

Sara Arcos Castro, Miryam Herrera Juan y Alicia Luján Ortega

ESTUDIO CORRELACIONAL ENTRE LA EPIDEMIOLOGÍA ONCOLÓGICA Y LOS FACTORES SOCIALES

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Dirigido por la Dra. Meritxell Arenas Prat

Codirector: Albert Moragas Fernández

Grado en Medicina



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Reus

2025

ÍNDICE

PALABRAS CLAVE	4
GLOSARIO DE ABREVIATURAS	5
1. RESUMEN	6
2. INTRODUCCIÓN	7
2.1 El cáncer	7
2.1.1 Definición de cáncer	7
2.1.2 Epidemiología del cáncer	7
2.1.3 Factores que influyen en la enfermedad	8
2.1.4 Estadificación tumoral	9
2.2 La exclusión social	11
2.2.1 Definición de exclusión social	11
2.2.2 Escala AROPE	12
2.2.3 Escala SISO	13
2.3 Comorbilidades poblacionales	13
2.3.1 La hipertensión arterial	14
2.3.2 Diabetes mellitus	15
2.3.3 Dislipemia	15
2.3.4 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	16
2.3.5 Cardiopatía isquémica	16
2.3.6 Accidente cerebrovascular	16
3. MARCO TEÓRICO	17
3.1 Localización geográfica	17
3.2 Problemas socioeconómicos	17
3.3 Nivel académico	18
3.4 Etnia	18
4. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	19
5. MATERIALES Y MÉTODOS	20
5.1 Diseño del estudio	20
5.2 Tamaño muestral	20
5.3 Criterios de inclusión	20
5.4 Criterios de exclusión	20
5.5 Instrumentos	20
5.6 Procedimiento	21
5.7 Análisis estadístico	21
5.8 Consideraciones éticas	21
6. RESULTADOS	21
6.1 Hábitos de salud	22
6.1.1 Hábito tabáquico	22
6.1.2 Actividad física	22
6.1.3 Medidas de prevención	22
6.2 Visita al Centro de Atención Primaria (CAP)	22
6.2.1 Frecuencia de visitas	22
6.2.2 Tiempo en ir desde el inicio de síntomas	23
6.3 Aspectos de la enfermedad	23
6.3.1 Estadio	23
6.3.2 Tipo de tratamiento	23
6.3.3 Exitus al cabo de 2 años	23
6.4 Comorbilidades poblacionales	24
7. DISCUSIÓN	24
7.1 Hábitos de salud	24
7.1.1 Hábito tabáquico	24
7.1.2 Actividad física	24
7.1.3 Medidas de prevención	25
7.2 Visitas al centro de atención primaria	25
7.2.1 Frecuencia de visitas al CAP	25

7.2.2 Tiempo transcurrido desde inicio de los síntomas	25
7.3 Características de la enfermedad	25
7.3.1 Estadio	25
7.3.2 Tipo de tratamiento	26
7.3.3 Éxitus a los 2 años de la enfermedad	26
7.4 Comorbilidades poblacionales	26
8. CONCLUSIONES	27
9. BIBLIOGRAFÍA	28
10. ANEXOS	31

PALABRAS CLAVE

Riesgo exclusión social: Son las personas que no tienen garantizada su participación en la sociedad en condiciones de igualdad.

Comorbilidad: es la presencia simultánea de dos o más enfermedades en un mismo paciente, pudiendo influir en su evolución, tratamiento y pronóstico. En oncología, afecta la respuesta a terapias y la calidad de vida del paciente.

Paciente oncológico: es aquella persona diagnosticada con cáncer, que puede estar en fase de tratamiento, remisión o cuidados paliativos. Su manejo requiere un enfoque multidisciplinario para abordar tanto la enfermedad como sus comorbilidades y efectos secundarios.

Pronóstico: se trata de la estimación de la evolución y desenlace de una enfermedad, basada en factores clínicos, biológicos y terapéuticos.

Exclusión social: es un proceso multifactorial en el que individuos o grupos quedan marginados del acceso a recursos, derechos y servicios básicos, como salud, educación y empleo.

Epidemiología: es la ciencia que estudia la distribución, frecuencia y determinantes de las enfermedades en poblaciones. Su objetivo es prevenir, controlar y orientar políticas de salud pública basadas en evidencia.

Vulnerabilidad: se refiere a la susceptibilidad de una persona o grupo a sufrir daños o perjuicios debido a factores sociales, económicos, de salud o ambientales.

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

ADN: ácido desoxirribonucleico

ABVD: actividades básicas de la vida diaria

ACV: accidente cerebrovascular

CAP: centro de atención primaria

CVRS: calidad de vida relacionada con la salud

CFGS: ciclo formativo de grado superior

DLP: dislipemia

DM: diabetes mellitus

EGB: educación general básica

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica

HTA: hipertensión arterial

HUSJR: Hospital universitario Sant Joan de Reus

IAM: infarto agudo de miocardio

IDH: Índice del Desarrollo Humano

PA: Presión arterial

SMI: salario mínimo interprofesional

RM: resonancia magnética

TC: tomografía computarizada

VPH: virus del papiloma humano

1.RESUMEN

El contexto social en el que se produce el diagnóstico de cáncer es un factor fundamental para el bienestar de pacientes y familias, ya que la enfermedad puede ser causante o agravante de riesgo social para la subsistencia de la persona y su familia. En definitiva, no afecta de igual modo que el diagnóstico se produzca en una situación de riesgo de exclusión social con malos hábitos de salud que aquel que se realiza en un contexto social adecuado.

Este estudio tiene el objetivo de realizar el análisis de la relación entre el riesgo de exclusión social y el pronóstico del cáncer a partir de la primera hipótesis de que existe una estrecha relación entre los malos hábitos de salud, la falta de cuidado en el CAP y las características de la enfermedad y estar en riesgo de exclusión social. Por otro lado, la segunda hipótesis trata de demostrar la importancia de tener comorbilidades con estar excluido socialmente y su efecto en la enfermedad oncológica.

Palabras claves: exclusión social, riesgo social, paciente oncológico, cáncer, pronóstico, hipótesis.

ABSTRACT

The social context in which a cancer diagnosis occurs is a key factor for the well-being of patients and their families, as the disease can either cause or worsen social risk that threatens the subsistence of the individual and their household. Ultimately, receiving a diagnosis in a situation of social exclusion and poor health habits is not the same as receiving it in a stable and supportive social environment.

This study aims to analyse the relationship between the risk of social exclusion and cancer prognosis, based on the initial hypothesis that there is a strong link between poor health habits, lack of primary care follow-up, disease characteristics, and being at risk of social exclusion. The second hypothesis seeks to demonstrate the relevance of comorbidities in socially excluded individuals and their effect on cancer outcomes.

Keywords: social exclusion, social risk, cancer patient, cancer, prognosis, hypothesis.

RESUM

El context social en què es produeix el diagnòstic de càncer és un factor fonamental pel benestar dels pacients i de les famílies, ja que la malaltia pot ser causa o agreujant de risc social per a la subsistència de la persona i la seva família. En definitiva, no afecta de la mateixa manera que el diagnòstic es produeixi en una situació de risc d'exclusió social, amb mals hàbits de salut, que si es fa en un context social adequat.

Aquest estudi té com a objectiu realitzar l'anàlisi de la relació entre el risc d'exclusió social i el pronòstic del càncer a partir de la primera hipòtesi que existeix una relació estreta entre els mals hàbits de salut, la manca d'assistència al CAP i les característiques de la malaltia, amb estar en risc d'exclusió social. D'altra banda, la segona hipòtesi intenta demostrar la importància de tenir comorbiditats juntament amb l'exclusió social i el seu efecte en la malaltia oncològica.

Paraules clau: exclusió social, risc social, pacient oncològic, càncer, pronòstic, hipòtesi.

2.INTRODUCCIÓN

2.1 EL CÁNCER

2.1.1 Definición de cáncer

El cáncer ¹ es un grupo heterogéneo de enfermedades caracterizadas por el crecimiento descontrolado y la proliferación anómala de células, que pueden invadir tejidos adyacentes y diseminarse a otras partes del organismo a través del proceso de metástasis. Este descontrol en la proliferación celular es consecuencia de alteraciones genéticas y epigenéticas que afectan a genes clave involucrados en la regulación del ciclo celular, la apoptosis y la reparación del ADN, tales como oncogenes, genes supresores de tumores y genes de estabilidad genómica.

Las células cancerosas adquieren una serie de capacidades distintivas, conocidas como las "características del cáncer" que incluyen la autosuficiencia en señales de crecimiento, la evasión de la apoptosis, la angiogénesis sostenida y la habilidad para invadir y metastatizar. Factores ambientales, genéticos y epigenéticos influyen en la oncogénesis, siendo los agentes carcinógenos, la inflamación crónica y la inestabilidad genómica factores determinantes en la transformación maligna.

2.1.2 Epidemiología sobre el cáncer

El cáncer sigue siendo una de las principales causas de morbi-mortalidad en el mundo y en España. El número de cánceres diagnosticados en nuestro país durante el año **2025** alcanzará los **296.103 casos**, lo que supone un **ligero incremento** del **3,3%** respecto a 2024 con 286.664 casos, según el informe *Las cifras del cáncer en España 2025*, elaborado por la Sociedad Española de Oncología Médica (**SEOM**)² y la Red Española de Registros de Cáncer (**REDECAN**)³.

Este incremento se debe, en parte y entre otras cosas, al aumento de la población, el envejecimiento y la mayor exposición a factores de riesgo como el tabaquismo, el consumo de alcohol, la obesidad y la falta de actividad física.

A nivel global, basándonos en estimaciones como las de *GLOBOCAN 2020* ⁴, el orden de prevalencia de los cánceres varía según el sexo. Si los clasificamos en función del sexo, obtenemos que los cánceres más prevalentes en el sexo **masculino** serían (de más a menos frecuentes): 1. próstata; 2. pulmón; 3. colorrectal; 4. estómago; 5. hígado. Por otro lado, en el sexo **femenino**, hallaríamos el siguiente orden: 1. mama; 2. pulmón; 3. colorrectal; 4. cervical; 5. tiroides. Sin embargo, si comparamos esta prevalencia en **ambos sexos**; denotamos una tendencia diferente: 1. colorrectal; 2. mama; 3. pulmón; 4. próstata.

Si analizamos a nivel europeo la situación epidemiológica de la distribución del cáncer, según datos obtenidos de *European Network of Young cancer survivors*⁵, los expertos del Centro Común de Investigación, que han estudiado el impacto del envejecimiento de la población en la incidencia del cáncer, predicen que el número de personas con cáncer, en comparación con 2020, aumentará un 21% de aquí a 2040. El análisis de la incidencia del cáncer por sexos revela que los cánceres colorrectales y de pulmón se encuentran entre los cinco tipos de cáncer más diagnosticados tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, el cáncer de pulmón es aproximadamente 1,7 veces menos frecuente en mujeres que en hombres. A las mujeres se les diagnostica con mayor frecuencia cáncer de mama (27,8%), mientras que a los hombres se les diagnostica con mayor frecuencia cáncer de próstata (22,2%).

Para contrastar, analizando un informe sobre *Estadístiques del càncer a Catalunya en l'any 2024*⁶, facilitado por la *Generalitat de Catalunya*, los 5 tipos tumorales más frecuentes en Cataluña en los hombres fueron: próstata, colorrectal, pulmón, vejiga urinaria e hígado, suponiendo un 63,7% del total de los casos diagnosticados durante el año 2024 en hombres. En mujeres, los cinco tipos tumorales más frecuentes en

Cataluña fueron: mama, colorrectal, pulmón, sistema nervioso y útero, representando así el 58,4% del total de casos diagnosticados en el año 2024 en las mujeres catalanas. Si tenemos en cuenta sólo los tumores malignos, el cuarto tumor más frecuente sería el de útero seguido del de páncreas.

El cáncer no solo afecta a la población en términos de incidencia, sino que también influye en las tasas de mortalidad y representa una carga significativa para el sistema sanitario y la economía. Es fundamental considerar el impacto que tiene la demora en el diagnóstico del cáncer, ya que influye directamente en las tasas de supervivencia y en la efectividad del tratamiento. La ciencia que se encarga de la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la reducción de riesgos para mejorar la calidad de vida de las personas recibe el nombre de Medicina Preventiva. Esta cuenta con tres niveles, y se divide en función del lugar y momento en el que actúa. La prevención primaria actúa antes de que la enfermedad aparezca, reduciendo los factores de riesgo a través de medidas como la vacunación y la promoción de hábitos saludables. La prevención secundaria se centra en la detección temprana y el tratamiento precoz para evitar el avance de la enfermedad, mediante pruebas como mamografías para el cáncer de mama, detección de hipertensión y tamizajes de cáncer de colon. Por último, la prevención terciaria busca reducir las complicaciones y mejorar la calidad de vida en personas con enfermedades crónicas. Entre sus campañas se incluyen, por ejemplo, la rehabilitación cardíaca postinfarto, el control de la diabetes para evitar complicaciones y la fisioterapia en pacientes con accidentes cerebrovasculares.

Cuando el cáncer se detecta en etapas tempranas, las opciones terapéuticas son más eficaces y menos invasivas, lo que mejora significativamente el pronóstico. Sin embargo, diversos factores pueden retrasar el diagnóstico, entre ellos la falta de acceso a servicios de salud, la ausencia de síntomas en fases iniciales, la demora en pruebas diagnósticas y la falta de concienciación sobre la importancia de las revisiones sistemáticas médicas.

2.1.3 Factores que influyen en la enfermedad

El cáncer es una enfermedad multifactorial en la que influyen factores genéticos y ambientales ⁷. Dichos factores podemos clasificarlos en modificables y no modificables. Entre los factores modificables destacan:

- **Tabaquismo:** principal factor de riesgo prevenible, responsable del 22% de las muertes por cáncer. Está fuertemente asociado con cáncer de pulmón, laringe, esófago, vejiga y páncreas.
- **Dieta inadecuada:** el consumo excesivo de carnes rojas, grasas saturadas y azúcares está relacionado con cáncer colorrectal, de mama y de páncreas. En contraste, una dieta rica en frutas, verduras y fibra tiene un efecto protector.
- **Obesidad y sedentarismo:** el sobrepeso se asocia con un mayor riesgo de cáncer de mama, endometrio, colorrectal y páncreas. La actividad física regular reduce el riesgo de varios tipos de cáncer.
- **Consumo de alcohol:** aumenta el riesgo de cáncer de hígado, esófago, mama y colorrectal.
- **Exposición a carcinógenos ambientales y ocupacionales:** sustancias como el amianto, benceno, arsénico y radiación ultravioleta están relacionadas con diversos tipos de cáncer.
- **Infecciones oncogénicas:** virus como el VPH (cáncer de cérvix), el virus de la hepatitis B y C (cáncer hepático) y *Helicobacter pylori* (cáncer gástrico) son responsables de una proporción significativa de casos.

Por otra parte, entre los no modificables, encontramos:

- Edad: la incidencia del cáncer aumenta con la edad debido a la acumulación de mutaciones genéticas y una menor capacidad de reparación celular.
- Factores genéticos y hereditarios: algunas personas tienen predisposición genética al cáncer debido a mutaciones en genes supresores de tumores como *BRCA1* y *BRCA2* en cáncer de mama y ovario, o *APC* en cáncer colorrectal hereditario.

2.1.4 Estadificación tumoral

Por otra parte, es importante recalcar la importancia del **TNM**⁸, un sistema estandarizado para la estadificación del cáncer, desarrollado por la Unión Internacional contra el Cáncer (UICC). Su propósito principal es describir la extensión anatómica del cáncer en un paciente y proporcionar información esencial para el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico.

Este se basa en tres parámetros fundamentales:

- **T (Tumor):** Evalúa el tamaño y extensión del tumor primario.
 - T0: No hay evidencia de tumor primario.
 - Tis: Carcinoma in situ (cáncer localizado sin invasión).
 - T1-T4: Clasificación progresiva según el tamaño y la invasión en tejidos adyacentes.
- **N (Ganglios linfáticos):** Determina la presencia y el grado de afectación ganglionar regional.
 - N0: No hay afectación de ganglios linfáticos.
 - N1-N3: Grados crecientes de compromiso ganglionar.
- **M (Metástasis):** Indica la presencia o ausencia de metástasis a distancia.
 - M0: No hay metástasis a distancia.
 - M1: Presencia de metástasis en otras partes del cuerpo.

Importancia y aplicación

El sistema TNM permite:

- Definir el estadio del cáncer, lo que facilita la elección del tratamiento más adecuado (cirugía, quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia, etc.).
- Comparar la evolución de la enfermedad entre diferentes pacientes.
- Realizar investigaciones y ensayos clínicos con una clasificación homogénea.
- Establecer pronósticos basados en la extensión tumoral.

Limitaciones

Aunque el sistema TNM es ampliamente utilizado, presenta ciertas limitaciones:

- No tiene en cuenta factores moleculares o genéticos que pueden influir en la progresión tumoral.
- Puede haber variabilidad en la evaluación, dependiendo de la calidad del diagnóstico por imagen o de la interpretación patológica.

- No se aplica a ciertos tipos de cáncer, como las leucemias, que requieren otros sistemas de clasificación.

Por otra parte, entre los distintos tratamientos para paliar la enfermedad oncológica, en términos generales, podemos destacar los siguientes:

1. **Cirugía oncológica:** Consiste en la extirpación del tumor primario y, en algunos casos, de tejidos circundantes o ganglios linfáticos afectados. Se utiliza en cánceres localizados y es más efectiva en etapas tempranas. Entre sus **limitaciones**, destacamos que no es aplicable a cánceres metastásicos y puede no eliminar todas las células cancerígenas si hay infiltración microscópica.
2. **Radioterapia:** Usa radiación ionizante para destruir células cancerígenas o evitar su proliferación. Puede administrarse de manera externa (radioterapia conformada) o interna (braquiterapia). Su limitación más destacada es que puede dañar tejidos sanos cercanos al tumor, causando efectos secundarios (fatiga, quemaduras, fibrosis) que han mejorado con los avances tecnológicos en radioterapia.

Mención especial merece la **braquiterapia**, un tipo de tratamiento clasificado dentro de la radioterapia, que consiste en la colocación de fuentes radiactivas directamente dentro o cerca del tumor, lo que permite administrar dosis altas de radiación en una zona específica mientras se minimiza el daño a los tejidos sanos circundantes. Esta se puede dividir en dos tipos; por un lado, la braquiterapia de **baja tasa de dosis (LDR** en inglés). En esta se usan implantes radiactivos permanentes o temporales que liberan radiación lentamente durante un período prolongado. Por otro lado, la braquiterapia de **alta tasa de dosis (HDR)** que se basa una serie de sesiones de corta duración con una fuente radiactiva de alta intensidad, que se introduce y se retira en cuestión de minutos. Entre los cánceres que más emplean la braquiterapia como tratamiento, destacamos los cánceres de próstata, cuello uterino, mama, piel, entre otros.

3. **Quimioterapia:** Uso de fármacos citotóxicos que atacan células cancerosas de rápido crecimiento. Se administra por vía intravenosa, oral u otras rutas. Afecta también a células sanas de rápido crecimiento (médula ósea, mucosas, folículos pilosos), causando efectos adversos como inmunosupresión, náuseas, alopecia y fatiga.

Entre los principales grupos de fármacos utilizados en la quimioterapia se encuentran: *agentes alquilantes* (actúan dañando el ADN, impidiendo la replicación), *antimetabolitos* (Interfieren en la síntesis del ADN y el ARN al imitar las bases nucleotídicas, impidiendo la división celular), *antibióticos antitumorales* (se unen al ADN e impiden la replicación celular.), *Inhibidores de la topoisomerasa* (bloquean las enzimas topoisomerasas, esenciales para la replicación del ADN, conduciendo a la muerte celular), *Inhibidores de la mitosis*.

4. **Inmunoterapia:** Tratamiento que consiste en estimular el sistema inmunológico para que ataque las células cancerosas. Incluye inhibidores de puntos de control inmunológico (ej., anti-PD-1, anti-CTLA-4), anticuerpos monoclonales y vacunas terapéuticas. Dentro de la inmunoterapia, encontramos dos tipos de mecanismos de acción; **los inhibidores de punto de control inmunológicos**, que actúan frenando el sistema inmune. De este grupo, destacan fármacos como el *nivolumab* y el *pembrolizumab*. Por otro lado, encontramos el grupo de terapia con células T modificada (CAR-T), donde las células T son extraídas y modificadas en el laboratorio para mejorar su capacidad de reconocer y atacar las células cancerosas.

5. **Hormonoterapia**

Es importante mencionar que existen nuevos tratamientos que se encuentran en constante desarrollo e investigación. La **Terapia Dirigida** emplea fármacos específicos que bloquean

moléculas clave en la proliferación del cáncer (ej., inhibidores de tirosina quinasa, anti-HER2, anti-VEGF).

2.2 EXCLUSIÓN SOCIAL

2.2.1 Definición de exclusión social:

Según la Organización Mundial de la Salud ⁹, la exclusión social es la situación que «afecta a individuos o grupos humanos, impidiéndoles acceder a un nivel de calidad de vida decente, y/o de participar plenamente, según sus propias capacidades, en los procesos de desarrollo». La situación de exclusión social, como categoría diagnóstica, puede ser medida, en cuanto a su intensidad, en los siguientes grados:

- Leve: situación de desarraigo inicial o leve (personas que disponen de contactos frágiles con sus familiares o redes de apoyo).
- Moderada: fase avanzada de desarraigo (personas que han roto sus lazos sociales básicos).
- Grave: no participa en la sociedad (precariedad o ausencia de relaciones sociales y afectivas)

A nivel **europeo**, la población en riesgo de pobreza o exclusión social está definida según unos criterios establecidos por Eurostat ¹⁰: “es aquella población que está al menos en alguna de estas tres situaciones: en riesgo de pobreza, en carencia material y social severa y en hogares sin empleo o con baja intensidad en el empleo.”

1. Personas en riesgo de pobreza.

Personas cuyos ingresos por unidad de consumo son inferiores al 60% de la renta mediana disponible equivalente. Los ingresos corresponden al año anterior al de la entrevista.

2. Carencia material y social severa.

Se calcula de forma separada para cada miembro del hogar. Se construye con 13 componentes, de los cuales siete se definen a nivel de hogar y seis son personales, diferentes para cada miembro del hogar.

3. Personas que viven en hogares sin empleo o con baja frecuencia de empleo.

Son los hogares en los que sus miembros en edad de trabajar (personas de 18 a 64 años, excluyendo los estudiantes de 18 a 24 años, los jubilados o retirados, así como las personas inactivas entre 60 y 64 cuya fuente principal de ingresos del hogar sean las pensiones) lo hicieron menos del 20% del total de su potencial de trabajo durante el año de referencia.

Concretamente en **España** ¹¹, hace un tiempo cuando empezó a utilizarse el término de exclusión social, este concepto estaba ligado a la pobreza, hemos visto cómo ha ido evolucionando y ahora contempla otros muchos factores. Las dimensiones clave de la exclusión social en España incluyen:

1. **Exclusión económica:** la falta de recursos económicos es una de las dimensiones más visibles de la exclusión social. En España, la tasa de riesgo de pobreza es un indicador crucial que revela cuántas personas se encuentran en riesgo de caer por debajo del umbral de pobreza. Además, la privación material, que implica la incapacidad de acceder a bienes y servicios esenciales, es un aspecto crítico de esta dimensión.
2. **Exclusión social:** la exclusión social involucra la marginación en la participación en la vida social y comunitaria. Esto puede manifestarse en la falta de acceso a actividades culturales, deportivas o recreativas, así como en la sensación de aislamiento social.

De tal manera, muchos jóvenes de áreas desfavorecidas pueden sentirse excluidos de oportunidades educativas y actividades sociales debido a la falta de recursos y apoyo, con todo lo que esto conlleva.

3. **Exclusión política:** la exclusión política se refiere a la falta de participación en la toma de decisiones y el acceso a derechos civiles y políticos. Esto puede manifestarse en la incapacidad de votar o de influir en políticas que afectan a la comunidad. Encontramos ejemplos claros de la exclusión política en diferentes aspectos de la vida, que habitualmente se traducen en comunidades infrarrepresentadas e incluso, sin derecho a voto, y por lo tanto, también menos influencia en las decisiones que los afectan directamente.
4. **Exclusión cultural:** la exclusión cultural involucra la marginación en términos de acceso a la cultura, la educación y la identidad cultural. Esto puede afectar a minorías étnicas, migrantes y otras comunidades.
La falta de acceso a la educación cultural limita las oportunidades de aprendizaje, crecimiento y conocimiento y roba la oportunidad a las personas de ampliar su imaginario y sus recursos intelectuales que se traducen directamente en su desarrollo personal.
5. **Exclusión residencial:** la exclusión residencial se relaciona con la falta de acceso a una vivienda adecuada y segura. Esto puede manifestarse en la falta de hogar o en la vivienda precaria. El número de personas sin hogar en España ha aumentado en los últimos años, lo que destaca la gravedad de esta dimensión de la exclusión social y también genera situaciones de viviendas precarias e infraviviendas.

Además, la Constitución Española de 1978 ¹² recoge en el Capítulo Tercero. De los principios rectores de la política social y económica: “Todos los españoles tienen derecho a disfrutar de una vivienda digna y adecuada. Los poderes públicos promoverán las condiciones necesarias y establecerán las normas pertinentes para hacer efectivo este derecho, regulando la utilización del suelo de acuerdo con el interés general para impedir la especulación. La comunidad participará en las plusvalías que genere la acción urbanística de los entes públicos.”

2.2.2 Indicador AROPE

En su momento, la Unión Europea propuso el **indicador AROPE** ¹³ (Anexo 1) (At risk of poverty and/or exclusion) para evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos de inclusión social propuestos en la Estrategia EU2020 y que hace referencia al porcentaje de población que se encuentra en riesgo de pobreza y/o exclusión social. El indicador combina elementos de renta, posibilidades de consumo y empleo.

Un término importante a destacar en relación con el indicador AROPE es el **SMI**, que es la cuantía retributiva mínima que percibe el trabajador referida a la jornada legal de trabajo. Lo regula el Gobierno anualmente, previa consulta con las organizaciones sindicales y las asociaciones empresariales más representativas.

En el salario mínimo se computa únicamente la retribución en dinero. Este salario se entiende referido a la jornada legal de trabajo en cada actividad. El Consejo de Ministros aprobó el 11 de febrero de 2025 la subida del Salario Mínimo Interprofesional en un 4,4%, tras el acuerdo alcanzado con las organizaciones sindicales.

Para todas las actividades en la agricultura, la industria y los servicios, sin distinción de sexo ni edad de los trabajadores, queda fijado en 39,47 euros brutos al día, o 16.576 euros brutos anuales distribuidos en 14 pagas de 1.184 euros, o en 12 según convenios.

Posteriormente, conforme a la actualización metodológica producida de acuerdo con los objetivos marcados por la Agenda 2030, se modificaron los subindicadores que miden posibilidades de consumo y cantidad de empleo. El nuevo indicador está disponible desde 2014: **una persona está en situación AROPE si cumple al menos uno de los tres criterios siguientes: está en riesgo de pobreza, está en privación material y social severa (PMSS), o tiene entre 0 y 64 años y vive en un hogar con baja intensidad de empleo (BITH).**

El indicador AROPE define de manera agrupada a las personas que cumplen uno o más de los tres criterios mencionados y se expresa en porcentaje sobre el total de la población. Se debe remarcar que el AROPE y la tasa de riesgo de pobreza son indicadores diferentes, pues miden aspectos distintos; el primero mide riesgo de pobreza y exclusión en su conjunto y el segundo sólo riesgo de pobreza.

2.2.3 Escala SISO

SiSo es el acrónimo de Situación Social. La Escala SiSo¹⁴ (Anexo 2) es una herramienta que sintetiza el diagnóstico profesional de las situaciones de exclusión social. La exclusión social es un fenómeno complejo, por carácter multifactorial y dinámico. Por esa razón se requiere de herramientas que faciliten la labor de diagnóstico, y que además sean de fácil aplicación dada la sobrecarga asistencial actual en la mayoría de contextos laborales de Trabajo Social. La herramienta SISO cumple con estas características.

Es una novedosa herramienta validada en todo el territorio español, permitiendo la evaluación de forma fiable y objetiva de la exclusión social en las personas que atiende el Trabajo Social.

Los trabajadores y trabajadoras sociales en España se ocupan cotidianamente de un gran número de situaciones que, directa o indirectamente, están relacionadas con variables de exclusión o vulnerabilidad social. Dentro de sus roles habituales está realizar un diagnóstico y su posterior informe sobre la existencia o no de una situación de exclusión social. Entre las situaciones frecuentes encontramos:

- Valoración de la situación de dependencia.
- Protección de menores en situación de riesgo o desamparo. Reconocimiento de la discapacidad.
- Intervención con las víctimas de violencia de género.
- Acceso a prestaciones económicas y servicios sociales.

Está diseñada a modo de rúbrica de valoración de las situaciones de dificultad social de las unidades familiares. Su contenido se ha estructurado en torno a tres tipos de datos:

- **Ámbitos vitales:** Que recoge 25 variables sociológicas sobre posición social para el diagnóstico de las situaciones de exclusión.
- **Aspectos personales:** Que recoge 3 variables psicosociales para la intervención en los procesos de incorporación social.
- **Datos sociodemográficos:** Que recoge información identificativa necesaria para la planificación de las políticas de protección social.

2.3 COMORBILIDADES POBLACIONALES

El envejecimiento es un proceso biológico complejo caracterizado por una serie de modificaciones morfológicas y funcionales que afectan a los seres vivos con el paso del tiempo. Estas alteraciones conducen

a una disminución progresiva de la capacidad homeostática y adaptativa de los distintos órganos y sistemas, incrementando la vulnerabilidad ante enfermedades y otros factores estresantes.

En términos epidemiológicos, el envejecimiento poblacional es una tendencia creciente en las sociedades occidentales, donde aproximadamente una de cada nueve o diez personas supera los 65 años. Este fenómeno demográfico se debe principalmente al aumento de la esperanza de vida, la reducción de la mortalidad y la disminución de las tasas de fecundidad, lo que ha generado un cambio significativo en la estructura de las pirámides poblacionales.

Los datos del Instituto Nacional de Estadística ¹⁵ reflejan esta transformación en la población europea. En 2020, el 21 % de los habitantes tenía 65 años o más, en comparación con el 16 % en 2001. De manera aún más pronunciada, el grupo de 80 años o más casi duplicó su representación, pasando del 3,4 % al 6 % en el mismo periodo.

El envejecimiento no es homogéneo en toda la Europa, países como Italia (23 %), Grecia, Finlandia, Portugal, Alemania y Bulgaria (22 %) presentan las mayores proporciones de población mayor de 65 años, mientras que Irlanda (14 %) y Luxemburgo (15 %) registran las cifras más bajas. Entre 2001 y 2020, este grupo creció en todos los países, con Finlandia mostrando el mayor aumento. Asimismo, el porcentaje de personas de 80 años o más aumentó en toda la UE, con excepción de Suecia, donde se mantuvo estable. En países como Lituania y Croacia, este grupo pasó del 2 % en 2001 al 6 % en 2020, mientras que en Rumanía, Bulgaria y Eslovenia se incrementó del 2 % al 5 %.

El incremento de la población anciana plantea importantes desafíos para los sistemas sanitarios, ya que implica un aumento en la demanda de atención médica especializada, patologías como la HTA, DM, EPOC o enfermedad coronaria están cobrando importancia. Ante esta realidad, es fundamental la implementación de estrategias de salud pública que favorezcan un envejecimiento activo y saludable. Esto requiere la reorganización de recursos y servicios sanitarios, con un enfoque integral que abarque tanto la prevención como la atención asistencial, garantizando así una adecuada calidad de vida en la población mayor.

2.3.1 Hipertensión arterial

La HTA¹⁶ se define como unas cifras de PA \geq 140/90 mmHg de forma mantenida, la cual constituye uno de los principales factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares en el mundo. Datos de la Revista Española de Cardiología reflejan que en España la prevalencia de esta patología es del 32,9%, correspondiendo a casi 10 millones de personas.

Podemos clasificar esta patología en:

- HTA primaria o esencial, aquella sin causa identificable. Representa la mayoría de los casos y se asocia a factores como la edad avanzada, predisposición genética, obesidad o estilo de vida.
- HTA secundaria, debida a condiciones subyacentes. Esta puede estar causada por enfermedades renales como la glomerulonefritis, trastornos endocrinos como el Síndrome de Cushing o tratamientos farmacológicos.

En lo que se refiere a las manifestaciones clínicas suele cursar de forma asintomática. Sin embargo, algunos pacientes pueden presentar cefalea, mareos, epistaxis o alteraciones visuales en etapas avanzadas de la enfermedad o durante las crisis hipertensivas.

El mal control de esta patología puede conducir a múltiples complicaciones:

- Cardiovasculares: cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca

- Oculares: retinopatía que puede llevar a pérdida de la visión.
- Renales: nefropatía, insuficiencia renal crónica
- Neurológicas: accidente cerebrovascular, encefalopatía hipertensiva

2.3.2 Diabetes Mellitus

La DM¹⁷ es un conjunto de trastornos metabólicos caracterizados por hiperglucemia crónica, resultante de defectos en la secreción y/o acción de la insulina. Se clasifican en tres variantes:

- **Diabetes mellitus tipo 1 (DM1):** Debuta en pacientes jóvenes y se produce por una destrucción autoinmune de las células beta pancreáticas, llevando a una deficiencia absoluta de insulina. Representa menos del 10% de los casos de diabetes.
- **Diabetes mellitus tipo 2 (DM2):** Se denomina también resistencia a la insulina y es la forma más común, abarcando el 90-95% de los casos. Se caracteriza por su aparición a partir de los 65 años y es debida a la presencia de una resistencia a la insulina y una secreción inadecuada de la misma.
- **Diabetes mellitus gestacional (DMG):** Hiperglucemia que se diagnostica por primera vez durante el embarazo.

La hiperglucemia crónica en la DM puede conducir a complicaciones graves. Las más comunes son:

- **Microvasculares:** Daño en pequeños vasos sanguíneos, lo que puede causar retinopatía (afectación ocular), nefropatía (daño renal) y neuropatía (lesión en los nervios).
- **Macrovasculares:** Afectación de arterias más grandes, favoreciendo enfermedades cardiovasculares como infarto de miocardio, ictus y enfermedad arterial periférica.

La detección y el tratamiento precoz de la DM son esenciales para reducir la morbilidad y la mortalidad asociadas a esta enfermedad.

2.3.3 Dislipemia

Representa un conjunto de alteraciones en los niveles de lípidos y lipoproteínas en la sangre ¹⁸, lo que incrementa el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Estas alteraciones pueden manifestarse como hipercolesterolemia (colesterol total >240 mg/dl), hipertrigliceridemia (triglicéridos plasmáticos >175mg/dl) o niveles reducidos de colesterol HDL (<50mg/dl). Los estudios más recientes muestran que en España aproximadamente el 25% de los adultos presentan un colesterol total superior a 250mg/dl y el 60% se sitúan por encima de 200mg/dl.

Se clasifica como dislipemia primaria a aquella de origen genético no asociada a otras enfermedades mientras que aquella vinculada a otras condiciones patológicas se denomina dislipemia secundaria.

Constituye un factor de riesgo cardiovascular puesto que el colesterol LDL a niveles elevados puede depositarse en las paredes arteriales formando placas que pueden derivar en infartos de miocardio o accidentes cerebrovasculares.

Es esencial un enfoque multidisciplinario en el manejo de la dislipidemia, involucrando a médicos de familia, endocrinólogos, cardiólogos y nutricionistas, para optimizar el tratamiento y reducir el riesgo cardiovascular asociado.

2.3.4 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Consiste en la limitación del flujo de aire causada por una respuesta inflamatoria de la vía respiratoria asociada al consumo de tabaco principalmente.

Se caracteriza por presentar clínica que engloba bronquitis crónica y enfisema. Pudiendo el paciente manifestar solo una o ambas.

La sintomatología inicial del EPOC¹⁹ suele ser la presencia de tos productiva que aparece alrededor de los 50 años. Posteriormente se instaura una disnea persistente y progresiva.

En etapas avanzadas de la enfermedad aparece *cor pulmonale*, pérdida de peso y consumo de masa muscular, posiblemente por la activación de mediadores inflamatorios, que puede acabar en un neumotórax espontáneo por una rotura de las bullas pulmonares.

Epidemiológicamente el estudio IBERPOC²⁰ nos refleja una prevalencia en España del 9,1%, afectando al 14,3% de los varones y al 3,9% de las mujeres, así como afectando a un 15% de los fumadores frente a un 4,1% de no fumadores.

2.3.5 Cardiopatía isquémica

La cardiopatía isquémica²¹ (CI) es una afectación del corazón causada por una reducción del flujo sanguíneo al músculo cardíaco debido a la obstrucción o estrechamiento de las arterias coronarias, generalmente por acumulación de placas de ateroma. Esta se traduce en una consecuente necrosis miocárdica. Afecta principalmente al ventrículo izquierdo, aunque puede extenderse al ventrículo derecho o las aurículas. Es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo.

Entre las manifestaciones clínicas de la enfermedad, se encuentran el dolor torácico opresivo, irradiado a la espalda, mandíbula o brazos, que suele ir acompañado de disnea, sudoración, náuseas y vómitos. Aproximadamente 20% de los casos son silentes, más frecuentes en diabéticos y ancianos, presentándose con síntomas inespecíficos como indigestión o síncope. En casos graves, puede haber insuficiencia ventricular izquierda, edema pulmonar o shock.

En lo que se refiere al pronóstico la mortalidad intrahospitalaria con reperfusión es del 5%, siendo mayor en mujeres y diabéticos. La mayoría de las muertes ocurren en los primeros 3-4 meses, y la disfunción ventricular izquierda reduce la supervivencia a largo plazo. La prueba de esfuerzo postinfarto ayuda a evaluar el pronóstico.

2.3.6 Accidente cerebrovascular

El accidente cerebrovascular ²² (en adelante, ACV) es una patología neurológica grave causada por la interrupción del flujo sanguíneo al cerebro, provocando la muerte de las células cerebrales debido a la falta de oxígeno y nutrientes. Es una de las principales causas de discapacidad y mortalidad a nivel mundial. Este lo podemos clasificar en dos tipos; por una parte, hablamos del ACV **isquémico**, que es el más frecuente (80-85%) y es producido por la obstrucción de una arteria cerebral, generalmente por un trombo o émbolo. Por otra parte, hablamos del ACV **hemorrágico**, que es mucho menos frecuente (10-15%) y es debido a la ruptura de un vaso sanguíneo cerebral, causando una hemorragia intracerebral o subaracnoidea.

Entre los principales factores de riesgo que pueden estar relacionados con la afectación, se encuentran: HTA, DM, tabaquismo, hipercolesterolemia, sedentarismo, obesidad, alcoholismo, edad avanzada y antecedentes familiares.

Los síntomas de un ACV aparecen de manera súbita y los pacientes, generalmente suelen experimentar debilidad o parálisis en un lado del cuerpo, afasia, pérdida de visión en uno o ambos ojos, mareo, falta de

coordinación o pérdida del equilibrio. El diagnóstico se confirma mediante estudios como tomografía computarizada (TC) y resonancia magnética (RM) cerebral.

3.MARCO TEÓRICO

3.1 LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA

En los últimos años, han surgido múltiples evidencias que destacan la influencia de la exclusión social en la salud y su impacto en la incidencia y evolución de diversas enfermedades. Un estudio relevante en esta línea es el de Mhatre et al. (2016), titulado "*Place of birth and risk of gallbladder cancer in India*", publicado en el *Indian Journal of Cancer*²³. Este trabajo analiza la variación geográfica en las tasas de incidencia del cáncer de vesícula biliar (GBC) a partir de un estudio de casos y controles. Sus hallazgos evidencian el papel determinante del lugar de nacimiento, la duración de la residencia y el efecto de la migración en la etiología de esta neoplasia. En particular, se destaca que la migración desde una región de alto riesgo a una de menor incidencia influye significativamente en la probabilidad de desarrollar la enfermedad.

Continuando con el lugar de residencia y el cáncer, concepto relacionado con la hipótesis del código postal, destaca el artículo de Moss JL, Pinto CN, Mama SK, Rincon M, Kent EE, Yu M, et al. *Rural-urban differences in health-related quality of life: patterns for cancer survivors compared to other older adults*²⁴. El cual tuvo como objetivo evaluar las diferencias entre zonas rurales y urbanas en la CVRS de los sobrevivientes y controles de cáncer de mayor edad. Se obtuvo como conclusión que se necesitan intervenciones de apoyo para aumentar la CVRS física, social y emocional entre los supervivientes de cáncer de mayor edad en áreas rurales.

Introduciendo el concepto de "Índice de desarrollo humano", encontramos otro artículo en el que se analiza cómo este índice y la economía de los distintos países influyen en las tasas de incidencia y mortalidad de diversos tipos de cáncer a nivel mundial. El artículo, titulado "*Desigualdades socioeconómicas en la incidencia y mortalidad por cáncer: Un análisis de GLOBOCAN 2022*"²⁵ revela que, en países con IDH bajo, los cánceres relacionados con infecciones y la pobreza son más prevalentes, mientras que en naciones con IDH alto se observa una mayor incidencia de cánceres de próstata, mama, colorrectal y pulmón, asociados a transiciones socioeconómicas y estilos de vida urbanos. Geográficamente, el estudio revela que, en el sexo masculino, el cáncer de próstata es predominante en países con IDH bajo, alto y muy alto; mientras que, en el sexo femenino, los cánceres de mama y cuello uterino son más comunes en países con IDH bajo a medio.

3.2 PROBLEMAS SOCIOECONÓMICOS

Las desigualdades socioeconómicas juegan un papel determinante en el acceso a la atención médica y en la evolución de diversas enfermedades oncológicas. Un ejemplo de ello es el estudio presentado en el artículo "*Desigualdades socioeconómicas en el cáncer anal: efecto en el retraso del tratamiento y la supervivencia*"²⁶, donde se analiza cómo las disparidades económicas influyen en el tiempo hasta el inicio del tratamiento y en la supervivencia de los pacientes con carcinoma de células escamosas del ano. Los resultados evidencian que aquellos provenientes de áreas con menores ingresos, menor nivel educativo y con seguros públicos experimentan retrasos superiores a 60 días desde el diagnóstico hasta el inicio del tratamiento. Este hallazgo subraya la necesidad de implementar estrategias que mejoren el acceso a la atención médica y reduzcan las desigualdades socioeconómicas para optimizar la supervivencia de los pacientes.

De manera similar, el artículo "*Impacto del estatus socioeconómico en la supervivencia específica por enfermedad y condicional en el cáncer de senos paranasales*"²⁷ confirma que los pacientes con un nivel

socioeconómico bajo presentan una menor supervivencia. Además, se identifican brechas significativas en la equidad del tratamiento oncológico, derivadas de factores como el acceso limitado a los servicios de salud, el diagnóstico tardío y las restricciones en el tratamiento. Estos hallazgos resaltan la importancia de diseñar políticas de salud pública enfocadas en disminuir las desigualdades en el acceso y la calidad de la atención médica.

En esta misma línea, el estudio "*Geographic and socioeconomic factors in patients with malignant pleural mesothelioma in New South Wales and their impact upon clinical outcomes*"²⁸ proporciona evidencia de que el nivel socioeconómico también influye en el tratamiento y la supervivencia de los pacientes con mesotelioma pleural maligno (MPM) en Nueva Gales del Sur.

Además de los factores económicos y geográficos, la accesibilidad a una vivienda digna también impacta en la evolución del cáncer. El artículo "*Severe housing cost burden and premature mortality from cancer*"²⁹ analiza la relación entre la carga económica de la vivienda y la mortalidad por cáncer en distintos condados de EE.UU. A través de un estudio ecológico, se observó que la mortalidad prematura por todos los tipos de cáncer era mayor en aquellas zonas donde un alto porcentaje de hogares destinaba una proporción excesiva de sus ingresos al pago de la vivienda.

En conjunto, estos estudios refuerzan la idea de que los determinantes sociales, como el nivel de ingresos, el acceso a la salud y la estabilidad en la vivienda, influyen directamente en la evolución del cáncer. Por ello, resulta esencial el desarrollo de políticas públicas que reduzcan estas desigualdades y garanticen mejores condiciones de vida y atención médica para las poblaciones más vulnerables.

3.3 NIVEL ACADÉMICO

El artículo titulado "*Association between socioeconomic factors at diagnosis and survival in breast cancer: A population-based study*"³⁰ demostró cómo los factores socioeconómicos en el momento del diagnóstico influyen en la supervivencia de pacientes con cáncer de mama. El estudio, de base poblacional, analizó datos de pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, evaluando variables como el nivel académico, el estado civil y el tipo de seguro médico. De este estudio, se concluyó que pacientes con menor nivel educativo presentaban una menor supervivencia global en comparación con aquellas con mayor nivel académico. Además, las pacientes solteras, divorciadas o viudas tenían tendencia a experimentar una menor supervivencia en comparación con las casadas. Estas conclusiones resaltan la influencia significativa de los factores socioeconómicos en los resultados de salud de las pacientes con cáncer de mama.

A propósito con los resultados obtenidos, y en el contexto del cáncer ginecológico, el artículo titulado "*La baja escolaridad como factor de riesgo en el cáncer de cuello de útero*"³¹ analizó la influencia del nivel académico en la incidencia y comportamiento del carcinoma de cuello uterino en 2.204 mujeres de Quito, Ecuador, entre 1985 y 1994. Los hallazgos principales indican que las mujeres analfabetas presentan tasas de incidencias significativamente más altas desde edades tempranas. En contraste, aquellas con educación superior muestran tasas hasta seis veces menores, con una incidencia prácticamente nula en las más jóvenes. Estos resultados sugieren que el nivel de escolaridad es un factor determinante en el riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino, y que la agrupación por grado de instrucción podría mejorar la eficacia de las estrategias de prevención, como la citología cervical.

3.4 ETNIA Y EXCLUSIÓN SOCIAL

Otro aspecto relevante a tratar sería la diferencia relacionada con la etnia del paciente. En este plano destaca el artículo "*Housing discrimination and racial cancer disparities among the 100 largest US metropolitan areas*"³² analizó la relación entre la discriminación en la vivienda y la magnitud de las disparidades relacionadas con el cáncer en las grandes áreas metropolitanas de Estados Unidos y se vio que la discriminación hipotecaria se asocia con mayores disparidades en la mortalidad por cáncer entre personas de etnia negra y de etnia blanca.

En términos de etnicidad, el artículo *Cooper RM, Chung J, Hogan T, Haque R. Patterns of overall mortality by race/ethnicity and socioeconomic status in insured cancer patients in Southern California. Cancer Causes Control*³³, examinó cómo la etnia y el estatus socioeconómico influyen en la mortalidad de pacientes con cáncer que cuentan con seguro médico en el sur de California. Entre los determinantes sociales que inequívocamente afectarían, es importante destacar la presencia de una *barrera idiomática* que interfiere en la comunicación médico-paciente, así como en el entendimiento tanto del diagnóstico como del posterior tratamiento.

Estos hallazgos refuerzan la necesidad de abordar el cáncer desde una perspectiva integral, considerando no sólo los factores biológicos, sino también los determinantes sociales y la presencia de comorbilidades, con el fin de mejorar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de estas patologías.

4. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

En el presente estudio se pretenden comprobar dos hipótesis:

H1) En pacientes oncológicos, los malos hábitos de salud y el escaso seguimiento de la enfermedad se asocia a un mayor riesgo de exclusión social.

H2) La presencia de comorbilidades crónicas se asocia a un mayor riesgo de desarrollar cáncer.

A partir de las hipótesis presentadas se plantean dos objetivos principales. El primero sería **analizar la relación entre los malos hábitos de salud y el riesgo de exclusión social en pacientes oncológicos.**

En relación a este se plantean dos objetivos específicos:

- Identificar la prevalencia de malos hábitos de salud (tabaquismo, actividad física, prevención) en pacientes con cáncer.
- Determinar la asociación estadística entre la presencia de hábitos poco saludables y el grado de exclusión social

Por otra parte, el otro objetivo planteado es **analizar la asociación entre la presencia de comorbilidades crónicas y el riesgo de desarrollar cáncer en población adulta**, que como objetivo específico plantearía identificar las comorbilidades más frecuentes (como diabetes, hipertensión, EPOC, obesidad) en una muestra poblacional adulta y determinar la incidencia de cáncer en personas con y sin comorbilidades crónicas.

5.MATERIALES Y MÉTODOS

5.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizó un **estudio observacional, analítico y longitudinal** con el objetivo de analizar la posible relación de la situación de riesgo de exclusión social y los pacientes con diagnóstico de enfermedad oncológica.

5.2 TAMAÑO MUESTRAL

Para poder extrapolar los resultados del estudio a la población de la provincia de Tarragona estimada en 861.744 personas, el tamaño muestral necesario con un intervalo de confianza del 95% y un margen de error del 5%, es **384 individuos**.

Este cálculo se ha realizado con la calculadora de tamaño muestral DataLab.

5.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

En la base de datos de la estadística recogida en este trabajo, se han incluido aquellos pacientes que presenten las siguientes características:

- Edad mayor o igual a 18 años.
- Diagnosticados de cáncer.
- Atendidos en el servicio de oncología del HUSJR.
- Pacientes que han firmado el consentimiento informado para el estudio.

5.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se han excluido aquellos pacientes que presentan las siguientes características:

- Los cuales no firmaron el consentimiento informado.
- Edad menor de 18 años.
- Aquellos que revocaron el consentimiento en mitad del estudio.
- Aquellos que no son tratados en el servicio de oncología del HUSJR.

5.5 INSTRUMENTOS

El instrumento que se ha utilizado es una herramienta de valoración del estadio social (Anexo 3) que ha sido proporcionada por el departamento de oncología radioterápica del Hospital Sant Joan de Reus.

Esta escala estratifica los pacientes estudiados en diferentes estadios sociales. Para ello valora las siguientes áreas:

- Convivencia familiar
- Círculo social

- Condiciones del hogar
- Nivel académico
- Situación laboral
- Economía familiar

Estas áreas han sido valoradas y puntuadas, y con los resultados obtenidos se han clasificado a los pacientes en tres grupos:

- Sin riesgo de exclusión: pacientes con una puntuación entre 13-18.
- En riesgo de exclusión social: el cual a su vez se clasificó en riesgo bajo o alto.
 - Riesgo bajo: puntuación 10-12
 - Riesgo alto: puntuación 7-9
- En situación de exclusión social: puntuación 0-6.

5.6 PROCEDIMIENTO

Durante la realización del estudio se entrevistó individualmente a los sujetos en el inicio de su tratamiento. Para ello se realizó un cuestionario estructurado con el objetivo de obtener información sobre la situación socioeconómica del paciente.

Toda esta información se plasmó en un documento de Microsoft Excel, elaborando así la base de datos de este estudio.

Paralelamente, se llevó a cabo una clasificación del **estadio social** de cada participante, utilizando una escala específica mencionada anteriormente en el apartado de instrumentos, la cual nos permitió valorar de forma sistematizada la situación social del paciente.

5.7 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico fue realizado usando el software SPSS, versión 26.0 (IBM Corp., Armonk, NY). Los resultados obtenidos se representan en porcentajes en el siguiente apartado.

5.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación en Personas, Sociedad y Medio Ambiente de la Universitat Rovira i Virgili (CEIPSA). Todos los participantes firmaron un consentimiento previo a la inclusión en el estudio.

6. RESULTADOS

Se ha realizado el análisis de una muestra de 600 pacientes diagnosticados de enfermedad oncológica, a los cuales se les ha aplicado una escala de detección de riesgo de exclusión social para estratificar en tres grados a los pacientes oncológicos. Los resultados obtenidos nos han permitido estudiar la distribución de la población en función de su nivel de exclusión social.

Se evidencia que el **3.1%** (n=19) de los participantes se encuentra en situación de **exclusión social**.

La proporción mayoritaria de la muestra **71.3%** (n=426) se encuentra en una situación de **riesgo de exclusión social**, mientras que el **25.6%** de los pacientes **no se encuentran en riesgo de exclusión social**.

6.1 HÁBITOS DE SALUD

(Anexo 4)

6.1.1 Hábito tabáquico

El análisis de la relación entre la condición de exclusión social y el consumo de tabaco en la muestra estudiada evidenció diferencias significativas en los patrones de esta conducta. Se observó que el **47.4%** (n=9) de los individuos en situación de exclusión social son fumadores, lo que sugiere una elevada prevalencia de este hábito en poblaciones con condiciones desfavorables.

En contraste, el **49%** (n=75) de los participantes que no presentan riesgo de exclusión social refirieron no fumar.

6.1.2 Actividad física

Centrándonos en la práctica de actividad física en la muestra estudiada se evidenció la presencia de diferencias significativas en función del nivel de exclusión social.

Se observó que únicamente el **5%** (n=1) de los pacientes en situación de exclusión social frecuentaba la realización de actividad física de forma regular frente al **66%** (n=102) de los pacientes sin riesgo de exclusión que sí que realizaban deporte de forma habitual.

6.1.3 Medidas de prevención

Valorando este aspecto en nuestra muestra se han observado diferencias entre los grupos estudiados. Por una parte, se encontró que el **36%** (n=7) de los pacientes en exclusión social **no** realizaba ningún tipo de medida preventiva, convirtiendo a estos pacientes en un grupo de riesgo ante ciertas patologías.

En contraste, el **76%** (n=117) de los pacientes sin riesgo de exclusión sí lleva a cabo medidas de autocuidado.

6.2 SEGUIMIENTO EN EL CAP

Hemos analizado las siguientes dos variables en relación con este apartado donde se han obtenido los siguientes resultados.

Es fundamental que la población mantenga un contacto activo y periódico con su CAP, especialmente en situaciones en las que experimenta síntomas persistentes, cambios en su estado de salud, o cuando requiere orientación médica. El desconocimiento o la subestimación de síntomas leves puede conllevar un agravamiento progresivo de ciertas condiciones, muchas de las cuales podrían haberse abordado de manera más eficaz con una intervención precoz.

6.2.1 Frecuencia de visitas al CAP

Hemos analizado en función del riesgo de exclusión social de cada paciente, cada cuánto solían ir al CAP en función de otras enfermedades que hubieran tenido.

Respecto a los resultados de los pacientes que se encuentran en riesgo de exclusión social, un **63% (n= 12)** de ellos no iban prácticamente nunca o casi nunca, aunque se encontraran enfermos o con síntomas.

Sin embargo, en cuanto a los resultados de los pacientes que no están en riesgo de exclusión social, un **52% (n= 80)** de ellos iban cuando lo necesitaban o por un seguimiento que necesitaban, como por ejemplo tener DM, HTA, enfermedades crónicas, salud mental, anticoagulación oral, ostomías o heridas crónicas...

6.2.2 Tiempo transcurrido entre ir al CAP desde el inicio de los síntomas

Respecto a los resultados obtenidos acerca de las personas que se encuentran en situación de exclusión social indican que tardaron ir al CAP cuando comenzaron los síntomas de su enfermedad hasta un máximo de 10 semanas, entre **1-10 semanas** concretamente; sin embargo, en los que respecta al grupo de personas que no se encuentran en situación de exclusión social se hallan los datos de que tardaron un máximo de 4 semanas en ir, entre **1-4 semanas** concretamente.

6.3 CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD

(Anexo 5)

6.3.1 Estadio

En cuanto a los resultados obtenidos, respecto al grupo en riesgo de exclusión social un **73% (n= 13)** de ellos presentaban metástasis al diagnóstico y el **26% (n= 6)** en estadio localizado.

En cuanto al grupo sin riesgo de exclusión social, un **51% (n=78)** de ellos presentaba metástasis al momento del diagnóstico y un **49% (n=76)** localizado que es prácticamente el doble que los que tenían riesgo de exclusión social.

6.3.2 Intención inicial del tratamiento

Respecto a los dos principales tipos de tratamiento, se analizaron los datos obteniendo los siguientes resultados:

En cuanto al grupo en riesgo de exclusión social, el **58% (n=11)** comenzaron con un tratamiento paliativo mientras que un **42% (n=8)** comenzaron con un tratamiento radical, siendo así menor el porcentaje de personas con un mejor pronóstico.

Respecto al grupo sin riesgo de exclusión social, el **64% (n= 98)** comenzaron un tratamiento radical con intención curativa mientras que un **36% (n= 55)** comenzaron con paliativo.

6.3.3 Exitus a los dos años

El último resultado sobre la enfermedad recogido y analizado han sido los fallecimientos en base a dos años. El grupo que presentaba riesgo de exclusión social presentó un **57,9% (n=11)** de exitus, mientras que el grupo con riesgo medio presentó un **20.1% (n=85)** de exitus y finalmente el grupo sin riesgo de exclusión

social solo un **15% (n=23)**, siendo una diferencia significativa y acorde a las variables analizadas anteriormente.

En relación al cáncer, el término curación se aplica cuando ha transcurrido un tiempo libre de enfermedad que los expertos establecen en general en **cinco años desde el momento del diagnóstico**.

6.4 COMORBILIDADES POBLACIONALES

(Anexo 6)

En relación con la población estudiada se obtiene que un **57,3% (N=344)** de los pacientes presenta al menos una comorbilidad frente al **42,7% (n=257)** de estos que no presentan ninguna.

Dentro de los pacientes afectados, la comorbilidad más prevalente es la HTA suponiendo el **63,1% (N=217)** de los mismos. Le sigue la DM con un **16,27% (N=56)** y la dislipemia con un **11,33% (N=39)**

7. DISCUSIÓN

Los resultados muestran que, aunque menos del 5% de los pacientes oncológicos analizados se encuentran en exclusión social, este grupo representa una población especialmente vulnerable con riesgo de peor pronóstico. Más del 50% está en situación de riesgo de exclusión, lo que evidencia la influencia de factores socioeconómicos en su estado de salud. Esta situación, combinada con la enfermedad, puede dificultar el acceso al tratamiento, el soporte emocional y la estabilidad laboral o familiar. Solo una cuarta parte presenta condiciones personales y sociales estables. Se indica así la necesidad de medidas preventivas y de apoyo social para estos pacientes.

7.1 HÁBITOS DE SALUD

7.1.1 Hábito tabáquico

El estudio nos muestra una relación significativa entre la exclusión social y el consumo de tabaco en pacientes con cáncer. Casi la mitad (47.4%) de los pacientes en exclusión social son fumadores, lo que sugiere una alta prevalencia de esta conducta en contextos de vulnerabilidad. Esto podría deberse a factores como el estrés, la falta de educación en salud y el limitado acceso a programas de deshabituación.

En contraste, el 49% de los pacientes sin riesgo de exclusión social refirió no fumar, lo que indica una menor incidencia del hábito en entornos más estables. Este grupo probablemente cuenta con mejores recursos personales y sociales para evitar o abandonar el consumo de tabaco.

7.1.2 Actividad física

Los resultados muestran una clara desigualdad en la práctica de actividad física según el nivel de exclusión social. Solo el 5% de los pacientes en exclusión realiza ejercicio regularmente, frente al 66% de los que no presentan riesgo.

En contraste, quienes no están en riesgo social tienen más recursos y conocimiento para mantener hábitos saludables, como el ejercicio, que es especialmente beneficioso en pacientes con cáncer.

Este hallazgo podría estar relacionado con múltiples factores como las diferencias económicas entre ambos grupos, la falta de acceso a infraestructuras adecuadas o una diferencia en educación en salud, y subrayan

la necesidad de medidas que adapten y faciliten la accesibilidad de los grupos más vulnerables a la realización de actividad física.

7.1.3 Medidas de prevención

El estudio revela que una tercera parte de los pacientes en exclusión social no realiza medidas preventivas, frente a la mayoría de pacientes sin riesgo que sí lo hacen. Esto sugiere un menor acceso y concienciación en salud en los grupos más vulnerables, influido por factores económicos y educativos. Mientras que las personas sin riesgo presentan mayor formación y mejores oportunidades, los pacientes en riesgo o exclusión carecen de cualificación más allá de la básica, lo que limita su acceso a recursos y servicios que favorecen la prevención y la inclusión social.

7.2 VISITAS AL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

7.2.1 Frecuencia de visitas al CAP

Tal y como muestran los resultados analizados de esta variable, más de la mitad de los pacientes en riesgo de exclusión social no van al CAP nunca o casi nunca, lo cual es un aspecto fundamental para tener un buen control de la salud individual y una detección precoz de cualquier enfermedad y por ello, un mejor pronóstico y la posibilidad de aplicar el tratamiento adecuado en el momento adecuado. Además, el control de las comorbilidades que tenga el paciente, como son las DM, HTA, DLM... también impactan en el desarrollo a largo plazo de enfermedades como el cáncer, entre otras.

En conclusión, como muestran los datos se ve reflejado un peor pronóstico de la enfermedad en este grupo de pacientes respecto a los que no tienen riesgo de exclusión social donde más de la mitad van al médico con frecuencia o cuando notan que deben ir por algún motivo de salud.

7.2.2. Tiempo transcurrido entre ir al CAP desde el inicio de los síntomas

Este aspecto también es fundamental, ya que como es sabido, detectar a tiempo el cáncer es un pilar fundamental para el tratamiento exitoso de esta enfermedad. Está totalmente demostrado que, al identificar el cáncer en sus etapas iniciales, se incrementan significativamente las posibilidades de éxito terapéutico y se reduce la mortalidad asociada.

En conclusión, entre el grupo en riesgo de exclusión y el que no lo tiene prácticamente se duplica el tiempo en ir por primera vez al CAP por lo que la enfermedad lleva más tiempo en desarrollo respecto al otro grupo, tal y como se ve reflejado en los datos que se han analizado posteriormente en el apartado "6.4 Características de la enfermedad".

7.3 CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD

7.3.1 Estadio

La estadificación del cáncer es fundamental para determinar el pronóstico y las opciones terapéuticas. Los datos del estudio muestran una relación directa entre exclusión social y diagnóstico en estadios más avanzados: los pacientes en riesgo presentan un 22% más de casos con metástasis en el momento del diagnóstico, lo que implica un peor pronóstico y la imposibilidad de tratamiento curativo.

En cambio, los pacientes sin riesgo tienen más casos con cáncer localizado (23% más), lo que se asocia con mejores perspectivas y tratamientos curativos.

7.3.2 Tipo de tratamiento

Como hemos explicado en el marco teórico, la intención del tratamiento entre ser curativo o paliativo es un punto clave en el pronóstico del cáncer, ya que como su nombre indica el paciente puede quedar libre de enfermedad o puede tener un futuro marcado por la enfermedad.

Los datos nos revelan que sí hay una gran relación entre la exclusión y esta variable analizada, ya que el grupo de pacientes en riesgo de exclusión social presentan más de un 60% un tratamiento inicial paliativo y por ello un futuro marcado por la progresión de esta enfermedad. Por el contrario, el grupo sin riesgo de exclusión social nos muestra que un 64% comenzaron un tratamiento radical, por tanto, prácticamente 2/3 de este grupo presentan la posibilidad de curarse con el tratamiento mientras que 2/3 los pacientes con riesgo de exclusión social comienzan el tratamiento paliativo sin posibilidad de cura.

7.3.3 Exitus a los 2 años de la enfermedad

Los resultados confirman que la exclusión social influye negativamente en la evolución del cáncer. A los dos años del diagnóstico, la tasa de exitus es un 42% mayor en el grupo en riesgo de exclusión social, frente al 15% en el grupo sin riesgo. Esta diferencia refleja la suma de factores adversos ya observados, como el estadio avanzado y menor acceso a medidas preventivas, y pone de manifiesto cómo la exclusión social puede impactar directamente en la supervivencia de los pacientes oncológicos.

7.4 COMORBILIDADES POBLACIONALES

En la población oncológica analizada, se observa que un **57,3%** presenta al menos una comorbilidad, lo que resalta la complejidad clínica de estos pacientes. La **hipertensión arterial (63,1%)** es la condición más frecuente, seguida por la **diabetes mellitus (16,27%)** y la **dislipemia (11,33%)**. Estas comorbilidades pueden afectar tanto el pronóstico como las decisiones terapéuticas, ya que incrementan el riesgo de complicaciones y pueden limitar el uso de ciertos tratamientos oncológicos. Estos resultados subrayan la importancia de una evaluación integral del paciente oncológico para optimizar su manejo clínico.

8. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en este estudio permiten afirmar que la exclusión social constituye un factor determinante en el pronóstico y la evolución de la enfermedad oncológica. Las variables analizadas, tanto clínicas como socioeconómicas, muestran una relación clara entre situaciones de vulnerabilidad social y peores resultados en aspectos clave como el acceso al tratamiento, la adherencia terapéutica, la calidad de vida y la supervivencia.

En este contexto, se observa además que una proporción importante de los pacientes oncológicos presenta al menos una comorbilidad, lo que evidencia una elevada carga de enfermedades crónicas coexistentes en esta población. Entre las condiciones más frecuentes se encuentran la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la dislipemia, todas ellas con capacidad de influir negativamente en el manejo clínico, al limitar algunas opciones terapéuticas y aumentar el riesgo de complicaciones.

Tanto la exclusión social como la presencia de comorbilidades representan factores clave que condicionan el abordaje integral del paciente oncológico. Estos hallazgos destacan la necesidad de adoptar una perspectiva biopsicosocial, reconociendo que la enfermedad se desarrolla en un entorno influido por determinantes sociales y de salud que deben ser abordados de manera conjunta. En este sentido, es fundamental que los sistemas sanitarios incorporen medidas de intervención social y estrategias de atención multidisciplinar que permitan identificar y actuar precozmente sobre estas situaciones, garantizando una atención más equitativa y eficaz.

En definitiva, este estudio subraya la importancia de integrar la dimensión social y la carga de comorbilidades en la planificación, seguimiento y evaluación del tratamiento oncológico, y abre la puerta a futuras investigaciones que profundicen en este enfoque desde una perspectiva integral.

9. BIBLIOGRAFÍA:

1. Hanahan, D., & Weinberg, R. A. (2000). The hallmarks of cancer. *Cell*, 100(1), 57-70. [https://doi.org/10.1016/S0092-8674\(00\)81683-9](https://doi.org/10.1016/S0092-8674(00)81683-9)
2. Sociedad Española de Oncología Médica. El cáncer en cifras [Internet]. Seom.org. [Citado el 17 de Marzo de 2025] Disponible en: <https://seom.org/prensa/el-cancer-en-cifras>
3. Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN). Estimaciones de la incidencia del cáncer en España, 2024 [Internet]. Madrid: REDECAN; 2024 [citado 2025 May 5]. Disponible en: <https://redecn.org/storage/documents/031b5800-a7fe-4c2b-8a09-a38d046365df.pdf>
4. Sarfati D, Koczwara B, Jackson C. The impact of comorbidity on cancer and its treatment. *CA Cancer J Clin*. 2016;66(4):337–50. doi:10.3322/caac.21342.[Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33538338/>].
5. BeatCancer.eu. Estadísticas europeas sobre el cáncer: panorama general [Internet]. Bruselas: BeatCancer.eu; 2025 [citado 2025 May 5]. Disponible en: <https://beatcancer.eu/es/recursos/ciencia/articulo/estadisticas-europeas-sobre-el-cancer-panorama-general/>
6. Departament de Salut. Estadístiques del càncer a Catalunya 2024-2025 [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2024 [cited 2025 May 5]. Disponible en: <https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/12717/estadistiques-cancer-catalunya-2024-2025.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. Fernández Pérez MD, Regueira Betancourt SM, Torres Fernández M. Factores de riesgo modificables en algunos tipos de cáncer. *Rev. electron. Zoilo* [Internet]. 2016 [citado 20 Mar 2025]; 41 (11) . FACTORES MODIFICABLES Y NO MODIFICABLES
8. Instituto Nacional del Cáncer (NCI). Estadificación del cáncer [Internet]. Bethesda (MD): NCI; [fecha de publicación no disponible] [citado 2025 May 5]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/diagnostico-estadificacion/estadificacion>
9. Fundación Montaner. ¿Qué es la exclusión social? Datos en España y Cataluña [Internet]. Fundació Montaner; 2025 mar 25 [citado 2025 may 6]. Disponible en: <https://fundacionmontaner.org/blog/tendencias-dei/que-es-exclusion-social>
10. Eurostat. Living conditions in Europe - poverty and social exclusion [Internet]. Bruselas: Eurostat; [actualizado 2023; citado 6 may 2025]. Disponible en: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Living_conditions_in_Europe_-_poverty_and_social_exclusion
11. Instituto Nacional de Estadística (INE). Productos y servicios [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; [citado 6 may 2025]. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259941637944&p=%5C&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalle¶m3=1259924822888
12. Congreso de los Diputados. Constitución Española de 1978 [Internet]. Madrid: Congreso de los Diputados; 1978 [citado 2025 May 5]. Disponible en: <https://app.congreso.es/consti/constitucion/indice/titulos/articulos.jsp?ini=47&tipo=2#:~:text=Todos%20los%20españoles%20tienen%20derecho,general%20para%20impedir%20la%20especulación>
13. Eurostat. Glossary: At risk of poverty or social exclusion (AROPE) [Internet]. Bruselas: Eurostat; [citado 6 may 2025]. Disponible en: <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?>

14. Escala SISO: diagnóstico fiable y objetivo de la vulnerabilidad y la exclusión social [Internet]. Cgtrabajosocial.es. [citado el 20 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/badajoz/files/Escala%20SISO.%20Ficha%20alumnas.pd>
15. José R. Banega, Mercedes Sánchez-Martínez, Teresa Gijón-Conde, Esther López-García, Auxiliadora Graciani, Pilar Guallar-Castillón, Juan García-Puig, Fernando Rodríguez-Artalejo. Cifras e impacto de la hipertensión arterial en España. Rev Esp Cardio[Internet] 2024. [Consultado el 10 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-cifras-e-impacto-hipertension-arterial-articulo-S0300893224001076>
16. Bakris GL. Hipertensión arterial (Hipertensión) [Internet]. Manual MSD. [citado el 20 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-del-coraz%C3%B3n-y-los-vasos-sangu%C3%ADneos/hipertensi%C3%B3n-arterial/hipertensi%C3%B3n-arterial?ruleredirectid=756>
17. Brutsaert EF. Diabetes mellitus (DM) [Internet]. Manual MSD. New York Medical College. [citado el 20 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-endocrinol%C3%B3gicos-y-metab%C3%B3licos/diabetes-mellitus-y-trastornos-del-metabolismo-de-los-hidratos-de-carbono/diabetes-mellitus-dm#Etiolog%C3%ADa_v988026_es
18. Millán Núñez-Cortés J, Alegría E, Alvarez-Sala Walther L, Ascaso Gimilio J, Lahoz Rallo C, Mantilla Morató T, Mostaza Prieto JM, Pedro-Botet Montoya J, Pintó Salas X. Documento de abordaje de la dislipidemia. Sociedad Española de Arteriosclerosis (parte III) [Internet]. Clínica e Investigación en Arteriosclerosis. 2011 [citado el 20 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-arteriosclerosis-15-articulo-documento-abordaje-dislipidemia-sociedad-espanola-S0214916811002828?code=rkDuLIUemfz3wVFQoBsJc9HdlOgNjt&newsletter=true>
19. MedlinePlus. Enfermedad pulmonar obstructiva [Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); [actualizado 27 ene 2024; citado 6 mayo 2025]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000091.htm>
20. V. Sobradillo, M. Miravittles, C.A. Jiménez, R. Gabriel, J.L. Viejo, J.F. Masa, L. Fernández-Fau y C. Villasante. Estudio IBERPOC en España: prevalencia de síntomas respiratorios habituales y de limitación crónica al flujo aéreo. Int Journ Spanish Respir Societ Pneumol Tórax Surge [Internet]. [Consultado el 10 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.archbronconeumol.org/es-estudio-iberpoc-espana-prevalencia-sintomas-articulo-resumen-S0300289615302726>
21. Radišauskas R, Kuzmickienė I, Milinavičienė E, Everatt R. Hypertension, serum lipids and cancer risk: A review of epidemiological evidence. [Internet]. ScienceDirect. 2016 [citado el 20 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1010660X16000276?via%3Dihub>
22. Adams RD, Victor M, Ropper AH. Principles of Neurology. 11th ed. New York: McGraw-Hill; 2021.
23. Mhatre SS, Nagrani RT, Budukh A, Chiplunkar S, Badwe R, Patil P, Laversanne M, Rajaraman P, Bray F, Dikshit R. Place of birth and risk of gallbladder cancer in India. Indian J Cancer. 2016 Apr-Jun;53(2):304-308. doi: 10.4103/0019-509X.197723. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28071634/>

- 24.** Moss JL, Pinto CN, Mama SK, Rincon M, Kent EE, Yu M, Cronin KA. Rural-urban differences in health-related quality of life: patterns for cancer survivors compared to other older adults. *Qual Life Res.* 2021 Apr;30(4):1131-1143. doi: 10.1007/s11136-020-02683-3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33136241/>
- 25.** Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, Jemal A. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024 May-Jun;74(3):229-263. doi: 10.3322/caac.21834. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38572751/>
- 26.** Nepal P, Zafar MH, Liu LC, Xu Z, Abdulhai MA, Perez-Tamayo AM, Chaudhry V, Mellgren AF, Gantt GA. Socioeconomic disparities in anal cancer: effect on treatment delay and survival. *Dis Colon Rectum.* 2024 Jun 1;67(6):773-781. doi: 10.1097/DCR.0000000000003184. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38411981/>
- 27.** Sharma RK, Del Signore A, Govindaraj S, Illoreta A, Overdevest JB, Gudis DA. Impact of socioeconomic status on paranasal sinus cancer disease-specific and conditional survival. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2022 Jun;166(6):1070-1077. doi: 10.1177/01945998211028161. Epub 2021 Jul 20. PMID: 34281443.
- 28.** Linton A, Soeberg M, Broome R, Kao S, van Zandwijk N. Geographic and socioeconomic factors in patients with malignant pleural mesothelioma in New South Wales and their impact upon clinical outcomes. *Respirology [Internet].* 2017 May [citado 2025 May 5];22(5):978–985. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/resp.12981>
- 29.** Lawrence WR, Freedman ND, McGee-Avila JK, Mason L, Chen Y, Ewing AP, Shiels MS. Severe housing cost burden and premature mortality from cancer. *JNCI Cancer Spectr [Internet].* 2024 Apr 30 [citado 2025 May 5];8(3):pkaa011. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11071114/>
- 30.** Ji P, Gong Y, Hu X, Hong D, Shao Z-M. Association between socioeconomic factors at diagnosis and survival in breast cancer: A population-based study. *Cancer Res.* 2019;79(4_Suppl):P4–09–09. doi:10.1158/1538-7445.SABCS18-P4-09–09.
- 31.** Corral F, Cueva P, Yépez J, Montes E. La baja escolaridad como factor de riesgo en el cáncer de cuello de útero. *Rev Panam Salud Publica.* 1996;121(6):511–5. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/15413/v121n6p511.pdf?sequence=1:contentReference\[oaicite:7\]{index=7}](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/15413/v121n6p511.pdf?sequence=1:contentReference[oaicite:7]{index=7})
- 32.** Beyer KMM, Laud PW, Zhou Y, Nattinger AB. Housing discrimination and racial cancer disparities among the 100 largest US metropolitan areas. *Cancer [Internet].* 2019 Nov 1 [citado 2025 May 5];125(21):3818–27. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31287559/>
- 33.** Cooper RM, Chung J, Hogan T, Haque R. Patterns of overall mortality by race/ethnicity and socioeconomic status in insured cancer patients in Southern California. *Cancer Causes Control.* 2021 Jun;32(6):609-616. doi: 10.1007/s10552-021-01414-4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33783687/>

10.ANEXOS

Anexo 1.

Riesgo de pobreza y/o exclusión social (AROPE) (%)										
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
TOTAL	28,7	28,8	27,5	27,3	26,2	27,0	27,8	26,0	26,5	25,8
Mujeres	28,5	28,9	28,3	28,4	27,1	28,0	28,9	27,2	27,5	26,8
Hombres	28,9	28,7	26,6	26,0	25,1	25,9	26,7	24,8	25,5	24,8
Según edad										
Menos de 18	34,0	33,7	31,9	30,5	31,0	31,6	33,4	32,2	34,5	34,6
De 18 a 64	31,2	31,1	28,7	28,3	27,2	27,3	28,5	25,8	26,1	25,6
65 o más	14,5	16,0	18,9	20,7	18,1	21,6	20,5	21,3	20,9	19,5
Tipo de hogar										
En hog. monoparentales	47,8	51,8	48,3	51,1	47,6	49,8	54,3	49,2	52,7	50,3
En hogares unipersonales	27,8	27,5	29,0	29,5	27,4	32,6	34,6	32,2	32,4	31,4
Nacionalidad (pob. ≥16 años)										
Española	25,8	25,7	24,4	24,3	22,7	23,3	23,6	21,9	22,3	20,8
Extranjera (resto UE)	38,8	45,6	42,9	48,7	46,4	44,9	40,3	39,6	36,5	35,1
Extranjera (resto del mundo)	61,9	61,3	58,6	56,6	54,6	57,7	65,2	60,4	57,0	54,1
Estudios finalizados (pob. ≥16 años)										
Primaria o inferior	33,5	34,5	35,1	37,6	34,7	38,0	38,4	36,1	36,7	35,0
Secundaria 1ª etapa	38,9	38,3	35,3	34,7	32,8	33,4	34,4	31,5	33,5	31,1
Secundaria 2ª etapa	27,0	26,5	25,6	26,1	24,0	26,3	27,2	25,4	25,7	25,2
Superior	13,6	14,5	13,1	12,6	13,4	13,5	14,9	14,1	13,3	13,4
Situación laboral (pob. ≥16 años)										
Con empleo	17,8	17,2	16,5	16,4	15,5	15,4	17,9	16,5	16,6	16,2
En desempleo	61,9	64,5	60,6	59,8	58,3	56,5	58,6	55,7	56,7	55,4
Jubilados/as	12,4	13,6	16,3	16,8	15,6	17,1	16,2	17,4	17,2	15,9
Otros/as inactivos/as	36,6	38,0	38,6	40,5	38,7	39,1	40,3	37,6	38,0	36,9

Elaborado por EAPN-ES (European Anti-Poverty Network) a partir de datos del INE (Instituto Nacional de Estadística)*

Anexo 2.

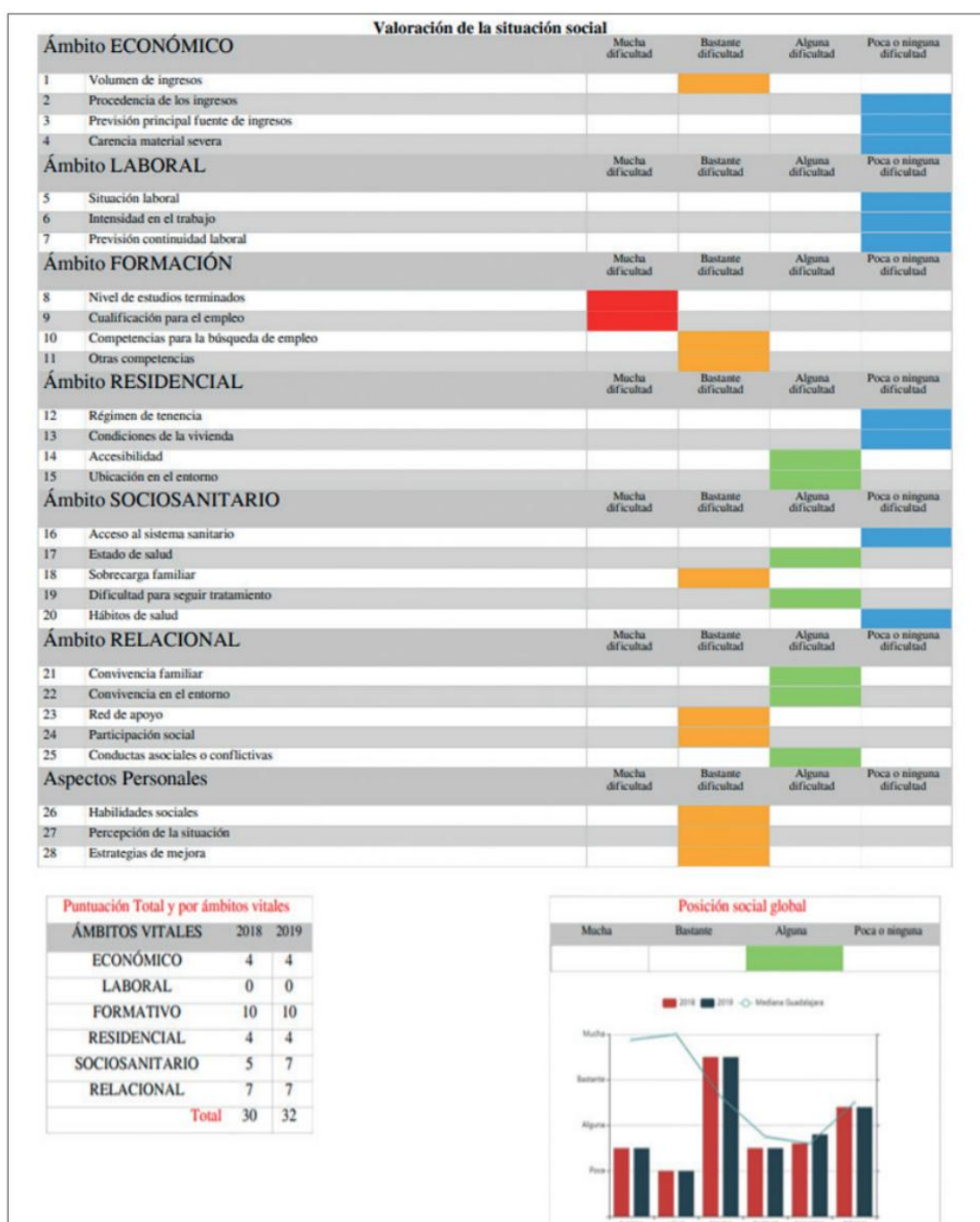


Figura 1. Informe de Situación, que se obtiene de la aplicación de la Escala SiSo. Fuente: Manual de Procedimiento de la Escala de Valoración de las Situaciones de Dificultad Social en el Eje Inclusión- Exclusión

Elaborado por el IETSC (Instituto Español de Trabajo Social Clínico)*

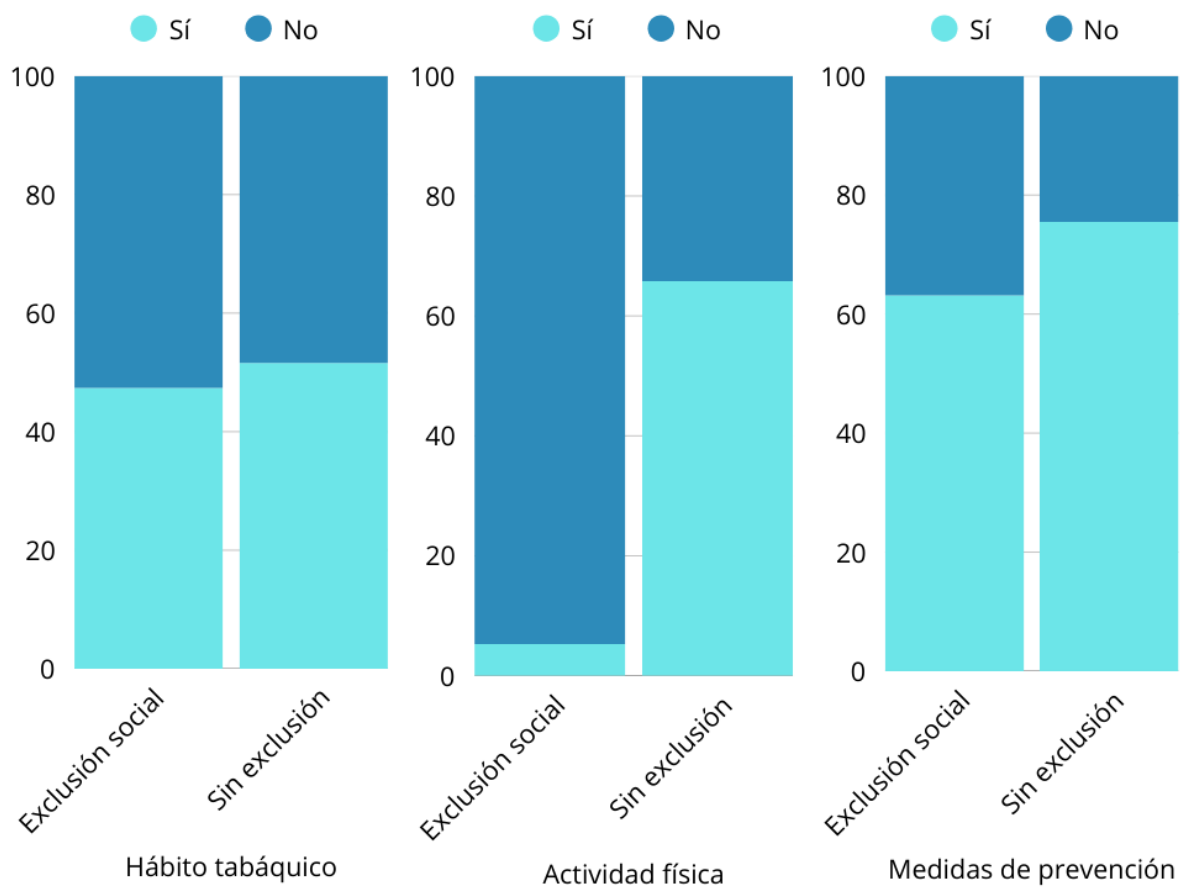
Anexo 3.

ESCALA DE VALORACIÓ DEL RISC D'EXCLUSIÓ SOCIAL EN PACIENTS ONCOLÒGICS ONCORISCO	
FAMÍLIA	
0	Sense família o sense contacte
1	Familiars lluny i pèrdua de contacte
2	Conviu sol/a, però té família a prop
3	Conviu amb família nuclear o extensa amb problemàtiques
4	Conviu amb família nuclear o extensa sense problemàtiques
CERCLE SOCIAL	
0	Sense amics
1	Amb amics sense relació
2	Amb amics i poca relació o ocasional
3	Amb amics i implicats
4	Amics i molta implicació
HABITATGE	
0	Sense llar
1	Casa en precarietat (sense subministraments)
2	Casa amb BBAAEE/II
3	Casa sense BBAA lloguer/ o propietat d'un familiar
4	Casa de propietat sense BBAA
INFORMACIÓ ACADÈMICA	
0	Sense estudis
1	EGB, ESO, equivalents
2	CFGM, BAT, CFGS
3	Graduat/da universitari, diplomat/da o llicenciat/da
4	Màster, Doctorat, o equivalent
SITUACIÓ LABORAL	
0	Aturat/des
1	ETT o temporades sense feina
2	Autònoms
3	Fixes, funcionaris/àries, etcètera
ECONOMIA FAMILIAR	
0	Sense ingressos
1	Perceptor/a d'ajuda insuficient al SMI
2	Sou o pensió igual al SMI
3	Ingressos majors al SMI
4	Ingressos majors del 2'5 del SMI

PUNTS	LLEGENDA
L'escala de valoració es comprèn entre 0 i 23 punts.	BBAA → Barreres arquitectòniques
0-7 → En exclusió social	EE → Externes
8-14 → En risc d'exclusió social	II → Internes
15-23 → Sense risc d'exclusió social	ETT → Empresa de treball temporal
	SMI → Salari Mínim Interprofessional

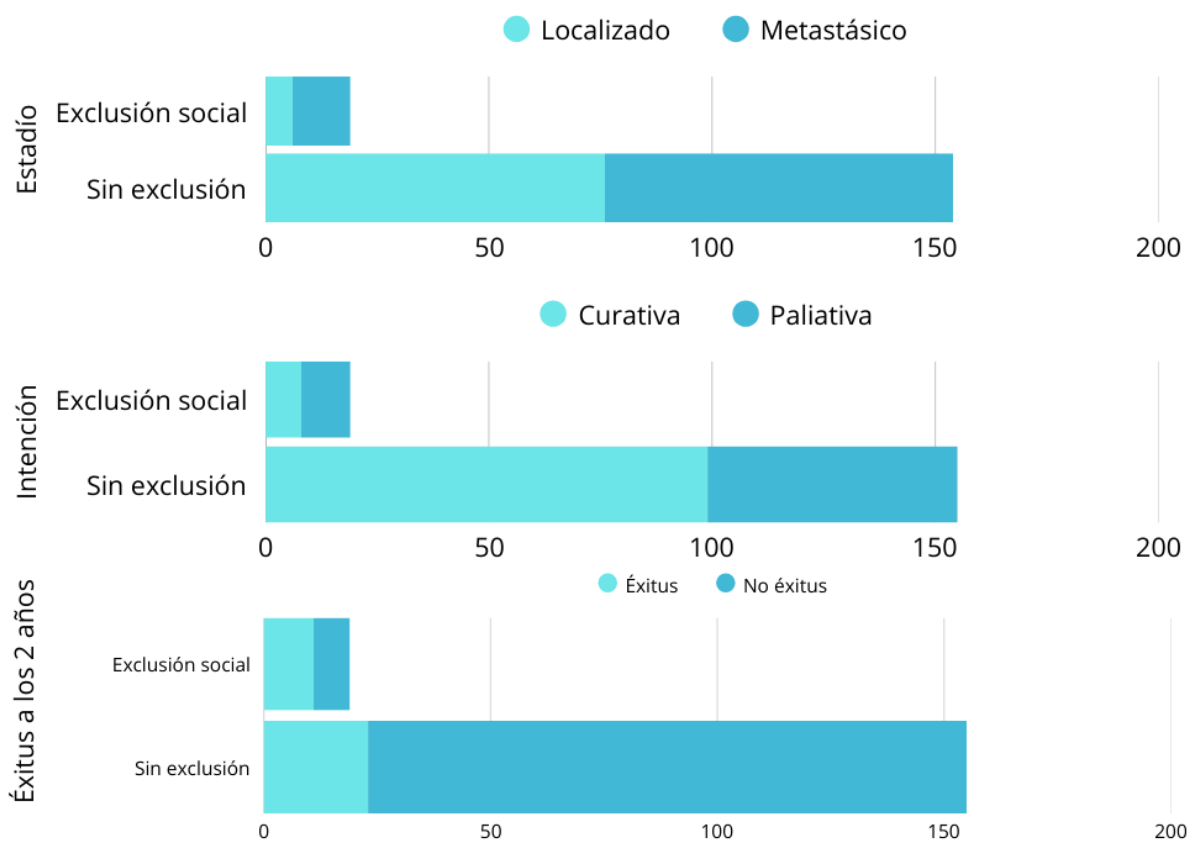
Instrumento facilitado por el servicio de oncología radioterápica del HUSJR*

Anexo 4.



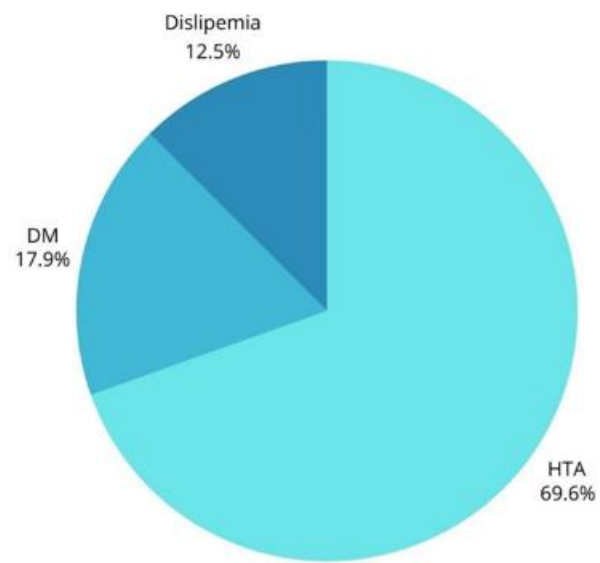
Hábitos de salud*

Anexo 5.



Aspectos de la enfermedad*

Anexo 6.



Comorbilidades poblacionales*