



ORIGINAL

Calidad de vida en personas con depresión y comorbilidad física desde una perspectiva de género



Antonia Raya-Tena^{a,b,*}, María Isabel Fernández-San-Martín^{c,d},
Jaume Martín-Royo^{c,e}, Rocío Casañas^f, Grup Psicodep^{a,b,c,d,e,f,◇}
y María Francisca Jiménez-Herrera^b

^a Centro de Atención Primaria Dr. Lluís Sayé, ABS Raval Nord, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

^b Universitat Rovira i Virgili, Línea de investigación en Biomedicina, epidemiología i pràctica clínica avançada, Facultat de Infermeria, Tarragona, España

^c Unitat de Suport a la Recerca, Fundació Institut Universitari per a la recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina (IDIAPJGol), Barcelona, España

^d Unitat Docent Multiprofesional Gerència Territorial Barcelona, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

^e Centro de Urgencias de Atención Primaria (CUAP) Casernes, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

^f Departamento de investigación, Centre d'Higiene Mental Les Corts (CHMLC), Grupo CHM Salut Mental Barcelona, Barcelona, España

Recibido el 24 de abril de 2020; aceptado el 20 de julio de 2020

Disponible en Internet el 9 de enero de 2021

PALABRAS CLAVE

Calidad de vida;
Depresión;
Comorbilidad física;
Género;
Atención Primaria

Resumen

Objetivo: El objetivo del estudio es describir la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud de personas con depresión y comorbilidad física bajo una perspectiva de género. Se incluyeron 380 individuos mayores de 49 años con, al menos, una patología de las siguientes: diabetes, enfermedad obstructiva pulmonar crónica y cardiopatía isquémica, reclutadas en 31 equipos de atención primaria de Cataluña. La calidad de vida se midió con la escala EuroQol (EQ-5D). Además, se recogieron variables sociodemográficas, gravedad de depresión, índice de privación económica y ámbito de residencia. Se evaluó la relación ajustada entre el sexo y las dimensiones de calidad de vida, mediante una regresión logística multivariante.

Resultados: El 81,3% fueron mujeres; la media de edad fue de 68,4 años (DE: 8,8), La media de la escala visual analógica fue de 57,8 (DE: 17,4) en hombres y 55,8 (DE: 18,6) en mujeres. La media del *EQ-Health Index* fue de 0,74 (DE: 0,17) en hombres y 0,65 (DE: 0,21) en mujeres ($p = 0,001$). La probabilidad de presentar problemas en las dimensiones del EQ-5D mostró el sexo como factor de más peso (mujer = 1/hombre = 0) en: autocuidado OR: 2,29 (IC 95% 1,04 a 5,07) y actividades cotidianas OR: 3,09 (IC 95% 1,67 a 5,71). La movilidad se asoció con la edad OR: 1,87 (IC 95% 1,22 a 2,86), el ámbito de residencia con el dolor OR: 2,51 (IC 95% 1,18 a 5,34) y el *Beck Depression Inventory* (BDI) con la ansiedad/depresión OR: 4,77 (IC 95% 1,77 a 12,88).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: arayat.bcn.ics@gencat.cat (A. Raya-Tena).

◇ Grup Psicodep: M.I. Fernández-San-Martín, J. Martín-Royo, G. Sauch-Valmaña, A. Raya-Tena, R. Casañas-Sánchez, E.M. Fernández-Linares, R. Masa-Font, M. Casajuana-Closas, C. Cols-Sagarra, J. Mendioroz-Peña, S. González-Tejón, L.M. Martín-López y Q. Foguet-Boreu.

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.07.007>

0212-6567/© 2020 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Conclusión: La percepción en la calidad de vida de las mujeres con depresión y comorbilidad física es inferior a la de los hombres, siendo en ambos casos inferior a la de población general. © 2020 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Quality of life;
Depression;
Physical comorbidity;
Gender;
Primary care

Quality of life in people with depression and physical comorbidity from a gender perspective

Abstract

Objective: The aim of the study is to describe from a gender perspective how people with depression and physical comorbidity perceive their quality of life. The study included 380 people over 49 years of age with at least one of the following pathologies: diabetes, chronic obstructive pulmonary disease and ischemic heart disease. Participants were recruited from 31 teams the primary care of in Catalonia. Quality of life was measured using the EuroQol Scale. In addition, sociodemographic variables were collected, as well as the severity of depression, the index of economic deprivation and area of residence. The adjusted relationship between sex and dimensions of quality of life was assessed by means of multivariate logistic regression.

Results: 81.3% were women; the mean age was 68.4 years (SD: 8.8). The mean on the Visual Analogue Scale was 57.8 (SD: 17.4) in men and 55.8 (SD: 18.6) in women. The mean of the EQ-Health Index was 0.74 (SD: 0.17) in men and 0.65 (SD: 0.2) in women ($p = 0.001$). The probability of having problems of the EQ-5D showed sex as the most important factor (woman = 1/man = 0) in: self-care OR: 2.29 (95% CI 1.04-5.07) and daily activities OR: 3.09 (95% CI 1.67-5.71). Mobility was associated with age OR: 1.87 (95% CI 1.22-2.86), pain with area of residence OR: 2.51 (95% CI 1.18-5.34) and the BDI with anxiety/depression OR: 4.77 (95% CI 1.77-12.88).

Conclusion: The perception quality of life of women with depression and physical comorbidity is lower than that of men and, in both cases, it is lower than that of the general population.

© 2020 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El género atraviesa como eje transversal el marco de los determinantes sociales, produciendo inequidades en la salud y en la calidad de vida. Es necesario indagar sobre los procesos relacionados con las diferencias en los resultados de salud de mujeres y de hombres¹⁻³.

El estado de salud percibido muestra la apreciación subjetiva que las personas tienen sobre su propia salud física y mental. No necesariamente coincide con la salud real de estas, pero se considera un indicativo importante de la esperanza de vida, de tener enfermedades crónicas y de la utilización de los servicios sanitarios⁴. El comportamiento de las mujeres en relación con el diagnóstico, manejo y afrontamiento de patologías crónicas, procesos quirúrgicos y diferentes tratamientos es distinto al que presentan los hombres. Los estudios realizados en múltiples patologías: diabetes mellitus tipo II (DM), enfermedad pulmonar crónica (EPOC), insuficiencia cardiaca, artrosis, dolor crónico, heridas crónicas, etc. refieren una peor calidad de vida cuando son las mujeres quienes las padecen⁵⁻⁸. De la misma manera, después de los procesos quirúrgicos como una cirugía cardiaca o al inicio de tratamientos agresivos como la radioterapia, los puntajes de las mujeres con respecto a la calidad de vida son siempre peores a los de los hombres^{9,10}. Igualmente, si se evalúa la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) después de haber sufrido un accidente vascular cerebral, es peor la de

las mujeres que la de los hombres, incluso 12 meses después y habiendo ajustado las variables sociodemográficas, la gravedad del accidente cerebrovascular y la discapacidad⁵. La comorbilidad de comorbilidad física crónica y depresión se traduce, asimismo, en una peor CVRS¹¹. El estudio ESEMeD-España realizado en el 2007 concluyó que los trastornos del ánimo ejercían un impacto más negativo en la calidad de vida de las personas que las patologías crónicas¹².

En nuestro estudio, se expone la percepción de la CVRS de personas con depresión y comorbilidad física dentro del ámbito de la atención primaria (AP), explorando la relación de la CVRS con diferentes condicionantes sociales, entre ellos, el género.

Métodos

Estudio transversal realizado con información del momento basal del ensayo clínico «Psicodep», en el que se pretende demostrar la efectividad de una intervención grupal psicoeducativa llevada a cabo por enfermeras de AP¹³.

Se reclutaron de manera consecutiva, desde las consultas de AP, a pacientes mayores de 49 años asignados a 31 equipos de atención primaria (EAP) de Cataluña con diagnóstico previo de depresión, registrado según la clasificación CIE-10 y con puntuación del *Beck Depression Inventory* (BDI) por encima de 12. Los pacientes debían presentar también al menos una de las siguientes patologías crónicas: DM,

EPOC, asma, y/o cardiopatía isquémica (CI) asentadas en la historia clínica. Fueron criterios de exclusión: padecer deterioro cognitivo moderado o grave, depresiones mayores con síntomas psicóticos u otro trastorno mental grave con seguimiento por parte del centro de salud mental (CSM) de referencia, riesgo de suicidio moderado o grave, adicción a drogas y enfermedad terminal.

Se estimó necesaria una muestra de 364 individuos, teniendo en cuenta que el porcentaje de personas con problemas en las dimensiones de calidad de vida es del 25,4%¹⁴ con una confianza del 95% y una precisión del 5%, y esperando unas pérdidas del 20%.

Las variables sociodemográficas recogidas fueron: edad, sexo, nivel de estudios, estado civil, ámbito de residencia (rural: aquellos municipios de menos de 7.500 habitantes y/o densidad de población menor de 100 hab/km²; urbanos el resto de equipos). Además, se midió la calidad de vida, la gravedad de la depresión, el índice de privación económica y la presencia de patologías crónicas.

La variable principal es la calidad de vida evaluada mediante la escala EuroQol (EQ-5D). Es una escala autoaplicada compuesta de dos partes, el sistema descriptivo EQ-5D y la escala visual analógica (EQ-EVA). El EQ-5D valora cinco dimensiones de salud: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor y ansiedad/depresión, cada una con cinco opciones de respuesta, que oscilan entre sin problemas a problemas extremos. La segunda parte es la EQ-EVA para medir el nivel global de salud, con escala de cero al 100, donde el primero representa el peor y 100 el mejor estado de salud imaginable. Otro valor que se ha calculado es el índice de salud o *EQ-Health Index* con una puntuación (0,1), siendo cero el número asignado a la muerte y uno el de salud perfecta¹⁵. Este índice se calcula a partir de las puntuaciones de cada uno de los cinco rubros descritos anteriormente. La escala ha sido validada en España por Badia¹⁶. Presenta una fiabilidad de entre 0,86 y 0,90 y una buena correlación con el cuestionario de salud SF-36.

La gravedad de la depresión se evaluó con la versión española del *Beck Depression Inventory secondary edition* (BDI-II) adaptada por Sanz et al.¹⁷ Es una escala autoaplicada. El rango de respuesta obtenido es de cero a 63 puntos, el corte para la presencia de depresión es por encima de los 12 puntos. Esta herramienta proporciona una adecuada estimación de la gravedad e intensidad de los síntomas y tiene una buena fiabilidad y validez.

Se evaluó la situación socioeconómica de los participantes de cada EAP mediante el índice MEDEA. Es un índice de privación socioeconómica que se relaciona con la mortalidad general. Para elaborar el índice se correlacionan indicadores vinculados con la ocupación laboral, el nivel de estudios y la situación habitacional. El índice se ha construido con base en datos de núcleos urbanos por lo que no es apropiado utilizarlo en áreas rurales¹⁸.

Para el análisis de nuestro estudio se han agrupado los resultados de cada dimensión del EQ-5D en dos categorías: sin problemas en el rubro evaluado, y con algún problema (de leve a extremo). Asimismo, el índice MEDEA se ha clasificado en dos grupos: privación baja/media-baja y privación media-alta/alta.

En el análisis, se realizó una estadística descriptiva con medidas de tendencia central (porcentajes y medias) y medidas de dispersión, con los intervalos de confianza al 95%

para los resultados principales. Se hizo un análisis bivariado para evaluar la relación entre la calidad de vida y las variables sociodemográficas y clínicas. Posteriormente, se valoró el vínculo entre el sexo y cada dimensión de calidad de vida, ajustada por otras variables. El ajuste se realizó mediante la regresión logística multivariante, siendo la variable dependiente cada uno de los rubros del EQ-5D en dos grupos (categoría basal: sin problemas en la dimensión evaluada). Se consideró como variable independiente el sexo (categoría basal: hombre) y se añadieron las que mostraron significación estadística en el análisis bivariado.

Se incluyeron en el estudio todas aquellas personas que otorgaron y firmaron el consentimiento informado por escrito. El protocolo fue aprobado por el Comité Ético de Investigación de la Idiap Jordi Gol (referencia P16/184).

Resultados

El total de participantes fue de 380 personas de las que un 81,3% eran mujeres, con una media de edad de 68,4 años (DE: 8,8). El 77,9% de los individuos residían en un ámbito urbano. El 42,2% tenía estudios primarios completos, seguido del 32,1% con estudios universitarios y un 25,7% con estudios primarios incompletos o sin estudios. En cuanto al estado civil, el grupo más numeroso fue el de casada/o con un 54,1%. El 52,4% presentaba un índice de privación alto o medio alto. La patología crónica más frecuente era la DM presente en el 66,3% de la muestra de participantes, seguida del asma en el 26,3%, la EPOC en un 15,8% y CI en el 13,4% de los casos. Un 54,2% presentó una depresión leve, siendo el 45,8% restante de depresiones moderadas. La media en el puntaje del BDI fue de 19,5 (DE: 5,2).

Las diferencias sociodemográficas y clínicas según el sexo se han detallado en la [tabla 1](#). No se observaron discrepancias entre hombres y mujeres según la edad, el ámbito de residencia o el índice MEDEA. Sí estuvieron presentes y fueron estadísticamente significativas las diferencias en cuanto al nivel de estudios, ya que el 44,3% de los hombres tenían estudios secundarios o universitarios frente al 29,3% de las mujeres ($p = 0,015$). También, fueron significativas las discrepancias entre hombres y mujeres con relación al estado civil ($p = 0,005$); había un 66,2% de hombres casados y un 51,3% de mujeres. El grupo de viudos con un 12,7% era muy inferior al 29,5% de viudas. Las diferencias con mayor significación ($p < 0,001$) estaban en la gravedad de la depresión donde un 73,2% de los hombres presentaron una depresión leve y el 50,2% de mujeres presentaron una depresión moderada. En el resto de patologías existían disparidades en cuanto al sexo en el asma ($p < 0,001$) con un 31,4% de mujeres vs. al 4,2% de hombres; y en la CI ($p < 0,001$) presente en el 31,0% de hombres y tan solo en el 9,4% de mujeres.

La media en el valor de la EQ-EVA fue de 56,1 (DE: 18,3). Tal y como se ha expuesto en la [tabla 2](#), no existieron diferencias significativas en el puntaje de la EQ-EVA en relación con las características sociodemográficas, pero sí hubo significación con respecto al BDI.

La media del índice de salud *EQ-Health Index* fue de 0,67 (DE: 0,2). Los valores en este índice sí tuvieron diferencias estadísticamente significativas en relación con el sexo, el ámbito de residencia y el BDI, presentando una puntua-

Tabla 1 Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes. Total y según sexo

	Total		Hombre		Mujer		p
	n	%	n	%	n	%	
Edad							0,508
De 50 a 69 años	204	53,7%	42	59,2%	162	52,4%	
70 o más años	176	46,3%	29	40,8%	147	47,6%	
Ámbito							0,465
Rural	84	22,1%	18	25,4%	66	21,4%	
Urbano	296	77,9%	53	74,6%	243	78,6%	
Nivel estudios							0,015
Sin estudios/primarios incompletos	97	25,7%	10	14,3%	87	28,3%	
Estudios primarios completos	159	42,2%	29	41,4%	130	42,3%	
Estudios secundarios/universitarios	121	32,1%	31	44,3%	90	29,3%	
Estado civil							0,005
Casada/o o en pareja	205	54,1%	47	66,2%	158	51,3%	
Viuda/o	100	26,4%	9	12,7%	91	29,5%	
Divorciada/o o separada/o	58	15,3%	9	12,7%	49	15,9%	
Soltera/o	16	4,2%	5	8,5%	10	3,2%	
MEDEA*							0,595
Privación baja/media baja	141	47,6%	27	50,9%	114	46,9%	
Privación alta/media alta	155	52,4%	26	49,1%	129	53,1%	
Patologías crónicas**							
Diabetes Mellitus	252	66,3%	50	70,4%	202	65,4%	0,417
Cardiopatía isquémica	51	13,4%	22	31,0%	29	9,4%	< 0,001
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	60	18,8%	15	21,1%	45	14,6%	0,171
Asma	100	26,3%	3	4,2%	97	31,4%	< 0,001
Gravedad de la depresión (BDI)							< 0,001
Depresión leve	206	54,2%	52	73,2%	154	49,8%	
Depresión moderada	174	45,8%	19	26,8%	155	50,2%	

BDI: Beck Depression Inventory.

Los valores en negrita indican significación estadística ($p < 0,05$).

* El índice socio-económico MEDEA no es aplicable al ámbito rural. Aparecen solo datos de zonas urbanas.

** Hay que considerar que algunos pacientes pueden presentar varias de las patologías referenciadas.

*** Las variaciones del total de la «n» responden a valores perdidos en esas variables. Los porcentajes están calculados sobre el total de hombres/mujeres de cada columna.

ción menor las mujeres, aquellas personas que vivían en ámbitos rurales y las que padecían una depresión moderada.

En la [tabla 3](#) se ha detallado la presencia de problemas en las diferentes dimensiones del EQ-5D, según las características sociodemográficas y clínicas. Las variables sexo, edad, ámbito y gravedad de la depresión fueron significativas en varios de los rubros y son las que se utilizaron para el ajuste posterior ([tabla 4](#) y [figura 1](#)).

La probabilidad de presentar problemas en las dimensiones del EQ-5D está relacionada con el sexo en: autocuidado OR: 2,29 (IC 95% 1,04 a 5,07), actividades cotidianas OR: 3,09 (IC 95% 1,67 a 5,71) y dolor 2,25 (IC 95% 1,25 a 4,08). La movilidad se asoció con la edad OR: 1,87 (IC 95% 1,22 a 2,86), el ámbito de residencia con el dolor OR: 2,51 (IC 95% 1,18 a 5,34) y el BDI con la ansiedad/depresión OR: 4,77 (IC 95% 1,77 a 12,88).

Discusión

Los resultados de este estudio han mostrado cómo la percepción de la calidad de vida de las mujeres con depresión y comorbilidad física es peor que la de los hombres. Podrían

influir en esto las diferencias muestrales entre sexos y el porcentaje mayor de mujeres que presentan depresión moderada vs. el mayor porcentaje de hombres que tenían depresión leve. Sin embargo, al ajustar el resultado por la gravedad de la depresión, se mantienen. Las diferencias entre sexos fueron estadísticamente significativas cuando se expresó el resultado mediante el *EQ-Health Index*. Estas discrepancias también estuvieron presentes cuando la medición se realizó con la EQ-EVA pero sin llegar a ser significativas. Es posible que la valoración cuantitativa de cero a 100 de la escala visual analógica del Euroqol (EQ-EVA), pudiera resultar de mayor complejidad para los participantes a la hora de mostrar su percepción en la calidad de vida. Resultados similares se presentan cuando se analizó esta última con el EQ-5D, la presencia de problemas en cada dimensión: autocuidado, actividades cotidianas, dolor y ansiedad/depresión fueron mayores en las mujeres que en los hombres. Se exceptuó esta tónica con respecto a la movilidad en la que las diferencias se encontraron en relación con la edad. Existía más presencia de problemas a mayor número de años.

Un estudio¹⁴ que se realizó a partir de la encuesta nacional de salud en población general, con 20.587 participantes

Tabla 2 Calidad de vida medida mediante la escala EQ-EVA y el *EQ-Health Index* según características socio-demográficas y clínicas

	n	EQ- EVA			EQ-Health Index		
		media	DE	p	media	DE	p
Sexo				0,398			0,001
Hombre	71	57,8	17,36		0,747	0,17	
Mujer	309	55,8	18,58		0,656	0,21	
Edad				0,259			0,630
De 50 a 69 años	204	55,2	18,36		0,677	0,21	
> 70 años	176	57,3	18,32		0,667	0,20	
Ámbito				0,409			0,019
Rural	84	57,6	17,04		0,627	0,21	
Urbano	296	55,8	18,71		0,686	0,2	
Nivel de estudios				0,609			0,692
Sin estudios/primarios incompletos	97	56,3	19,09		0,676	0,2	
Estudios primarios completos	159	55,2	19,28		0,680	0,2	
Estudios secundarios/universitarios	121	57,4	16,35		0,660	0,22	
Estado civil				0,393			0,621
Casada/o o en pareja	205	55,2	17,91		0,678	0,20	
Viuda/o	100	55,2	18,20		0,651	0,22	
Divorciada/o ó separada/o	58	59,1	20,60		0,692	0,19	
Soltera/o	16	52,2	16,53		0,667	0,15	
MEDEA				0,164			0,065
Privación baja/media baja	141	54,2	18,22		0,663	0,21	
Privación alta/media alta	155	57,2	19,09		0,706	0,19	
N.º Patologías crónicas				0,725			0,252
2 patologías	307	56,0	18,08		0,679	0,20	
Más de 2 patologías	73	56,8	19,55		0,648	0,22	
Gravedad de la depresión (BDI)				< 0,001			< 0,001
Depresión leve	206	59,6	17,8		0,710	0,19	
Depresión moderada	174	52,1	18,25		0,629	0,21	

BDI: Beck Depression Inventory; DE: desviación estándar; EQ-Health Index: índice de salud del EuroQol; EQ-VAS: escala visual analógica del EuroQol; MEDEA: índice de privación.

Los valores en negrita indican significación estadística ($p < 0,05$).

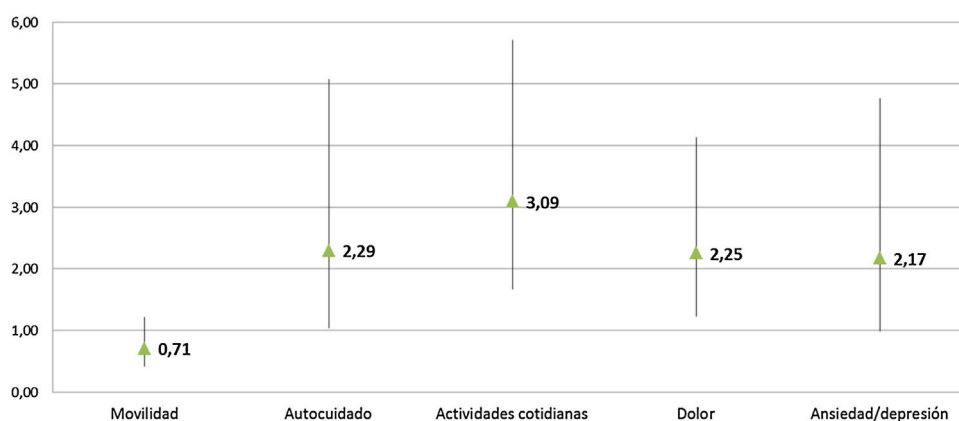


Figura 1 Relación entre cada dimensión del EuroQol y el sexo (*Odds Ratio* e intervalo de confianza de la OR*).

* OR ajustada por edad, ámbito de residencia y BDI.

La categoría de referencia es el sexo masculino: 1 Mujer/ 0 Hombre.

BDI: Beck Depression Inventory; OR: Odds Ratio.

mayores de 18 años relató cómo el porcentaje de personas sin problemas en las áreas de movilidad, autocuidado y actividades cotidianas se mantuvo prácticamente igual sin diferencias de género hasta el grupo de 45 a 54 años de

edad. A partir de esta edad, población que se incluyó en nuestro estudio, el porcentaje de personas con problemas en estas áreas aumenta, siendo siempre mayor en las mujeres que en los hombres. Esas diferencias en relación con el

Tabla 3 Presencia de problemas en las dimensiones del EuroQol según características sociodemográficas y clínicas

	Dimensiones EuroQol														
	Movilidad			Autocuidado			Actividades cotidianas			Dolor			Ansiedad/depresión		
	n	Con problemas	p	n	Con problemas	p	n	Con problemas	p	n	Con problemas	p	n	Con problemas	p
Sexo			0,245			0,28			< 0,001			0,010			0,006
Hombre	44	62,0%		8	11,3%		16	22,5%		49	69,0%		59	83,1%	
Mujer	167	54,4%		71	23,0%		147	47,6%		255	82,5%		288	93,2%	
Edad			0,004			0,104			0,603			0,471			0,794
De 50 a 69 años	100	49,0%		36	17,6%		85	41,7%		166	81,4%		187	91,7%	
> 70 años	112	63,6%		43	24,4%		78	44,3%		138	78,4%		160	90,9%	
Ámbito			0,973			0,656			0,047			0,016			0,897
Rural	47	56,0%		16	19,0%		44	52,4%		75	89,3%		77	91,7%	
Urbano	165	55,7%		63	21,3%		119	40,2%		229	77,4%		270	91,2%	
Nivel estudios			0,316			0,793			0,845			0,929			0,824
Sin estudios/primarios incompletos	50	51,5%		18	18,6%		40	41,2%		77	79,4%		88	90,7%	
Estudios primarios completos	86	54,1%		33	20,8%		71	44,7%		126	79,2%		144	90,6%	
Estudios secundarios/universitarios	74	61,2%		27	22,3%		51	42,1%		98	81,0%		112	92,6%	
Estado civil			0,051			0,313			0,237			0,526			0,218
Casada/o ó en pareja	113	55,1%		40	19,5%		91	44,4%		168	82,0%		182	88,8%	
Viuda/o	62	62,0%		27	27,0%		46	46,0%		77	77,0%		93	93,0%	
Divorciada/o ó separada/o	25	43,1%		9	15,5%		18	31,0%		44	75,9%		55	94,8%	
Soltera/o	12	75,0%		3	18,8%		8	50,0%		14	87,5%		16	100,0%	
MEDEA			0,425			0,023			0,134			0,981			0,800
Privación baja/media baja	82	58,2%		38	27,0%		63	44,7%		109	77,3%		128	90,8%	
Privación alta/media alta	83	53,5%		25	16,1%		56	36,1%		120	77,4%		142	91,6%	
N.º patologías crónicas			0,015			0,122			0,135			0,896			0,536
2 patologías	162	52,8%		59	19,2%		126	41,0%		246	80,1%		279	90,9%	
Más de 2 patologías	50	68,5%		20	27,4%		37	50,7%		58	79,5%		68	93,2%	
Gravedad de la depresión (BDI)			0,398			0,834			0,186			0,643			<0,001
Depresión leve	119	57,80%		42	20,40%		82	39,80%		163	79,10%		178	86,40%	
Depresión moderada	93	53,40%		37	21,30%		81	46,60%		141	81,00%		169	97,10%	

BDI: Beck Depression Inventory

Los valores en negrita indican significación estadística ($p < 0,05$).

NOTA: los porcentajes estan calculados sobre el total de participantes en cada dimensión. La «n» es el total de pacientes que contestaron que tenían problemas en cada una de las dimensiones.

Tabla 4 Relación entre cada dimensión del EuroQol, el sexo, la edad, el ámbito de residencia y BDI

	Movilidad		Autocuidado		Actividades cotidianas		Dolor		Ansiedad/depresión	
	OR*	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Sexo (mujer = 1/hombre = 0)	0,70	(0,41-1,21)	2,29	(1,04-5,07)	3,09	(1,67-5,71)	2,25	(1,25-4,08)	2,17	(0,99-4,76)
Edad (70 o más = 1/ 50 a 69 = 0)	1,87	(1,22-2,86)	1,47	(0,88-2,45)	1,19	(0,77-1,83)	0,87	(0,52-1,45)	1,03	(0,49-2,18)
Ámbito (rural = 1/urbano = 0)	1,12	(0,68-1,85)	0,96	(0,51-1,80)	1,82	(1,10-3,03)	2,51	(1,18-5,34)	1,21	(0,49-2,98)
BDI (moderada = 1/leve = 0)	0,95	(0,62-1,45)	1,00	(0,60-1,67)	1,20	(0,78-1,84)	1,01	(0,59-1,72)	4,77	(1,77-12,88)

BDI: *Beck Depression Inventory*OR*: *Odds Ratio* ajustada por sexo, edad, ámbito y BDI.

género se revelaron en la dimensión del dolor: el 43,1% de hombres mayores de 75 años vs. el 63,9% de mujeres presentaban dificultades, y con respecto a la ansiedad/depresión: un 17,5% de hombres con problemas vs. el 29,9% de mujeres mayores de 75 años. En nuestro estudio, sin embargo, la mayor discrepancia entre sexos se encontró en el porcentaje de personas que tenían complicaciones a la hora de realizar las actividades cotidianas siendo el 22,5% de los hombres y el 47,6% de las mujeres. Señalar también que la población general presentó una evaluación en el *EQ-Health Index* por encima del valor de nuestra muestra: 0,841 en hombres mayores de 75 años vs. 0,747 en mujeres ante el 0,747 en hombres y 0,656 en mujeres de nuestro estudio.

El observatorio de salud de la Generalitat de Catalunya, a partir de la encuesta de salud en el año 2014, en mayores de 15 años, afirmó igualmente que la percepción de salud en la población general es peor en mujeres que en hombres y que empeora con la edad, siendo la diferencia entre los sexos creciente a partir de los 45 años, siempre en perjuicio de las mujeres. El porcentaje de población con problemas fue mayor en las cinco dimensiones del EQ-5D en las mujeres, tal cual se observó en nuestro trabajo. El informe consideró que existe un gradiente social en la percepción de salud, disminuyendo a medida que el nivel de estudios es más bajo¹⁹. En nuestros resultados el nivel de estudios no presentó diferencias significativas a la hora de mostrar más problemas en las diferentes dimensiones del EQ-5D.

El estudio de Arrospe, en la misma dirección que el nuestro, mostró en población mayor de 50 años, un *EQ-Health-index* peor en mujeres que en hombres en todas las patologías crónicas²⁰.

El modelo de Wilson y Cleary explica como la CVRS estaría influenciada por las características individuales y ambientales, la función biológica, los síntomas, el estado funcional y las percepciones generales de la salud. Según una revisión sistemática, este modelo sería adecuado para evaluar la CVRS en personas que padecen patologías crónicas²¹. En esta línea, conocer los condicionantes de las mujeres que presentan depresión y comorbilidad física sería también de gran interés ya que existe la probabilidad de que, el manejo correcto o no de la patología crónica, responda en gran medida a estos condicionantes. Encontramos estudios en los que se analizó la CVRS en relación con el buen manejo de la patología crónica en los que desapareció esa diferencia asociada con el género, siendo dependiente de un mejor control en la enfermedad. El estudio realizado por Hernández identificó la gravedad y el control de síntomas del asma como el principal contribuyente a la alteración de la CVRS, independientemente de su sexo, sugiere que el impacto del asma en la CVRS podría aliviarse logrando un buen control de los síntomas²². Otros estudios realizados con pacientes con EPOC o DM, también atribuyeron una peor calidad de vida cuando la gravedad de la patología es mayor y el control de los síntomas peor^{23,24}. Todos estos trabajos se centraron en el padecimiento sin tener en cuenta que la mejoría en el control de síntomas podía responder a condicionantes sociales que favorecieran ese buen control. Orfila en su investigación realizada en ancianos concluyó diciendo que la discapacidad y la limitación funcional son las que explicarían la relación con una mejor o peor calidad de vida y no las diferencias de género en la percepción de la CVRS²⁵.

Comprender las diferencias con respecto a la CVRS y el género supone todavía una incógnita estimulante para continuar investigando al respecto. Siguen siendo muy escasos los estudios con datos relevantes en cuanto a patologías crónicas, depresión y calidad de vida en el ámbito de la AP desde una perspectiva de género. Las connotaciones que la sociedad atribuye al rol de ser mujer y cuidadora, repercutirían de manera negativa en la calidad de vida de estas.

Una limitación importante del estudio fueron las características de la muestra ya que incluye tan solo personas mayores de 50 años con lo que no se pueden extrapolar los resultados referentes al género de manera general. Sería interesante evaluar la CVRS en poblaciones más jóvenes para conocer si la asociación con el género también está presente de la misma manera. Asimismo, esta muestra no corresponde a población general sino a aquellas personas que aceptaron participar en una intervención grupal psicoeducativa que evaluará la efectividad de la misma.

Podríamos concluir que la percepción de la calidad de vida de las mujeres con depresión y enfermedad crónica física es inferior a la de los hombres con estas mismas características y a la de la población en general. Estas diferencias suponen un porcentaje mayor de problemas en las mujeres, en las dimensiones del EQ-5D excepto en la movilidad. Parece bastante obvio que el género es un factor a tener en cuenta cuando prestemos nuestros cuidados.

Lo conocido sobre el tema

La percepción de la calidad de vida en personas con depresión es peor que en la población general. La comorbilidad con patologías crónicas físicas se traduce en una peor CVRS. La mayoría de los estudios asocian la gravedad y el mal control de la patología a una peor CVRS.

¿Qué aporta este estudio?

El estudio analiza la percepción de la calidad de vida en personas con depresión y comorbilidad física desde una perspectiva de género y en el ámbito de la atención primaria.

Es importante añadir esta perspectiva a la hora de prestar nuestros cuidados ya que el rol que la sociedad atribuye a la mujer podría repercutir negativamente en el control de sus patologías y en la CVRS.

Financiación

El estudio forma parte del proyecto: «Efectividad de una intervención grupal psicoeducativa realizada por enfermeras de Atención Primaria en pacientes con depresión y comorbilidad física» (Estudio PSICODEP) que ha obtenido una subvención del Instituto de Salud Carlos III dentro del Subprograma de proyectos en investigación en salud (AES 2016) (código expediente 16/01272), cofinanciado por la

Unión Europea a través del Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER). También ha recibido una beca de intensificación de enfermería en la convocatoria del Pla Estratègic de Recerca i Innovació en Salut 2016-2020 (PERIS) del Departamento de Salut de la Generalitat de Catalunya (referencia SLT002/16/00096).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- WHO. Gender, equity and human rights. 2019, <https://www.who.int/gender-equity-rights/en/>.
- Krieger N. Genders, sexes, and health: what are the connections-and why does it matter? *Int J Epidemiol*. 2003;32:652-7, <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyg156>.
- Velasco S. Sexo, género y salud. second ed. Minerva; 2014. p. 352.
- Llano JC. Informe sobre pobreza y salud. Madrid: European Anti-poverty Network; 2019, https://eapn.es/ARCHIVO/documentos/noticias/1568024450_informe-pobreza-y-salud-vf.pdf.
- Bushnell D, Reeves MJ, Zhao X, Pan W, Prvu-Bettger J, Zimmer L, et al. Sex differences in quality of life after ischemic stroke. *Neurology*. 2014;82:922-31, <http://dx.doi.org/10.1212/WNL.000000000000208>.
- Hopman WM, Van Der Kerkhof EG, Carley ME, Kuhnke JL, Harrison MB. Factors associated with Health-related quality of life in chronic leg ulceration. *Qual Life Res*. 2014;23:1833-40, <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-014-0626-7>.
- Bentsen SB, Miaskowski C, Rustøen T. Demographic and clinical characteristics associated with quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Qual Life Res*. 2014;23:991-8, <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-013-0515-5>.
- Domínguez-Mon A. Los cuidados de la salud en personas que viven con diabetes: enfoque etnográfico antropológico y perspectiva de género. *Salud Colectiva*. 2017;13:375-90, <http://dx.doi.org/10.18294/sc.2017.1156>.
- Bjørnnes AK, Parry M, Falk R, Watt-Watson J, Lie I, Leegaard M. Impact of marital status and comorbid disorders on Health-related quality of life after cardiac surgery. *Qual Life Res*. 2017;26:2421-34, <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-017-1589-2>.
- West C, Paul SM, Dunn L, Dhruva A, Merriman J, Miaskowski C. Gender differences in predictors of quality of life at the initiation of radiation therapy. *Oncol Nurs Forum*. 2015;42:507-16, <http://dx.doi.org/10.1188/15.ONF.507-516>.
- National Collaborating Center for Mental Health. NICE clinical guidelines 91-depression in adults with a chronic physical health problem: treatment and management. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2009, <https://www.nice.org.uk/guidance/cg91>.
- Pinto-Meza A, Haro JM, Palacín C, Torres JV, Ochoa S, Vilagut G, et al. Impacto de los trastornos del ánimo, de ansiedad y de las enfermedades físicas crónicas en la calidad de vida de la población general de España Resultados del estudio ESEMeD-España. *Actas Esp Psiquiatr*. 2007;35:12-20.
- Casañas R, Martín-Royo J, Fernandez-San-Martín MI, Raya-Tena A, Mendioroz J, Sauch-Valmaña G, et al. Effectiveness of a psychoeducation group intervention conducted by primary healthcare nurses in patients with depression and physical comorbidity: study protocol for a randomized, controlled trial. *BMC Health Serv Res*. 2019;19:427, <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-019-4198-7>.
- Hernández G, Garin O, Pardo Y, Vilagut G, Pont À, Suárez M, et al. Validity of the EQ-5D-5L and reference norms for the Spanish population. *Qual Life Res*. 2018;27:2337-48.
- Cabasés JM. El EQ-5D como medida de resultados en salud. *Gac Sanit*. 2015;29:401-3.
- Badia X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A. The Spanish version of EuroQol: a description and its applications, European Quality of Life scale. *Med Clin (Barc)*. 1999;112:79-86.
- Sanz J, García-Vera MP. Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). *Anal Psicol*. 2013;29:66-75.
- Domínguez-Berjón FM, Borrell C, Cano-Serral G, Esnaola S, Nolasco A, Pasarín MI, et al. Construcción de un índice de privación a partir de datos censales en grandes ciudades españolas (Proyecto MEDEA). *Gac Sanit*. 2008;22:179-87.
- Departament de Salut. Barcelona. Enquesta de salut de Catalunya 2002-2014. http://observatorisalut.gencat.cat/es/details/article/04_IND_poblacio_percepcio_bona_salut#bloc1.
- Arrospide A, Machón M, Ramos-Goñi JM, Ibarrondo 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;17:69, <http://dx.doi.org/10.1186/s12955-019-1134-9>.
- Ojelabi AO, Graham Y, Haighton C, Ling J. A systematic review of the application of Wilson and Cleary health-related quality of life model in chronic diseases. *Health Qual Life Outcomes*. 2017;15:241, <http://dx.doi.org/10.1186/s12955-017-0818-2>.
- Hernandez G, Dima AL, Pont À, Garin O, Martí-Pastor M, Alonso J, et al. Impact of asthma on women and men: Comparison with the general population using the EQ-5D-5L questionnaire. *PLoS One*. 2018;13:e0202624, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0202624>.
- Esquinas C, Ramon MA, Nuñez A, Molina J, Quintano JA, Román-Rodríguez M, et al. Correlation between disease severity factors and EQ-5D utilities in chronic obstructive pulmonary disease. *Qual Life Res*. 2020;29:607-17, <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-019-02340-4>.
- Aro AK, Karjalainen M, Tiihonen M, Kautiainen H, Saltevo J, Haanpää M, et al. Glycemic control and health-related quality of life among older home-dwelling primary care patients with diabetes. *Prim Care Diabetes*. 2017;11:577-82, <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcd.2017.07.001>.
- Orfila F, Ferrer M, Lamarca R, Tebe C, Domingo-Salvany A, Alonso J. Gender differences in health-related quality of life among the elderly: The role of objective functional capacity and chronic conditions. *Soc Sci Med*. 2006;63:2367-80, <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.06.017>.