0.063
Primer tercil	Tercer tercil	-3.759	0.021
Segundo tercil	Tercer tercil	-0.377	0.962

Comparaciones entre parejas - N° patologías

		W	p
Primer tercil	Segundo tercil	-4.00	0.013
Primer tercil	Tercer tercil	-1.38	0.592
Segundo tercil	Tercer tercil	2.40	0.207

Discusión

Principales hallazgos

Tras haber comparado los datos de uso de sistema sanitario y calidad de vida con otras variables de índole social, los hallazgos principales de dicho análisis se centran sobre todo en la calidad de vida, especialmente aquella medida con la escala EQ-5D-5L. En concreto, se ha objetivado una correlación en la muestra entre una peor calidad de vida y las siguientes variables independientes: género (ser mujer), pertenecer a una clase social baja, tener un ingreso mensual bajo, poseer un nivel educativo inferior (Educación Obligatoria +/- Bachiller, frente a aquellos que poseen una Educación Superior), pertenecer a una comunidad con varios marcadores de riesgo urbano y tener un bajo apoyo social.

Además, se ha podido asociar un escaso nivel de apoyo social con un mayor uso del sistema sanitario (concretamente, del número de visitas a Urgencias) y con un mayor número de patologías en un mismo paciente. Por último, valorando asociaciones más moderadas, encontramos un nivel moderado de asociación entre el género (ser hombre) y un mayor número de hospitalizaciones, así como entre un nivel educativo alto y tener un menor número de patologías coexistentes.

Comparación con otros estudios

Tras realizar una búsqueda bibliográfica en PubMed, encontramos hallazgos en la literatura similares a los extraídos a partir del estudio de la muestra.

Sin lugar a dudas, el hallazgo más relevante ha sido el relacionado con la calidad de vida, especialmente con aquella medida con la escala EQ-5D-5L. En ese sentido, no es la primera vez que se emplea esta escala para analizar el efecto que distintas variables de índole social pueden tener en la calidad de vida en base a una muestra tomada en España. Buscando en la literatura, hemos localizado un estudio similar, en el que Arrospide A et al.²⁰, con una muestra de 1850 pacientes obtenida a través de la Encuesta Nacional de Salud realizada en 2011-2012, busca identificar las disparidades en salud analizando los efectos que pueden tener el género, la edad, el nivel educacional, el índice de masa corporal y las patologías coexistentes sobre la calidad de vida.

Esta escala también se ha empleado en numerosos estudios fuera de nuestro país. Un estudio llevado a cabo por Cheng KJG et al.²¹ muestra, a partir de la escala EQ-5D-5L, cómo la calidad de vida en una muestra de 1000 pacientes en Filipinas se relaciona con aspectos sociales como pueden ser la religión, el estatus socioeconómico, la cantidad de dinero ahorrado, la responsabilidad familiar o las condiciones de la comunidad; no así, sin embargo, con otros marcadores como el empleo o el nivel de estudios. Otro estudio de Kivits et al.²², realizado también con la escala EQ-5D-5L pero con una muestra de pacientes en Irán, revela una asociación entre una mayor calidad de vida y una menor edad, un nivel educativo alto y un mayor ingreso mensual. Cabe destacar, sin embargo, que estos dos estudios se realizaron sobre una muestra con una menor restricción etaria (el criterio de inclusión es de una edad mayor de 18 años); además, el estudio realizado por Cheng KJG et al. incluye como criterio de inclusión adicional no tener ninguna enfermedad activa, por lo que la muestra es muy distinta a la analizada por el estudio MULTIPAP. También un estudio en Francia realizado por Rezaei S et al.²³ establece una relación significativa entre calidad de vida y vivir en pareja, el nivel de educación, la profesión y el ingreso mensual, independientemente del efecto producido por el género y la edad.

El apoyo social es una variable que influye intensamente en los resultados finales de salud de la población. El apoyo social se establece cuando las necesidades sociales básicas de un individuo quedan cubiertas a través de la interacción con otras personas. Esto incluye por parte del individuo sentimientos de aprobación, afección, identidad y la sensación de formar parte de una comunidad. En cuanto al apoyo social centrado en (aunque no exclusivo de) personas ancianas, el grupo etario descrito en este estudio, sabemos que el apoyo social puede correlacionarse con los sentimientos de soledad, pudiendo marcar una diferencia importante en la prevalencia de trastornos de salud mental como la depresión²⁴.

Un estudio realizado por Henriques A et al.²⁵, que buscaba establecer el efecto entre una posición socioeconómica baja y una peor calidad de vida (medida a partir del WHOQOL-OLD, acrónimo de *World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults*) sobre una muestra de 585 pacientes mayores de 18 años en Porto, Portugal, determina además que un buen apoyo social puede ayudar a mitigar el declive en la calidad de vida relacionado con dicha posición socioeconómica, independientemente de la edad y del género.

También el género puede definirse como una desigualdad social en salud. Como norma general, las mujeres ocupan puestos de trabajo más precarizados que los hombres. Además, en el ámbito doméstico, son las mujeres las que asumen la mayor parte del trabajo en casa. También cabe destacar el rol de la mujer en los cuidados de otras personas: principalmente de los hijos, pero también de las personas dependientes. Según los datos del Instituto Nacional de Estadística, el porcentaje de mujeres mayores de edad que dedican al menos varios días a la semana al cuidado de otras personas o a la realización de tareas domésticas es superior en todos los casos al porcentaje de hombres que realizan estas mismas tareas²⁶.

En lo relativo a esta variable, en el estudio anteriormente mencionado de Arrosipide A et al.²⁰, el apartado en el que la brecha de género es más evidente es en el ítem de “ansiedad y depresión” del cuestionario EQ-5D-5L. Esta diferencia puede explicarse en función del rol de género anteriormente mencionado. Posteriormente a la lectura de este artículo, nos parecía interesante comprobar si en la muestra recogida por el estudio MULTIPAP también podíamos encontrar este hallazgo. Efectivamente, podemos encontrar diferencias muy claras entre hombres y mujeres en dicho ítem, tanto en el análisis descriptivo de cada una de las respuestas a dicho ítem como en el análisis estadístico, que muestra una significación clara ($p < 0,001$). Dichos hallazgos pueden encontrarse en el *Anexo 4* y en el *Anexo 5*, respectivamente.

En cuanto a hallazgos de otros estudios, encontramos en la literatura un artículo de Golinelli D et al.²⁷, que busca explorar los aspectos sociodemográficos y conductuales que producen diferencias en el estado de salud entre hombres y mujeres a partir de una muestra de 99479 adultos en Italia, usando datos obtenidos a partir de una encuesta nacional. Este estudio demuestra las grandes diferencias que hay entre géneros en este aspecto, pues ser mujer se relaciona con una peor salud tanto mental como física, especialmente esta última. Realizando un análisis en conjunto con otras variables, este estudio encuentra otros hallazgos; por ejemplo, un mayor nivel educacional está relacionado con una mayor calidad de vida percibida, pero a la hora de estudiar a aquellas personas con un nivel educacional alto, este incremento es mayor en los hombres.

Otra variable que es interesante estudiar es la clase social. El empeoramiento del estado de salud, percibido como un exceso de mortalidad y morbilidad, al disminuir la clase social se encuentra ampliamente estudiado en la literatura moderna. Además, estas desigualdades van transmitiéndose de generación en generación, pues la clase social de la familia en la que se nace, el nivel de estudios o el nivel de ingresos, entre otros, forman una compleja red de factores que

influyen los unos a los otros. Así, la generación de recursos y oportunidades es desigual en la sociedad, lo que se traduce en desigualdades en salud¹⁰.

En el estudio anteriormente mencionado de Arrospide A et al.²⁰, encontramos que el efecto negativo producido por la obesidad es mitigado en aquella población con un nivel socioeconómico alto; de hecho, en hombres pertenecientes a clase media y alta, no se pudo determinar de forma estadísticamente significativa un detrimento de la calidad de vida entre obesos y no obesos. Esto indica el efecto protector que tiene pertenecer a una clase social alta.

En lo referente al riesgo urbano, el bienestar de una persona es el resultado de sus recursos físicos, mentales y sociales, junto con los factores ambientales que le rodean²⁸. Dentro de estos últimos encontramos el entorno, basado en las características objetivas y percibidas del contexto físico en el que la gente pasa su tiempo, como su hogar, su comunidad o su barrio. En personas ancianas, aspectos como la multimorbilidad o la fragilidad pueden requerir de cuidados especiales, y el estado de dicho entorno puede influir positivamente en su calidad de vida²⁹.

En este sentido, un estudio realizado por Gobbens R et al.³⁰ buscaba examinar la asociación entre estos factores urbanos y la calidad de vida sobre una muestra de 1031 pacientes mayores de 65 años en Holanda. Los resultados numéricos son más difíciles de comparar por el hecho de que este estudio se ha basado en una encuesta realizada a nivel nacional y denominada *Senioren Barometer* que, a pesar de tratar también sobre el riesgo urbano y la calidad de vida, posee un gran número de ítems distribuidos de forma muy distinta a, por ejemplo, el cuestionario realizado en el estudio MULTIPAP. Aún con todo, sus hallazgos vienen a indicar que la calidad de vida se ve influenciada por factores como el grado de involucramiento en actividades comunitarias, el nivel de crimen en el barrio, el nivel de ruidos u olores, el tráfico y, especialmente, las condiciones de la vivienda.

Puntos fuertes y limitaciones

Dentro de las fortalezas de este estudio, probablemente una de las más destacadas sea que, al haberse realizado desde el enfoque de la Atención Primaria, se ha podido valorar al paciente como un todo, incluyendo no solo datos de índole estrictamente médica, sino también con un gran número de variables de aspecto psicosocial que no son estudiadas tan frecuentemente, como son la calidad de vida, el apoyo social o los indicadores de riesgo urbano, entre otros. Esto supone un refuerzo respecto a la idea de valorar al paciente desde la esfera biopsicosocial.

Además, el grupo de edad en el que el estudio se centra, de los 65 a los 74 años, corresponde a un estrato de la población cada vez más abundante no solo en España, sino en el resto de países desarrollados. Esto, sumado a un tamaño muestral grande y al hecho de que la muestra ha sido obtenida de diferentes centros de salud pertenecientes a tres Comunidades Autónomas distintas, dota al estudio de una gran capacidad de extrapolación a la población situada en este rango de edad.

Dentro de las limitaciones de este estudio, se encuentran las intrínsecamente relacionadas con estudios que valoran variables sociales, como son principalmente la subjetividad en las respuestas que pueden llevar a un nivel alto de variabilidad interpaciente, así como la dificultad a la hora de intentar analizar de forma separada variables que, en última instancia, forman parte de conceptos multidimensionales estrechamente relacionados entre sí. Con respecto al primer problema expuesto, y buscando maximizar la validez interna, el cuestionario de apoyo social, que posee un gran número de ítems e instrumentos de medida en función de la disciplina que lo aplique, ha sido

validado recientemente por Ayala et al. en personas de 60 años o más no institucionalizadas, siendo este un sustrato de la población muy similar al de la muestra empleada³¹.

Podemos encontrar una posible fuente de sesgos en el hecho de que uno de los criterios de inclusión del estudio fuese haber visitado al médico de cabecera en los últimos 12 meses. Aunque posiblemente se hiciera para hacer el reclutamiento más sencillo, y tiene sentido partiendo de que los pacientes con multimorbilidad probablemente acudan al médico con mayor frecuencia que los pacientes sin la misma, supone dejar fuera a aquellas personas que no consultan con frecuencia a su médico de cabecera, lo cual abre un interrogante respecto a si dicha población no acude a su médico porque no lo necesita o si hay otros factores a estudiar detrás (falta de conciencia del estado de salud, potencial reticencia a adquirir medicación por falta de poder adquisitivo, recibir atención médica en el sistema sanitario privado, etc). Además, haber limitado el estudio a pacientes con multimorbilidad de 65 a 74 años implica que, aunque los datos obtenidos con respecto a los DSS son de gran interés para este rango de edad, es posible que el estudio pierda validez externa si se quisieran extrapolar al resto de la población.

Conclusiones

Este estudio ha demostrado el efecto negativo que diversos indicadores de mala situación social pueden tener sobre los resultados de la salud de las personas. Las ideas y los datos aportados en este texto permiten ser conscientes de la relación que hay entre las características sociales de la población y sus efectos sobre la salud, reforzando así la aplicación del enfoque biopsicosocial sobre el paciente de forma complementaria al enfoque estrictamente médico. Tener en cuenta el contexto socioeconómico del paciente, así como su calidad y sus condiciones de vida, permiten un abordaje más efectivo sobre el mismo, especialmente (pero no exclusivamente) desde la Atención Primaria.

A la hora de medir variables como la calidad de vida o el uso del sistema sanitario, es crucial considerar la importancia que los DSS tienen en las mismas. Esta perspectiva permite combinar el carácter subjetivo e individual que tienen, por ejemplo, las distintas escalas de autopercepción de calidad de vida con elementos sociales que pueden ser analizados fuera de dicha subjetividad. Además, teniendo en cuenta que la percepción de salud del propio paciente tiene un impacto directo en su uso del sistema sanitario, los DSS pueden complementar el entendimiento de la relación de los pacientes con su entorno sanitario. Esto es especialmente relevante en una muestra como la estudiada, donde un gran número de patologías llevan a una situación donde el objetivo no es curar, sino cuidar, buscando mejorar las condiciones de los pacientes, sus familiares, sus cuidadores...

Por último, y aunque el tipo concreto de aplicación se escapa al objetivo de este texto, estos hallazgos también refuerzan la necesidad de crear estrategias políticas multidisciplinares y con perspectiva social, basadas en identificar precozmente e intervenir prioritariamente sobre poblaciones de riesgo, con el objetivo de mejorar la salud de la población.

Bibliografía

1. Crimmins EM. Lifespan and Healthspan: Past, Present, and Promise. *Gerontologist*. 2015 Dec 1;55(6):901.
2. Kaplan RM, Milstein A. Contributions of Health Care to Longevity: A Review of 4 Estimation Methods. *The Annals of Family Medicine*. 2019 May 1;17(3):267–72.
3. Van Den Akker M, Buntinx F, Knottnerus JA. Comorbidity or multimorbidity: What's in a name? A review of literature. *European Journal of General Practice*. 1996;2(2):65–70.
4. Salive ME. Multimorbidity in older adults. *Epidemiologic Reviews*. 2013 Jan 1;35(1):75–83.
5. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012;380(9836):37–43.
6. Prados-Torres A, del Cura-González I, Prados-Torres JD, Leiva-Fernández F, López-Rodríguez JA, Calderón-Larrañaga A, et al. Multimorbilidad en medicina de familia y los principios Ariadne. Un enfoque centrado en la persona. *Atencion Primaria*. 2017 May 1;49(5):300–7.
7. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*. 2008;372(9650):1661–9.
8. Chisumpa VH, Odimegwu CO, Saikia N. Adult mortality in sub-Saharan Africa: cross-sectional study of causes of death in Zambia. *Trop Med Int Health*. 2019 Oct 1;24(10):1208–20.
9. Mortality statistics - underlying cause, sex and age - Nomis - Official Labour Market Statistics [Internet]. [cited 2022 Mar 16]. Disponible en: <https://www.nomisweb.co.uk/query/construct/submit.asp?forward=yes&menuopt=201&subcomp=>
10. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid 2015. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf
11. Alguacil A, Díaz E, Jiménez N, Llano JC, Quiroga D. El Estado de la pobreza. Seguimiento del indicador de pobreza y exclusión social en España 2008-2020. EAPN. España 2021.
12. Bernáldez JP, Ruiz MVL. Repercusiones de la pobreza sobre la salud de los individuos y las poblaciones. *FMC Formación Médica Continuada en Atención Primaria*. 2016 Feb 1;23(2):50–60.
13. Damiani G, del Cura-González I, López-Rodríguez JA, Leiva-Fernández F, Gimeno-Miguel A, Poblador-Plou B, et al. How to Improve Healthcare for Patients with Multimorbidity and Polypharmacy in Primary Care: A Pragmatic Cluster-Randomized Clinical Trial of the MULTIPAP Intervention. *Journal of Personalized Medicine* 2022, Vol 12, Page 752. 2022 May 6;12(5):752.
14. INEbase / Demografía y población /Cifras de población y Censos demográficos /Censos de población y viviendas / Últimos datos [Internet]. [cited 2022 Mar 29]. Disponible en:

https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176992&menu=ultiDatos&idp=1254735572981

15. INEbase / Clasificaciones estadísticas / Clasificaciones nacionales / Clasificación Nacional de Ocupaciones. CNO / Últimos datos [Internet]. [cited 2022 Mar 29]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177033&menu=ultiDatos&idp=1254735976614
16. Broadhead WE, Gehlbach SH, de Gruy F V., Kaplan BH. The Duke-UNC functional social support questionnaire: Measurement of social support in family medicine patients. *Medical Care*. 1988;26(7):707–21.
17. O'Halloran J, Miller GC, Britt H. Defining chronic conditions for primary care with ICPC-2. *Fam Pract*. 2004 Aug;21(4):381–6.
18. Herdman M, Badia X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Atención Primaria*. 2001 Jan 1;28(6):425–9.
19. Ministerio de Fomento. Gobierno de España. Instituto Juan de Herrera DUYOT. Análisis urbanístico de Barrios Vulnerables en España Sobre la Vulnerabilidad Urbana. 2010. Disponible en: https://www.fomento.gob.es/nr/rdonlyres/c88db66d-8669-497c-bee4-442ae027e2fb/111287/sobre_vulnerabilidad.pdf
20. Arrospeide A, Machón M, Ramos-Goñi JM, Ibarrodo O, Mar J. Inequalities in health-related quality of life according to age, gender, educational level, social class, body mass index and chronic diseases using the Spanish value set for Euroqol 5D-5L questionnaire. *Health Qual Life Outcomes*. 2019 Apr 18;17(1).
21. Cheng KJG, Rivera AS, Miguel RTDP, Lam HY. A cross-sectional study on the determinants of health-related quality of life in the Philippines using the EQ-5D-5L. *Qual Life Res*. 2021 Aug 1;30(8):2137–47.
22. Rezaei S, Hajizadeh M, Kazemi A, Khosravipour M, Khosravi F, Rezaeian S. Determinants of health-related quality of life in Iranian adults: evidence from a cross-sectional study. *Epidemiol Health*. 2017;39:e2017038.
23. Kivits J, Erpelding ML, Guillemin F. Social determinants of health-related quality of life. *Revue d'épidemiologie et de sante publique*. 2013 Aug;61 Suppl 3:S189-94.
24. Liu L, Gou Z, Zuo J. Social support mediates loneliness and depression in elderly people. *J Health Psychol*. 2016 May 1;21(5):750–8.
25. Henriques A, Silva S, Severo M, Fraga S, Barros H. Socioeconomic position and quality of life among older people: The mediating role of social support. *Preventive Medicine*. 2020 Jun 1;135:106073.
26. Instituto Nacional de Estadística / Productos y Servicios / Publicaciones / Publicaciones de descarga gratuita / Mujeres y hombres en España / Conciliación trabajo y familia [Internet]. [cited 2022 Feb 4]. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259950772779&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalle¶m3=1259926137287

27. Golinelli D, Bucci A, Boetto E, Maietti E, Toscano F, Fantini MP. Gender differences and multiple determinants of perceived physical and mental health in Italy. *Annali di igiene : medicina preventiva e di comunita.* 2021;33(5):456–73.
28. Lawton MP, Nahemow L. Ecology and the aging process. *The psychology of adult development and aging.* 1973 Oct 27;619–74.
29. Buffel T, Verté D, de Donder L, de Witte N, Dury S, Vanwing T, et al. Theorising the relationship between older people and their immediate social living environment. *International Journal of Lifelong Education.* 2012 Feb;31(1):13–32.
30. Gobbens RJJ, van Assen MALM. Associations of Environmental Factors With Quality of Life in Older Adults. *Gerontologist.* 2018 Jan 18;58(1):101–10.
31. Ayala A, Rodríguez-Blázquez C, Frades-Payo B, Forjaz MJ, Martínez-Martín P, Fernández-Mayoralas G, et al. Propiedades psicométricas del Cuestionario de Apoyo Social Funcional y de la Escala de Soledad en adultos mayores no institucionalizados en España. *Gaceta Sanitaria.* 2012 Jul 1;26(4):317–24.

Anexos

Anexo 1. Clasificación de las clases sociales según la Encuesta Nacional de Salud en España de 2017

- I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias.
- II. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/ as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas.
- III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia.
- IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas.
- V. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semi-cualificados/as.
- VI. Trabajadores no cualificados.

Anexo 2. Ítems valorados en la escala Duke-UNK-11, así como la categoría a la que pertenecen

Recibo visitas de mis amigos y familiares	A. S. Confidencial
Recibo ayuda en asuntos de mi casa	A. S. Afectivo
Recibo elogios y reconocimiento de mi trabajo	A. S. Afectivo
Cuento con personas que se preocupan	A. S. Confidencial
Recibo amor y afecto	A. S. Afectivo
Posibilidad de hablar de mis problemas en trabajo o casa	A. S. Confidencial
Posibilidad de hablar de mis problemas personales y familiares	A. S. Confidencial
Posibilidad de hablar de mis problemas económicos	A. S. Confidencial
Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	A. S. Afectivo
Recibo consejos útiles cuando ocurre un acontecimiento importante	A. S. Confidencial
Recibo ayuda cuando estoy enfermo en cama	A. S. Afectivo

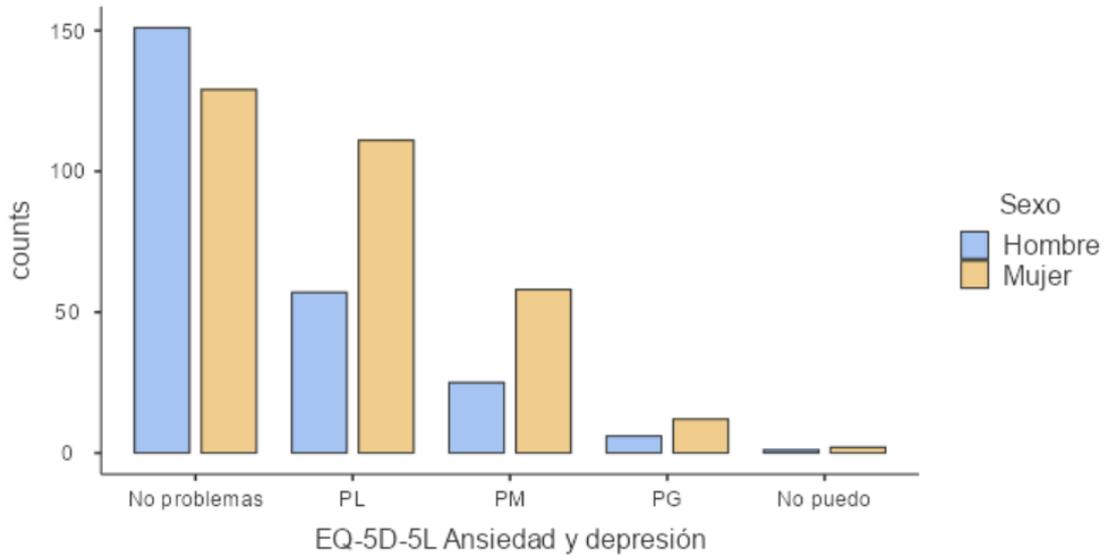
A.S. = Apoyo Social

Anexo 3. Prueba de normalidad en las diferentes variables estudiadas

		statistic	p
Calidad de vida EQ-5D-5L	Shapiro-Wilk	0.894	< .001
	Kolmogorov-Smirnov	0.1219	< .001
	Anderson-Darling	15.90	< .001
Calidad de vida EVA	Shapiro-Wilk	0.938	< .001
	Kolmogorov-Smirnov	0.1190	< .001
	Anderson-Darling	8.24	< .001
Nº Urgencias	Shapiro-Wilk	0.689	< .001
	Kolmogorov-Smirnov	0.2613	< .001
	Anderson-Darling	19.37	< .001
Nº Medicina AP	Shapiro-Wilk	0.834	< .001
	Kolmogorov-Smirnov	0.1418	< .001
	Anderson-Darling	18.51	< .001
Nº Enfermería AP	Shapiro-Wilk	0.590	< .001
	Kolmogorov-Smirnov	0.2466	< .001
	Anderson-Darling	41.69	< .001
Edad	Shapiro-Wilk	0.955	< .001
	Kolmogorov-Smirnov	0.0897	< .001
	Anderson-Darling	6.17	< .001
Nº patologías	Shapiro-Wilk	0.874	< .001
	Kolmogorov-Smirnov	0.1729	< .001
	Anderson-Darling	18.06	< .001

Anexo 4. Análisis descriptivo del ítem *Ansiedad y depresión* en la escala EQ-5D-5L obtenida de la muestra estudiada

EQ-5D-5L Ansiedad y depresión



PL = Problemas leves

PM = Problemas moderados

PG = Problemas graves

Anexo 5. Prueba de χ^2 sobre el ítem *Ansiedad y depresión* en la escala EQ-5D-5L obtenida de la muestra estudiada

EQ-5D-5L Ansiedad y depresión [agrupado]				
Sexo	No tengo problemas	Problemas leves	Problemas graves	Total
Hombre	151	57	32	240
Mujer	129	111	72	312
Total	280	168	104	552

χ^2 Tests

	Value	df	p
χ^2	25.5	2	< .001
N	552		

Nota: para realizar el análisis estadístico de forma más precisa, “Problemas moderados”, “Problemas graves” y “No puedo” han sido reagrupados en una sola respuesta