

Eva Maria Garcia Martin

Lucía Hernández Pérez

**DETERMINANTS SOCIALS EN SALUT: OBESITAT, SALUT MENTAL I CONSUM
DE TÒXICS. ANÀLISI A PARTIR DE L'ENQUESTA DE SALUT DE CATALUNYA
2023**

TREBALL FI DE GRAU

Dirigit per: Dr. Francesc Valls Fonayet

Infermeria



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Facultat d'Infermeria

TARRAGONA 2025

AGRAÏMENTS

Desitgem expressar el nostre agraïment per la implicació del nostre tutor, el Sr. Francesc Valls Fonayet, qui ha exercit un paper fonamental com a guia des del primer moment, orientant-nos de manera excel·lent i proporcionant-nos les eines necessàries per al nostre creixement acadèmic i professional.

A més, volem dedicar un especial reconeixement als nostres pares, germans i amics, els quals han estat un pilar fonamental de suport emocional i una font constant d'inspiració, proporcionant-nos l'impuls necessari per afrontar els desafiaments i mantenir la nostra motivació al llarg d'aquest procés.

Resum i paraules clau

Introducció: La concepció actual de la salut va més enllà de l'aspecte biomèdic i incorpora de manera creixent la dimensió social, reconeixent la influència dels determinants socials en els problemes de salut de la població. Aquest treball té com a objectiu analitzar la relació entre diversos determinants socials i la prevalença de diversos problemes de salut a Catalunya, utilitzant les dades de l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) 2023.

Metodologia: S'ha realitzat un estudi quantitatiu basat en les microdades de l'ESCA, amb un enfocament descriptiu i transversal, mitjançant metodologia d'enquesta. La mostra estudiada ha estat de 4.829 subjectes, de 15 i més anys, no institucionalitzats i residents a Catalunya, seleccionats mitjançant un mostreig aleatori estratificat. Es van avaluar variables sociodemogràfiques (gènere, classe social i nivell d'estudis), i variables relatives a la salut i hàbits saludables (percepció de l'estat de salut, obesitat, salut mental i hàbits de salut com el consum de substàncies i l'adherència a la dieta mediterrània).

Resultats: S'identifica una associació rellevant entre els determinants socials i diversos problemes de salut. Els homes presenten més obesitat i consum de tòxics, però una millor percepció de salut, mentre que les dones registren més afectació en salut mental. L'obesitat, els trastorns de salut mental i el consum de tabac mostren una prevalença més alta a mesura que disminueixen la classe social i el nivell educatiu.

Conclusió: Les troballes evidencien la influència dels determinants socials en la salut de la població, reafirmant el caràcter biopsicosocial del concepte de salut. Aquesta constatació subratlla la necessitat d'un abordatge multifactorial per part de la Infermeria, amb l'objectiu de proporcionar una atenció holística i dissenyar intervencions que integrin la dimensió social.

Paraules clau: Determinants socials / salut / tabac / alcohol / salut mental / obesitat

Abstract and keywords

Introduction: The current conception of health goes beyond the biomedical aspect and increasingly incorporates the social dimension, recognizing the influence of social determinants on the population's health issues. This study aims to analyze the relationship between various social determinants and the prevalence of health problems in Catalonia, using data from the 2023 Catalonia Health Survey (ESCA).

Methodology: A quantitative study was conducted based on the microdata from the ESCA, using a descriptive and cross-sectional survey-based approach. The study sample included 4,829 individuals aged 15 and over, non-institutionalized and residing in Catalonia, selected through stratified random sampling. Sociodemographic variables (gender, social class, and education level) and variables related to health and healthy habits (obesity, mental health, and substance use) were assessed.

Results: The results confirm a significant association between social determinants and various health problems. Obesity, mental health, and tobacco use disorders show higher prevalence rates as social class and education level decrease. Gender differences were also observed: men presented higher rates of obesity and substance use, while women showed greater impact in the area of mental health.

Conclusion: The findings highlight the influence of social determinants on population health, reaffirming the biopsychosocial nature of the health concept. This underscores the need for a multifactorial approach in nursing, aimed at delivering holistic care and designing interventions that incorporate the social dimension to ensure their effectiveness.

Keywords: social determinants / health / alcohol / mental health / obesity

ÍNDIX

Diccionari d'abreviatures i Índex de taules.....	7
Diccionari d'abreviatures	7
Índex de taules	8
1. Introducció	10
2. Objectius i hipòtesis	12
3. Marc teòric.....	13
3.1 Obesitat.....	13
3.2 Hàbits saludables	14
3.2.1 Dieta mediterrània.....	14
3.2.2 Activitat física.....	14
3.3 Salut mental: ansietat i depressió.....	14
3.4 Consum de tòxics.....	16
3.4.1 Tabaquisme	16
3.4.2 Alcohol.....	16
3.5 Determinants socials de la salut	17
3.5.1 Evolució del concepte de salut.....	17
3.5.2 Definició de determinants socials de la salut i desigualtat social en salut....	18
3.5.3 Model Dahlgren i Whitehead (1991).....	18
3.6 Els determinants socials de la salut.....	19
3.7 El paper d'infermeria en atenció primària	20
3.7.1 Intervenció envers l'obesitat.....	20
3.7.2 Intervenció envers l'alcohol i tabac	20
3.7.3 Intervenció envers l'ansietat i depressió.....	21
3.8 Teoria d'infermeria	22
3.8.1 Model d'adaptació de Callista Roy	22
3.8.2 Metaparadigma	23
3.8.3 Justificació envers la nostra temàtica.....	23
4. Metodologia.....	24
4.1. Estratègia de la cerca bibliogràfica	24
4.1.1. Cerca d'obesitat	24
4.1.2. Cerca de consum de tabac i alcohol	25
4.1.3. Cerca de salut mental	26
4.2. Enfocament metodològic de l'anàlisi empírica	27

4.2.1. Tipus de disseny	27
4.2.2. Població i mostra	27
4.2.3. Instruments	27
4.2.4 Variables.....	29
4.2.5. Aspectes ètics.....	31
4.2.6. Anàlisi de dades.....	31
4.2.7. Cronograma	33
5. Resultats	34
5.1 La percepció del propi estat de salut	34
5.2 Índex de Massa Corporal (IMC).....	37
5.3 Malestar emocional	39
5.4 Depressió	41
5.5 Consum de tabac	44
5.6 Consum de risc d'alcohol	46
5.7 Activitat física saludable	49
5.8 Dieta mediterrània	51
6. Discussió.....	54
6.1 Gènere	54
6.2 Classe social basada en l'ocupació	56
6.3 Nivell d'estudis	59
7. Conclusions	63
8. Limitacions i futures línies de treball	66
9. Bibliografia.....	68
10. Annexos	76
Annex 1 - Declaració solemne de secret estadístic	76
Annex 2 – Declaració responsable sobre els aspectes ètics del Treball de Fi de Grau	79
Annex 3 – Resultats de la revisió bibliogràfica.....	83
Determinants socials i obesitat	83
Determinants socials, tabac i alcohol	102
Determinants socials i salut mental.....	118

Diccionari d'abreviatures i Índex de taules

Diccionari d'abreviatures

- **AUDIT:** Alcohol Use Disorders Identification Test (Test d'Identificació dels Trastorns Deguts al Consum d'Alcohol)
- **BRI:** *Body Roundness Index* (Índex de Rodonesa Corporal)
- **CCO:** Classificació Catalana d'Ocupacions
- **DSM-5:** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals)
- **ECORE-BF:** *Equation Cordoba for Estimation of Body Fat* (Equació Córdoba per l'Estimació de la Grassa Corporal)
- **ESCA:** Enquesta de Salut de Catalunya
- **GDS:** Global Distribution System (Escala de Deteriorament Global)
- **IC:** Interval de Confiança
- **IMAO:** Inhibidors de la Monoaminoxidasa
- **IMC:** Índex de Massa Corporal
- **ISRS:** Inhibidor Selectiu de Recaptació de la Serotonina
- **KG:** Quilogram
- **M²:** Metre quadrat
- **MEDAS:** *Mediterranean Diet Adherence Screener* (Qüestionari d'Adherència a la Dieta Mediterrània)
- **ML:** Mil·lilitre
- **OE:** Objectiu Específic
- **OMS:** Organització Mundial de la Salut
- **OPS:** Organització Panamericana de la Salut
- **ORP:** Odds Ratio Ponderat
- **PHQ:** *Patient Health Questionnaire* (Qüestionari de Salut del Pacient)
- **SEE:** Societat Espanyola d'Epidemiologia
- **SESPAS:** Societat Espanyola de Salut Pública i Administració Sanitària
- **SP:** Situació Ponderal
- **TCC:** Teràpia Cognitiu-Conductual
- **TEC:** Teràpia Electroconvulsiva
- **UBE:** Unitat Beguda Estàndard
- **UNICEF:** *United Nations International Children's Emergency Fund* (Fons Internacional d'Emergència de les Nacions Unides per la Infància)

- **WEMWBS:** *Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale* (Escala de Benestar Mental de Warwick-Edimburg)
- **X²:** Txi- quadrat

Índex de taules

Taula 1. Classificació dels adults en funció del IMC.....	13
Taula 2. Variables d'anàlisi. Enquesta de Salut de Catalunya 2023.....	29
Taula 3. Cronograma.....	33
Taula 4. Percepció de l'estat de salut segons sexe. Població de 15 anys o més. Catalunya. Any 2023.....	35
Taula 5. Estat de salut autopercebut segons classes social basada en l'ocupació. Població de 15 anys o més. Catalunya. Any 2023.....	35
Taula 6. Estat de salut autopercebut segons nivell d'estudis. Població de 15 anys o més. Catalunya. Any 2023.....	36
Taula 7. Excés de pes, sobrepès i obesitat segons sexe. Població de 15 anys o més. Catalunya. Any 2023.....	37
Taula 8. Excés de pes, sobrepès i obesitat segons la classe social basada en l'ocupació. Població de 15 anys o més. Catalunya. Any 2023.....	38
Taula 9. Excés de pes, sobrepès i obesitat segons la classe social basada en l'ocupació. Població de 15 anys o més. Catalunya. Any 2023.....	39
Taula 10. Malestar emocional segons sexe. Població de 15 anys o més. Catalunya. Any 2023.....	40
Taula 11. Malestar emocional segons la classe social basada en l'ocupació. Població de 15 anys o més. Catalunya. Any 2023.....	40
Taula 12. Malestar emocional segons el nivell d'estudis. Població de 15 anys o més. Catalunya. Any 2023.....	41
Taula 13. Depressió moderada o greu segons sexe. Població de 15 anys o més. Catalunya. Any 2023.....	42
Taula 14. Depressió moderada o greu segons la classe social basada en l'ocupació. Població de 15 anys o més. Catalunya. Any 2023.....	42
Taula 15. Depressió moderada o greu segons el nivell d'estudi. Població de 15 anys o més. Catalunya. Any 2023.....	43
Taula 16. Consum de tabac segons sexe. Població de 15 anys o més. Catalunya. Any 2023.....	44
Taula 17. Consum de tabac segons classe social basada en l'ocupació. Població de 15 anys o més. Catalunya. Any 2023.....	45
Taula 18. Consum tabac (≥15 anys) segons el nivell d'estudis. Població de 15 anys o més. Catalunya. Any 2023.....	46
Taula 19. Consum de risc d'alcohol (≥15 anys) segons el sexe. Població de 15 anys o més. Catalunya. Any 2023.....	47
Taula 20. Consum d'alcohol segons classe social basada en l'ocupació. Població de 15 anys o més. Catalunya. Any 2023.....	47
Taula 21. Consum de risc d'alcohol (≥15 anys) segons el nivell d'estudi. Població de 15 anys o més. Catalunya. Any 2023.....	48

Taula 22. Activitat física saludable segons sexe. Població de 15-69 anys. Catalunya. Any 2023	49
Taula 23. Activitat física saludable (15-69 anys) segons la classe social basada en l'ocupació. Població de 15 anys o més. Catalunya. Any 2023.....	50
Taula 24. Activitat física saludable segons nivell d'estudis. Població de 15-69 anys. Catalunya. Any 2023.....	50
Taula 25. Dieta mediterrània (≥15 anys) segons el sexe. Població de 15 anys o més. Catalunya. Any 2023.....	51
Taula 26. Dieta mediterrània (≥15 anys) segons classe social basada en l'ocupació. Població de 15 anys o més. Catalunya. Any 2023	52
Taula 27. Dieta mediterrània (≥15 anys) segons nivell d'estudis. Població de 15 anys o més. Catalunya. Any 2023.....	52

1. Introducció

Al llarg de la història, el concepte de salut ha experimentat una evolució substancial, passant d'una visió exclusivament biomèdica a una concepció més integral que, actualment, incorpora de manera decidida la dimensió social.

L'any 1946, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) va definir la salut com un estat de complet benestar físic, mental i social, i no només com una absència d'afectacions o malalties. L'Informe Lalonde (1974) va jugar un paper clau en aquest canvi de paradigma en considerar que la salut depèn de la interacció entre quatre grans determinants: la biologia, el medi ambient, l'estil de vida i el sistema sanitari (Palomino et al., 2014). Per tant, es reconeixia que la reducció de les malalties i la millora del benestar de la població no passava només per l'atenció mèdica sinó també abordant altres factors que influeixen en la salut.

A partir d'aquest enfocament ampliat, que té en compte múltiples determinants més enllà dels biològics, i tenint en compte el nostre interès personal per qüestions com l'obesitat, la salut mental i el consum de substàncies, vam decidir centrar aquest treball en l'anàlisi d'aquests tres problemes de salut. Aquesta decisió queda justificada, a més, per l'elevada prevalença, per la rellevància i pel fort component social en cadascun d'ells.

L'obesitat és avui considerada una pandèmia complexa, tant per l'elevat nombre de persones afectades com per les comorbiditats i complicacions que comporta. Segons dades de l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA), el 2023, més de la meitat de la població catalana presenta excés de pes, amb una prevalença superior en homes respecte a dones. Aquesta problemàtica és multifactorial, i inclou tant elements genètics com ambientals i conductuals. Entre els principals factors de risc, destaquen la conducta alimentària, l'activitat física i els hàbits tòxics, així com la influència de determinants socials com el nivell educatiu i la classe social (Olza i Gil, 2015).

Pel que fa als hàbits tòxics, el nostre estudi es focalitza en el consum de tabac i alcohol. El tabaquisme causa cada any més de 8 milions de morts a escala mundial, incloent-hi 1,3 milions atribuïbles al tabaquisme passiu. A més, el 80% de les 1.300 milions de persones fumadores viuen en països de renda mitjana o baixa (OMS, 2023b). En relació amb el consum d'alcohol, l'any 2019 es van registrar 2,6 milions de morts associades i, aproximadament el 7% de la població adulta mundial, presentava algun trastorn relacionat amb el seu consum, amb una alta incidència de dependència (OMS, 2024a). Pel que fa a la salut mental, aquesta ha adquirit una rellevància creixent a nivell d'opinió pública en els darrers anys, especialment arran de la pandèmia de la COVID-19, que s'estima que va arribar a comportar un augment del 26% dels casos d'ansietat i del 28%

dels trastorns depressius (OMS, 2022). Segons la *Base de Datos Clínicos de Atención Primaria* (2020), l'ansietat és el trastorn més prevalent, afectant el 6,7% de la població, seguida de la depressió (4,1%).

Estudiar aquests paràmetres de salut des de l'òptica dels determinants socials, com fem en aquest treball, resulta especialment pertinent, ja que hi ha una àmplia evidència que en sustenta la rellevància. A mode introductor, les dades de l'ESCA 2023 mostren que l'obesitat és més prevalent entre les persones amb un nivell educatiu més baix i pertanyents a classes socials desfavorides. Igualment, les dones presenten una probabilitat substancialment superior de patir depressió moderada o greu en comparació amb els homes, i el malestar emocional és més freqüent entre individus amb un nivell formatiu baix o un context socioeconòmic desfavorable. Pel que fa al consum de substàncies, els homes registren una major prevalença de tabaquisme i consum d'alcohol de risc. A més, el consum de tabac és significativament més comú entre les classes socials més baixes. En aquest sentit, la importància dels determinants socials en l'estat de salut de la població justifica plenament la seva incorporació com a eix central en la pràctica infermera centrada en la persona i en el seu entorn social.

Paral·lelament, el nostre interès per la promoció d'hàbits saludables i estils de vida es va intensificar durant les pràctiques a l'Atenció Primària, on vam poder constatar una elevada incidència de casos d'obesitat, trastorns d'ansietat i problemes relacionats amb el consum de substàncies. Aquesta experiència ens va fer prendre consciència de la importància dels determinants socials en la salut i de la necessitat d'un abordatge holístic i individualitzat per part del personal d'infermeria, que consideri les condicions socials per garantir una atenció accessible, equitativa i eficaç. En aquest context, el vincle terapèutic, l'acompanyament i la continuïtat assistencial esdevenen elements clau per afavorir una intervenció efectiva i una millor adherència als tractaments.

Tenint en compte aquest plantejament que hem exposat, la pregunta que guia aquesta investigació és la següent: "Quina és la relació entre els determinants socials de la salut (com el gènere, la classe social i el nivell educatiu) i la prevalença d'obesitat, problemes de salut mental, consum de tòxics i hàbits saludables, segons l'anàlisi de les microdades de l'Enquesta de Salut de Catalunya 2023?"

2. Objectius i hipòtesis

L'objectiu general d'aquest treball és analitzar la relació entre diversos determinants socials (gènere, nivell d'estudis i classe social) i la presència de problemes de salut com l'obesitat, la salut mental, el consum de substàncies i hàbits saludables, a partir de les microdades de l'Enquesta de Salut de Catalunya 2023.

Aquest objectiu general es concreta en els següents cinc objectius específics (OE):

- OE1. Analitzar les diferències per gènere en la prevalença d'obesitat, salut mental, el consum de substàncies i hàbits saludables.
- OE2. Explorar l'associació entre la classe social i la prevalença d'obesitat, salut mental, el consum de substàncies i hàbits saludables.
- OE3. Examinar la relació entre el nivell d'estudis i la prevalença d'obesitat, salut mental, el consum de substàncies i hàbits saludables.
- OE4. Controlar l'efecte de l'edat en l'anàlisi de la relació entre els determinants socials i els problemes de salut estudiats.
- OE5. Oferir una reflexió conjunta sobre la rellevància dels determinants socials en la pràctica clínica infermera.

A partir d'aquests objectius i de l'estat del coneixement en aquest àmbit, es formulen les següents hipòtesis de treball:

- H1. La desigualtat de gènere s'expressa en forma de pitjors hàbits relacionats amb la salut entre els homes, mentre que les dones presenten una major prevalença de determinats problemes de salut mental, com depressió i malestar emocional.
- H2. La classe social es manté com un element estructurador de la societat, i en termes de salut això repercuteix en uns pitjors resultats en el conjunt d'indicadors.
- H3. La major formació està vinculada a uns millors resultats de salut i a uns hàbits més saludables.
- H4. El control de la variable edat modifica parcialment la força de les associacions entre els determinants socials i els problemes de salut, convertint-la en una variable rellevant en l'estudi d'aquests aspectes.

3. Marc teòric

3.1 Obesitat

L'obesitat és una malaltia crònica i multifactorial caracteritzada per una acumulació excessiva de greix corporal, derivada principalment d'un desequilibri entre la ingesta calòrica i la despesa energètica.

L'increment global de l'obesitat ha estat notable: el 2022, gairebé 900 milions d'adults eren obesos, i la prevalença infantil i adolescent ha augmentat de manera alarmant, especialment en països de rendes mitjanes i baixes (OMS, 2024b).

L'índex de massa corporal (IMC) és la principal eina de classificació, tot i que també es consideren la circumferència de cintura i els plecs cutanis.

Taula 1. Classificació dels adults en funció del IMC

Classificació	IMC (kg / m²)
Baix pes	< 18,5
Primesa severa	< 16,00
Primesa moderada	16 - 16,99
Primesa lleu	17,00 - 18,49
Rang normal	18,50 - 24,99
Sobrepès	≥ 25,00
Preobès	25,00 - 29,99
Obès	≥ 30,00
Obès grau I	30 - 34,99
Obès grau II	35 - 39,99
Obès grau III	≥ 40,00

(Olza i Gil, 2015).

Segons l'etiologia, es distingeix entre obesitat exògena, majoritària i vinculada a factors ambientals i conductuals, i endògena, relacionada amb causes genètiques o endocrines (Olga i Gil, 2015).

Pel que fa als principals determinants, trobem els factors genètics, hormonals, metabòlics, ambientals i socioculturals. En aquest sentit, es destaca el concepte d'ambient "obesogènic", que fa referència a entorns que promouen hàbits no saludables, com l'excés de menjar ultraprocesat, el sedentarisme i l'estrès (Olza i Gil, 2015) (UNICEF, s.f.).

Les complicacions associades a l'obesitat inclouen un major risc de patir malalties cardiovasculars, diabetis tipus 2, càncer i problemes de salut mental, a més d'un

important impacte econòmic i social. L'obesitat infantil, en particular, representa un factor de risc per a patologies futures i pot afectar el desenvolupament emocional i social dels infants.

El tractament requereix un enfocament multidisciplinari, combinant canvis progressius d'hàbits dietètics, un augment de l'activitat física habitual i suport psicològic. Totes aquestes intervencions tenen com a objectiu promoure canvis d'hàbits sostenibles i millorar la qualitat de vida de les persones afectades (Generalitat de Catalunya, 2024a).

3.2 Hàbits saludables

3.2.1 Dieta mediterrània

La dieta Mediterrània és un estil de vida saludable que combina hàbits alimentaris, pràctiques culinàries i valors culturals. La seva piràmide alimentària estableix una jerarquia de consum, prioritzant aliments com fruites, verdures, cereals integrals, llegums, peix i làctics, amb un ús predominant de l'oli d'oliva. Es recomana moderar el consum de carn vermella, aliments processats, ous i dolços. A més, s'aconsella consumir aliments frescos i de temporada, mantenir una hidratació adequada amb aigua i incorporar activitat física diària com a part essencial de l'estil de vida (Fundació Dieta Mediterrània, 2025).

3.2.2 Activitat física

L'activitat física regular, fins i tot de baixa o moderada intensitat, és un component clau en la prevenció de l'obesitat i en la promoció d'un estil de vida actiu. Es recomana realitzar un mínim de 30 minuts diaris, incloent-hi exercici o activitats quotidianes, per reduir el sedentarisme. Aquesta pràctica incrementa la despesa energètica i, combinada amb una alimentació adequada, facilita la pèrdua i el manteniment del pes corporal (Torres et al., 2010).

3.3 Salut mental: ansietat i depressió

Globalment, els trastorns d'ansietat afecten el 4% de la població, mentre que la depressió afecta aproximadament 280 milions de persones, amb una prevalença del 3,8%. Aquestes xifres s'han vist incrementades després de la pandèmia de la COVID-19, especialment entre dones i joves (OMS, 2023a).

Els trastorns d'ansietat i depressius són dues de les condicions de salut mental més prevalents a escala mundial, amb un impacte profund tant en el benestar individual com

en la salut pública. Tot i que presenten diferències en la seva naturalesa clínica, sovint coexisteixen i comparteixen determinants comuns.

L'ansietat és una resposta natural davant situacions percebudes com a amenaçadores, però esdevé patològica quan és desproporcionada o persistent, interferint en la vida diària (García et al., 2019). De manera similar, la depressió es caracteritza per un estat d'ànim deprimat o una pèrdua d'interès o plaer en les activitats habituals, mantenint-se durant períodes prolongats (OMS, 2023a). Totes dues condicions es veuen marcadament influenciades per factors socials: per exemple, les dones mostren el doble de prevalença tant d'ansietat com de depressió, i l'ansietat augmenta a mesura que disminueix el nivell d'ingressos i augmenta la desocupació (Domínguez et al., 2024) (OMS, 2023c).

Els trastorns d'ansietat es caracteritzen per por o ansietat excessives amb alteracions conductuals, mentre que els trastorns depressius comparteixen símptomes com l'estat d'ànim deprimat, la fatiga, les alteracions del son o la dificultat per concentrar-se. (DSM-5, 2013). Segons Spielberg (1972) existeixen dues formes d'entendre l'ansietat: com a estat emocional puntual (amb nerviosisme, preocupació i canvis fisiològics) i com a tret de personalitat estable, que fa que algunes persones siguin més propenses a percebre situacions com a amenaçadores i a experimentar ansietat amb més freqüència i intensitat (Ries et al., 2012). Per la seva banda, la depressió pot ser major, amb cinc o més símptomes durant dues setmanes, o persistent (distímia), quan els símptomes s'allarguen durant més de dos anys (DSM-5, 2013).

Entre els trastorns d'ansietat més freqüents trobem l'ansietat generalitzada, el trastorn de pànic, l'agorafòbia i les fòbies específiques, mentre que en la depressió destaquen el trastorn depressiu major, la depressió reactiva i la distímia. Ambdues condicions poden estar relacionades amb el consum de drogues o medicaments, com passa en els trastorns induïts per substàncies (DSM-5, 2013).

Malgrat aquesta alta prevalença, només una de cada quatre persones amb trastorn d'ansietat rep tractament (OMS, 2023c). L'abordatge terapèutic de l'ansietat i la depressió pot ser psicològic, farmacològic o combinat, segons el cas clínic. La teràpia cognitiu-conductual (TCC) és el tractament de primera elecció en ambdues condicions, ja que ajuda a modificar patrons disfuncionals de pensament i conducta, i incorpora tècniques com l'exposició progressiva en l'ansietat o la reestructuració cognitiva en la depressió (Clínica de la Ansiedad, s.f.).

Pel que fa al tractament farmacològic, els inhibidors selectius de la recaptació de serotonina (ISRS) són habituals tant en ansietat com en depressió. En casos d'ansietat

aguda, poden utilitzar-se benzodiazepines, tot i que cal limitar-ne l'ús pel risc de dependència (García et al., 2019). Per la depressió, també s'usen altres grups de fàrmacs com els antidepressius tricíclics i els inhibidors de la monoaminoxidasa (IMAO) (Arregui et al., 2024). En casos greus i resistents a fàrmacs, es pot recórrer a la teràpia electroconvulsiva (TEC), especialment davant episodis de depressió major amb risc vital (Roman et al., 2024).

3.4 Consum de tòxics

3.4.1 Tabaquisme

El tabac és la principal causa de mort prematura i de malaltia previsible, i constitueix un greu problema de salut pública. Segons l'OMS (2023b), provoca més de 8 milions de morts anuals, incloent-hi 1,3 milions de persones no fumadores exposades al fum ambiental. Actualment, hi ha 1.300 milions de fumadors al món, el 80% dels quals viuen en països d'ingressos mitjans o baixos, on el consum de tabac s'associa a una major comorbiditat (OMS, 2023b).

Tant el consum actiu com l'exposició passiva al fum del tabac representen un greu risc per a la salut, sense un nivell segur d'exposició (OMS, s.f.). El tabaquisme incrementa significativament el risc de malalties cardiovasculars, respiratòries i diversos tipus de càncer, especialment el de pulmó, riscos que augmenten segons l'edat d'inici, la quantitat i el patró de consum. Els fumadors habituals presenten major incidència d'infarts, càncers oro-faringis, úlceres, alteracions visuals i reflexes, amb un increment del risc d'accidents (Generalitat de Catalunya, 2023). En dones embarassades o lactants, pot provocar avortaments, problemes en el desenvolupament fetal i major mortalitat infantil. El tabaquisme passiu duplica el risc de càncer de pulmó en adults i augmenta les malalties respiratòries i la mort sobtada en infants (CDC, s.f.).

3.4.2 Alcohol

El 2019, es van registrar 2,6 milions de morts atribuïbles al consum d'alcohol a nivell mundial, amb una major afectació en homes (2 milions) que en dones (600.000). Les regions amb les taxes més altes de mortalitat per alcohol són Europa (52,9 morts per 100.000 habitants) i Àfrica (52,2 morts per 100.000 habitants). La franja d'edat més afectada és la joventut (de 20 a 39 anys), amb el 13% de les morts relacionades amb l'alcohol. A més, aproximadament 400 milions de persones de 15 anys o més pateixen trastorns associats al consum d'alcohol, i més de 200 milions tenen dependència (OMS, 2024a).

El consum regular d'alcohol pot derivar en el desenvolupament de tolerància, situació en què l'individu requereix dosis cada cop més elevades per aconseguir els mateixos efectes, així com en una dependència física i psíquica, que pot comportar l'aparició de la síndrome d'abstinència o una pèrdua de control en el consum. El diagnòstic d'aquesta dependència ha de ser realitzat per un professional, i un dels indicadors inicials més habituals és la manca de control sobre la quantitat d'alcohol ingerida i el consum en moments en què prèviament s'havia decidit no fer-ho (Generalitat de Catalunya, 2024b). La Unitat de Beguda Estàndard (UBE) és amb el que es mesura el consum alcohòlic, l'equivalència de la qual són 10 grams d'alcohol. Una UBE correspon a: un "colpet" (40%) 30 mL, mitja copa de vi (10%) 125 mL, 1 canya (5%) 250 mL.

Cal destacar que qualsevol consum d'alcohol comporta un risc, ja que no existeix un nivell segur de consum (Ministerio de Sanidad, 2020).

D'altra banda, el Test d'Identificació dels Trastorns Deguts al Consum d'Alcohol (AUDIT) és una eina global per detectar l'abús d'alcohol i establir un pla d'intervenció. Els resultats es classifiquen en quatre categories: risc baix (0-7 punts), risc mitjà (8-15 punts), risc alt (16-19 punts) i probable addicció (20-40 punts). A més, el consum d'alcohol representa un risc més gran en dones gestants, menors de 18 anys, persones amb malalties o tractaments incompatibles, i aquells amb antecedents familiars d'alcoholisme (AUDIT, s.f.).

El consum d'alcohol pot causar més de 200 malalties, incloent-hi trastorns físics, psíquics i mentals, i és responsable de més de 3 milions de morts anuals, el 5,3% de la mortalitat global. Algunes de les conseqüències d'un consum crònic inclouen problemes de memòria, trastorns psicològics, cirrosi hepàtica i pancreatitis, així com un major risc de càncer en diversos òrgans. A més, durant l'embaràs, el consum d'alcohol pot provocar la Síndrome Alcohòlica Fetal, que causa retard en el creixement i alteracions neurològiques i conductuals en el fetus (Generalitat de Catalunya, 2024c).

3.5 Determinants socials de la salut

3.5.1 Evolució del concepte de salut

Al llarg de la història, el concepte de salut ha anat canviant. Fins a mitjan segle XX, es definia principalment des d'un enfocament biomèdic, entesa com l'absència de malaltia. No obstant això, després de la Segona Guerra Mundial, l'OMS (1946) va definir la salut com "l'estat de complet benestar físic, mental i social, i no només l'absència de malalties o afectacions".

D'altra banda, amb l'Informe Lalonde (1974), es va introduir una visió holística del procés salut-malaltia basada en la interacció de quatre determinants: la biologia, el medi ambient, l'estil de vida i el sistema sanitari. Paral·lelament, es va començar a adoptar un enfocament positiu i proactiu de la salut, que posa l'accent en el desenvolupament de les capacitats personals i en la responsabilitat individual en la seva gestió (Palomino et al., 2014).

L'evidència sobre la influència dels determinants socials va impulsar un moviment de promoció de la salut, amb propostes com la Carta d'Ottawa (1986), un document que destaca cinc línies d'acció prioritàries: l'elaboració de polítiques públiques sanes, la creació d'entorns favorables, el reforç de l'acció comunitària, el desenvolupament d'aptituds personals i la reorientació dels serveis sanitaris (Instituto de Salud Pública y Gestión Sanitaria, s.f.).

Com a resultat d'aquesta evolució, la salut es concep actualment com un estat multifactorial, fortament condicionat pels determinants socials, i que requereix un enfocament global i interdisciplinari per a la seva promoció i manteniment.

3.5.2 Definició de determinants socials de la salut i desigualtat social en salut

L'OMS defineix els determinants socials de la salut com "les circumstàncies en què les persones neixen, creixen, treballen, viuen i envelleixen, inclòs el conjunt més ampli de forces i sistemes que influeixen sobre les condicions de vida quotidiana" (OPS, s.f.).

Les desigualtats socials en salut fan referència a diferències en l'estat de salut causades per factors socioeconòmics i polítics, que són socialment injustes i evitables, ja que deriven de condicions modificables (Ministerio de Sanidad y Política Social, s.f.).

3.5.3 Model Dahlgren i Whitehead (1991)

El model de Dahlgren i Whitehead (1991) explica la relació entre els determinants socials i les desigualtats en salut mitjançant una estructura de capes jeràrquiques. L'estat de salut de l'individu, situat a la capa més interna, està influenciat per diversos factors situats a les capes externes. Aquest model classifica els determinants socials de la salut en dues categories: estructurals i intermediaris.

- Determinants estructurals (situats a la capa més externa): inclouen condicions socioeconòmiques, polítiques, culturals i ambientals. Aquests determinants estableixen els recursos als quals les persones poden accedir, i la seva distribució desigual pot generar desigualtats en salut.

- Determinants intermediaris (situats a les capes més internes): són els recursos materials, nivell educatiu, habitatge, condicions laborals i accés als serveis sanitaris. Una distribució desigual d'aquests recursos pot augmentar els riscos d'exposició a factors de risc, com l'exclusió social o problemes conductuals.

Els principals eixos de desigualtat en salut són la classe social, el gènere, l'edat, l'ètnia i el territori. A més, factors com les xarxes socials i comunitàries, així com l'estil de vida individual, també influeixen l'estat de salut, sent considerats determinants socials de la salut (Vinces i Campos, 2019) (Ministeri de Sanitat, 2021).

3.6 Els determinants socials de la salut

Hi ha una llarga llista de determinants socials que afecten a la condició de salut de cada persona. Respecte a l'estudi realitzat, es destaquen el gènere, la classe social basada en l'ocupació i el nivell d'estudis.

Gènere. El gènere s'entén com el conjunt de rols, característiques i oportunitats socialment atribuïdes a homes, dones i persones no binàries, influeix en la salut a través de normes i expectatives socials que poden generar estigmatització, exclusió o discriminació quan no es compleixen. Aquests factors poden augmentar la vulnerabilitat a problemes de salut, suposant un eix de desigualtat, o actuar com a protectors. L'enfocament interseccional analitza com el gènere interactua amb altres determinants socials, contribuint a les desigualtats en salut (OMS, 2018). Segons la SESPAS (2020), el gènere és un eix de desigualtat que afecta especialment la salut mental, amb una major prevalença de depressió i ansietat en dones (Bacigalupe et al., 2020). També es reflecteix en el consum de tòxics: el 23,3% dels homes fuma diàriament davant el 16,4% de les dones, i el 19,7% consumeix alcohol diàriament, enfront del 5,9% de les dones (INE, 2023).

Classe social basada en l'ocupació. La classe social basada en l'ocupació és una mesura socioeconòmica que combina la situació econòmica i el reconeixement social, poder i privilegi associat al tipus de feina que es realitza (Coma et al., 2003). Existeixen diverses classificacions per determinar aquesta classe social. L'ESCA fa servir la proposta del Grup de Treball de Determinants Socials de la *Sociedad Española de Epidemiología* (CSO-SEE 2012), que codifica la classe social a partir de la Classificació Catalana d'Ocupacions de l'any 2011 (CCO 2011) (Schiaffino i Medina, 2024a). La classe social basada en l'ocupació exerceix una influència com a determinant social de la salut tant en l'obesitat, com en el consum de tabac i alcohol i els problemes de salut mental. Estudis mostren que les persones de classe social més baixa tenen una major

prevalença d'obesitat i tabaquisme (Gullón et al., 2021) i una pitjor salut mental, amb una prevalença de mala salut mental duplicada entre les dones de classe baixa (33,2%) respecte a les de classe alta (17,9%) (González-Rábago et al., 2015).

Nivell d'estudis. L'educació és un determinant social important de la salut, ja que influeix en la capacitat de les persones per adquirir informació sobre salut, adoptar hàbits saludables i accedir a oportunitats laborals i econòmiques, afectant directament la seva qualitat de vida. Diversos estudis mostren que un menor nivell educatiu es relaciona amb una major prevalença de problemes de salut. Per exemple, l'obesitat i el sobrepès són més comuns entre aquells amb nivells educatius més baixos (Mestre et al., 2023). En el cas del consum de tabac, un 50% de les morts atribuïdes a aquest hàbit es produeixen entre persones amb menys estudis (Haebeber, 2020). Pel que fa a la depressió, un estudi recent va demostrar que les persones sense estudis primaris tenen un major risc, mentre que les persones amb estudis universitaris tenen un 47% menys probabilitats de patir depressió (Sánchez-Moreno et al., 2025).

3.7 El paper d'infermeria en atenció primària

L'Atenció Primària, com a porta d'entrada als serveis sanitaris, és clau per a la detecció precoç, el maneig i la prevenció de problemes com l'obesitat, el consum de tabac i alcohol, així com les malalties com l'ansietat i la depressió.

3.7.1 Intervenció envers l'obesitat

Pel que fa a l'obesitat, les infermeres tenen un paper essencial dins dels equips multidisciplinaris. Treballant conjuntament amb altres professionals de la salut com psicòlegs, metges i dietistes, les infermeres ajuden a promoure hàbits saludables mitjançant un enfocament holístic i educatiu. A més, proporcionen suport emocional i continuïtat assistencial per garantir un tractament adequat de l'obesitat, oferint orientacions sobre una alimentació equilibrada i l'activitat física adaptada a les necessitats de cada pacient (Montserrat et al., 2023).

3.7.2 Intervenció envers l'alcohol i tabac

En l'àmbit de l'Atenció Primària, el paper de la infermeria és rellevant en la prevenció i el tractament de les addiccions, especialment pel que fa al consum d'alcohol i tabac. En el cas de l'alcohol, la intervenció infermera s'inicia amb entrevistes i sessions personals que busquen establir un vincle de confiança amb el pacient, mitjançant un diàleg comprensiu i empàtic. És fonamental valorar la severitat de la dependència i l'entorn de

la persona per tal de dissenyar una intervenció integral i personalitzada. Un cop realitzada aquesta valoració, cal pactar amb el pacient el marc de les sessions (nombre, durada i lloc), donant pas a una intervenció terapèutica centrada en l'abstinència i en la promoció d'hàbits de vida saludables. En aquest procés, s'ha de transmetre que les recaigudes formen part natural del tractament i no representen un fracàs, sinó una oportunitat d'aprenentatge. Finalment, la fase de manteniment té per objectiu consolidar els canvis assolits, amb un acompanyament continu per part del professional (Corral et al., 2024).

Pel que fa al tabaquisme, les infermeres d'Atenció Primària exerceixen un paper fonamental en la seva prevenció i abordatge. La seva accessibilitat i proximitat a la població les situa en una posició privilegiada per detectar, intervenir i fer seguiment dels pacients fumadors. Les intervencions disponibles inclouen accions rendibles com l'assessorament individual o grupal, tècniques conductuals, ús de fàrmacs, materials d'autoajuda, consell sanitari, i l'atenció telefònica. A més, existeixen diversos programes específics per tractar aquesta problemàtica, en què la infermera familiar i comunitària juga un paper actiu (Tomás, 2017).

3.7.3 Intervenció envers l'ansietat i depressió

Una estratègia essencial per al maneig dels trastorns mentals és la formació del personal d'Atenció Primària en salut mental. Això els permet identificar els primers símptomes, oferir un primer abordatge adequat o derivar els pacients a serveis especialitzats quan sigui necessari (Sánchez, 2024).

Les estratègies d'infermeria per donar suport emocional als pacients inclouen:

- Empatia, per crear un ambient segur i de confiança.
- Escolta activa i comprensió, claus per establir una relació terapèutica sòlida.
- Diàleg terapèutic, per ajudar els pacients a reflexionar sobre les seves emocions i a desenvolupar una visió positiva.
- Educació per a l'autogestió, oferint eines per identificar desencadenants de malestar emocional i desenvolupar habilitats d'afrontament.
- Grups de suport liderats per infermeria, per combatre l'aïllament i crear una xarxa de suport emocional (García et al., 2024).

També és important la prevenció de trastorns mentals mitjançant educació sanitària i programes comunitaris, com xerrades educatives sobre salut mental, grups d'ajuda mútua i activitats de promoció de la salut (Sánchez, 2024).

3.8 Teoria d'infermeria

3.8.1 Model d'adaptació de Callista Roy

El model de Roy es basa en la premissa que les persones són sistemes holístics compostos per components biològics, psicològics i socials que responen a estímuls mitjançant mecanismes d'adaptació, creant així la salut biopsicosocial. A continuació es presenten alguns dels punts clau del model:

- Holisme i autorealització: les persones són vistes com a éssers únics que busquen l'autorealització com a motiu de la seva existència.
- Autodeterminació: les persones prenen decisions de manera autònoma, sent responsables dels seus processos de creació i interacció.
- Adaptació: és el procés mitjançant el qual les persones utilitzen la consciència per prendre decisions i aconseguir la integració amb el seu entorn.
- Teoria de sistemes: el model es fonamenta en la interacció entre cinc elements interrelacionats: pacient, meta de la infermera, salut, entorn i direcció de les activitats infermeres.
- Respostes d'adaptació: les persones poden mostrar respostes que promoguin la seva integritat o, en canvi, respostes ineficaces que dificultin l'adaptació.
- Estímuls: els estímuls que influencien l'adaptació són classificats com focals (immediats, com infeccions), contextuais (col·laboradors, com el soroll), i residuals (experiències prèvies no valorables directament).
- Mecanismes d'afrontament: els mecanismes poden ser adquirits (aprenentatge per experiència prèvia) o innats (processos automàtics genètics).
- Subsistemes reguladors i cognitius:
 - o Regulador: respostes neuroquímiques als estímuls, involucrant el sistema nerviós i circulatori.
 - o Cognitiu: involucra processos del sistema nerviós central per interpretar els estímuls interns i externs, com pensar, sentir, actuar, i inclou atenció, percepció, memòria, llenguatge, planificació i respostes motores.
- Consciència: la consciència permet interpretar els estímuls, i els processos cognitius es veuen influïts pels processos emocionals, ajudant els professionals d'infermeria a comprendre i gestionar les situacions del pacient (Díaz de Flores et al., 2002).

3.8.2 Metaparadigma

El model de Roy concep la persona com un sistema interactiu, autònom, obert i dinàmic, en constant exploració de l'entorn per cercar estímuls, als quals respon i s'adapta. Aquest sistema obert rep influències tant de l'entorn com de la realitat interna de la persona. Les persones s'adapten mitjançant processos d'aprenentatge adquirits al llarg del temps. L'objectiu principal de la infermeria és ajudar la persona en el seu procés d'adaptació, manipulant l'entorn per aconseguir un nivell òptim de benestar.

Tant el pacient com la infermera formen part d'un ambient recíproc, establint una relació mútua. La infermera, conscients del seu paper com a estímulo per al pacient, pot influir positivament o negativament en el seu procés d'adaptació. Aquesta interacció es basa en una comunicació bidireccional que afavoreix el creixement mutu.

Finalment, la salut es defineix com el procés d'arribar a ser una persona integrada i total, un objectiu de la conducta humana que implica la capacitat d'adaptació contínua a l'entorn. El desenvolupament i l'adaptació de la persona als estímuls de l'entorn conduiran a un creixement constant i una major complexitat (Díaz de Flores et al., 2002).

3.8.3 Justificació envers la nostra temàtica

La teoria de Roy resulta especialment adequada per a l'anàlisi de la influència dels determinants socials sobre la salut, incloent-hi problemes com l'obesitat, els hàbits tòxics i la salut mental. Aquesta teoria concep la persona com un sistema interactiu amb el seu entorn, el qual rep estímuls tant interns com externs, i es determina com s'adapta a aquests. Els determinants socials, com el gènere, les condicions econòmiques i educatives, influeixen directament en la capacitat de l'individu per mantenir una salut òptima. Quan aquests estímuls socials són desfavorables, poden provocar respostes desadaptatives que afavoreixen l'aparició de problemes de salut com l'obesitat, l'ansietat o la depressió i el consum de substàncies tòxiques.

D'acord amb el model de Roy, la infermera té un paper fonamental en identificar aquests estímuls i ajudar l'individu a desenvolupar mecanismes d'adaptació saludables. Això permetria millorar el benestar de la persona, proporcionant-li les eines necessàries per afrontar de manera efectiva les condicions socials adverses que poden afectar la seva salut.

4. Metodologia

La metodologia d'aquest treball s'estructura en dues direccions. En primer lloc (apartat 4.1) s'exposa el procés metodològic que hem seguit per a la revisió dels antecedents, que ha servit per identificar l'estat de coneixement actualitzat sobre aquesta matèria.

En segon lloc (apartat 4.2) s'exposa el procés metodològic que hem seguit en la part empírica d'aquest treball, a partir de les microdades de l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) 2023.

4.1. Estratègia de la cerca bibliogràfica

Per tal d'optimitzar la cerca i obtenir resultats més específics i rellevants, es va decidir realitzar la revisió bibliogràfica segmentant les cerques per àmbits temàtics. En aquest sentit, es van dur a terme tres cerques principals: una relacionada amb els determinants socials i l'obesitat, una altra amb els determinants socials i el consum de tòxics, i una tercera amb els determinants socials i la salut mental. Es van fer servir les bases de dades *Dialnet Plus* i *Pubmed*, finalment, es van incloure 27 articles a la revisió. Per motius d'espai disponible, la taula on analitzem de manera detallada cadascun d'aquests 27 articles s'exposa a l'Annex 3.

4.1.1. Cerca d'obesitat

La cerca corresponent a aquest àmbit es va realitzar a través de la base de dades *Dialnet Plus*. Per dur-la a terme, es van utilitzar els termes *determinants socials* i *obesitat*, combinats mitjançant l'operador booleà "AND".

Es van establir els següents criteris d'inclusió:

- Publicacions amb antiguitat màxima de 10 anys.
- Documents redactats en català, castellà o anglès.
- Estudis realitzats en l'àmbit europeu.
- Disponibilitat d'accés al text complet.

Inicialment, es van introduir els termes de cerca a la base de dades i es va aplicar el filtre de "text complet", obtenint-se un total de 487 resultats. No es va aplicar, en aquesta fase, el filtre d'any de publicació, ja que l'opció disponible no s'ajustava exactament al nostre criteri. Tanmateix, l'any de publicació es va tenir en compte posteriorment durant el procés de selecció.

Atès que els termes emprats en l'estratègia de cerca eren generals, es va procedir, en una primera fase, a una selecció preliminar basada en el títol dels articles, la qual cosa va permetre reduir la mostra a 39 documents, descartant 448 articles. Els motius pels

quals es van descartar aquests articles van ser: incompliment del criteri d'antiguitat, articles l'enfocament dels quals no estava directament relacionat amb la relació entre determinants socials i obesitat, estudis centrats en poblacions no europees i estudis que abordaven aspectes clínics molt específics o sense connexió amb els factors socials. En una segona fase, es va realitzar la lectura dels resums, després de la qual es van seleccionar 20 articles per a la seva revisió en profunditat. Els 19 articles restants van ser descartats perquè malgrat, tenir un títol que inicialment s'ajustava al treball, en el resum no complien amb els objectius de l'estudi, no tractaven l'impacte dels determinants socials o presentaven una metodologia que no es considerava pertinent. Finalment, després de la lectura completa, es van incloure 9 articles a la revisió bibliogràfica definitiva.

4.1.2. Cerca de consum de tabac i alcohol

La cerca d'aquesta dimensió temàtica es va realitzar a través de la base de dades *Dialnet Plus*. En constatar que l'ús de cometes en les cadenes de cerca reduïa de manera significativa el nombre de resultats, es va optar per mantenir aquesta estratègia per millorar la precisió dels resultats obtinguts.

Es van utilitzar els termes "determinants socials" combinats amb "tabac" i "alcohol", emprant l'operador booleà "AND". Els criteris d'inclusió van ser els mateixos que s'havien establert per a la dimensió relativa a l'obesitat. En primer lloc, es va dur a terme la recerca amb els termes "*alcohol*" AND "*determinantes sociales*", obtenint un total de 26 resultats. En aquesta ocasió es va aplicar també el filtre d'any de publicació, restringint la cerca al període comprès entre 2015 i 2025. Posteriorment, es van introduir els termes "*tabaco*" AND "*determinantes sociales*", obtenint-se 17 resultats. Donada la generalitat dels termes utilitzats, es va dur a terme, en ambdues cerques, una primera fase de selecció basada en el títol dels articles. En el cas dels articles relacionats amb el tabac, es van descartar 2 documents que no complien amb els criteris establerts, provocant una mostra de 15 articles. En una segona fase, es va procedir a la lectura dels resums, de la qual en van resultar seleccionats 11 articles per a una revisió en profunditat. Els 4 articles restants van ser descartats pels mateixos motius exposats en l'apartat dedicat a la temàtica de l'obesitat (inadequació temàtica, absència de context europeu, limitacions metodològiques, etc.). Finalment, després de la lectura completa dels textos, es van incloure 7 articles a la revisió bibliogràfica definitiva.

Pel que fa a la temàtica de l'alcohol, es va seguir el mateix procediment. En una primera fase, es van descartar 7 articles pel títol, conservant-ne 19. En la lectura dels resums,

es van seleccionar 12 articles per a lectura completa. Els 7 articles descartats en aquesta fase van ser exclosos perquè, tot i presentar un títol aparentment rellevant, el resum no reflectia objectius alineats amb el propòsit d'aquesta revisió, o bé utilitzaven metodologies no pertinents. Finalment, després de la lectura completa, es van incloure 6 articles en la revisió final.

4.1.3. Cerca de salut mental

La cerca bibliogràfica corresponent a aquest àmbit es va dur a terme a través de les bases de dades *Dialnet Plus* i *PubMed*. Es van aplicar els mateixos criteris d'inclusió utilitzats en les altres dimensions temàtiques, amb l'única excepció de l'idioma, atès que en aquest cas també es van considerar documents redactats en euskera.

Per a l'estratègia de cerca es van utilitzar els termes "*determinants socials*", "*salut mental*", "*depressió*" i "*ansietat*", combinats mitjançant l'operador booleà "AND".

En primer lloc, es va realitzar una cerca a *Dialnet Plus* amb els termes "*determinantes sociales*" AND "*ansiedad*", aplicant el filtre de "text complet", amb la qual vam obtenir un total de 19 resultats. En una primera fase, es van descartar 15 articles basant-se en el títol, quedant una selecció de 4. Els motius d'exclusió foren els ja establerts en les altres dimensions, a més de l'incompliment de qualsevol dels criteris d'inclusió. A continuació, es van revisar els resums dels 4 articles seleccionats, i es van conservar 2 per a la seva lectura completa. Finalment, només un d'aquests va ser inclòs a la revisió definitiva.

Posteriorment, es va efectuar una segona cerca a la mateixa base de dades, utilitzant els termes "*determinantes sociales*" AND "*depresión*", i aplicant novament el filtre de text complet. Es van obtenir 34 resultats. En una primera fase es van descartar 25 articles pel títol, quedant 9 per a la lectura dels resums. D'aquests, se'n van seleccionar 3 per a lectura completa, i finalment només un va ser inclòs a la revisió.

Es va realitzar també una darrera cerca més general a *Dialnet Plus*, mitjançant els termes "*determinantes sociales*" AND "*salud mental*", obtenint un total de 98 articles amb accés al text complet. Es van descartar 77 documents d'acord amb el títol, seleccionant-ne 21. Després de revisar els resums, es van conservar 10 articles. Finalment, es van llegir completament 6 d'ells, dels quals un sol article va complir els requisits per ser inclòs a la revisió.

Paral·lelament, es va efectuar una cerca complementària a la base de dades *PubMed*, utilitzant els termes "*determinantes sociales*" AND "*salud mental*", amb els filtres de text complet i una antiguitat màxima de deu anys. Amb aquesta cerca es van obtenir 13 resultats, dels quals se'n van descartar 6 pel títol, seleccionant-ne 7. A partir d'aquesta

selecció, es van llegir 5 articles, i finalment es van incloure 3 en la revisió. Un d'aquests documents era una revisió de la literatura centrada en els determinants socials de la salut a Espanya durant el període 2010–2021, i va permetre identificar articles addicionals d'interès, els quals també van ser incorporats a la revisió final.

4.2. Enfocament metodològic de l'anàlisi empírica

4.2.1. Tipus de disseny

El vessant empíric d'aquesta investigació es basa en l'anàlisi de les microdades de l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) de l'any 2023. S'adopta un enfocament metodològic de tipus descriptiu, transversal i sustentat en la metodologia d'enquesta.

4.2.2. Població i mostra

L'univers d'estudi és la població resident a Catalunya no institucionalitzada. La mostra final de l'ESCA consta de 4.829 persones (2.389 homes i 2.440 dones) que van ser seleccionades a través d'un mostreig aleatori estratificat en etapes múltiples, segons mida del municipi, sexe i grup d'edat, durant els dos semestres de l'any 2023.

Amb un nivell de confiança del 95,45% i sota els supòsits de màxima indeterminació ($p=q=0,5$), mostreig aleatori simple i població infinita, el marge d'error estipulat és del $\pm 1,4\%$ per tot el conjunt de la mostra (Schiaffino i Medina, 2024d). Particularment, les nostres anàlisis s'han centrat en la població adulta de 15 anys i més ($n = 4.135$, amb 2.019 homes i 2.116 dones).

4.2.3. Instruments

L'ESCA és una enquesta anual (amb cicles semestrals) gestionada per la Direcció General de Planificació i Recerca en Salut del Departament de Salut, en col·laboració amb l'Institut d'Estadística de Catalunya, i té com a finalitat principal avaluar l'estat de salut, els hàbits relacionats amb la salut i el grau d'utilització dels serveis sanitaris. En conjunt, l'ESCA recull informació de 1.500 variables (Schiaffino i Medina, 2024b), estructurades en diversos blocs temàtics com problemes de salut, qualitat de son, cobertura sanitària, variables relatives a l'estat de salut, suport social, benestar emocional, variables d'hàbits i estils de vida, variables d'utilització de serveis sanitaris, entre altres.

L'elecció de l'ESCA com a instrument central per al nostre treball es justifica per diversos motius:

- Perquè compta amb una mostra àmplia i àmpliament representativa de la població resident a Catalunya, seleccionada mitjançant un mostreig aleatori estratificat, fet que garanteix una elevada validesa externa dels resultats.

- Perquè el disseny estandarditzat de l'enquesta, juntament amb els protocols de recollida i validació de la informació, minimitzen la presència de biaixos sistemàtics i assegurin la comparabilitat de les dades.
- Perquè és una font pública de dades obertes, disponible per a la comunitat acadèmica prèvia sol·licitud i autorització, la qual cosa afavoreix la transparència i la replicabilitat dels estudis.
- Perquè recull informació detallada sobre els determinants socials de la salut més rellevants per a la línia de recerca del nostre treball.
- Finalment, perquè la periodicitat contínua de la captació de les dades ens permet oferir una fotografia recent d'aquesta realitat al nostre entorn més proper.

El treball de camp de l'onada analitzada en el nostre treball va ser realitzat entre el 2 de gener i el 31 de desembre de 2023.

4.2.4 Variables

Taula 2. Variables d'anàlisi. Enquesta de Salut de Catalunya 2023

Àmbit	Variable	Instrument de mesura	Definició operacional	Tipus de variable**
Variables sociodemogràfiques (determinants)	Sexe*	Pregunta directa, tancada	Home Dona	Independent Categòrica nominal
	Classe social basada en la ocupació	Classificació Catalana d'Ocupacions de l'any 2011.	Classe I. Directors i gerents i professionals universitaris Classe II. Ocupacions intermèdies i treballadors per compte propi Classe III. Treballadors manuals	Independent Categòrica ordinal
	Nivell d'estudis	Pregunta directa, tancada	Estudis universitaris Estudis secundaris Estudis primaris o sense estudis	Independent Categòrica ordinal
Variables sobre l'estat de salut	Autopercepció de l'estat de salut	Pregunta directa, tancada	"Excel·lent" "Molt bona" "Bona" "Regular" "Dolenta"	Dependent Categòrica ordinal
	Excés de pes, sobrepès i obesitat	Mitjançant la mesura del pes i l'alçada, es calcula l'Índex de Massa Corporal	Infrapès (<18,5) Pes normal (>= 18,5 a <25) Sobrepès(>=25 a <30) Obesitat (>=30)	Dependent Categòrica ordinal
	Malestar emocional	Escala WEMWBS (Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale) en la versió curta de 7 ítems sobre aspectes com sentir-se bé, optimista o segur, i es categoritza en dos nivells segons el grau de malestar	Sí No	Dependent Categòrica ordinal
	Depressió moderada o greu	Escala Personal Health Questionnaire Depression Scale en versió abreujada de 8 ítems (PHQ-8). Cobreix símptomes de depressió com tristesa, falta d'interès en activitats, fatiga o alteracions del son	Sense depressió Depressió lleu Depressió moderada Depressió moderadament greu Depressió greu	Dependent Categòrica ordinal
Variables sobre comportaments relacionats amb la salut	Consum de tabac actualment	Pregunta directa, tancada	No fuma gens Actualment fuma ocasionalment (< 1 cop al dia) Actualment fuma cada dia	Dependent Categòrica ordinal
	Consum de risc d'alcohol	L'ESCA categoritza per unitat de consum diari d'alcohol, a través de la unitat estàndard i del patró de consum setmanal. A més, s'ha diferenciat si el consum ha estat en dies festius o laborals.	No bevedor/a Bevedor/a de baix risc Bevedor/a de risc	Dependent Categòrica ordinal
	Activitat física saludable	L'activitat física es mesura a partir del qüestionari IPAQ	Baixa	Independent

	(15-69 anys)	(International Physical Activity Questionnaire) adaptat, per a la mesura de intensitat, durada i freqüència de l'activitat física.	Moderada Alta	Catègorica ordinal
	Dieta mediterrània	Escala PREDIMED (Prevenció amb Dieta Mediterrània), consta de 14 ítems sobre hàbits alimentaris, establint-se dos grups finals en la variable utilitzada en aquest treball	No segueix les recomanacions (adherència baixa) Dieta mediterrània (adherència mitjana o alta)	Dependent Catègorica ordinal

Font: elaboració pròpia a partir de la fitxa tècnica de l'Enquesta de salut de Catalunya (2023).

* L'ESCA 2023 incorpora una variable relativa al sexe biològic (G2) i una altra variable relativa a la identitat de gènere (G1). La concordança entre ambdues és gairebé total (99,7%), deixant un 0,3% de casos en què la persona es considerava no binària, o era de sexe masculí i identitat de gènere femenina, o era de sexe femení i identitat de gènere masculina. Atès que la concordança és gairebé absoluta i l'escassa mida mostral de la categoria d'identitat no binària (que limitava la possibilitat de desagregar aquesta variable en 3 categories), hem optat per prendre com a referència la variable de sexe biològic. Malgrat això, a nivell teòric el nostre treball parla en termes de gènere, ja que aquest engloba rols socials, expectatives i desigualtats que van més enllà del sexe assignat en néixer, i són aquests aspectes el que realment volem analitzar.

** La identificació de variables independents / dependents actua en un pla estrictament teòric, donat que la metodologia d'enquesta no permet confirmar relacions de causalitat entre variables.

4.2.5. Aspectes ètics

Per tal de garantir el compliment dels principis ètics i legals en l'ús de dades secundàries, detallem tot seguit les diverses accions i requisits normatius vinculats a l'anàlisi empírica del nostre treball:

- En primer lloc, es va tramitar l'accés a les microdades de l'ESCA mitjançant una sol·licitud formal presentada al Departament de Salut el dia 8 de novembre de 2024. Aquesta sol·licitud inclou la signatura de la Declaració Solemne de Secret Estadístic (vegeu Annex 1), mitjançant la qual les autores es comprometien a preservar la confidencialitat de les dades.
- L'ESCA és una enquesta oficial promoguda pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya i dissenyada segons els principis recollits a la Declaració de Helsinki (2013). El procés de recollida de dades es realitza sota estrictes criteris ètics: les persones participants són informades prèviament mitjançant una carta explicativa i donen el seu consentiment informat, garantint així que la seva participació és voluntària i que les dades seran tractades de manera anònima i confidencial.
- A més, les dades són anonimitzades abans de ser posades a disposició de tercers i compleixen els requisits establerts pel Reglament General de Protecció de Dades (UE 2016/679) i per la Llei Orgànica 3/2018, de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals.
- Finalment, les autores van completar i signar la Declaració Responsable sobre Aspectes Ètics de la Universitat, en què es comprometien a fer un ús ètic i responsable de les dades disponibles per a la recerca (vegeu Annex 2). Només un cop rebuda l'autorització corresponent, es va procedir a l'anàlisi estadística de les dades per tal de desenvolupar el present treball de final de grau.

4.2.6. Anàlisi de dades

L'anàlisi estadística es va centrar en l'estudi de l'associació entre variables categòriques, mitjançant l'aplicació de la prova khi-quadrat de Pearson. Prèviament, es van revisar els supòsits d'aplicació de la prova, assegurant que la mida mostral fos suficient i que les cel·les de les taules de contingència presentessin freqüències esperades superiors a 5. Per garantir la representativitat de la mostra respecte a la població de referència, es va aplicar el factor de ponderació proporcionat per l'ESCA.

Per neutralitzar l'elevació poblacional característica d'aquests factors de ponderació, i atesa la voluntat d'evitar una possible sobreestimació de les associacions observades,

en una de les tutories de treball amb el tutor vam construir conjuntament un nou factor de ponderació corregit, sense elevació poblacional.

Totes les proves estadístiques es van realitzar amb un nivell de confiança del 95%, i es van considerar estadísticament significatives les associacions amb un p-valor inferior a 0,05. A més de reportar els percentatges per categoria i el p-valor exacte, es van incloure la mida total de la mostra per a cada categoria i les mesures de l'efecte de l'associació. Per a l'anàlisi de la mida de l'efecte s'han utilitzat els coeficient Phi (per a taules 2x2) i V de Cramer (per a taules de dimensions superiors). La interpretació de la força de l'associació es realitza seguint els criteris proposats per Cohen (1988).

Amb l'objectiu de controlar l'efecte de l'edat, es van aplicar estratègies diferenciades segons el nombre de categories de la variable de referència:

- Quan la variable presentava dues categories, es va aplicar la prova de Cochran-Mantel-Haenszel, que permet controlar l'efecte d'una tercera variable estratificant l'anàlisi.
- Quan la variable tenia més de dues categories, es va optar per una anàlisi desagregada per grups d'edat, comparant els patrons de resposta dins de cada franja per detectar possibles diferències estructurals segons el moment del cicle vital.

Les anàlisis es van dur a terme mitjançant el programa JAMOV v.2.2.5, i puntualment amb el nostre tutor també vam treballar amb la prova de Cochran-Mantel-Haenszel, amb SPSS v.29.

5. Resultats

Hem organitzat l'anàlisi dels resultats del nostre TFG en vuit apartats, corresponents a cadascun dels paràmetres de salut estudiats. Per a cada paràmetre, l'anàlisi s'ha estructurat en tres direccions principals:

- a) En primer lloc, s'ha presentat una panoràmica general de la prevalença entre la població de 15 anys i més.
- b) En segon lloc, s'ha avaluat de forma desagregada segons cadascun dels determinants socials (el gènere, la classe social i el nivell d'estudis) amb la corresponent anàlisi inferencial mitjançant la prova d'independència basada en l'estadístic de khi quadrat.
- c) Finalment, s'ha incorporat una anàlisi estratificada segons l'edat, amb l'objectiu de controlar possibles biaixos associats a aquest factor. L'edat pot actuar com a variable de confusió, ja que s'hi poden concentrar diferències importants: per exemple, la major esperança de vida femenina, o una major presència de persones de classe social baixa i amb menor nivell educatiu en les franges d'edat més avançades. A més, l'edat és per si mateixa una variable rellevant en termes de salut, per la qual cosa hem considerat pertinent establir aquesta tercera línia d'anàlisi per tal de valorar amb més precisió el pes dels determinants socials.

5.1 La percepció del propi estat de salut

Panoràmica general. La major part de la població catalana de 15 anys o més té una percepció globalment positiva del seu estat de salut. Segons l'ESCA 2023, el 42,3% de la mostra considera que el seu estat de salut és bo, el 27% creu que molt bo i el 9,2% considera que excel·lent. Una mica més d'una de cada cinc persones, però, no s'inscriuen en aquestes condicions i considera que el seu estat de salut és regular (16,4%) o dolent (5,1%).

El vincle dels determinants socials. La distribució d'aquests percentatges varia de manera estadísticament significativa en funció dels determinants socials del nostre treball. En relació amb el sexe ($\chi^2 = 84,4$; p-valor < 0,001), en els homes la percepció positiva és més habitual: un 11,7% declara tenir un estat de salut excel·lent i un 29,8% molt bo, en comparació al 6,9% i 24,4% per a les dones, respectivament. En les dones, en canvi, són més habituals que en els homes els estats de salut dolenta (5,7%) i, sobretot, regular (20,4%). Tot i que l'associació per raó de gènere és estadísticament significativa, la seva intensitat és feble (V de Cramer = 0,143).

Taula 4. Percepció de l'estat de salut segons sexe. Població de 15 anys o més. Catalunya. Any 2023

Dimensió 1. Estat de salut autopercebut						
	Sexe			Prova khi quadrat	P-valor	Mida de l'efecte
	Home (n=2.018)	Dona (n=2.116)	Total (n=4.134)			
Excel·lent	11,7%	6,9%	9,2%	84,4	<0,001	0,143
Molt bona	29,8%	24,4%	27,0%			
Bona	41,9%	42,6%	42,3%			
Regular	12,1%	20,4%	16,4%			
Dolenta	4,4%	5,7%	5,1%			
Total	100%	100%	100%			

Font: elaboració pròpia a partir de les microdades de l'Enquesta de Salut de Catalunya 2023

La classe social també apareix com un element vinculat amb l'autopercepció de la salut. Aquí, es va identificar una relació estadísticament significativa entre ambdues variables ($\chi^2 = 75,1$; p-valor < 0,001). El percentatge de persones que consideraven tenir un estat de salut molt bo o excel·lent era superior entre la classe I, identificada com a classe alta (44%), especialment respecte a la classe III, identificada com a classe baixa (36,5%). Per contra, les diferències eren més nítides a l'altra banda de la taula: el percentatge de persones que percebién la seva salut com a dolenta era més elevat -més del doble- en la classe III (6,2%) que en la classe més alta (2,6%). Pel que fa a una percepció de salut "bona", els percentatges van ser similars entre les tres classes, amb una lleugera superioritat a les classes II i III. Finalment, tot i que l'associació és estadísticament significativa, la seva força va ser feble (V de Cramer = 0,096).

Taula 5. Estat de salut autopercebut segons classes social basada en l'ocupació. Població de 15 anys o més. Catalunya. Any 2023

Dimensió 1. Estat de salut autopercebut							
	Classe social				Prova khi quadrat	P-valor	Mida de l'efecte
	Classe I Alta (n=1.009)	Classe II Mitjana (n=793)	Classe III Baixa (n=2.241)	Total (n=4.043)			
Excel·lent	10,8%	9,5%	8,5%	9,3%	75,1	<0,001	0,096
Molt bona	33,2%	29,1%	23,8%	27,2%			
Bona	42,1%	42,6%	42,4%	42,4%			
Regular	11,3%	14,5%	19%	16,2%			
Dolenta	2,6%	4,3%	6,2%	4,9%			
Total	100%	100%	100%	100%			

Total	100%	100%	100%	100%			
-------	------	------	------	------	--	--	--

Font: elaboració pròpia a partir de les microdades de l'Enquesta de Salut de Catalunya 2023

En darrer terme, també el nivell d'estudis apareix com un element vinculat a la percepció del propi estat de salut i també es va identificar una relació estadísticament significativa entre ambdues variables ($\chi^2= 382,2$; p-valor < 0,001). La major probabilitat de disposar d'un estat de salut excel·lent va correspondre a les persones amb estudis universitaris finalitzats (10,7%), i aquest percentatge queia gradualment a mesura que descendia també el nivell formatiu. En canvi, el percentatge de persones amb un estat de salut dolent o regular va ser força més habitual entre les persones amb estudis primaris (9,2% i 29,7%) o sense estudis (21,3% i 38,8%). Així, si calculem una raó a partir dels valors oposats, veiem que entre la població amb estudis universitaris hi ha prop de 7 persones amb salut excel·lent per cada persona amb salut dolenta, mentre que, per contra, en els nivells d'estudis primaris i entre la població sense estudis és més habitual la salut dolenta que l'excel·lent. Finalment, tot i que l'associació és estadísticament significativa, la mida de l'efecte és mitjana (V de Cramer =0,164).

Taula 6. Estat de salut autopercebut segons nivell d'estudis. Població de 15 anys o més. Catalunya. Any 2023

Dimensió 1. Estat de salut autopercebut								
	Nivell d'estudis				Total (4.123)	Prova khi quadrat	P-valor	Mida de l'efecte
	Sense estudis (188)	Primaris (445)	Secundaris (2.548)	Universitaris (942)				
Excel·lent	4,3%	7,4%	9,4%	10,7%	9,2%	382,2	<0,001	0,176
Molt bona	9,0%	19,3%	25,6%	37,7%	26,9%			
Bona	26,6%	34,4%	45,4%	40,9%	42,3%			
Regular	38,8%	29,7%	15,1%	9,1%	16,4%			
Dolenta	21,3%	9,2%	4,4%	1,6%	5,1%			
Total	100%	100%	100%	100%	100%			

Font: elaboració pròpia a partir de les microdades de l'Enquesta de Salut de Catalunya 2023

El control de l'efecte edat. El control de l'edat mostra que les diferències en la percepció de l'estat de salut es mantenen com a estadísticament significatives pel que fa al sexe. En tots els grups d'edat, els homes declaren una millor percepció de salut que les dones, especialment entre els 15 i els 44 anys, on un 62,7% dels homes consideren tenir un estat de salut molt bo o excel·lent, davant d'un percentatge inferior

al 50% en el cas de les dones. Aquesta diferència es redueix progressivament amb l'edat, i tendeix a ser menys pronunciada a partir dels 65 anys.

Pel que fa a la classe social, les diferències també es mantenen significatives un cop controlada l'edat. Per exemple, entre els 15 i els 44 anys, les persones de classe social III (baixa) tenen el doble de probabilitats de percebre la seva salut com a regular o dolenta en comparació amb les de classe I.

Un patró similar s'observa pel que fa al nivell d'estudis: la proporció de persones que valoren la seva salut com a dolenta o regular supera el 40% entre la població amb estudis primaris en el grup de 45 a 64 anys, mentre que en la població amb estudis universitaris aquest percentatge amb prou feines arriba al 30% fins i tot a partir dels 65 anys.

5.2 Índex de Massa Corporal (IMC)

Panoràmica general. La major part de la població catalana de 15 anys o més (45,9%) presenta un pes normal, és a dir, un IMC situat a partir de 18,5 i per sota de 25. La següent categoria predominant és el sobrepès, que afecta un 34,9%, seguida de l'obesitat (16,6%). Força lluny hi ha les situacions d'infrapès (2,7%).

El vincle dels determinants socials. Malgrat que a l'apartat anterior hem identificat una millor percepció de l'estat de salut entre els homes, aquests també van presentar un major risc d'obesitat (16,8%) i, sobretot, de sobrepès (40,3%) en comparació amb les dones (16,3% i 29,5%, respectivament), mentre que les dones van presentar gairebé 10 punts percentuals més de probabilitat de tenir un pes normal (50,4%) i més del doble de probabilitats de presentar infrapès (3,7%) que els homes. Aquestes diferències van resultar altra vegada estadísticament significatives ($\chi^2 = 69,041$; p -valor $< 0,001$), però amb una mida de l'efecte feble (V de Cramer = 0,132).

Taula 7. Excés de pes, sobrepès i obesitat segons sexe. Població de 15 anys o més. Catalunya. Any 2023

Dimensió 2. Excés de pes, sobrepès i obesitat						
	Sexe			Prova khi quadrat	P-valor	Mida de l'efecte
	Home (1.974)	Dona (2.002)	Total (3.976)			
Infrapès (<18,5)	1,6%	3,7%	2,7%	69,041	<0,001	0,132
Pes normal (>= 18,5 a <25)	41,3%	50,4%	45,9%			
Sobrepès (>= 25 a <30)	40,3%	29,5%	34,9%			
Obesitat (>=30)	16,8%	16,3%	16,6%			

Total	100%	100%	100%			
-------	------	------	------	--	--	--

Font: elaboració pròpia a partir de les microdades de l'Enquesta de Salut de Catalunya 2023

També es van detectar diferències estadísticament significatives en avaluar l'IMC segons la classe social ($\chi^2=55,5$; p-valor < 0,001). El percentatge de persones amb sobrepès era més elevat a la classe III (37,2%) en comparació amb la classe I (31,3%) i la classe II (33,9%). Pel que fa a l'obesitat, a tall il·lustratiu, el 19% de les persones de classe III en presentaven, i això suposava gairebé el doble que a la classe I (11,9%). En canvi, l'infrapès va ser més habitual en la classe I (3,8%), és a dir, la classe alta. Finalment, tot i que l'associació és estadísticament significativa, la seva força és feble (V de Cramer = 0,084).

Taula 8. Excés de pes, sobrepès i obesitat segons la classe social basada en l'ocupació. Població de 15 anys o més. Catalunya. Any 2023

Dimensió 2. Excés de pes, sobrepès i obesitat							
	Classe social				Prova khi quadrat	P-valor	Mida de l'efecte
	Classe I (985)	Classe II (774)	Classe III (2.137)	Total (3.896)			
Infrapès (<18,5)	3,8%	2,7%	2,2%	2,7%	55,5	<0,001	0,084
Pes normal (>= 18,5 a <25)	53,1%	48,1%	41,5%	45,7%			
Sobrepès (>= 25 a <30)	31,3%	33,9%	37,2%	35,0%			
Obesitat (>=30)	11,9%	15,4%	19,0%	16,5%			
Total	100%	100%	100%	100%			

Font: elaboració pròpia a partir de les microdades de l'Enquesta de Salut de Catalunya 2023

En relació amb el nivell d'estudis, un menor nivell formatiu està vinculat a una major probabilitat de patir obesitat o sobrepès, mentre que el pes normal és més probable entre la població amb estudis universitaris. El percentatge de persones que presentaven més obesitat corresponia a aquelles amb un nivell d'estudis primaris o sense estudis (al voltant d'una de cada cinc), força més habitual que entre la població amb estudis universitaris (al voltant d'una de cada deu). Quant a sobrepès, la població amb un nivell d'estudis primaris o sense estudis correspon a un percentatge que voreja el 40%. Globalment, la relació entre aquestes variables va ser estadísticament significativa ($\chi^2=78,1$; p-valor < 0,001), si bé la mida de l'efecte va ser dèbil (V de Cramer = 0,081).

Taula 9. Excés de pes, sobrepès i obesitat segons el nivell d'estudis. Població de 15 anys o més. Catalunya. Any 2023

Dimensió 2. Excés de pes, sobrepès i obesitat								
	Nivell d'estudis					Prova khi quadrat	P-valor	Mida de l'efecte
	Sense estudis (163)	Primaris (408)	Secundaris (2.470)	Universitaris (926)	Total (3.967)			
Infrapès (<18,5)	2,5%	3,4%	2,1%	3,9%	2,7%	78,1	<0,001	0,081
Pes normal (>= 18,5 a <25)	28,2%	40,9%	44,8%	51,4%	45,9%			
Sobrepès (>= 25 a <30)	46,6%	37,0%	34,8%	31,9%	34,8%			
Obesitat (>=30)	22,7%	18,6%	18,3%	10,2%	16,6%			
Total	100%	100%	100%	100%	100%			

Font: elaboració pròpia a partir de les microdades de l'Enquesta de Salut de Catalunya 2023

Control de l'efecte de l'edat. Les diferències en les categories d'IMC entre homes i dones es mantenen com a estadísticament significatives en tots els grups d'edat, un cop controlat l'efecte de l'edat. Independentment del grup d'edat, els homes presenten una probabilitat més elevada de tenir sobrepès, mentre que les diferències pel que fa a l'obesitat són menors i tendeixen a reduir-se amb l'edat. També es van observar diferències significatives per classe social i nivell d'estudis, tot i que aquestes només es mantenen fins als 64 anys. En el grup de 65 anys o més, no es va identificar una associació significativa entre la categoria d'IMC i la classe social ($p = 0,236$), ni entre la categoria d'IMC i el nivell d'estudis ($p = 0,148$).

5.3 Malestar emocional

Panoràmica general. El 22,1% de la població catalana participant en l'ESCA 2023 va presentar malestar emocional, segons l'índex construït a partir de l'escala Warwick-Edimburgh Mental Well-being Scale. Inclou ítems com sentir-se útil, relaxat, tenir energia, afrontar bé els problemes, sentir-se bé amb un mateix, tenir confiança (seguretat) i tenir alegria.

El vincle dels determinants socials. Les dones van presentar un major risc de malestar emocional (26,8%) que els homes (17,2%). Aquesta diferència va ser

estadísticament significativa ($\chi^2= 52,2$; p-valor < 0,001), amb una mida de l'efecte petita (Phi = 0,115).

Taula 10. Malestar emocional segons sexe. Població de 15 anys o més. Catalunya. Any 2023

Dimensió 3. Malestar emocional						
	Sexe			Prova khi quadrat	P-valor	Mida de l'efecte
	Home (1.945)	Dona (2.007)	Total (3.952)			
Sí	17,2%	26,8%	22,1%	52,2	<0,001	0,115
No	82,8%	73,2%	77,9%			
Total	100%	100%	100%			

Font: elaboració pròpia a partir de les microdades de l'Enquesta de Salut de Catalunya 2023

També es va identificar una relació estadísticament significativa amb la classe social ($\chi^2= 21,8$; p-valor < 0,001). El 24,2% de les persones de classe III, corresponent a la classe baixa, presentaven malestar emocional, un percentatge més elevat que els de la classe II (22,1%) i la classe I (16,8%). Tot i aquesta associació significativa, la mida de l'efecte és negligible (V de Cramer = 0,075).

Taula 11. Malestar emocional segons la classe social basada en l'ocupació. Població de 15 anys o més. Catalunya. Any 2023

Dimensió 3. Malestar emocional							
	Classe social				Prova khi quadrat	P-valor	Mida de l'efecte
	Classe I (985)	Classe II (770)	Classe III (2.116)	Total (3.871)			
Sí	16,8%	22,1%	24,2%	21,9%	21,8	<0,001	0,075
No	83,2%	77,9%	75,8%	78,1%			
Total	100%	100%	100%	100%			

Font: elaboració pròpia a partir de les microdades de l'Enquesta de Salut de Catalunya 2023

Finalment, també es va percebre una relació estadísticament significativa entre el malestar emocional en funció del nivell d'estudis ($\chi^2= 41,4$; p-valor < 0,001).

El 38,1% de la població sense estudis i el 29,1% de la població amb estudis primaris presentava malestar emocional. Aquesta probabilitat continuava descendant a mesura que millorava el nivell formatiu, passant a ser del 21,4% entre la població amb estudis secundaris i del 18,4% entre la que té estudis universitaris. Tot i que l'associació és estadísticament significativa, la mida d'efecte és petita (V de Cramer =0,102).

Taula 12. Malestar emocional segons el nivell d'estudis. Població de 15 anys o més. Catalunya. Any 2023

Dimensió 3. Malestar emocional								
	Nivell d'estudis					Prova khi quadrat	P-valor	Mida de l'efecte
	Sense estudis (147)	Primaris (399)	Secundaris (2.468)	Universitaris (931)	Total (3.945)			
Sí	38,1%	29,1%	21,4%	18,4%	22,1%	41,4	<0,001	0,102
No	61,9%	70,9%	78,6%	81,6%	77,9%			
Total	100%	100%	100%	100%	100%			

Font: elaboració pròpia a partir de les microdades de l'Enquesta de Salut de Catalunya 2023

Control de l'efecte de l'edat. L'associació entre sexe i malestar emocional es va mantenir com a estadísticament significativa després de controlar per l'edat, tal com indica la prova de Mantel-Haenszel ($p < 0,001$). En concret, els homes presenten un 43% menys de probabilitat de patir malestar emocional que les dones, un cop ajustat l'efecte de l'edat (odds ratio ajustada = 0,574; IC95%: 0,492–0,669). Aquest resultat confirma que la relació entre sexe i malestar emocional és consistent entre grups d'edat (prova de Breslow-Day: $p = 0,679$). L'associació amb el malestar emocional també va resultar significativa per a la classe social i el nivell d'estudis, en el sentit que hem exposat anteriorment, tot i que amb excepcions: la relació amb la classe social no va ser significativa en el grup de 65 anys o més ($p = 0,60$) i la relació amb el nivell d'estudis no va assolir significació estadística en el grup de 15 a 44 anys ($p = 0,191$). Així, en la joventut, el nivell d'estudis pot tenir un impacte menor sobre el malestar emocional, mentre que en la vellesa, el pes de la classe social es veu substituït per altres determinants com la salut física o la solitud.

5.4 Depressió

Panoràmica general. El 23,2% de la població catalana participant a l'ESCA 2023 va presentar depressió, independentment del grau, segons l'escala PHQ8. Aquesta inclou 8 preguntes, les quals engloben l'anàlisi de diverses situacions (com valorar l'interès a fer les coses, astènia o dificultat per concentrar-se, entre altres) en les darreres dues setmanes.

El vincle dels determinants socials. Es va identificar una relació estadísticament significativa entre el gènere i el nivell de depressió ($\chi^2 = 89,1$; $p\text{-valor} < 0,001$). Es va observar que el percentatge de dones amb depressió era major en tots els graus del trastorn, destacant que el percentatge de casos greus de depressió és aproximadament el doble en dones que en homes. Tot i aquesta associació significativa, la mida de l'efecte és petita (V de Cramer = 0,150).

Taula 13. Depressió moderada o greu segons sexe. Població de 15 anys o més. Catalunya. Any 2023

Dimensió 4. Depressió moderada o greu						
	Sexe			Prova khi quadrat	P-valor	Mida de l'efecte
	Home (1.952)	Dona (2.007)	Total (3.959)			
Sense depressió	83,2%	70,9%	76,9%	89,1	<0,001	0,150
Depressió lleu	10,6%	17,0%	13,9%			
Depressió moderada	3,8%	6,4%	5,2%			
Depressió moderadament greu	1,5%	3,6%	2,6%			
Depressió greu	0,9%	2,0%	1,5%			
Total	100%	100%	100%			

Font: elaboració pròpia a partir de les microdades de l'Enquesta de Salut de Catalunya 2023

També es va avaluar l'associació entre la classe social basada en l'ocupació i la depressió i es va identificar una relació estadísticament significativa entre ambdues variables ($\chi^2 = 39,3$; p-valor < 0,001). El percentatge de persones amb depressió augmentava a mesura que disminuïa la classe social. En concret, el percentatge de persones amb depressió greu, moderadament greu o moderada era més del doble entre la classe III respecte a la classe I en totes les categories. Finalment, tot i que l'associació és estadísticament significativa, la seva força és feble (V de Cramer = 0,071).

Taula 14. Depressió moderada o greu segons la classe social basada en l'ocupació. Població de 15 anys o més. Catalunya. Any 2023

Dimensió 4. Depressió moderada o greu							
	Classe social				Prova khi quadrat	P-valor	Mida de l'efecte
	Classe I (991)	Classe II (766)	Classe III (2.120)	Total			
Sense depressió	82,5%	78,8%	73,9%	77,1%	39,3	<0,001	0,071
Depressió lleu	12,5%	12,5%	15,1%	13,9%			
Depressió moderada	2,9%	5,0%	6,1%	5,1%			
Depressió moderadament greu	1,4%	2,2%	3,1%	2,5%			
Depressió greu	0,7%	1,6%	1,7%	1,4%			
Total	100%	100%	100%	100%			

Font: elaboració pròpia a partir de les microdades de l'Enquesta de Salut de Catalunya 2023

Finalment, es va distingir una relació estadísticament significativa entre els nivells de depressió i el nivell d'estudis ($\chi^2= 86,0$; p-valor < 0,001). El percentatge de persones sense depressió era relativament superior en aquelles amb estudis universitaris (82,2%) comparat amb el percentatge amb estudis primaris o sense estudis (58,1%), amb una graduació creixent de la presència de depressió a mesura que decau el nivell educatiu assolit. El percentatge de població amb depressió, independentment del grau d'aquesta, era superior en la població amb estudis primaris o sense estudis (depressió lleu: 18,2%, depressió moderada: 14,2%, depressió moderadament greu: 6,8% i depressió greu: 2,7%) que entre la que presentava estudis universitaris (depressió lleu: 12,4%, depressió moderada: 3,0%, depressió moderadament greu: 1,3%, depressió greu: 1,1%). Tot i que l'associació és estadísticament significativa, la mida d'efecte és petita (V de Cramer = 0,147).

Taula 15. Depressió moderada o greu segons el nivell d'estudi. Població de 15 anys o més. Catalunya. Any 2023

Dimensió 4. Depressió								
	Nivell d'estudis					Prova khi quadrat	P-valor	Mida de l'efecte
	Sense estudis (148)	Primaris (398)	Secundaris (2.477)	Universitaris (932)	Total (3.955)			
Sense depressió	58,1%	69,3%	77,3%	82,2%	76,9%	86,0	<0,001	0,147
Depressió lleu	18,2%	19,3%	13,2%	12,4%	13,9%			
Depressió moderada	14,2%	4,8%	5,5%	3,0%	5,2%			
Depressió moderadament greu	6,8%	5%	2,5%	1,3%	2,6%			
Depressió greu	2,7%	1,5%	1,5%	1,1%	1,4%			
Total	100%	100%	100%	100%	100%			

Font: elaboració pròpia a partir de les microdades de l'Enquesta de Salut de Catalunya 2023

Control de l'efecte de l'edat. Les diferències en els nivells de depressió entre homes i dones es mantenen com a estadísticament significatives en tots els grups d'edat ($p < 0,05$). Així, per a tots els grups d'edat les dones presenten una major probabilitat de depressió que els homes i, a mesura que augmenta la intensitat de la depressió, també ho fa la diferència entre homes i dones. En termes de classe social, les diferències es mantenen en la mateixa direcció que hem comentat (en què a classe social més elevada hi ha un menor risc de depressió) fins al grup de 45 a 64 anys, i deixen de ser significatives per al grup de 65 anys i més ($p = 0,667$). En relació amb el nivell d'estudis,

en canvi, les diferències comencen a aparèixer com a significatives a partir dels 45 anys, mentre que en el perfil de població més jove el risc de depressió, a més de ser menor que en els altres grups d'edat, està més equilibrat entre els diversos nivells d'estudis ($p=0,340$).

5.5 Consum de tabac

Panoràmica general. El 77% de la població catalana de 15 anys o més no és consumidora de tabac, segons les dades de la mostra de l'ESCA. En canvi, el 3,1% fuma de forma ocasional i gairebé una cinquena part de la població, el 19,5%, fuma diàriament.

El vincle dels determinants socials. Aquests valors varien de forma estadísticament significativa en funció dels determinants socials inclosos a l'estudi. En relació amb el sexe ($\chi^2= 19,1$; p -valor $< 0,001$), es va apreciar que el percentatge d'homes fumadors diaris (22,1%) és més elevat que el de les dones (16,9%). A més, el percentatge de dones que no fuma gens (80,2%) era lleugerament més elevat que el dels homes (74,5%). Tot i que l'associació és estadísticament significativa, la seva intensitat és negligible (V de Cramer = 0,069).

Taula 16. Consum de tabac segons sexe. Població de 15 anys o més. Catalunya. Any 2023

Dimensió 5. Consum tabac (≥ 15 anys)						
	Sexe			Prova khi quadrat	P-valor	Mida de l'efecte
	Home (1.961)	Dona (2.021)	Total (3.982)			
No fuma gens	74,5%	80,3%	77,4%	19,1	<0,001	0,069
Actualment fuma ocasionalment (menys d'un cop al dia)	3,4%	2,8%	3,1%			
Actualment fuma cada dia	22,1%	16,9%	19,5%			
Total	100%	100%	100%			

Font: elaboració pròpia a partir de les microdades de l'Enquesta de Salut de Catalunya 2023

També es va avaluar l'associació entre la classe social basada en l'ocupació i el consum de tabac en persones majors de 15 anys i es va identificar una relació estadísticament significativa entre ambdues variables ($\chi^2= 34,2$; p -valor $< 0,001$). El percentatge de persones que fumen diàriament augmentava a mesura que la classe social era més

baixa: per exemple, un 22,5% de les persones de classe III fumaven cada dia, en comparació amb un 13,9% a la classe I. En canvi, el consum ocasional de tabac era més freqüent entre les classes socials més altes: el 3,9% de les persones de classe I fumaven de manera esporàdica, davant del 2,6% a la classe III. El percentatge de persones no fumadores era superior entre la classe I (82,2%), respecte a la classe II (77,1%) i III (74,9%). Finalment, tot i que l'associació és estadísticament significativa, la seva força és feble (V de Cramer = 0,066).

Taula 17. Consum de tabac segons classe social basada en l'ocupació. Població de 15 anys o més. Catalunya. Any 2023

Dimensió 5. Consum tabac (≥15 anys)							
	Classe social				Prova khi quadrat	P-valor	Mida de l'efecte
	Classe I (992)	Classe II (775)	Classe III (2.133)	Total (3.900)			
No fuma gens	82,2%	77,1%	74,9%	77,2%	34,2	<0,001	0,066
Actualment fuma ocasionalment (menys d'un cop al dia)	3,9%	3,5%	2,6%	3,1%			
Actualment fuma cada dia	13,9%	19,4%	22,5%	19,7%			
Total	100%	100%	100%	100%			

Font: elaboració pròpia a partir de les microdades de l'Enquesta de Salut de Catalunya 2023

Finalment, també es va identificar una relació estadísticament significativa entre el consum de tabac i el nivell formatiu ($\chi^2 = 38,3$; p-valor < 0,001). El percentatge de persones que fumaven diàriament era inferior entre les que no tenien estudis (11,3%) o presentaven estudis primaris (17,2%) que en aquelles amb estudis secundaris (22%). No obstant això, entre la població amb estudis universitaris aquest hàbit queia lleugerament de nou (15,1%). Pel que fa a l'hàbit de no fumar, aquesta probabilitat cau progressivament a mesura que augmenta el nivell formatiu fins als estudis secundaris (el 74,8% no fuma mai), i torna a créixer entre la població amb estudis universitaris (el 81% no fuma mai). El consum ocasional de tabac també era més freqüent entre la població amb estudis universitaris (3,9%) que en la població amb estudis primaris o sense estudis (1,4%). Finalment, tot i que existeixi una associació estadísticament significativa, la mida d'efecte és feble (V de Cramer = 0,0697).

Taula 18. Consum tabac (≥ 15 anys) segons el nivell d'estudis. Població de 15 anys o més. Catalunya. Any 2023

	Dimensió 5. Consum tabac (≥ 15 anys)							
	Nivell d'estudis				Total	Prova khi quadrat	P-valor	Mida de l'efecte
	Sense estudis (150)	Primaris (406)	Secundaris (2485)	Universitaris (936)				
No fuma gens	87,3%	81,5%	74,8%	81,0%	77,4%	38,3	<0,001	0,069
Actualment fuma ocasionalment (menys d'un cop al dia)	1,3%	1,2%	3,2%	4,0%	3,1%			
Actualment fuma cada dia	11,3%	17,2%	22,0%	15,1%	19,5%			
Total	100%	100%	100%	100%	100%			

Font: elaboració pròpia a partir de les microdades de l'Enquesta de Salut de Catalunya 2023

Control de l'efecte de l'edat. L'efecte del sexe es manté com a significatiu en els grups de 15 a 44 anys ($p < 0,001$) i de 65 anys o més ($p = 0,004$). En tots dos casos, els homes tenen més probabilitats de fumar (sobretot, cada dia) i les dones tenen més probabilitats de no fumar gens. En el grup de 45 a 64 anys, no obstant això, l'efecte del sexe ha resultat no significatiu, a causa d'un augment en la probabilitat de fumar diàriament entre les dones a un nivell similar als dels homes. Pel que fa a la classe social i al nivell d'estudis, en canvi, les diferències es centren en els dos primers grups d'edat, en què un major nivell educatiu i una millor classe social s'associen a una menor probabilitat de fumar. Per exemple, la probabilitat de fumar diàriament és del 26,3% entre la població de 16 a 44 anys amb estudis primaris, i del 27,4% entre la de 45 a 64 anys amb aquest nivell formatiu, mentre que entre la població amb estudis universitaris els percentatges són del 16,5% i del 15,7%, respectivament. La relació deixa de ser significativa a partir dels 65 anys, en què augmenta el percentatge de població amb estudis primaris o amb classe social baixa que no fuma gens, assimilant-se als comportaments de la població amb major nivell formatiu i amb major posició de classe.

5.6 Consum de risc d'alcohol

Panoràmica general. El 66,6% de la població catalana participant en l'ESCA 2023 era consumidora d'alcohol. Separant aquests percentatges, el 61,2% era població consumidora de baix risc i el 5,4% de risc. Per a aquesta avaluació es va mesurar amb l'índex de consum d'alcohol a través de la Unitat de Beguda Estàndard.

El vincle dels determinants socials. Es va avaluar l'associació entre el sexe i el consum de risc d'alcohol (≥ 15 anys) i es va identificar una relació estadísticament significativa entre ambdues variables ($\chi^2 = 100,7$; p-valor $< 0,001$).

Es va observar que el percentatge d'homes que presenten un consum de risc d'alcohol (7,8%) és major que en dones (3,1%). D'altra banda, el percentatge de dones que s'abstenen de l'alcohol (39,8%) és substancialment superior al d'homes (26,9%). Tot i aquesta associació significativa, la mida de l'efecte és feble (V de Cramer = 0,159).

Taula 19. Consum de risc d'alcohol (≥ 15 anys) segons el sexe. Població de 15 anys o més. Catalunya. Any 2023

Dimensió 6. Consum de risc d'alcohol (≥ 15 anys)						
	Sexe			Prova khi quadrat	P-valor	Mida de l'efecte
	Home (1.961)	Dona (2.021)	Total (3.982)			
No bevedor	26,9%	39,8%	33,5%	100,7	<0,001	0,159
Bevedor de baix risc	65,3%	57,1%	61,2%			
Bevedor de risc	7,8%	3,1%	5,4%			
Total	100%	100%	100%			

Font: elaboració pròpia a partir de les microdades de l'Enquesta de Salut de Catalunya 2023

D'altra banda, també es va identificar una relació estadísticament significativa entre el consum d'alcohol i la classe social ($\chi^2 = 137$; p-valor $< 0,001$), en el sentit que el percentatge de persones que no consumien alcohol augmentava a mesura que la classe social era més baixa. Paral·lelament, el consum d'alcohol de baix risc era més habitual entre les classes socials més altes: el 74,6% de les persones de classe I en feien, en comparació amb el 65,5% de la classe II i el 54,1% de la classe III. Pel que fa al consum de risc, els percentatges eren similars entre totes les classes. Finalment, tot i que l'associació és estadísticament significativa, la seva força és feble (V de Cramer = 0,132).

Taula 20. Consum d'alcohol segons classe social basada en l'ocupació. Població de 15 anys o més. Catalunya. Any 2023

Dimensió 6. Consum de risc d'alcohol (≥ 15 anys)							
	Classe social				Prova khi quadrat	P-valor	Mida de l'efecte
	Classe I (992)	Classe II (774)	Classe III (2.133)	Total (3.899)			
No bevedor	20,1%	29,2%	40,3%	33,0%	137	<0,001	0,132
Bevedor de baix risc	74,6%	65,5%	54,1%	61,6%			

Bevedor de risc	5,3%	5,3%	5,5%	5,4%			
Total	100%	100%	100%	100%			

Font: elaboració pròpia a partir de les microdades de l'Enquesta de Salut de Catalunya 2023

En darrer terme, també es va apreciar una relació estadísticament significativa entre el consum d'alcohol i el nivell d'estudis ($\chi^2= 189,6$; p-valor < 0,001). El percentatge de persones que no consumien alcohol era superior en la població sense estudis (56,0%) o estudis primaris (50,7%) que en la població amb estudis secundaris (34,7%) o universitaris (19,0%). No obstant això, el consum de baix risc era superior entre les persones amb estudis universitaris (76,5%) i secundaris (59,4%), en comparació amb les persones amb estudis primaris (19,3%) o sense estudis (41,3%). Pel que fa al consum de risc, els percentatges eren similars entre tots els nivells d'estudis, tot i que tènueament més elevat entre les persones amb nivells d'estudis primaris i secundaris. Finalment, sumant-li que l'associació és estadísticament significativa, la seva força és feble (V de Cramer = 0.154).

Taula 21. Consum de risc d'alcohol (≥ 15 anys) segons el nivell d'estudi. Població de 15 anys o més. Catalunya. Any 2023

Dimensió 6. Consum risc alcohol (≥ 15 anys)								
	Nivell d'estudis					Prova khi quadrat	P-valor	Mida de l'efecte
	Sense estudis (150)	Primaris (406)	Secundaris (2.485)	Universitaris (936)	Total (3.977)			
No bevedor	56,0%	50,7%	34,7%	19,0%	76,9%	189,6	<0,001	0,154
Bevedor de baix risc	41,3%	19,3%	59,4%	76,5%	13,9%			
Bevedor de risc	2,7%	5,2%	5,9%	4,5%	5,2%			
Total	100%	100%	100%	100%	100%			

Font: elaboració pròpia a partir de les microdades de l'Enquesta de Salut de Catalunya 2023

Control de l'efecte de l'edat. Les diferències que hem detectat per raó de gènere, de classe social i de nivell d'estudis es mantenen en tots els grups d'edat (sempre $p < 0,001$). Les dones presentaven una major probabilitat de ser no bevedores, de manera transversal, i els homes la tenien de ser-ho de risc (en aquest cas, el diferencial per raó de gènere és considerable). A nivell de classe social i de nivell d'estudis, les classes baixes i la població sense estudis o amb estudis primaris, presentaven una major probabilitat de no ser bevedores, mentre que les classes mitjanes i altes i la població amb estudis secundaris o universitaris tenien una major probabilitat de ser bevedores

de baix risc. Un cop controlada l'edat, generalment les diferències en la categoria de bevedors de risc van ser poc rellevants, però en alguns casos van presentar un comportament oposat a la tònica general: per exemple, amb un major risc de ser bevedor de risc entre la població amb nivell formatiu més baix.

5.7 Activitat física saludable

Panoràmica general. Segons l'ESCA 2023, el 58,5% de la població catalana (15-69 anys) realitza activitat física d'intensitat moderada, mentre que el 16% practica activitat de baixa intensitat, i el 25,5% d'intensitat alta.

El vincle dels determinants socials. La distribució d'aquests percentatges varia de manera estadísticament significativa en funció dels determinants socials del nostre treball. En relació amb el sexe ($\chi^2= 98,9$; p-valor < 0,001), el percentatge de dones que fan activitat física de baixa i moderada intensitat és major que el d'homes, mentre que els homes practiquen més activitat física d'alta intensitat (32,8%) que les dones (18,0%). Tot i aquesta associació significativa, la mida de l'efecte és feble (V de Cramer = 0,171).

Taula 22. Activitat física saludable segons sexe. Població de 15-69 anys. Catalunya. Any 2023

Dimensió 7. Activitat física saludable (15-69 anys)						
	Sexe			Prova khi quadrat	P-valor	Mida de l'efecte
	Home (1.699)	Dona (1.666)	Total (3.365)			
Baixa	13,7%	18,4%	16,0%	98,9	<0,001	0,171
Moderada	53,4%	63,6%	58,5%			
Alta	32,8%	18,0%	25,5%			
Total	100%	100%	100%			

Font: elaboració pròpia a partir de les microdades de l'Enquesta de Salut de Catalunya 2023

Pel que fa a la classe, la relació no va ser estadísticament significativa entre ambdues variables ($\chi^2= 4,53$; p-valor = 0,339), és a dir, els nivells d'activitat física no semblen variar entre les diverses classes socials. Al voltant d'una de cada quatre persones practica activitat física d'intensitat alta, al voltant del 60% ho fa de forma moderada i la resta ho fa amb una intensitat baixa.

Taula 23. Activitat física saludable (15-69 anys) segons la classe social basada en l'ocupació. Població de 15 anys o més. Catalunya. Any 2023

Dimensió 7. Activitat física saludable (15-69 anys)							
	Classe social				Prova khi quadrat	P-valor	Mida de l'efecte
	Classe I (878)	Classe II (655)	Classe III (1.780)	Total (3.313)			
Baixa	13,8%	16,8%	16,6%	15,9%	4,53	0,339	0,0261
Moderada	60,6%	57,1%	57,9%	58,5%			
Alta	25,6%	26,2%	25,4%	25,6%			
Total	100%	100%	100%	100%			

Font: elaboració pròpia a partir de les microdades de l'Enquesta de Salut de Catalunya 2023

Pel que fa al nivell d'estudis, sí que es va observar una relació estadísticament significativa amb el nivell d'activitat física ($\chi^2=16,9$; p-valor=0,009), tot i que la mida de l'efecte va ser modesta (V de Cramer=0,050). Les persones amb estudis universitaris són les que presenten més sovint nivells d'activitat física moderada o alta (63,1% i 23,3%, respectivament), mentre que la pràctica d'activitat física baixa és més habitual entre les persones sense estudis (26,4%).

Taula 24. Activitat física saludable segons nivell d'estudis. Població de 15-69 anys. Catalunya. Any 2023

Dimensió 7. Activitat física saludable (15-69 anys)								
	Nivell d'estudis					Prova khi quadrat	P- valor	Mida de l'efecte
	Sense estudis (53)	Primaris (256)	Secundaris (2.174)	Universitaris (875)	Total (3.358)			
Baixa	26,4%	17,6%	16,6%	13,6%	16,0%	16,9	0,009	0,050
Moderada	58,5%	57,4%	56,8%	63,1%	58,5%			
Alta	15,1%	25,0%	26,7%	23,3%	25,5%			
Total	100%	100%	100%	100%	100%			

Font: elaboració pròpia a partir de les microdades de l'Enquesta de Salut de Catalunya 2023

Control de l'efecte de l'edat. L'edat modula la relació entre les variables de referència i el nivell d'activitat física, tot i que amb comportaments diferents segons cada dimensió. En relació amb el gènere, l'efecte de l'edat és pràcticament irrellevant: un cop controlat, els homes presenten de manera consistent una probabilitat superior de practicar activitat física, especialment d'alta intensitat. Aquesta diferència és especialment marcada a partir dels 65 anys, quan el nivell d'activitat física en les dones disminueix notablement, mentre que en els homes es manté més estable.

Pel que fa a la classe social, no s'observen diferències significatives entre grups en cap franja d'edat, de manera que l'absència de relació observada globalment es manté després d'haver controlat l'edat.

En canvi, en relació amb el nivell d'estudis, s'identifiquen patrons diferenciats: entre els 15 i els 44 anys, les persones amb estudis primaris mostren una probabilitat més elevada de fer activitat física d'alta intensitat, però aquest patró s'inverteix a mesura que augmenta l'edat. A partir dels 45 anys, aquestes persones redueixen considerablement el seu nivell d'activitat física, mentre que les persones amb estudis universitaris tendeixen a mantenir una pràctica més regular, especialment a nivells d'intensitat moderada.

5.8 Dieta mediterrània

Panoràmica general. Segons les dades de l'ESCA 2023, els resultats de les recomanacions de seguiment de la dieta mediterrània mostren que el percentatge de població amb una adherència alta o mitjana a la dieta mediterrània és del 56,3%, mentre que la no adherència és del 43,7%.

El vincle dels determinants socials. El sexe apareix com una variable relacionada significativament amb l'adherència a la dieta mediterrània ($\chi^2= 27,7$; p-valor < 0,001), ja que el percentatge d'homes que no segueixen les recomanacions de dieta mediterrània era major (47,9%) que el de dones (39,6%). En conseqüència, el percentatge de dones que presentaven una adherència mitjana o alta a la dieta era superior (60,4%) al dels homes (52,1%). Tot i aquesta associació significativa, la mida de l'efecte és feble (V de Phi = 0,084).

Taula 25. Dieta mediterrània (≥15 anys) segons el sexe. Població de 15 anys o més. Catalunya. Any 2023

Dimensió 8. Dieta mediterrània (≥15 anys)						
	Sexe			Prova khi quadrat	P-valor	Mida de l'efecte
	Home (1.917)	Dona (1.998)	Total (3.915)			
No segueix les recomanacions de dieta mediterrània	47,9%	39,6%	43,7%	27,7	<0,001	0,084
Dieta mediterrània (adherència mitjana o alta)	52,1%	60,4%	56,3%			
Total	100%	100%	100%			

Font: elaboració pròpia a partir de les microdades de l'Enquesta de Salut de Catalunya 2023

El mateix va succeir amb la classe social, en què també es va identificar una relació estadísticament significativa amb l'adherència a la dieta mediterrània ($\chi^2= 61,4$; p-valor < 0,001). El percentatge de persones que mantienien una adherència a la dieta mediterrània era superior a mesura que augmentava la classe social: el 64,4% de les persones de classe I seguien les recomanacions de la dieta mediterrània, en comparació amb el 61,6% de la classe II i el 50,7% de la classe III. Finalment, tot i que l'associació és estadísticament significativa, la seva força és feble (V de Cramer = 0,127).

Taula 26. Dieta mediterrània (≥ 15 anys) segons classe social basada en l'ocupació. Població de 15 anys o més. Catalunya. Any 2023

Dimensió 8. Dieta mediterrània (≥ 15 anys)							
	Classe social				Prova khi quadrat	P-valor	Mida de l'efecte
	Classe I (967)	Classe II (767)	Classe III (2.101)	Total (3.835)			
No segueix les recomanacions de dieta mediterrània	35,6%	38,4%	49,3%	43,6%	61,4	<0,001	0,127
Dieta mediterrània (adherència mitjana o alta)	64,4%	61,6%	50,7%	56,4%			
Total	100%	100%	100%	100%			

Font: elaboració pròpia a partir de les microdades de l'Enquesta de Salut de Catalunya 2023

Finalment, el nivell d'estudis també es va vincular a les probabilitats d'adherència a la dieta mediterrània. Es va identificar una relació estadísticament significativa entre ambdues variables ($\chi^2= 45,9$; p-valor < 0,001). El percentatge de persones que presentaven una adherència mitjana o alta a la dieta va ser superior en aquelles persones amb estudis universitaris (65,6%), respecte a les persones amb estudis primaris (51,5%), secundaris (53,4%) o sense estudis (61,1%). Finalment, tot i que l'associació és estadísticament significativa, la seva força és petita (V de Cramer = 0,118).

Taula 27. Dieta mediterrània (≥ 15 anys) segons nivell d'estudis. Població de 15 anys o més. Catalunya. Any 2023

Dimensió 8. Dieta mediterrània (≥ 15 anys)							
	Nivell d'estudis				Prova khi quadrat	P-valor	Mida de l'efecte
	Sense estudis (149)	Primaris (396)	Secundaris (2447)	Universitaris (917)			

No segueix les recomanacions de dieta mediterrània	38,9%	48,5%	46,6%	34,4%	43,6%	45,9	p<0,001	0,118
Dieta mediterrània (adherència mitjana o alta)	61,1%	51,5%	53,4%	65,6%	56,4%			
Total	100%	100%	100%	100%	100%			

Font: elaboració pròpia a partir de les microdades de l'Enquesta de Salut de Catalunya 2023

Control de l'efecte de l'edat. Els resultats mostren un efecte significatiu del sexe en els grups d'edat joves i d'edat mitjana, però no entre la població de més edat. En els grups de 15 a 44 anys i de 45 a 64 anys, les dones presenten una probabilitat aproximadament 10 punts percentuals superior de seguir la dieta mediterrània en comparació amb els homes ($p < 0,001$). En canvi, en el grup de 65 anys o més, les diferències entre sexes es redueixen notablement i deixen de ser estadísticament significatives ($p = 0,375$), fet que s'explica per una millora substancial en l'adherència entre els homes grans (aproximadament 20 punts percentuals més respecte als homes més joves). La raó de probabilitats comuna estimada segons el mètode de Mantel-Haenszel és d'1,383, amb un interval de confiança al 95% entre 1,216 i 1,571. Aquesta estimació és estadísticament significativa ($p < 0,001$), fet que indica que, de manera general, les dones tenen una probabilitat significativament més alta de seguir la dieta mediterrània en comparació amb els homes, tot controlant per l'edat.

Pel que fa a la classe social, les diferències són estadísticament significatives altra vegada fins al grup d'edat més avançada (en què $p < 0,231$). Generalment, la classe alta presenta una major adherència a la dieta mediterrània que la classe baixa (una diferència que és de prop de 20 punts, d'un 60,2% a un 41,5%, dels 15 als 44 anys). Posteriorment, aquesta diferència s'atenua i, com diem, deixa de ser significativa a partir dels 65 anys, a causa d'una millora general de l'adherència entre la població de classe baixa (l'adherència ja supera el 60% en aquesta franja d'edat, per a aquesta classe). Aquest mateix comportament es reproduïx, també, per al nivell d'estudis, amb una atenuació de les diferències (que d'entrada són clarament favorables per a la població amb estudis universitaris, amb un seguiment de prop del doble que la població amb estudis primaris entre els 15 i 44 anys) i una equiparació en endavant (a partir dels 65 anys ja no hi ha diferències significatives segons nivell d'estudis: $p = 0,194$).

6. Discussió

Una vegada exposats els resultats de la nostra anàlisi empírica, en aquest apartat es contrasten amb la bibliografia científica prèviament revisada, per tal d'aprofundir i comprendre el paper d'aquests determinants socials en la salut de la població.

6.1 Gènere

Aquest estudi ha examinat l'associació entre el gènere, entès com una construcció social, i les diverses problemàtiques de salut esmentades (obesitat, consum de substàncies i salut mental), a partir de les dades obtingudes de l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA).

Pel que fa a l'obesitat, els patrons alimentaris i l'estil de vida, els resultats d'aquest treball evidencien una major prevalença de sobrepès en homes (41,0%) en comparació amb les dones (28,7%), així com una prevalença d'obesitat lleugerament superior en el sexe masculí (17,5%) respecte al femení (16,9%). Així mateix, s'identifica una menor adherència a la dieta mediterrània entre els homes (47,9%) en relació amb les dones (39,6%).

Aquestes troballes són consistents amb l'evidència científica prèvia. Per exemple, Gullón et al. (2021), en un estudi on descriuen les iniquitats socials en els factors de risc cardiovascular en homes i dones, assenyalen una prevalença més elevada d'obesitat en homes en el context de les desigualtats socials en els factors de risc cardiovascular. Gutiérrez et al. (2024), en un estudi sobre la trajectòria del sobrepès i l'obesitat infantil a Espanya, també detecten una prevalença superior en nens en comparació amb nenes. Igualment, Shengeliya et al. (2022) en un estudi sobre la relació entre l'índex de rodonesa corporal i diverses variables sociodemogràfiques, apunten que el sexe masculí constitueix un factor de risc per a presentar un índex elevat de rodonesa corporal (BRI), indicador estretament relacionat amb l'obesitat. De manera anàloga, Marina et al. (2024), utilitzant l'Equació Córdoba per l'Estimació de la Grassa Corporal (ECORE-BF) per avaluar la composició corporal, identifiquen una prevalença d'obesitat superior en el sexe masculí, així com una menor adherència a la dieta mediterrània entre aquest col·lectiu (41%), respecte a les dones (51,4%). Mestre et al. (2023) conclouen que, en pràcticament totes les escales utilitzades per mesurar l'obesitat i el sobrepès, els homes obtenen valors més elevats que les dones, corroborant aquesta tendència.

Pel que fa al consum de substàncies tòxiques, l'anàlisi realitzada revela que el percentatge d'homes (7,7%) amb un consum d'alcohol de risc (≥ 15 anys) és superior al

de les dones (3,1%). A més, en relació al consum de tabac (≥ 15 anys), independentment de la freqüència, els homes presenten una prevalença més elevada que les dones. Aquests resultats també són coherents amb els estudis prèviament revisats. Segons Gullón et al. (2021), els homes presenten una major prevalença de tabaquisme en comparació amb les dones. Marina et al. (2024) observen una diferència similar, amb un 37% d'homes fumadors enfront d'un 33% de dones fumadores. L'estudi realitzat per Sureda et al. (2017) va revelar que el percentatge d'homes que realitzaven un consum d'alcohol de baix risc (75,4%) era superior al de les dones (53,4%).

Finalment, en relació amb els problemes de salut mental, la nostra anàlisi va indicar que els homes tenen una millor autopercepció de la salut en comparació amb les dones. Conseqüentment, a López (2019), en un estudi sobre la percepció de l'estat de salut de les dones des de la perspectiva dels determinants socials, es conclou que les dones tenen una percepció més negativa del seu estat de salut respecte als homes. Els nostres resultats mostren que el percentatge de dones amb malestar emocional (26,7%) és superior al dels homes (17,2%). A més, les dones presenten una prevalença més alta de depressió en tots els graus del trastorn. Per exemple, el percentatge de dones amb depressió greu és del 2,0%, en contrast amb un 0,9% en homes. Aquests resultats són concordants amb la bibliografia consultada. Bacigalupe et al. (2020) van realitzar un estudi amb l'objectiu de descriure les desigualtats de gènere en salut mental, on es va observar que la prevalença de mala salut mental era superior en les dones (23,4%) en comparació amb els homes (15,6%). Concretament, la freqüència de diagnòstics de depressió i ansietat en dones va ser del 19,4%, mentre que en els homes va ser del 8,5%. L'estudi també va evidenciar que les dones tenien més del doble de probabilitat de ser diagnosticades amb depressió o ansietat en comparació amb els homes. Sánchez-Moreno et al. (2025), en un estudi sobre la relació entre l'estatus socioeconòmic i la depressió, van trobar que la soledat influïa significativament en el risc de superar el llindar de l'Escala de Depressió Geriàtrica (GDS), sent aquest risc més alt en dones. González-Rabágo et al. (2015), en un estudi sobre desigualtat social i salut a Espanya, també indiquen que les dones presenten una pitjor salut mental que els homes en tots els grups socials. Carrere et al. (2021) van dur a terme una anàlisi comparativa entre l'estat de salut de la població participant en un programa de lluita contra la pobresa energètica i la població sense pobresa energètica. Els resultats van revelar que, en tots els nivells de pobresa energètica, les dones presentaven una major prevalença de trastorns com la depressió i/o l'ansietat. Segons Valero et al. (2022), en un estudi sobre la relació entre precarietat laboral i la salut mental, van concloure que les persones en

situació de precarietat laboral alta o moderada presentaven nivells més alts de mala salut mental, essent les dones les que es trobaven en una situació de major vulnerabilitat laboral. Les desigualtats de gènere en salut mental poden estar influenciades per una combinació de factors biològics, socials i culturals. Si bé determinades característiques hormonals de les dones poden predisposar-les a patir trastorns mentals, aquesta explicació no és suficient per si sola, ja que cal considerar el context social i les construccions de gènere. D'una banda, la major prevalença de depressió en dones podria estar relacionada amb el fet que els criteris diagnòstics sovint es basen en símptomes que s'associen amb comportaments considerats femenins, com el plor o la sensibilitat emocional. Per contra, els homes, influïts per models de masculinitat que rebutgen la vulnerabilitat, poden expressar el malestar psicològic a través de conductes com l'agressivitat o el consum de substàncies, la qual cosa pot dificultar el diagnòstic de trastorns com la depressió en aquest col·lectiu. A més, aquesta major prevalença podria estar relacionada una major exposició de les dones a condicions de vida desfavorables en societats patriarcales: desigualtat en l'àmbit laboral, sobrecàrrega domèstica i de cures, exclusió social, violència masclista, discriminació per raó de gènere, menor accés als espais de poder i menor disponibilitat de recursos que protegeixin la salut mental. Per últim, diversos estudis demostren que les dones són més vulnerables als processos de medicalització, presentant més probabilitat de ser diagnosticades i tractades amb psicofàrmacs davant els mateixos símptomes que els homes. (Bacigalupe et al., 2020)

6.2 Classe social basada en l'ocupació

La classe social basada en l'ocupació ha estat un altre dels determinants socials estudiats en aquest treball, per tal d'analitzar la seva influència sobre els diversos problemes de salut. En relació amb la seva connexió amb l'obesitat, els hàbits alimentaris i l'estil de vida, l'anàlisi realitzada revela que tant el percentatge de sobrepès com el d'obesitat eren més alts entre les persones pertanyents a la classe III (treballadors manuals) en comparació amb aquelles de les classes II (ocupacions intermèdies i treballadors per compte propi) i I (directors i gerents i professionals universitaris). Aquesta observació es corrobora amb la literatura prèviament revisada: Gutiérrez et al.(2023), en un estudi sobre la relació entre la Situació Ponderal (SP) d'escolars i les variables sociodemogràfiques, van identificar que l'obesitat i el sobrepès disminuïen a mesura que augmentava el nivell d'ingressos de la llar. Es va observar que, a menor nivell adquisitiu, més elevat era l'IMC i més comuns eren els hàbits no saludables. Per la seva part, Gullón et al. (2021) van concloure que les classes socials

més desfavorides presentaven una prevalença superior de factors de risc cardiovascular, entre els quals s'inclou l'obesitat. Shengeliya et al. (2022) van identificar que els valors de l'índex de rodonesa corporal augmentaven a mesura que descendia la classe social, indicant així una major prevalença de sobrepès i obesitat. Marina et al. (2024) va observar una relació inversa entre aquestes variables. Els valors d'ECORE augmentaven a mesura que disminuïa la classe social i el nivell educatiu, establint que la prevalença d'obesitat era més alta entre les persones amb un nivell socioeconòmic baix. Mestre et al. (2023) van trobar que la prevalença de valors elevats en totes les escales utilitzades per valorar el sobrepès i l'obesitat es correlacionava positivament amb una disminució de la classe social i del nivell socioeconòmic.

Diversos estudis han evidenciat una relació entre una classe social desfavorida i un baix nivell d'estudis amb una major prevalença d'obesitat. Entre els motius que podrien explicar aquesta tendència es troben la limitació d'accés a aliments saludables per motius econòmics, la reduïda accessibilitat a instal·lacions per a la pràctica d'activitat física, així com uns nivells elevats d'estrès derivats de viure en condicions socioeconòmiques precàries. Aquests elements poden afavorir l'adopció d'hàbits alimentaris inadequats, que contribueixen progressivament a l'augment de pes (Marina et al., 2024).

Pel que fa al consum de substàncies tòxiques, els resultats del nostre estudi van evidenciar que el consum de tabac en persones majors de 15 anys, tot i que el consum ocasional era lleugerament superior en les persones de classe social més alta, la prevalença de consum diari augmentava a mesura que disminuïa la classe social. Els percentatges observats van ser els següents: classe I (13,9%), classe II (19,4%) i classe III (22,5%). Aquests resultats coincideixen amb investigacions prèvies. Gullón et al. (2021) van identificar que les classes socials més desfavorides presentaven una major prevalença de tabaquisme.

D'altra banda, Esteban et al. (2020) van analitzar les diferències en diversos indicadors socio-sanitaris en funció de l'índex de vulnerabilitat (elaborat a partir de variables com la renda mitjana per llar i el nivell d'estudis, entre d'altres), i van observar una prevalença superior de consum de tabac en els districtes amb una major vulnerabilitat, especialment entre els homes. Valero et al. (2023), en un anàlisi sobre les desigualtats socioeconòmiques en l'evolució del consum de tabac entre 2013-2018 al País Basc, van trobar que el tabaquisme era més prevalent entre la població amb una situació socioeconòmica més precària.

Un dels possibles motius pels quals les persones de classes socials més desafavorides presenten un major consum de tabac és que aquesta substància es percep com un mecanisme per gestionar l'estrès, regular l'estat d'ànim i afrontar les dificultats derivades de situacions socials adverses. A més, tot i que el consum de tabac pot haver estat estigmatitzat entre els grups socioeconòmics més alts, en els sectors amb menys recursos econòmics continua sent socialment més acceptat (Haeberer, 2020).

En referència al consum d'alcohol en funció de la classe social, els resultats d'aquesta anàlisi mostren que el percentatge de persones que s'abstenen de consumir alcohol augmenta a mesura que disminueix la classe social. A més, el 74,6% de les persones de classe I feien un consum de baix risc, en comparació amb un 54,1% de la classe III. Quant al consum de risc, els percentatges eren similars entre totes les classes socials. Aquesta afirmació coincideix amb la bibliografia revisada: Obradors (2015), en una anàlisi on analitza els factors individuals i contextuals i la seva associació amb el consum d'alcohol en joves a Catalunya, va concloure que s'establí una relació directament proporcional entre el nivell socioeconòmic, incloent com a indicadors la classe social i el nivell d'estudis dels pares i el consum de risc dels fills, és a dir, a major nivell socioeconòmic dels pares, major consum de risc feien els joves. El mateix autor sosté que un dels motius pels quals aquest consum és més elevat entre les persones amb un major estatus socials podria ser la seva major disponibilitat econòmica.

Pel que fa a la influència de la classe social sobre els indicadors de salut mental, els resultats del nostre estudi van revelar que la prevalença de persones que percebien tenir un estat de salut autopercebut excel·lent era més alta entre les persones de classe I en comparació amb les de classe III. En canvi, la proporció de persones de classe III que percebien el seu estat de salut com a dolent era més gran. Benach et al. (2015) van investigar la relació entre la precarietat laboral i la salut mental i autopercebuda. Els resultats van indicar que, a mesura que augmentava el nivell de precarietat, es presentava una pitjor percepció de la salut mental i autopercebuda.

Respecte al malestar emocional, la nostra anàlisi va evidenciar que el percentatge de persones que reportaven malestar emocional era més elevat entre la classe III (24,2%) en comparació amb la classe II (22%) i la classe I (16,4%). Concretament, el percentatge de persones amb depressió moderada o greu augmentava a mesura que disminuïa la classe social. Específicament, la prevalença de depressió era més del doble entre les persones de la classe III en comparació amb les de la classe I. Aquests resultats són consistents amb la bibliografia consultada. Bacigalupe et al. (2020) van identificar un gradient social en relació amb la mala salut mental: tant en homes com en dones, la

prevalença de diagnòstics de depressió i ansietat era considerablement més elevada a mesura que disminuïa el nivell socioeconòmic. Així mateix, Sánchez-Moreno et al. (2025) van concloure que la probabilitat de patir depressió era un 86% més alta entre els participants amb dificultats econòmiques. D'altra banda, González-Rábago (2015) va demostrar que la prevalença de mala salut mental augmentava a mesura que disminuïa la posició socioeconòmica. Els homes de classe social més desfavorable presentaven un 61% més de risc de patir mala salut mental, mentre que les dones d'aquesta mateixa classe social tenien un 114% més de risc. L'estudi també va indicar que la probabilitat de patir mala salut mental es triplicava entre els homes aturats i es duplicava entre les dones aturades. Aquest mateix autor sosté que aquest fet podria explicar-se no només amb l'absència d'ingressos en l'àmbit econòmic, sinó a aspectes socials com el baix estatus social, la pèrdua d'autoestima, la manca d'activitat física i mental i la manca de realització personal.

D'altra banda, Carrere et al. (2021) van identificar que la probabilitat de patir depressió i/o ansietat era superior entre la població en situació de pobresa energètica. Valero et al. (2021) van examinar la relació entre la precarietat laboral i la salut mental d'homes i dones al País Basc. Els resultats van evidenciar un gradient social en la mala salut mental, tant en homes com en dones, amb una prevalença un 17,1% més alta entre els homes en situació de precarietat alta o moderada, i un 36,1% més alta entre les dones en la mateixa situació, en comparació amb aquells treballadors/es no precaris.

L'augment de la prevalença de mala salut mental entre les persones en situació de major precarietat pot atribuir-se a diversos factors. Entre aquests, destaquen els baixos ingressos econòmics, que poden implicar una privació material i dificultar l'accés a béns i serveis essencials, així com condicions laborals desfavorables, manca d'autonomia en l'àmbit laboral i un desequilibri entre l'esforç realitzat i la compensació rebuda. Aquests elements poden actuar com a fonts importants d'estrès, amb repercussions negatives sobre la salut mental de les persones afectades (Valero et al., 2022).

6.3 Nivell d'estudis

El nivell d'estudis també s'ha considerat com a determinant social, amb l'objectiu d'analitzar la seva influència amb els diversos problemes de salut (obesitat, consum de tòxics i problemes de salut mental), i així identificar les possibles desigualtats en salut en funció del nivell educatiu.

Respecte a l'adherència a la salut segons el nivell educatiu, García (2023), en una investigació sobre l'evolució i les desigualtats en l'estil de vida de la població adulta, va

trobar que un nivell educatiu superior era indicatiu d'un estil de vida més saludable en general. Aquestes desigualtats poden estar relacionades, d'una banda, amb aspectes materials, ja que les persones en una situació social més favorable i un major nivell d'estudis tenen major accés a un habitatge en bones condicions, una alimentació suficient i equilibrada, millors condicions laborals i més oportunitats d'atenció sanitària. D'altra banda, persones menys afavorides socialment, són més vulnerables a problemes d'estrès, ansietat o suport social (González-Rábago et al., 2015).

En concret, i pel que fa a l'obesitat, els resultats mostren que el percentatge de persones amb obesitat era més alt entre aquells amb un nivell d'estudis primaris o sense estudis, amb un 24,5% del total. En canvi, entre la població amb estudis universitaris, la prevalença d'obesitat es limitava al 10,1%. Aquests resultats són coherents amb la literatura revisada. Gutiérrez et al. (2023) van concloure que la prevalença d'obesitat en escolars amb pares amb un nivell educatiu baix era el doble que en aquells alumnes els pares dels quals tenien estudis superiors. A més, Gutiérrez et al. (2024) indiquen que la prevalença de sobrepès en nens va disminuir significativament en aquells amb progenitors amb estudis secundaris i/o universitaris. Seguint aquesta línia, Shengeliya et al. (2022) van observar una associació significativa ($p < 0,001$) entre un baix nivell educatiu i l'augment dels valors mitjans de l'Índex de Rodonesa Corporal (BRI).

Pel que fa a l'adherència a la dieta mediterrània, el percentatge de persones amb una adherència mitjana o alta va ser més elevat entre aquells amb estudis universitaris (65,5%), en comparació amb aquells amb estudis primaris o sense estudis (54,1%) i els de nivell d'estudis secundaris (53,4%). En relació a això, Schröder et al. (2016), en un article on analitzen la relació entre el cost diari dels aliments, la qualitat de la dieta dels joves i el nivell educatiu dels progenitors, conclouen que a mesura que augmenta el nivell educatiu, també ho fa el cost de la dieta. A més, les persones amb una major adherència a la dieta mediterrània gastaven 0,71 € més al dia en comparació amb aquelles que seguien una dieta amb baixa adherència. Aquest fet suggereix que una alimentació més saludable, segons els paràmetres de la dieta mediterrània, comporta una despesa més gran. Finalment, l'estudi destaca que la dieta dels infants amb mares amb un nivell educatiu superior costava 0,24 € més al dia en comparació amb els fills de mares sense estudis.

Com ja s'ha esmentat, l'obesitat i els hàbits alimentaris poc saludables són més freqüents entre les persones amb menys recursos. Un altre factor que podria contribuir a aquesta tendència és la comercialització de productes poc saludables, com el menjar ràpid o les begudes ensucrades. L'excessiva accessibilitat d'aquests productes en

zones de rendes més baixes, juntament amb el màrqueting i l'atractiu econòmic, afavoreix l'adquisició d'hàbits poc saludables, que contribueixen a augmentar el risc de patir obesitat (Gullón et al., 2021).

L'activitat física i el sedentarisme també es veuen influenciats pel nivell socioeconòmic. Els resultats d'aquesta anàlisi mostren que el percentatge de persones que duen a terme activitat física moderada o alta és superior entre les persones amb estudis universitaris, mentre que l'activitat física d'intensitat baixa és més habitual en persones sense formació acadèmica. Les desigualtats en aquest àmbit poden respondre a diversos factors, entre els quals destaca un major accés a activitats i instal·lacions esportives en zones amb rendes més altes. A més, en les famílies amb un nivell educatiu més elevat, l'esport és més reconegut com una font de salut i, sovint, es fomenta un ambient familiar més favorable a la pràctica esportiva, especialment en llars amb fills de sexe masculí (Gutiérrez et al., 2024).

Pel que fa al consum de tòxics, concretament al tabaquisme en persones majors de 15 anys, un cop ajustats els resultats per grups d'edat, s'observa que el consum de tabac és superior entre les persones amb un nivell educatiu més baix. Dels 15 a 64 anys el percentatge de persones que fumen diàriament disminueix a mesura que augmenta el nivell d'estudis. Aquesta relació deixa de ser significativa a partir dels 65 anys, augmentant el percentatge de població sense formació acadèmica que no fuma.

Aquests resultats coincideixen amb el que sosté la bibliografia revisada. Fernández-Álvarez et al. (2020) en un estudi sobre la relació entre determinants socioeconòmics i l'exposició al fum ambiental del tabac en nens, van observar que un nivell educatiu inferior i mitjà dels progenitors s'associa a una major exposició al fum ambiental.

En referència a la relació entre el nivell educatiu de la població i el consum d'alcohol, la prevalença de persones abstèmies era superior entre les persones amb un menor nivell de formació acadèmica. A més, el percentatge de persones que feien un consum de baix risc era superior entre les persones amb estudis universitaris (76,5%) i secundaris (59,4%), en comparació amb les persones amb estudis primaris (19,3%) o sense estudis (41,3%). El percentatge de persones que feien un consum de risc com a tal era similar, independentment del nivell educatiu.

En la revisió portada a terme no s'han trobat estudis que hagin avaluat directament la relació entre el consum d'alcohol i les diferències que hi pugui haver en funció del nivell educatiu.

Pel que fa a la salut mental, els resultats obtinguts en el nostre estudi mostren que el percentatge de persones amb un nivell educatiu primari o sense estudis que

presentaven malestar emocional (31,5%) és gairebé el doble que entre aquells amb estudis universitaris (18,4%). En relació amb la depressió, la prevalença de persones sense depressió era superior entre aquells amb estudis universitaris (82,2%), en comparació amb aquells amb estudis primaris o sense estudis (66,3%). Una altra variable que analitza el nostre treball en relació amb la salut mental és l'estat de salut autopercebut. En aquest cas, es va observar que el percentatge de persones que es percebien amb un estat de salut excel·lent corresponia majoritàriament a aquells amb estudis universitaris (10,7%). En canvi, el percentatge de persones que es consideraven en un mal estat de salut autopercebut era més alt entre aquells amb estudis primaris o sense estudis (12,9%).

Aquesta tendència es reflecteix també en la bibliografia revisada. Segons Sánchez-Moreno et al. (2025), es va observar que el risc de patir depressió era significativament més alt entre aquells que no havien completat l'educació primària, amb un 45,5% de prevalença, en comparació amb un 16,4% entre aquells amb títol universitari. A més, l'estudi indica que tenir estudis universitaris redueix la probabilitat de patir depressió en un 47%, en contrast amb un 86% de reducció entre aquells que afronten dificultats econòmiques. González-Rábago et al. (2015), van indicar que les persones amb un nivell educatiu més baix tenen el doble de probabilitat de presentar problemes de salut mental. Finalment, Bacigalupe et al. (2020), assenyalen que a mesura que disminueix el nivell educatiu, augmenta significativament la prevalença de la mala salut mental.

7. Conclusions

Els resultats obtinguts corroboren la rellevància dels determinants socials en l'estudi de la salut de la població. Aporten resposta a l'objectiu general de la recerca i reforcen tant les hipòtesis formulades com el coneixement científic previ. A continuació, es presenten les conclusions vinculades als cinc objectius específics plantejats a l'inici del treball.

Objectiu Específic 1. Gènere

Aquest objectiu pretenia analitzar les diferències per raó de gènere, i els resultats obtinguts en constaten la rellevància com a variable clau en la salut de la població. S'ha observat que els homes presenten més obesitat i una menor adherència a la dieta mediterrània que les dones (Hipòtesi 1), fet que pot estar relacionat amb diferències d'estil de vida. També s'ha constatat que el consum de tabac i alcohol de risc és més elevat entre els homes. Pel que fa a la salut mental, en canvi, s'ha constatat que les dones presenten més problemes de salut mental que els homes, una realitat probablement vinculada a desigualtats estructurals i a la tendència a medicalitzar els processos de salut femenins. Així mateix, tot i presentar pitjors indicadors objectius de salut, els homes mostren una millor autopercepció de salut que les dones.

Objectiu Específic 2. Classe social

El segon objectiu específic buscava explorar l'associació entre la classe social i els paràmetres de salut. Els resultats obtinguts evidencien la rellevància de la classe social en l'àmbit de la salut. Es confirma la hipòtesi (H2) i es constata que les persones de classe social baixa presenten una major probabilitat de patir obesitat, malestar emocional, depressió, consum de tabac i una pitjor percepció de salut. Diversos motius podrien justificar aquesta tendència, com la limitació d'accés a aliments saludables per temes econòmics o la poca accessibilitat a instal·lacions per fer esport, així com l'estrès que provoca viure en condicions socioeconòmiques precàries. D'aquesta manera, la persona afectada pot acabar adoptant hàbits alimentaris poc saludables, contribuint a l'augment de pes. També s'aprecia un augment del consum diari de tabac a mesura que disminueix la classe social: el consum podria ser considerat com un mecanisme per gestionar l'estrès o regular l'estat d'ànim, mentre que fumar estaria més estigmatitzat entre les classes socials més altes. En canvi, aquesta hipòtesi (H2) no es compleix pel que fa al consum d'alcohol en funció de la classe social, ja que els resultats mostren que el percentatge de persones no bevedores és superior entre la població de classe més baixa. El major consum per part de les persones de classe social més alta podria estar

relacionat amb el fet de tenir més recursos econòmics, però per a la població més desfavorida seria rellevant incorporar la variable de nacionalitat, que probablement sigui rellevant en termes de consum d'alcohol. La població de classe baixa també ha presentat un major risc de patir problemes de salut mental i una pitjor autopercepció del seu estat de salut. Aquesta tendència podria explicar-se tant per la falta de recursos econòmics, com per aspectes socials com un baix estatus social, una manca d'activitat física i mental, l'absència de realització personal o la pèrdua d'autoestima.

Objectiu específic 3. Nivell formatiu

Amb aquest objectiu volíem abordar la rellevància del nivell d'estudis en els problemes de salut. La prevalença d'obesitat és notablement superior entre les persones amb un nivell educatiu baix, el malestar emocional és gairebé el doble entre les persones amb estudis primaris o sense estudis i el percentatge de persones que es perceben en un estat de salut excel·lent correspon majoritàriament a individus amb estudis universitaris. Aquest comportament també es reproduïx en el consum de tabac (que és superior entre la població amb menys nivell formatiu) però no per al cas de l'alcohol, com també succeïa en relació a la classe social. En general, les desigualtats en salut en funció del nivell d'estudis que hem constatat (H3) podrien respondre a diversos motius com l'accés desigual a recursos bàsics com l'habitatge, l'alimentació o la sanitat, així com per una major predisposició a problemes d'estrès, ansietat o suport social entre la població en situació més desfavorida.

Objectiu específic 4. Control de l'edat

El quart objectiu específic consistia en controlar l'efecte de l'edat en l'anàlisi de la relació entre els determinants socials i els problemes de salut estudiats. El motiu és que l'edat està vinculada a la vegada amb els determinants socials (per una major esperança de vida femenina, així com una menor classe social i un menor nivell d'estudis entre la població de major edat) i amb els diversos paràmetres de salut.

Els resultats mostren que, en general, el control de l'edat no anul·la la importància dels determinants socials, però sí que introdueix matisos rellevants. Les desigualtats en salut per raó de classe social i nivell educatiu tendeixen a atenuar-se a partir dels 65 anys, probablement per processos de supervivència selectiva o per una homogeneïtzació dels estils de vida en la vellesa. També s'ha observat una equiparació de l'adherència a la dieta mediterrània entre homes i dones en els grups més grans. En tots aquests casos,

l'equiparació es dona a l'alça: és a dir, principalment per una millora dels hàbits entre els perfils de població amb pitjors registres.

Objectiu específic 5. Reflexió des de la Infermeria

El darrer objectiu que ens proposàvem era oferir una reflexió conjunta sobre la rellevància dels determinants socials en la pràctica clínica infermera. A partir de l'experiència d'aquest treball, entenem que conèixer els determinants socials de la salut és imprescindible per a la pràctica infermera, ja que permet entendre la salut de les persones més enllà dels símptomes o diagnòstics puntuals. Els resultats del nostre estudi corroboren que la dimensió social té un impacte rellevant en l'estat de salut de la població, un aspecte que coincideix amb la literatura científica analitzada. Intuíem que les variables analitzades podien ser rellevants però no ens imaginàvem aquesta gradació tan estable i transversal. Aquest fet posa en evidència la importància que el personal d'infermeria adopti un abordatge holístic i integral, amb l'objectiu d'arribar realment a les persones i dur a terme intervencions efectives que tinguin en compte la seva globalitat.

8. Limitacions i futures línies de treball

Malgrat que l'ús de dades secundàries procedents de l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) ha permès garantir la qualitat, representativitat i fiabilitat de la informació analitzada, el desenvolupament d'aquest treball no ha estat exempt de limitacions, que exposem a continuació.

D'entrada, l'interès per abordar de manera integrada diferents àrees de salut (obesitat, salut mental i consum de substàncies, entre altres) i diversos determinants socials (gènere, nivell educatiu i classe social) ha comportat una elevada càrrega analítica. Aquesta amplitud va fer augmentar la complexitat del tractament de dades i de la contextualització amb l'evidència científica vigent. Tot això ha suposat també un volum d'informació considerable, que ha estat difícil d'ajustar a la normativa en termes d'extensió del treball.

En segon lloc, tot i haver escollit com a determinants el gènere, la classe social basada en l'ocupació i el nivell d'estudis, l'ESCA n'ofereix un gran ventall més. Tanmateix, per tal de poder realitzar i acabar el treball satisfactòriament, calia acotar i filtrar. Per tant, encara hi ha un ampli ventall de dimensions d'anàlisi que es poden abordar.

En tercer lloc, cal destacar que el nostre estudi és de tipus descriptiu, per tant, no permet establir relacions de causa-efecte. Hem procurat, en aquest sentit, tenir cura a l'hora d'emetre conclusions sobre les dades. També apuntem que es tracta d'un estudi transversal i, per tant, només permet oferir l'avaluació d'un moment donat (l'any 2023). En quart lloc, respecte a l'anàlisi, tot i que s'han trobat associacions estadísticament significatives entre els determinants socials i els problemes de salut estudiats, la mida de l'efecte és feble en la majoria dels casos. Això es pot atribuir a la naturalesa multicausal dels fenòmens analitzats.

Pel que fa a les futures línies de recerca, considerem rellevant desenvolupar un estudi longitudinal que permeti analitzar l'evolució, al llarg del temps, dels factors relacionats amb l'obesitat, els problemes de salut mental i el consum de tòxics, en funció dels determinants socials estudiats (gènere, classe social i nivell educatiu). Aquest tipus d'enfocament possibilitaria una comprensió més profunda de les relacions entre els determinants socials i els problemes de salut, així com de la manera en què aquests vincles poden canviar amb el pas del temps.

Una altra possible línia futura d'investigació seria ampliar l'anàlisi incorporant altres variables sociodemogràfiques rellevants, com ara l'origen ètnic, el lloc de residència (urbà o rural) o la regió sanitària de procedència, que en el nostre treball no s'han pogut

incloure per qüestions d'espai. La inclusió d'aquests factors podria oferir una visió més completa sobre les desigualtats en salut, així com detectar possibles diferències territorials o culturals que condicionin l'estat de salut i l'estil de vida de la població.

Finalment, seria interessant complementar aquesta anàlisi amb altres tipologies d'investigacions, com ara estudis de cohorts, i amb altres tipologies de tècniques, amb la incorporació d'anàlisis multivariades, que podrien enriquir i ajudar a aprofundir encara més les idees que hem observat en aquest treball.

9. Bibliografía

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Federación Catalana de Enfermedades Mentales. <https://www.federaciocatalanadah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>
- Arregui Cortés, A., García López, M. E., Palomo Medina, M. D. R., Huesa Nuez, M., Ricon Freitas, C. M., i Cortés Moros, I. (2024). Depresión mayor, revisión monográfica. *Revista Sanitaria de Investigación*, 5(3). <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/depresion-mayor-revision-monografica/>
- Bacigalupe, A., Cabezas, A., Baza Bueno, M., i Martín, U. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34 (Supl 1), 61–67. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013>
- Badanta, B., Ballesteros Blaya, F., De-Pedro-Jimenez, D., Lucchetti, G., i De Diego-Cordero, R. (2025). Eating habits in immigrants living in South of Spain: A mixed-methods study. *Academic Journal of Health Sciences*, 40(2), 32-42. https://ibdigital.uib.es/greenstone/sites/localsite/collect/medicinaBalear/index/assoc/AJHS_Medicina_Balear_2025v40n2p0/32.dir/AJHS_Medicina_Balear_2025v40n2p032.pdf
- Benach, J., Julià, M., Tarafa, G., Mir, J., Molinero, E., i Vives, A. (2015). La precariedad laboral medida de forma multidimensional: distribución social y asociación con la salud en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*, 29(5), 375-378. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.04.002>
- Bolívar Muñoz, J., Bernal Solano, M., Mateo Rodríguez, I., Daponte Codina, A., Escudero Espinosa, C., Sánchez Cantalejo, C., González Usera, I., Robles Ortega, H., Mata Martín, J. L., Fernández Santaella, M. C., i Vila Castellar, J. (2016). La salud de las personas adultas afectadas por un proceso de desahucio. *Gaceta sanitaria*, 30(1), 4–10. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.10.002>
- Carrere, J., Peralta, A., Oliveras, L., López, M. J., Marí-Dell’Olmo, M., Benach, J., i Novoa, A. M. (2021). Energy poverty, its intensity and health in vulnerable populations in a Southern European city. *Gaceta Sanitaria*, 35(5), 438–444. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.07.007>
- Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades. (s.f.). *Tabaquismo, embarazo y bebés*. CDC. <https://www.cdc.gov/tobacco/campaign/tips/spanish/enfermedades/tabaquismo-embarazo.html>

- Clínica de la Ansiedad. (s.f.). *Terapia cognitivo conductual*.
<https://clinicadeansiedad.com/soluciones-y-recursos/tratamiento-de-la-ansiedad/terapia-cognitivo-conductual/>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Coma, A., Martí, M., i Fernández, E. (2003). Educación y clase social basada en la ocupación: su interrelación como indicadores de posición socioeconómica en el estudio de las desigualdades sociales mediante encuestas de salud. *Atención primaria*, 32(4), 208–215. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(03\)79254-3](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(03)79254-3)
- Corral Fernández, M., Piñana Quesada, M., Hernández Estallo, V., Martínez Capablo, J.P., Soteras López, L., i Castro Peña, M. (2024). Artículo monográfico. Intervención de enfermería en el alcoholismo. *Revista Sanitaria de Investigación*, 5(2).
<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/articulo-monografico-intervencion-de-enfermeria-en-el-alcoholismo/>
- Díaz Casanova, Y., Aguilera Vidal, H., Bustillos Molina, I., i Torres Torres, R. (2018). Nivel de conocimientos sobre determinantes de salud en estudiantes de grado de titulaciones relacionadas a la salud de la UGR. *Revista Científica Ciencia & Tecnología*, 18(20), 155-164.
<https://cienciaytecnologia.uteg.edu.ec/revista/index.php/cienciaytecnologia/article/view/213/337>
- Díaz de Flores, L., Durán de Villalobos, M. M. D., Gallego de Pardo, P., Gómez Daza, B., Gómez de Obando, E., González de Acuña, Y., Gutiérrez de Giraldo, M.C., Hernández Posada, A., Londoño Maya, J. C., Moreno Fergusson, M. E., Pérez Giraldo, B., Rodríguez Carranza, C., Rozo de Arévalo, C., Umaña de Lozano, C., Valbuena, S., Vargas Márquez, R., i Venegas Bustos, B. C. (2002). Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. *Aquichan*, 2(1).
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100004
- Domínguez Domínguez, J. A., Expósito Duque, V., & Torres Tejera, E. (2024). Epidemiología de la ansiedad y su contexto en atención primaria. *Atención Primaria Práctica*, 6(2). <https://doi.org/10.1016/j.appr.2024.100194>
- Esteban y Peña, M. M., Fernández Velasco, E., Jiménez García, R., Hernández Barrera, V., i Fernández del Pozo, I. (2020). Salud e incidencia y diferencias en vulnerabilidad territorial de la ciudad de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 94. <https://doi.org/10.4321/S1135-57272020000100012>

- Fernández-Álvarez, I., Pérez-Ríos, M., i Montes, A. (2020). Asociación entre determinantes socioeconómicos y exposición al humo ambiental del tabaco en niños. *Gaceta sanitaria*, 34(4), 334–339. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.12.007>
- Fundación Dieta Mediterránea. (s.f.). *¿Qué es la dieta mediterránea?* <https://dietamediterranea.com/nutricion-saludable-ejercicio-fisico/>
- García Delgar, B., Forcadell López, E., Lázaro García, L., Fullana Rivas, M. À., i Lera Miguel, S. (2019 de gener de 2019). *¿Qué es la ansiedad?* Clínic Barcelona. <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastornos-de-ansiedad>
- García-Martínez, C., Ene Gimeno, S., i Sáez, S. (2023). Factores sociodemográficos, salud mental y redes sociales: Un estudio comparativo sobre la conducta suicida. *Acciones e Investigaciones Sociales*, 44, 160-178. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9187211>
- García Mayor, J. (2023). *Evolución y desigualdades en el estilo de vida relacionado con la salud de la población adulta española durante el periodo 2006-2017*. [Tesi doctoral, Universidad de Murcia]. Digitum. <http://hdl.handle.net/10201/133867>
- García Vicente, C., Sanz Altarriba, B., Crespo Martín, D., Palacios Sánchez, M., Gimeno Grima, J., i Fernández Pérez, M. (2024). Enfermería y salud mental. Estrategias de apoyo emocional en atención primaria. Artículo monográfico. *Revista Sanitaria de Investigación*, 5(1). <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/enfermeria-y-salud-mental-estrategias-de-apoyo-emocional-en-atencion-primaria-articulo-monografico/>
- Generalitat de Catalunya. (2023). *Riscos del tabac per a la salut*. Servei Català de la Salut. <https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/t/tabac/riscos/>
- Generalitat de Catalunya. (2024a). *Obesitat*. Servei Català de la Salut. <https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/o/obesitat/>
- Generalitat de Catalunya. (2024b). *Què és l'alcohol?* Servei Català de la Salut. <https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/a/alcohol/que-es/>
- Generalitat de Catalunya. (2024c). *Riscos de l'alcohol*. Servei Català de la Salut. <https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/a/alcohol/riscos/>
- González-Rábago, Y., Cuartango, I., i Bacigalupe, A. (2015). Desigualdad social y salud en España: ¿Cómo influyen en la salud y en el uso de los servicios sanitarios la clase social, el nivel educativo y la situación laboral? *Praxis Sociológica*, 19, 103-124. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5383980>
- González Salgado, I. L. (2021). *Abordaje cualitativo de la salud urbana en tres barrios con distinto nivel socioeconómico y su relación con el consumo de tabaco y alcohol*

- [Tesi doctoral, Universidad de Salamanca]. Gredos.
<http://hdl.handle.net/10366/148577>
- Gullón, P., Díez, J., Cainzos-Achirica, M., Franco, M., i Bilal, U. (2021). Social inequities in cardiovascular risk factors in women and men by autonomous regions in Spain. *Gaceta Sanitaria*, 35(4), 326–332.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.04.014>
- Gutiérrez-González, E., Sánchez Arenas, F., López-Sobaler, A. M., Andreu Ivorra, B., Rollán Gordo, A., i García-Solano, M. (2023). Desigualdades socioeconómicas y de género en la obesidad infantil en España. *Anales de Pediatría*, 99(2), 111–121.
<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2023.05.013>
- Gutiérrez-González, E., Andreu-Ivorra, B., Rollán-Gordo, A., Tejedor-Romero, L., Sánchez-Arenas, F., i García-Solano, M. (2024). Diferencias en la evolución del sobrepeso y la obesidad infantil en España en el periodo 2011-2019 por sexo, edad y nivel socioeconómico: resultados del estudio ALADINO. *Anales de pediatría*, 100(4), 233–240. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2024.01.017>
- Haeblerer, M. (2020). *Desigualdades sociales en la mortalidad en España y países de las Américas*. [Tesi doctoral, Universidad Autónoma de Madrid]. Repositorio UAM.
<http://hdl.handle.net/10486/694002>
- Instituto Nacional de Estadística. (2023). *Determinantes de salud (consumo de tabaco, exposición pasiva al humo de tabaco, alcohol, problemas medioambientales en la vivienda)*.
https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926698156&p=%5C&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalle¶m3=1259924822888
- Instituto de Salud Pública y Gestión Sanitaria. (2011). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. <https://isg.org.ar/wp-content/uploads/2011/08/Carta-Ottawa.pdf>
- Lasarte-Velillas, J. J., Lamiquiz-Moneo, I., Lasarte-Sanz, I., Sala-Fernández, L., Marín-Andrés, M., Rubio-Sánchez, P., Moneo-Hernández, M. I., i Hernández-Aguilar, M. T. (2023). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en Aragón y variaciones según condicionantes de salud. *Anales de Pediatría (Barcelona, Spain: 2003)*, 98(3), 157–164. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2022.09.009>
- López, M., i Laviana, M. (2024). Los determinantes sociales y los problemas de salud mental. Una visión de conjunto. *Revista de la Asociación Española de*

- Neuropsiquiatría*, 44(146), 157–179.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352024000200008
- López Sánchez, Á. (2019). *La salud de las mujeres desde la perspectiva de los determinantes sociales*. [Tesi doctoral, Universitat de Girona]. Cora
<http://hdl.handle.net/10803/668944>
- Marina Arroyo, M., Ramírez Gallegos, I., López González, A.A., Vicente-Herrero, M.T., Vallejos, D., Tàrraga López, P.J., Ramírez-Manent, J.I. (2024). Equation Córdoba body fat values according to sociodemographic variables and healthy habits in 386924 Spanish workers. *Academical Journal of Health Science*, 39(5), 31–39.
<https://doi.org/10.3306/AJHS.2024.39.05.31>
- Mestre Font, M., Busquets-Cortés, C., Ramírez-Manent, J.I., Vallejos, D., Sastre Alzamora, T., López González, A. A. (2023). Influence of sociodemographic variables and healthy habits on the values of overweight and obesity scales in 386,924 Spanish workers. *Academical Journal of Health Science*, 39(1), 27–35.
<https://doi.org/10.3306/AJHS.2024.39.01.27>
- Miguel García, F., Calvo Reyes, M. C., i Rodríguez Cobo, I. (2020). *Salud mental en datos: Prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria*. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria - BDCAP. Ministerio de Sanidad.
https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf
- Ministerio de Sanidad. (2021). *Documento Técnico del Grupo de Trabajo de Vigilancia de Equidad y Determinantes Sociales de la Salud*.
https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/estrategia/actividadDeDesarrollo/docs/DocTecnico_GTVigilanciaEquidadyDeterminantesSocialesSalud_2021.pdf
- Ministerio de Sanidad. (14 de setembre de 2020). *Prevención del consumo de alcohol*.
https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/alcohol/documentosTecnicos/docs/ConsumoAlcohol_Prevention.pdf
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (s.f.). *Desigualdades en salud*.
<https://www.sanidad.gob.es/en/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/ong/pdfs/desigualdadesSalud.pdf>
- Montserrat-Echeto, P., Suárez Taragüel, M., Vicente Moreno, R., de Torres Martínez, R., Guerrero Jiménez, Y., i Abadías Khampliu, N. (2023). Obesidad, ejercicio físico y la importancia del papel de la enfermería. Una revisión sistemática. *Revista Sanitaria*

- de Investigación*, 4(9) <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/obesidad-ejercicio-fisico-y-la-importancia-del-papel-de-la-enfermeria-una-revision-sistematica/>
- Obradors Rial, N. (2015). *Factors individuals i contextuais associats al consum de risc d'alcohol en joveds de la Catalunya Central* [Tesi doctoral, Universitat Pompeu Fabra]. Cora. <https://www.tdx.cat/handle/10803/553251#page=1>
- Olza Meneses, J., i Gil Hernández, A. (2015). La obesidad. *Mediterráneo Económico*, 27, 225–237. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5207076>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Género y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Trastornos mentales*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Organización Mundial de la Salud. (2023a). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.) *Protecting people from tobacco smoke*. <https://www.who.int/activities/protecting-people-from-tobacco-smoke>
- Organización Mundial de la Salud. (2023b). *Tabaco*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- Organización Mundial de la Salud. (2023c). *Trastornos de ansiedad*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
- Organización Mundial de la Salud. (2024a). *Alcohol*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- Organización Mundial de la Salud. (2024b). *Obesidad y sobrepeso*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Determinantes sociales de la salud*. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- Palomino Moral, P., Grande Gascón, M. L., i Linares Abad, M. (2014). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología*, 72 (Extra 1), 71–91. <https://doi.org/10.3989/ris.2013.02.16>
- Prueba de identificación de trastornos por consumo de alcohol (AUDIT). (s.f.). <https://auditscreen.org/>
- Román Cuartero, I., More Rubio, B., Pardos Monreal, B., Lanceta Ara, L., Cidraque Zumeta, I., i Bayona De Pablo, M. V. (2024). Terapia electroconvulsiva como tratamiento de la depresión. *Revista Sanitaria de Investigación*, 5(8).

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/terapia-electroconvulsiva-como-tratamiento-de-la-depresion/>

Sánchez Arnas, A. M. (2024). Salud mental y atención primaria estrategias para enfrentar la crisis de salud mental global. *Revista Sanitaria de Investigación*, 5(9).

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/salud-mental-y-atencion-primaria-estrategias-para-enfrentar-la-crisis-de-salud-mental-global/>

Sánchez Moreno, E., Gallardo-Peralta, L., Barrón López de Roda, A., i Rivera Álvarez, J.M. (2025). Estatus socioeconómico, soledad y depresión entre los adultos mayores: análisis transversal en España. *Zerbitzuan*, 84, 57-71. <https://doi.org/10.5569/1134-7147.84.04>

Schiaffino A., i Medina A. (2024a). *Caracterització de la població, de la mostra i metodologia de l'Enquesta de salut de Catalunya*. Generalitat de Catalunya.

https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/11405/enquesta_salut_catalunya_metodologia_2023.pdf?sequence=11&isAllowed=y

Schiaffino, A., Medina, A., Langarita, R., i Mompert, A. (2024b). *Document tècnic de l'Enquesta de salut de Catalunya 2023*. Generalitat de Catalunya.

https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/11405/document_tecnic_esc_a_2023.pdf?sequence=12&isAllowed=y

Schiaffino, A., i Medina, A. (2024c). *Estado de salud, comportamientos relacionados con la salud y uso de servicios sanitarios en Cataluña, 2023*. Generalitat de Catalunya.

https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/11405/enquesta_salut_catalunya_resum_executiu_cas_2023.pdf?sequence=9&isAllowed=y

Schiaffino A., i Medina A. (2024d). *Fitxa tècnica de l'Enquesta de salut de Catalunya, 2023*. Generalitat de Catalunya.

https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/11405/enquesta_salut_catalunya_fitxa_tecnica_2023.pdf?sequence=13&isAllowed=y

Schröder, H., Gomez, S., Ribas-Barba, L., Pérez-Rodrigo, C., Ahmed Bawaked, R., Fíto, M., i Serra-Majem, L. (2016). Monetary diet cost, diet quality, and parental socioeconomic status in Spanish youth. *PLOS ONE*, 11(9).

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161422>

Shengeliya, Y., Shengeliya, N., Shengeliya, S., Uchaneyshvilli, M., Altisench Jané, B., & Ramírez Manent, J. I. (2022). Values of body roundness index according different sociodemographic characteristics and healthy habits in caucasians. *Academic Journal of Health Sciences*, 37(1), 52-58.

<https://doi.org/10.3306/AJHS.2022.37.01.52>

- Sureda, X., Villalbí, J. R., Espelt, A., i Franco, M. (2017). Living under the influence: normalisation of alcohol consumption in our cities. *Gaceta Sanitaria*, 31(1), 66–68. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.07.018>
- Tomás Lizcano, A. (2017). *Abordaje del tabaquismo: intervención de enfermería en Atención Primaria y Hospitalaria*. Murciasalud.es. https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/394401-pres3_3.pdf
- Torres Luque, G., García-Martos, M., Villaverde Gutiérrez, C., i Garatachea Vallejo, N. (2010). Papel del ejercicio físico en la prevención y tratamiento de la obesidad en adultos. *Retos: Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, (18), 47- 51. <https://www.redalyc.org/pdf/3457/345732284009.pdf>
- UNICEF. (s.f.). *¿Qué es obesogénico?* <https://www.unicef.org/colombia/que-es-obesogenico>
- Valero Alzaga, E., Utzet, M., i Martín, U. (2022). ¿Cómo afectan las distintas dimensiones de la precariedad laboral a la salud mental? *Gaceta Sanitaria*, 36(5), 477–483. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.11.006>
- Valero Alzaga, E., Elosegui de Pérdigo, T., Riffe, T., & Martín Roncero, U. (2023). Consumo de tabaco de liar en el País Vasco: magnitud, desigualdades socioeconómicas y evolución en el periodo 2013-2018. *Revista Española de Salud Pública*, 97. Recuperat de <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11571922/>
- Vinces-Centeno, M. R., i Campos-Vera, N. A. (2019). Determinantes sociales de la salud. *Políticas Públicas. Dominio de las Ciencias*, 5(1), 477–508. <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/1056>

10. Annexos

Annex 1 - Declaració solemne de secret estadístic



A2.1. DECLARACIÓ SOLEMNE DE SECRET ESTADÍSTIC

Dades de la persona sotmesa al secret estadístic

Nom i cognoms:	Francesc Valls Fonayet
DNI:	39913156Z
Entitat o organisme:	Universitat Rovira i Virgili
Càrrec:	Personal Docent i Investigador
Adreça:	Av. Catalunya, 35 Tarragona CP 43002
Telèfon de contacte:	626384511
Correu electrònic:	francesc.valls@urv.cat

DECLARO conèixer la normativa reguladora del secret estadístic d'acord amb el que estableix la Llei 23/1998, de 30 de desembre, d'estadística de Catalunya, i em comprometo a complir amb l'obligació de mantenir el secret estadístic sobre la informació estadística, obtinguda tant directament de la persona informant com de fonts administratives, en els termes següents:

1. No fer públiques ni comunicar a cap persona o entitat pública o privada les dades individuals de comunicació obligatòria ni dades de les quals es pugui deduir raonablement una informació individual, llevat de les excepcions autoritzades per la llei.
2. Observar les mesures de seguretat dels arxius informatitzats o manuals que contenen informació estadística en els termes que estableixi la normativa vigent.
3. Destruir, d'acord amb el procediment que s'estableixi, les dades que serveixen per a la identificació de les persones informants, quan la normativa determini que ja no sigui necessari conservar-les per al desenvolupament d'activitats estadístiques.
4. Observar el deure de secret estadístic amb caràcter permanent, fins i tot després que hagi finalitzat la meua vinculació al projecte o projectes en els que he participat.
5. Citar la font d'informació de les dades: "Servei de Gestió i Anàlisi de la Informació per a la Planificació Estratègica, Direcció General de Planificació en Salut, Departament de Salut" en qualsevol mitjà de difusió dels resultats obtinguts a partir d'aquestes dades (publicacions, treballs de recerca, etc.).
6. En la difusió de les dades, l'usuari haurà de fer constar que el grau d'exactitud o fiabilitat de la informació quantitativa o qualitativa derivada per l'elaboració pròpia per part dels autors, és de la seva exclusiva responsabilitat.
7. Comunicar a l'adreça SGAYPE.salut@gencat.cat les referències de les publicacions i articles que es derivin de les dades obtingudes tan bon punt es publiquin i autoritzar a la Direcció General de Planificació en Salut a fer-ne redifusió a la seva pàgina web.

Data i signatura

Data de la declaració (dd/mm/aaa):	08/11/2024
------------------------------------	------------

Signatura electrònica:



Digitally signed by VALLS
FONAYET, FRANCESC (FIRMA)
Date: 2024.11.08 14:45:35 +01'00'
Adobe Acrobat version:
2024.004.20243

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

A2.1. DECLARACIÓ SOLEMNE DE SECRET ESTADÍSTIC

Dades de la persona sotmesa al secret estadístic

Nom i cognoms:	Lucía Hernández Pérez
DNI:	48277747B
Entitat o organisme:	Universitat Rovira i Virgili
Càrrec:	Estudiant
Adreça:	Av. Catalunya, 35 Tarragona CP 43002
Telèfon de contacte:	629255480
Correu electrònic:	lucia.hernandezp@estudiants.urv.cat

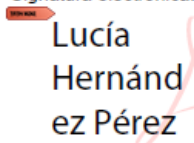
DECLARO conèixer la normativa reguladora del secret estadístic d'acord amb el que estableix la Llei 23/1998, de 30 de desembre, d'estadística de Catalunya, i em comprometo a complir amb l'obligació de mantenir el secret estadístic sobre la informació estadística, obtinguda tant directament de la persona informant com de fonts administratives, en els termes següents:

1. No fer públiques ni comunicar a cap persona o entitat pública o privada les dades individuals de comunicació obligatòria ni dades de les quals es pugui deduir raonablement una informació individual, llevat de les excepcions autoritzades per la llei.
2. Observar les mesures de seguretat dels arxius informatitzats o manuals que contenen informació estadística en els termes que estableixi la normativa vigent.
3. Destruir, d'acord amb el procediment que s'estableixi, les dades que serveixen per a la identificació de les persones informants, quan la normativa determini que ja no sigui necessari conservar-les per al desenvolupament d'activitats estadístiques.
4. Observar el deure de secret estadístic amb caràcter permanent, fins i tot després que hagi finalitzat la meua vinculació al projecte o projectes en els que he participat.
5. Citar la font d'informació de les dades: "Servei de Gestió i Anàlisi de la Informació per a la Planificació Estratègica, Direcció General de Planificació en Salut, Departament de Salut" en qualsevol mitjà de difusió dels resultats obtinguts a partir d'aquestes dades (publicacions, treballs de recerca, etc.).
6. En la difusió de les dades, l'usuari haurà de fer constar que el grau d'exactitud o fiabilitat de la informació quantitativa o qualitativa derivada per l'elaboració pròpia per part dels autors, és de la seva exclusiva responsabilitat.
7. Comunicar a l'adreça SGAIPE.salut@gencat.cat les referències de les publicacions i articles que es derivin de les dades obtingudes tan bon punt es publiquin i autoritzar a la Direcció General de Planificació en Salut a fer-ne redifusió a la seva pàgina web.

Data i signatura

Data de la declaració (dd/mm/aaa):	08/11/2024
------------------------------------	------------

Signatura electrònica:

 Firmado digitalmente por
Lucía Hernández Pérez
Fecha: 2024.11.10
12:07:50 +01'00'

A2.1. DECLARACIÓ SOLEMNE DE SECRET ESTADÍSTIC

Dades de la persona sotmesa al secret estadístic

Nom i cognoms:	Eva Maria Garcia Martín
DNI:	49258155K
Entitat o organisme:	Universitat Rovira i Virgili
Càrrec:	Estudiant
Adreça:	Av. Catalunya, 35 Tarragona CP 43002
Telèfon de contacte:	664624464
Correu electrònic:	evamaria.garcia@estudiants.urv.cat

DECLARO conèixer la normativa reguladora del secret estadístic d'acord amb el que estableix la Llei 23/1998, de 30 de desembre, d'estadística de Catalunya, i em comprometo a complir amb l'obligació de mantenir el secret estadístic sobre la informació estadística, obtinguda tant directament de la persona informant com de fonts administratives, en els termes següents:

1. No fer públiques ni comunicar a cap persona o entitat pública o privada les dades individuals de comunicació obligatòria ni dades de les quals es pugui deduir raonablement una informació individual, llevat de les excepcions autoritzades per la llei.
2. Observar les mesures de seguretat dels arxius informatitzats o manuals que contenen informació estadística en els termes que estableixi la normativa vigent.
3. Destruir, d'acord amb el procediment que s'estableixi, les dades que serveixen per a la identificació de les persones informants, quan la normativa determini que ja no sigui necessari conservar-les per al desenvolupament d'activitats estadístiques.
4. Observar el deure de secret estadístic amb caràcter permanent, fins i tot després que hagi finalitzat la meva vinculació al projecte o projectes en els que he participat.
5. Citar la font d'informació de les dades: "Servei de Gestió i Anàlisi de la Informació per a la Planificació Estratègica, Direcció General de Planificació en Salut, Departament de Salut" en qualsevol mitjà de difusió dels resultats obtinguts a partir d'aquestes dades (publicacions, treballs de recerca, etc.).
6. En la difusió de les dades, l'usuari haurà de fer constar que el grau d'exactitud o fiabilitat de la informació quantitativa o qualitativa derivada per l'elaboració pròpia per part dels autors, és de la seva exclusiva responsabilitat.
7. Comunicar a l'adreça SGAIPF.salut@gencat.cat les referències de les publicacions i articles que es derivin de les dades obtingudes tan bon punt es publiquin i autoritzar a la Direcció General de Planificació en Salut a fer-ne redifusió a la seva pàgina web.

Data i signatura

Data de la declaració (dd/mm/aaa):	08/11/2024
------------------------------------	------------

Signatura electrònica:

 **Eva Maria
Garcia
Martín** Firmado
digitalmente por Eva
María Garcia Martín
Fecha: 2024.11.10
12:09:55 +01'00'

Annex 2 – Declaració responsable sobre els aspectes ètics del Treball de Fi de Grau



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Declaración responsable sobre los aspectos éticos del Trabajo de Fin de Máster (TFM) / Trabajo de Fin de Grado propuesto

Los aspectos éticos son fundamentales para la Universitat Rovira i Virgili. Por ello, es necesario que realice la siguiente evaluación ética sobre su trabajo de fin de máster (TFM) / trabajo de fin de grado (TFG). Responda SÍ / NO a las preguntas que se detallan a continuación. Si todas sus respuestas son NO, no se necesitan más detalles. Si, en cambio, responde SÍ a alguna de las preguntas siguientes, es necesario, según objeto de estudio i comité de evaluación y seguimiento competente:

- CEIm-IISPV:..... Informe favorable
- CEEA: Informe favorable
- CEIPSA: Declaración responsable y compromiso formal del profesorado y alumnado implicado por lo que se refiere al seguimiento de la normativa aplicable, según consta al final del documento.

Nombre del profesor/a responsable:

Francesc Valls Fonayet

Nombre del alumno/a:

Eva Maria Garcia Martín

Lucía Hernández Pérez

Titulación:

Estudiants del Grau d'Infermeria

Título del TFM / TFG (marque la casilla que corresponda)

Determinants socials de la salut i hàbits saludables: un estudi sobre l'obesitat, problemes de salut mental i consum de tòxics a partir de les dades de l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) 2023

Breve descripción del TFM / TFG (máx. 1000 caracteres, espacios incluidos):

L'objectiu del projecte es investigar quin vincle s'estableix entre els determinants socials de la salut i la incidència d'obesitat, problemes de salut mental i consum de tòxics en la població catalana, mitjançant l'anàlisi de les dades obtingudes amb l'ESCA 2023.

El treball constarà de dues fases. Una primera part que inclourà una revisió bibliogràfica de la literatura existent sobre els determinants socials de la salut i la seva relació amb les problemàtiques esmentades. A més de l'elaboració d'un marc teòric per tal de desenvolupar els diferents temes.

A banda, es realitzarà una segona part que consistirà en l'anàlisi de les dades de l'ESCA 2023 per tal de veure si es poden establir relacions entre els diferents determinants de la salut, com poden ser el nivell socioeconòmic, la formació o l'ocupació, i els problemes de salut escollits.



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Indique si el TFM / TFG que quiere desarrollar incluye alguno de estos aspectos.

Apartado	Sí	No
1. Embriones / fetos humanos		
¿Implica células madre embrionarias humanas (CMEH)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Implica el uso de embriones humanos?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Implica el uso de tejidos / células fetales humanas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Seres humanos		
¿Implica la participación de seres humanos?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• ¿Son voluntarios en el ámbito de las ciencias sociales o las humanidades?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• ¿Son personas incapacitadas para dar su consentimiento informado?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• ¿Son individuos o grupos vulnerables?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• ¿Son menores de edad?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• ¿Son pacientes?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• ¿Son voluntarios sanos para estudios médicos?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Implica intervenciones físicas en los participantes?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Células / tejidos humanos		
¿Implica células o tejidos humanos (diferentes de los embriones / fetos humanos de la sección 1)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4. Datos de carácter personal y privacidad		
¿Implica la recogida o tratamiento de datos personales?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• ¿Implica la recogida o tratamiento de datos personales sensibles, como, por ejemplo, salud, vida sexual, raza, opinión política, convicciones religiosas o filosóficas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• ¿Implica el tratamiento de información genética?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• ¿Implica el seguimiento u observación tecnológico de los participantes (tales como datos de vigilancia o localización, y datos WAN, tales como dirección IP, MAC, cookies, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Implica un tratamiento de datos personales recopilados previamente a este TFG/TFM (uso secundario)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. Animales		
Implica experimentación con animales	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. Países terceros		
En caso de que se desarrolle, de manera total o parcial, en países que no pertenecen a la Unión Europea, ¿el proyecto de I+D+i plantea problemas potenciales de ética?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

¿Tiene previsto utilizar recursos locales (por ejemplo, muestras de tejidos animales o animales, material genético, animales vivos, restos humanos, materiales de valor histórico, muestras de fauna o flora en peligro de extinción, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Tiene previsto importar material (incluidos los datos personales) de países que no pertenecen a la Unión Europea en la Unión Europea?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Tiene previsto exportar material (incluidos los datos personales) desde la Unión Europea a países que no pertenecen a la Unión Europea?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
En caso de que el proyecto genere beneficios e implique países de bajos ingresos o bajos ingresos medios, ¿tiene previsto las acciones de reparto de beneficios?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Podría la situación en el país poner en riesgo a los participantes?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7. Medio Ambiente / Salud y protección		
¿Implica el uso de elementos que pueden causar daños al medio ambiente, animales o plantas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Trata sobre la fauna o flora en peligro de extinción o áreas protegidas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Implica el uso de elementos que pueden causar daños a los humanos, incluido al personal investigador?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8. Uso dual		
¿Implica productos de doble uso en el sentido del Reglamento 428/2009 ¹ u otros artículos para los cuales se requiere autorización?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9. Foco exclusivo sobre aplicaciones civiles		
¿Podría necesitar aclaraciones en relación con un enfoque exclusivo sobre aplicaciones civiles?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10. Uso malintencionado de los resultados		
¿Tiene potencial para que sus resultados sean utilizados erróneamente?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11. Otros aspectos éticos		
¿Hay algún otro aspecto ético que debería ser tomado en consideración? Especifique, por favor:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Confirmamos que hemos valorado todos los aspectos éticos descritos más arriba y que, en caso afirmativo, los firmantes nos comprometemos formalmente, según objeto de estudio y comité de evaluación y seguimiento competente, a:

¹ Productos de doble uso son aquellos productos, incluido el soporte lógico (*software*), y la tecnología que puedan destinarse a usos tanto civiles como militares y que incluyen todos los productos que puedan ser utilizados tanto para usos no explosivos como para ayudar a la fabricación de armas nucleares u otros dispositivos nucleares explosivos. Véase [Reglamento CE 428/2009 del Consejo de 5 de mayo de 2009](#).



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

- CEIm-IISPV:.... Elaborar una descripción de los problemas éticos implicados y la documentación requerida, de acuerdo con las indicaciones de la "Guía del investigador/a".
- CEEA:..... Elaborar una descripción de los problemas éticos implicados y la documentación requerida, de acuerdo con las indicaciones de la "Guía del investigador/a".
- CEIPSA: Actuar de acuerdo con la normativa aplicable en el caso de que el trabajo en cuestión tenga implicaciones éticas y respetar las recomendaciones éticas que emanan de este Comité.

Seguir las directrices establecidas en la "Guía del investigador/a" y la "Guía sobre protección de datos personales en los Trabajos de Fin de Grado y Máster de la Universidad Rovira i Virgili".

Respetar la confidencialidad de los datos personales que se puedan obtener en la actividad de I+D+i, tanto en lo referente al uso académico como a la difusión pública de los mismos. Si consideramos que algún resultado de la actividad de I+D+i pudiera llegar a afectar o pudiera ser de interés para las personas o colectivos participantes, lo comunicaremos con antelación.

No utilizar los datos personales obtenidos en el proyecto para otros estudios distintos. En este último supuesto, solicitaremos antes el correspondiente permiso de este Comité.

Localidad, Tarragona

Firma del profesor/a responsable

Firma del alumno/a

Nota: una vez rellenado, convertir el documento a formato PDF, firmar digitalmente y enviar a carlos.garcia@urv.cat


Digitally signed by VALLS
FONAYET, FRANCESC (FIRMA)
Date: 2025.04.22 17:34:37
+02'00'
Adobe Acrobat version:
UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI 2025.001.20435

Annex 3 – Resultats de la revisió bibliogràfica

Determinants socials i obesitat

Referència bibliogràfica	Objectiu	Metodologia	Principals resultats
Monetary Diet Cost, Diet Quality, and Parental Socioeconomic Status in Spanish Youth (Schröder et al., 2016)	Determinar les relacions entre el cost monetari diari de la dieta, la qualitat de la dieta dels joves i el nivell socioeconòmic del pares.	Es va realitzar una avaluació dietètica a una mostra representativa nacional de 3534 nens i joves d'Espanya (de 2 a 24 anys), mitjançant un recordatori de 24 hores. Es van fer servir les dades de l'estudi enKID, una enquesta transversal a la població de 2-24 anys, seleccionada mitjançant un mostreig aleatori en diverses etapes, basant-se en un cens de població oficial. L'adherència a la dieta mediterrània es va mesurar mitjançant el qüestionari KIDMED i el cost mitjà dels aliments es va calcular amb les dades oficials del govern espanyol. El cost monetari de la dieta es va expressar en euros per dia (€/dia) i euros per dia estandarditzats a una dieta de 1000 kcal (€/1000 kcal/d). L'estatus socioeconòmic es va basar en el nivell educatiu de la mare.	El nivell socioeconòmic es va associar de forma positiva amb el cost monetari de la dieta, a major ESE (nivell d'estudis), més cara era la dieta ($p < 0,019$). L'elevada adherència a la dieta mediterrània va ser 0,71 € més cara que la baixa adherència (IC del 95% i $p < 0,001$). En conclusió, aquelles persones que seguien una dieta més saludable segons les bases de la dieta mediterrània, gastaven més diners en el menjar. A partir d'una puntuació KIDMED superior a 8 (alta adherència), no es van observar un increment del cost monetari de la dieta. La població amb una alta adherència a la dieta mediterrània gastaven més diners en productes làctics, peixos, verdures i fruites, mentre que els

			<p>participants amb baixa adherència gastaven més en dolços.</p> <p>La dieta dels infants que tenien mares amb un nivell d'estudis superior, era 0,24 € més cara que la dels nens amb mares que no van anar a l'escola.</p>
<p>Desigualdades socioeconómicas y de género en la obesidad infantil en España (Gutiérrez et al., 2023)</p>	<p>Avaluar, des d'una perspectiva de gènere, l'associació entre la situació ponderal dels escolars de 6 a 9 anys a Espanya i les variables sociodemogràfiques de les seves famílies, explorant aquells factors relacionats amb les característiques familiars, els hàbits de vida i l'entorn escolar.</p>	<p>L'estudi es va basar en dades secundàries recollides de la investigació ALADINO 2019. Es tracta d'un estudi observacional, descriptiu i transversal, que inclou la població escolar de 6-9 anys en centres d'educació primària (CEP) d'Espanya.</p> <p>Es va realitzar mitjançant un mostreig aleatori per conglomerats de diverses etapes, dividit en 4 grups d'edat (6, 7, 8 i 9 anys). Els centres educatius es van seleccionar mitjançant aleatorització estratificada, tenint en compte la comunitat autònoma i mida del municipi.</p> <p>A partir d'un mostreig aleatori simple, es va triar una aula de cada curs en cada</p>	<p>Els nens tenien una major prevalença d'obesitat, practicaven més activitat física i comptaven amb més pantalles a la seva habitació.</p> <p>Es va trobar una relació inversa entre sobrepès i obesitat i renda de la llar: l'excés de pes disminuïa a mesura que augmentava el nivell d'ingressos.</p> <p>Les nenes i nens amb menor nivell econòmic presentaven una prevalença d'obesitat 2,3 i 2,2 vegades superior, respectivament, en contrast amb els nens i nenes amb un major nivell d'ingressos.</p> <p>El percentatge de nens amb obesitat central en les llars amb menor renda</p>

		<p>centre. Finalment, la mostra va ser de 16.665 escolars. Es van dissenyar 3 qüestionaris que van ser emplenats pels progenitors o tutors, escoles i examinadors. El pes, la talla i la circumferència de la cintura es va mesurar per personal especialitzat.</p> <p>Pel que fa a les variables, per determinar la situació ponderal dels nens es va fer servir l' IMC i l'índex cintura-talla (ICT). A nivell socioeconòmic es va tenir en compte la renda de la llar, nivell d'estudis més alt aconseguit pels pares i situació laboral. En quant a l'àmbit familiar, es va considerar la nacionalitat, situació ponderal dels progenitors i els antecedents de lactància materna.</p> <p>Respecte a l'estil de vida, es va analitzar la percepció dels pares sobre la situació ponderal dels fills, índex COSI, l'activitat física i el sedentarisme, així com el nombre de dispositius electrònics a l'habitació del nen. En relació amb l'entorn escolar es va estudiar la</p>	<p>era quasi el doble que la dels de major renda, en ambdós sexes.</p> <p>Respecte al IMC i ICT, es va observar una relació inversa entre els índexs i el nivell de renda, a menor nivell de renda, major IMC i ICT.</p> <p>La prevalença d'obesitat en escolars amb pares que presentaven un menor nivell educatiu, duplicava la dels escolars els pares dels quals tenien un nivell d'estudis superior, tant en nens com en nenes.</p> <p>La prevalença d'obesitat augmentava 1,4 vegades quan cap dels pares tenia un treball remunerat, en comparació a quan ambdós ho tenien, en ambdós sexes.</p> <p>Es va observar que, en les famílies amb un menor nivell adquisitiu, hi havia més probabilitat de tenir, almenys, un dels progenitors amb obesitat.</p> <p>Es va detectar una major infraestimació de la situació ponderal</p>
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>titularitat del centre, disponibilitat i tipus de menjador escolar, l'organització d'activitats esportives i la disposició de gimnàs cobert.</p> <p>Es va realitzar una anàlisi descriptiva per caracteritzar la mostra i la situació ponderal dels escolars, segons factors socioeconòmics familiars i nivell de renda.</p> <p>Totes les variables es van categoritzar i es van calcular recomptes i proporcions amb intervals de confiança al 95%. Es va fer servir la prova de la χ^2 per estudiar l'associació entre variables qualitatives, establint diferències significatives amb un valor de $p < 0,05$. A més, es van analitzar les variables IMC i ICT quantitativament, calculant les mitjanes, ja que no seguien una distribució normal segons la prova Kolmogorov-Smirnov. Les dades es van analitzar mitjançant el programa Stata v.16.</p>	<p>dels nens entre aquelles famílies amb menor nivell d'ingressos.</p> <p>Els hàbits alimentaris poc saludables eren 6 vegades més freqüents en nens de famílies amb un baix nivell d'ingressos.</p> <p>Es va observar una major prevalença de sedentarisme entre els nens que procedien de famílies amb un menor nivell d'ingressos.</p>
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Prevalencia de sobrepeso y obesidad en Aragón y variaciones según condicionantes de salud (Lasarte et al., 2022)</p>	<p>Analitzar la prevalença de sobrepès, obesitat i sobrecàrrega ponderal (SP), calculades segons els estàndards de OMS a Aragó i els seus sectors de salut i estudiar la seva relació amb factors socioeconòmics.</p>	<p>Es tracta d'un estudi transversal de prevalença amb dades dels registres del programa de salut infantil d'Aragó obtingudes de la història clínica informatitzada. La població inclou tots els nens i nenes d'Aragó (2-14 anys) amb almenys un registre simultani de pes i talla. La mostra final va ser de 161.335. De cada nen es va recollir informació anònima sobre les següents variables: sector sanitari, zona bàsica de salut (ZBS), sexe, data de naixement, última xifra de pes i talla i l'existència d'un diagnòstic de sobrepès-obesitat registrat en qualsevol moment. Es va calcular l'IMC i cada nen va ser classificat com normopès, sobrepès o obès, seguint els estàndards de l'OMS.</p> <p>Per analitzar les desigualtats socials en relació al SP es va fer servir l'índex de privació (IP) com a variable sociodemogràfica. Els valors de l'IP varien entre -2,33 i +3,04, on els valors més alts suposen major privació.</p>	<p>La prevalença general de SP va ser de 31,1% (17,7% sobrepès i 13,3% obesitat).</p> <p>La prevalença d'obesitat i SP era superior en nens per a totes les edats, excepte als dos anys.</p> <p>Es va trobar una correlació positiva significativa entre l'IP i la prevalença global de sobrepès ($r=0.18$, $p<0.05$), obesitat ($r=0,43$, $p<0,001$) i SP ($r=0.4$, $p<0.001$), en tot Aragó.</p> <p>El model de regressió lineal va indicar que els factors socioeconòmics es van associar amb el desenvolupament d'obesitat. L'IP va explicar 17,9% de l'obesitat i 15,5% de la SP (R^2 ajustada).</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>A partir d'aquí es va realitzar una anàlisi descriptiva simple de freqüències. Es va fer servir el test de correlació de Pearson i una anàlisi de regressió lineal per observar la relació entre el IP i la prevalença de sobrepès i obesitat. Els resultats es van considerar significatius per $p < 0,05$. L'anàlisi estadística es va dur a terme mitjançant el programa estadístic R Studio (versió 3.5.0).</p>	
<p>Social inequalities in cardiovascular risk factors in women and men by autonomous regions in Spain (Gullón et al., 2021)</p>	<p>Descriure les iniquitats socials en els factors de risc cardiovascular en dones i homes per comunitats autònomes a Espanya.</p>	<p>Es va utilitzar una mostra de 20.406 persones majors de 18 anys (excloent Ceuta, Melilla, persones amb valors absents de classe social i persones amb colesterol alt, diabetis, hipertensió (HTA), obesitat o tabaquisme). La mostra es va obtenir de l'Enquesta Nacional de Salut d'Espanya de 2017. La posició socioeconòmica es va determinar a partir de la classe social ocupacional, amb la Classificació Internacional Uniforme d'Ocupacions, i es van recollir dades sobre factors de risc cardiovascular autoinformatos: colesterol</p>	<p>La mitjana d'edat dels participants va ser de 49,55 anys. Aproximadament l'11%, 8%, 19%, 15%, 34% i 14% dels individus pertanyien a les classes socials I a VI, respectivament. La distribució de classes va ser similar entre homes i dones, amb més dones en la classe IV i més homes en la classe VI. La prevalença de factors de risc cardiovascular va ser la següent: 24% colesterol elevat, 10% diabetis, 27% hipertensió, 18% obesitat i 24% tabaquisme. La prevalença de</p>

		<p>alt, diabetis, HTA, obesitat i tabaquisme. Els anàlisis es van estratificar per sexe i per comunitat autònoma.</p> <p>En les anàlisis de sensibilitat, es van fer servir l'educació i els ingressos de la llar com a indicadors alternatius de la posició socioeconòmica.</p> <p>Es va començar amb una anàlisi descriptiva de les característiques sociodemogràfiques i dels factors de risc cardiovascular calculant mitjanes ponderades per enquesta i proporcions per a variables contínues i categòriques, respectivament, a nivell general i per sexe. Es van aplicar proves t per a variables contínues i la prova t_{xi}-quadrat per a variables categòriques, diferenciant entre homes i dones i tenint en compte els pesos de l'enquesta i l'estratificació. També es va descriure la distribució de la classe social ocupacional i els resultats específics per comunitat autònoma.</p>	<p>tabaquisme i obesitat va ser major en homes, en contrast amb les dones.</p> <p>Pel que fa als resultats, es van identificar fortes iniquitats en la prevalença de factors de risc cardiovascular per classe social ocupacional: les persones pertanyents a una classe social més desfavorida presentaven major prevalença de colesterol alt (RII 1.02), diabetis (RII 1,13), HTA (RII 1,06), obesitat (RII1.16) i tabaquisme (RII 1,09), independentment de l'edat. Les iniquitats socials en diabetis, HTA i obesitat van ser més pronunciades en dones (RII de 1,20, 1,11 i 1.25 respectivament en dones vs. 1,08, 1,02, 1,10 en homes), mentre que les iniquitats en consum de tabac van resultar més marcades en homes (RII de 1,13 en homes i 1,05 en dones).</p>
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>Es va calcular l'índex relatiu de desigualtat (RII) estimant les raons de prevalença de cadascun del 5 factors de risc cardiovascular en funció de la classe ocupacional; mitjançant models de regressió de Poisson amb errors estàndard robustos. La classe social es va considerar com una variable ordinal. RII >1 indica major iniquitat, mentre que RII <1 indica gradient social invers. Es va presentar el RII per a cada combinació factor de risc-regió-dones/homes. Els anàlisi i gràfics es van realitzar mitjançant R V3.5.1.</p>	
<p>Diferencias en la evolución del sobrepeso y la obesidad infantil en España en el periodo 2011-2019 por sexo, edad, nivel socioeconómico: resultados del estudio ALADINO (Gutiérrez et al., 2024)</p>	<p>Analitzar l'evolució del sobrepès, de l'obesitat i de l'obesitat central a partir de dades antropomètriques objectives dels escolars de 6-9 anys a Espanya, entre 2011-2019, en funció del sexe, nivell d'ingressos familiar i nivell d'estudis dels progenitors.</p>	<p>Es van fer servir les dades de l'estudi ALADINO, un estudi observacional, descriptiu i transversal realitzat amb escolars de 6-9 anys. Per aquest estudi, es van emprar bases de dades depurades i homogeneïtzades de les rondes 2011, 2015 i 2019. La població d'estudi i la mida de la mostra es va fer seguint el protocol COSI (iniciativa OMS). Es va dur a terme un mostreig</p>	<p>La prevalença de sobrepès (segons criteris de la OMS) va disminuir un 18% entre 2011 i 2019 en nens de 6-9 anys, mentre que en nenes no es van observar canvis. L'obesitat i obesitat greu es van mantenir estables tan en nens com en nenes. Seguint els criteris IOFT, el percentatge de sobrepès en nens va disminuir un 14%. La prevalença</p>

		<p>aleatori per conglomerats (centres d'educació primària), de diverses etapes i estratificat segons comunitats autònomes i mida del municipi. Inicialment, es van seleccionar els CEP, després es va triar aleatòriament una aula per curs (de 1r a 4t de primària) en cada centre i es van incloure tots els alumnes que comptaven amb el consentiment informat signat pels pares o tutors legals, i estaven presents i disposats a participar aquell dia.</p> <p>Respecte a les variables, es va mesurar pes, talla i circumferència de cintura. Es va calcular l'IMC i es va classificar la situació ponderal segons els estàndards de creixement de l'OMS i els criteris de l'IOFT. Per a l'obesitat central es va calcular l'índex cintura talla (ICT), considerant obesitat central quan $ICT > 0,5$. Es va fer una anàlisi dels factors de desigualtat a partir de la desagregació dels resultats per gènere, edat i variables socioeconòmiques</p>	<p>d'obesitat central ($ICT > 0,5$) no va variar entre 2011-2019 en cap sexe. En totes les edicions, l'obesitat i l'obesitat greu (segons criteris OMS) eren més comunes en nens, mentre que el sobrepès va passar de ser més freqüent en nens al 2011 a ser-ho en nenes al 2015.</p> <p>Respecte a la renda, entre 2011-2019 es va observar una disminució de la prevalença de sobrepès (segons criteris OMS) tant en nens de famílies amb nivell d'ingressos alts com baixos, mentre que amb criteris IOFT només va disminuir en nens de famílies amb renda alta. En les nenes, no es van observar canvis en cap dels dos criteris.</p> <p>Durant tot el període, la prevalença d'obesitat entre nens i nenes de famílies amb menys ingressos era gairebé el doble que en aquells de famílies amb major nivell econòmic, en totes les edicions. L'obesitat</p>
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>familiars, a nivell de renda de la llar i el nivell d'estudis més elevat assolit pels progenitors. Aquestes dades es van recopilar a través de qüestionaris autoadministrats.</p> <p>Les variables quantitatives es van descriure amb mitges, desviacions estàndard, mitjanes i rangs interquartílics. Les variables qualitatives es van descriure amb freqüències, percentatges i intervals de confiança al 95%. Es va fer servir la prova txi-quadrat de Pearson per avaluar l'associació entre variables qualitatives i la prova t de Student per a variables quantitatives.</p> <p>Els resultats es van considerar significatius en $p < 0,05$.</p> <p>L'anàlisi estadística es va realitzar amb el programa estadístic Stata v.16.</p>	<p>central es va mantenir estable en tots els nivells d'ingressos en ambdós sexes.</p> <p>Pel que fa al nivell d'estudis dels pares, la prevalença de sobrepès (segons criteris OMS) en nens va disminuir de forma significativa en nens de pares que tenien estudis secundaris i universitaris. Segons els criteris IOFT, el sobrepès només va disminuir en escolars de progenitors amb estudis universitaris.</p> <p>La prevalença d'obesitat (segons criteris OMS) només va disminuir en nens amb progenitors amb estudis universitaris, mentre que no es van observar canvis amb els criteris IOFT. No es van observar variacions en la prevalença d'obesitat central, ni en cap sexe ni nivell educatiu.</p>
<p>Salud e incidencia y diferencias en vulnerabilidad territorial de la ciudad de Madrid (Esteban et al., 2020)</p>	<p>Analitzar el grau d'associació entre territori i vulnerabilitat, definint propostes d'actuació</p>	<p>Es va realitzar un estudi transversal analític, que va combinar l'Enquesta de Salut de la ciutat de Madrid de 2017</p>	<p>Es van observar diferències territorials significatives entre el districte més i menys vulnerable pel conjunt de variables analitzades en</p>

	<p>territorial mitjançant indicadors clau socio-sanitaris.</p>	<p>(n=9.513) i l'indicador de vulnerabilitat-rànquing del mateix any (n=2.780.197). L'índex de vulnerabilitat-rànquing de 2017 és un indicador que es va elaborar per a cadascun dels districtes, en base a les següents variables: taxa d'immigrants, esperança de vida al néixer, nivell d'estudis, nombre d'habitants, renda mitja per llar, taxa d'atur absolut, taxa d'atur de majors de 45 anys, taxa d'atur de persones sense prestació... Aquestes dades van ser procedents de fonts secundàries de l'Ajuntament de Madrid (la ciutat inclou 21 districtes).</p> <p>Les variables de salut es van extreure de <i>l'Enquesta de Salut de la ciutat de Madrid 2017</i>: autopercepció de l'estat de salut, qualitat de vida en relació amb la salut, consum de tabac, consum d'alcohol, autoreferència d'obesitat (IMC > 30), presència de sedentarisme, salut mental a través del <i>Cuestionario de Salud General</i> de 12 ítems. Aquesta</p>	<p>ambdós sexes, amb una $p \leq 0,05$ en els següents indicadors: autopercepció de l'estat de salut, qualitat de vida en relació amb la salut, consum de tabac i d'alcohol, obesitat i sedentarisme. No es van observar diferències significatives pel que fa a la probabilitat de tenir un possible trastorn mental en funció del districte.</p> <p>Comparant per sexe, les diferències territorials entre districte més vulnerable i menys va ser significativa amb $p \leq 0,05$ per a les dones en autopercepció de l'estat de salut i en qualitat de vida en relació amb la salut (pitjors resultats en dones). No es van observar diferències en termes de salut mental, en cap dels dos gèneres.</p> <p>Pel que fa al consum de tabac, es va observar una major diferència entre homes en comparació amb les dones, entre la zona més i menys</p>
--	----------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>enquesta la van respondre telefònicament els menors de 65 anys. Pel que fa a l'anàlisi estadística, es van descriure les variables de salut classificant-les per nivells de vulnerabilitat, fent servir valors mitjans, percentatges, desviacions estàndard (DE) i intervals de confiança (IC 95%). Posteriorment, es van analitzar les correlacions entre els valors de vulnerabilitat i les variables de salut i hàbits-estils de vida, mitjançant la correlació lineal de Spearman, entre les diferents variables. Es va establir com a nivell de significació estadística un valor de $p \leq 0,05$. Totes les anàlisis es van realitzar estratificades per sexe i es van fer els programes estadístics Excel, SPSS 17.0 y Desmos.com</p>	<p>vulnerable. Respecte al sedentarisme, es van observar diferències entre districtes, en ambdós sexes i, en el cas de l'obesitat, es van detectar diferències en les dones, entre els districtes més i menys vulnerables. Desagregant per sexe, es van observar nivells d'associació molt elevats, amb $p < 0,01$ per a la vulnerabilitat i la qualitat de vida en relació amb la salut, i la percepció de l'estat de salut en ambdós sexes i la possibilitat de tenir una malaltia mental en el cas de les dones. Igualment, va ser significativa la relació en el consum de tabac en homes i d'alcohol en ambdós sexes, encara que en aquest últim cas s'establí una relació inversa. Pel que fa a l'obesitat i el sedentarisme, es va observar una associació significativa en ambdós sexes.</p>
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Values of body roundness index according different sociodemographic characteristics and healthy habits in caucasians (Shengeliya et al., 2022)</p>	<p>Analitzar la relació entre un nou índex d'avaluació de l'obesitat (índex de rodonesa del cos, BRI) i diversos paràmetres sociodemogràfics, com l'edat, el gènere, la classe social, el nivell educatiu, així com hàbits i estil de vida, consum de tabac, activitat física, consum dietètic de fruites i verdures i consum d'alcohol.</p>	<p>Es va dur a terme un estudi transversal amb treballadors russos de diversos sectors productius, que es trobaven en edat laboral (18-69 anys). Els participants van ser seleccionats sistemàticament durant la revisió de salut laboral. Cada dia s'assignava un número a cadascun dels treballadors i, a partir d'aquí, es va seleccionar la meitat de treballadors a l'atzar. Finalment, l'estudi va incloure 60.799 participants. Les mesures antropomètriques es van realitzar en dejú i a la mateixa hora. Cada paràmetre es va mesurar 3 cops i es va calcular el valor mitjà. Es va mesurar el pes i la talla i es va calcular l'IMC, aplicant els criteris de l'OMS per definir el sobrepès. També es va registrar la circumferència abdominal i de cintura. El BRI es va calcular a partir d'una fórmula específica, i els punts de tall per a valors normals i anormals es van determinar mitjançant l'anàlisi de la corba ROC. També es va realitzar una anàlisi de</p>	<p>Els valors mitjans de BRI augmenten amb l'edat en ambdós sexes, de la mateixa forma que ho fan a mesura que disminueix la classe social i el nivell educatiu.</p> <p>En l'anàlisi de regressió logística binària es va observar que el sexe masculí, l'edat superior als 50 anys, pertànyer a les classes socials II o III, no disposar d'estudis universitaris, ser fumador, seguir una dieta deficient i tenir un nivell baix d'activitat física són factors associats a un major risc de presentar un BRI elevat. Entre aquestes variables, el consum d'alcohol i la inactivitat física són les que més contribueixen a l'augment del BRI.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>sang per mirar la glucosa, el colesterol i els triglicèrids i, a més, es va mesurar la pressió arterial.</p> <p>Pel que fa a la classe social, es va fer servir la proposta feta pel grup de Determinants Socials de la Societat Espanyola d'Epidemiologia, basada en la Classificació Nacional Ocupacional 2011. Els hàbits com el tabaquisme, la dieta i l'activitat física es van avaluar mitjançant una entrevista clínica, mentre que el consum d'alcohol es va quantificar en Unitats de Beguda Estàndard (UBE). Els resultats es van expressar com a mitjanes, desviacions estàndard i percentatges. Les diferències en les característiques antropomètriques i bioquímiques entre sexes es van analitzar amb la prova t de Student, mentre que la prova de txi-quadrat es va utilitzar per comparar proporcions. L'anàlisi estadística es va realitzar amb el software IBM SPSS Statistics 20.0. Els</p>	
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

		resultats es van considerar significatius en $p < 0,05$.	
Equation Córdoba body fat values according to sociodemographic variables and healthy habits in 386924 Spanish workers (Marina et al., 2024)	Analitzar l'associació entre diverses variables sociodemogràfiques (edat, sexe, classe social i nivell educatiu) i hàbits saludables (dieta Mediterrània, activitat física i tabaquisme) amb els valors de l'equació de greix corporal de Córdoba (ECORE) a partir d'una mostra de treballadors espanyols.	<p>Es va fer una anàlisi descriptiva de tipus transversal, basada en les dades recollides durant les revisions mèdiques laborals de 386.924 treballadors espanyols dels sectors primari, secundari i terciari. Els criteris d'inclusió van ser: edat entre 18-69 anys, pertinença a empreses participants i voluntat de participar.</p> <p>Pel que fa a les variables, després d'estandarditzar les tècniques de mesura, el personal mèdic i d'infermeria va realitzar les avaluacions clíniques, analítiques i antropomètriques (circumferència de cintura, pes i talla). Es va mesurar també la pressió arterial, i es van extraure mostres de sang en dejú per determinar els valors de colesterol total, glicèmia i triglicèrids. A partir d'aquestes dades, es van utilitzar tècniques i fórmules per calcular els valors de HDL i LDL.</p>	<p>Pel que fa a les característiques de la població, el 39,8% eren dones i el 60,2% eren homes, amb una edat mitjana compresa entre els 30 i els 49 anys. La major part de la mostra tenia una educació primària i pertanyia a una classe socioeconòmica III. Pel que fa als hàbits de vida, el 41% dels homes i el 51,4% de les dones seguien una dieta Mediterrània, i el 45,5% dels homes i el 52,2% de les dones feien exercici regularment. Respecte al consum de tabac, el 37% dels homes i el 33% de les dones eren fumadores.</p> <p>Els valors d'ECORE-BF augmenten amb l'edat, així com a mesura que disminueix la classe social i el nivell educatiu. L'activitat física, l'alta adherència a la dieta Mediterrània i l'absència de consum de tabac afavoreixen valors més baixos de</p>

		<p>Per estimar el percentatge de greix corporal es va fer servir l'equació Córdoba (ECORE-BF) = 97,102 + 0,123 (edat) + 11,9 (sexe) + 35,959 (LnBMI, logaritme natural IMC). Home =0, Dona= 1. Els punts de tall establerts per definir l'obesitat van ser del 25% en homes i del 35% en dones.</p> <p>El nivell educatiu es va categoritzar en primari, secundari i universitari.</p> <p>Per determinar la classe social es va fer servir la Classificació Nacional d'Ocupacions 2011 (classe I, II, III).</p> <p>Es van considerar fumadores les persones que han fumat almenys un cop en els darrers 30 dies o si no han deixat de fumar durant almenys un any.</p> <p>El grau d'adherència a la dieta Mediterrània es va mesurar amb un qüestionari de 14 ítems, on una puntuació de 9 o més indicava una alta adherència.</p> <p>El grau d'activitat física es va mesurar amb el <i>Cuestionario Internacional de</i></p>	<p>ECORE-BF. Les dones presenten valors mitjans d'ECORE-BF superiors als dels homes. En tots els casos, les diferències observades van ser estadísticament significatives (p<0,001).</p> <p>La prevalença d'obesitat, segons l'escala Ecore-BF, augmenta amb l'edat, la disminució del nivell socioeconòmic, les persones sedentàries, amb baixa adherència a la dieta Mediterrània i fumadores. Les prevalences són superiors en homes. Les diferències són significatives (p<0,001).</p> <p>L'anàlisi de regressió logística multinomial mostra que totes les variables sociodemogràfiques i hàbits saludables analitzats tenen un impacte en l'aparició d'obesitat mitjançant l'escala Ecore-BF. Les variables més influents van ser l'activitat física, la dieta Mediterrània, el sexe i l'edat.</p>
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p><i>Actividad Física (IPAQ)</i>, un qüestionari autoadministrat sobre l'activitat física realitzada els darrers 7 dies.</p> <p>Pel que fa a l'anàlisi estadística, es va emprar la prova t de Student per determinar les mitjanes i desviacions estàndard de les dades quantitatives, i la prova txi-quadrat per trobar prevalences de les dades qualitatives. L'anàlisi multivariant es va realitzar mitjançant regressió logística multinomial. L'anàlisi es va dur a terme amb el programa SPSS 29.0, considerant significatius els resultats amb $p < 0,05$.</p>	
<p>Influence of sociodemographic variables and healthy habits on the values of overweight and obesity scales in 386.924 Spanish workers (Mestre et al., 2023)</p>	<p>Analitzar l'impacte de diferents variables sociodemogràfiques i hàbits de vida saludables en els valors de diferents escales que avaluen el sobrepès i la obesitat.</p>	<p>Estudi observacional, transversal i descriptiu realitzat a 386.924 treballadors de diferents comunitats autònomes derivats de les revisions mèdiques laborals. La recollida de dades es va realitzar mitjançant anamnesi, determinacions antropomètriques, clíniques i analítiques. Es van estandarditzar les tècniques utilitzades per mesurar les variables.</p>	<p>Pel que fa a les característiques de la població, el 39,8% eren dones i el 60,2% eren homes, amb una edat mitjana compresa entre els 30 i els 49 anys. La major part de la mostra tenia una educació primària i pertanyia a una classe socioeconòmica III. Pel que fa als hàbits de vida, el 41% dels homes i el 51,4% de les dones seguien una dieta Mediterrània, i el</p>

		<p>Es va registrar l'alçada i el pes.</p> <p>La pressió arterial es va mesurar 3 vegades i es va fer la mitjana.</p> <p>Es va extraure una analítica sanguínia en dejú de 12 hores per tal de determinar els nivells de triglicèrids, colesterol total, glucosa, HDL i LDL.</p> <p>El nivell educatiu es va categoritzar en estudis primaris, secundaris i universitaris, considerant el nivell més alt assolit.</p> <p>La classe social es va establir mitjançant la Clasificación Nacional de Ocupaciones de 2011 (classe I, II, III).</p> <p>Es van considerar fumadores les persones que han fumat almenys un cop en els darrers 30 dies o si no han deixat de fumar durant almenys un any.</p> <p>El nivell d'adherència a la dieta mediterrània es va mesurar amb una enquesta de 14 ítems, on una puntuació igual o superior a 9 es tradueix en una alta adherència.</p>	<p>45,5% dels homes i el 52,2% de les dones feien exercici regularment.</p> <p>Respecte al consum de tabac, el 37% dels homes i el 33% de les dones eren fumadores.</p> <p>Els valors mitjans de les escales que valoren el sobrepès i l'obesitat s'incrementen a mesura que augmenta l'edat i disminueix la classe social i el nivell educatiu. També s'observen valors més alts en persones sedentàries i amb baixa adherència a la dieta Mediterrània.</p> <p>En canvi, els fumadors presenten valor mitjans més baixos. En general, els homes mostren puntuacions superiors en totes les escales, amb l'excepció del CUN-BAE. Les diferències observades són estadísticament significatives $p < 0,001$.</p> <p>La prevalença de valors alts en les quatre escales, tant en homes com en dones, augmenta a mesura que</p>
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>El grau d'activitat física es va mesurar amb el <i>Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ)</i>, un qüestionari auto administrat sobre l'activitat física realitzada l'última setmana.</p> <p>Les escales de sobrepès i obesitat utilitzades van ser, calculades amb les fórmules corresponents:</p> <ul style="list-style-type: none">- Índex de massa corporal (IMC).- Índex d'adipositat corporal (BAI).- Body adiposity estimator (CUN BAE).- Puntuació metabòlica del greix visceral (METS-VF). <p>Pel que fa a l'anàlisi estadístic, es va fer servir la prova t de Student per calcular les mitjanes i les desviacions estàndard. En el cas de les variables qualitatives, es va fer servir la prova txi quadrat per calcular la prevalença.</p> <p>Es va realitzar un anàlisi de regressió multinomial logístic i es van calcular odds ratio amb intervals de confiança de 95%. L'anàlisi es va dur a terme amb SPSS</p>	<p>incrementa l'edat i disminueix el nivell socioeconòmic. Així mateix, els valors alts són més prevalents entre persones sedentàries i amb baixa adherència a la dieta Mediterrània. En fumadors les prevalences són menors.</p> <p>L'anàlisi mitjançant regressió logística multinomial evidencia que, tant les variables sociodemogràfiques com els hàbits de vida saludables, tenen un impacte en l'increment del risc de registrar valors elevats a les diferents escales de sobrepès i obesitat. Aquest risc s'incrementa amb l'envelliment, amb la disminució de la classe social, entre les persones amb poca pràctica d'activitat física, baixa adherència a la dieta Mediterrània i en els no fumadors. L'activitat física i el seguiment de la dieta Mediterrània són les variables que més</p>
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		28.0. El nivell de significació estadística es va establir amb el valor $p < 0,05$.	contribueixen a reduir el risc d'obesitat.
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------

Determinants socials, tabac i alcohol

Referència bibliogràfica	Objectiu	Metodologia	Principals resultats
Consumo de tabaco de liar en el País Vasco: magnitud, desigualdades socioeconómicas y evolución en el periodo 2013-2018 (Valero et al, 2023)	Analitzar l'evolució del nombre de persones que consumeixen tabac de liar i tabac de qualsevol tipus entre 2013 i 2018 en el País Basc i determinar si existien desigualtats socioeconòmiques en el seu consum.	Estudi observacional i transversal d'una mostra representativa de la població resident al País Basc de 16 a 59 anys a partir de l'Enquesta de Salut del País Basc i de l'Enquesta sobre Addiccions d'Euskadi.	Independentment del sexe, hi ha una disminució en el consum de tabac total, mantenint-se el consum del de liar. De forma global, el consum tabàquic és més prevalent entre la població amb una situació socioeconòmica més precària, mentre que el patró no és tan evident en el tabac de liar, sobretot en la població de dones joves.
Asociación entre determinantes socioeconómicos y exposición al humo ambiental del tabaco en niños (Fernández-Álvarez et al, 2020)	Valorar l'associació entre la prevalença d'exposició al fum ambiental del tabac (HAT) en els nens i nenes espanyols i diferents determinants socioeconòmics.	Anàlisi d'informació de 5495 menors de 15 anys inclosos en l'Enquesta Nacional de Salut d'Espanya 2011-2012. Es van realitzar anàlisis crues de les variables d'interès i es va ajustar un model de regressió logística multivariant per avaluar la relació de variables socioeconòmiques amb l'exposició al HAT total, a la	La prevalença d'exposició al fum ambiental del tabac en menors de 15 anys va ser del 11,8%. L'odds ratio de la prevalença d'exposició en la llar va esdevenir dues vegades més pels majors de 5 anys (ORP: 2,19 para 6-9 anys i 2,28 per 10-14 anys) que pels més petits. En relació amb el nivell d'estudis dels progenitors, si és inferior i mig, va associar-se amb una major exposició (ORP: 1,97 i 1,29). De la mateixa

		llar i mitjans de transport i llocs públics tancats.	forma, en relació amb les classes socials IV-VI (ORP 1,42). Respecte a la composició de la llar, una diferent de “parella amb fills” i estar vivint en habitatges més petits, va vincular-se també amb una major exposició. Els resultats d'exposició total són semblants als d'exposició a la llar (11,5%) a causa de la baixa prevalença d'exposició en llocs tancats públics (0,8%) i mitjans de transport.
La salud de las mujeres desde la perspectiva de los determinantes sociales (López,2019)	Analitzar la percepció de l'estat de salut, els estils de vida i l'ús dels serveis sanitaris, des de la perspectiva dels determinants socials de salut i els eixos de desigualtat, de les dones que viuen a Catalunya, en dos moments precisos, 2006 i 2012/13, emmarcats en un context previ a la crisi econòmica i en plena fase	L'estudi descriptiu s'ha centrat en la població de Catalunya, no institucionalitzada i major de 15 anys, obtenint una mostra aleatòria, estratificada i en etapes múltiples, en unitat supramunicipal, municipi i individu, de 15.926 persones en 2006 i de 7.833 en 2012/13. S'han estudiat variables sociodemogràfiques; variables relacionades amb els estils de vida, amb la percepció de l'estat	Els resultats de la investigació mostren una autopercepció positiva de la salut, en les dues onades, tanmateix, les dones presenten una pitjor autopercepció que els homes En relació amb els estils de vida, les dones practiquen menys activitat física i consumeixen menys begudes alcohòliques que els homes. Respecte a la utilització dels serveis sanitaris, són les dones les que més en fan ús, en major proporció les majors de 65 anys, amb estudis bàsics, viudes i de baixa classe social.

	d'instauració, i fer una comparació a través de l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA).	de salut i amb la utilització dels serveis sanitaris, així com les vinculades amb els determinants socials i els eixos de desigualtat.	
Abordaje cualitativo de la salud urbana en tres barrios con distinto nivel socioeconómico, y su relación con el consumo de tabaco y alcohol (González, 2021)	Explorar els factors que condicionen i influeixen en el consum de tabac i alcohol en 3 barris amb diferent nivell socioeconòmic (NSE) de la ciutat de Madrid (Espanya). De forma secundària, s'aprofundirà en les diferències existents en el consum d'aquestes dues substàncies entre els tres barris amb diferent nivell socioeconòmic.	Basada en un abordatge qualitatiu, utilitzant diferents tècniques de codificació que han sigut preses de vèries vessants de la TF : la TF Constructivista (TFC) de Charmaz (2006), i la TF de Corbin i Strauss (2015). Les dades analitzades per l'elaboració dels resultats provenen de 37 entrevistes semiestructurades (ES) i 29 grups de discussió (GD).	Els resultats mostren que el consum de begudes alcohòliques i tabac difereix entre les tres barriades analitzades. En relació amb el consum tabàquic, s'aprecia que a mesura que passa el temps, des que va introduir-se la Llei 42/2012, s'ha anat desnormalitzant el consum d'aquesta droga (existint diferències en quant al nivell socioeconòmic del barri) i, a més, es percep una disminució de l'exposició al fum ambiental del tabac. Juntament, s'associen les parades d'autobusos com a espais nets, on hauria d'estar implementada la prohibició del tabac. En relació amb el barri d'un nivell socioeconòmic elevat, les persones que consumeixen tabac senten estigmatització per part de la pressió social, per la baixa percepció de persones que fumen en l'entorn urbà d'aquesta barriada.

			<p>Parlant de l'alcohol, hi ha tota una sèrie de factors socials, econòmics i culturals que determinen el seu consum. Alguns dels factors que fan que l'alcohol sigui accessible i augmenti la seva disponibilitat és la gran quantitat de botigues de conveniència que venen aquest tipus de begudes i tenen un ampli horari de venda. Mentre que el consum d'alcohol està socialment acceptat i normalitzat en els bars, el consum en espais públics, a l'aire lliure, està interpretat com una font de problemes (afectant de forma diferencial en cada barriada en funció del nivell socioeconòmic) i, a més, s'associa a col·lectius socialment vulnerables.</p>
<p>Desigualdades sociales en la mortalidad en España y países de las Américas (Haebeber, 2020)</p>	<p>L'objectiu general d'aquesta tesi és generar evidència sobre les desigualtats socials en salut, tant en la Regió de les Amèriques en el seu conjunt com en Espanya.</p>	<p>S'ha realitzat un estudi ecològic de tendències amb dades agregades a nivell nacional i un estudi transversal amb dades individualitzades.</p>	<p>Les desigualtats socials com l'educació, edat i sexe, en la mortalitat cardiovascular en Espanya, el IRD en mortalitat per malaltia cardiovascular total va ser un 1,88 (Interval de confiança [IC] 95%: 1,80-1,96) en dones i 1,44 (IC 95%: 1,39-1,49) en homes. Els IDP van ser de 178,46 i 149,43 morts /100000 respectivament.</p>

			<p>Les majors desigualtats van percebre's en la patologia cardíaca isquèmica i insuficiència cardíaca en dones més joves, amb IRD >4. No van apreciar-se diferències entre sexes per malaltia cerebrovascular.</p> <p>Les desigualtats socials (educació, edat i sexe) en la mortalitat per consum de tabac en Espanya: la taxa crua de mortalitat atribuïble al consum tabàquic va ser 55 i 134 per 100000 dones i homes, de forma respectiva. La meitat de les morts van succeir en la població amb menor nivell d'estudis (representant el 27% de la totalitat de població). El IRD per mortalitat total va ser del 0.39 (IC95%: 0.35-0.42) en dones i 1.61 (IC95% : 1.55-1.67) en homes.</p> <p>El IDP va ser de -41 i 111 morts per 100000 respectivament. Les característiques que presentaven un major risc de morir van basar-se en les dones menors de 55 anys i els homes de totes les edats, tot i així, les dones de 55 anys i més van presentar un risc inferior.</p>
--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Evolución y desigualdades en el estilo de vida relacionado con la salud de la población adulta española durante el periodo 2006-2017 (García, 2023)</p>	<p>Analitzar l'evolució i les desigualtats socials en l'estil de vida i la salut de la població adulta espanyola durant el període 2006-2017</p>	<p>La mostra estava formada per 118604 persones (25,4% dones) de la població espanyola que va participar en l'Enquesta Nacional de Salut d'Espanya (edicions de 2006, 2011/12 i 2017) i l'Enquesta Europea de Salut d'Espanya (edicions de 2009 i 2014); i per una població afiliada a l'Associació d'Esport per Tots de Madeira en la Regió Autònoma de Madeira (Funchal, Portugal) de l'any 2017, 381 persones (61,2% dones). A partir d'aquestes enquestes es van mesurar variables socioeconòmiques i/o sociodemogràfiques, variables relacionades amb l'estil de vida i indicadors de salut. Es van realitzar anàlisi de regressió logística, mediació, classes latents, equacions d'estimació</p>	<p>En el període a fer l'anàlisi, va apreciar-se un increment de la desigualtat socioeconòmica en hàbits de vida relacionats amb la salut: l'activitat física, fumar tabac i consum quotidià de fruita i verdura. En relació amb el gradient socioeconòmic en els indicadors de salut, concretament l'obesitat i qualitat de vida relacionada amb la salut, els hàbits d'activitat física i alimentació de forma parcial van relatar el gradient socioeconòmic en l'obesitat. A més, respecte als dominis de l'activitat física, l'esportiva va esdevenir la modalitat contributiva per explicar de forma parcial el gradient socioeconòmic en la qualitat de vida relacionada amb la salut. Quant a l'estil de vida i indicadors de salut, van observar-se diferències entre els entorns rurals i urbans que van mantenir-se al llarg del període temporal analitzat, incloent-hi, a més, un major estatus de pes i consum de begudes alcohòliques en els homes de</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>generalitzades per ajustar models de regressió logística i matrius de correlació com a principals anàlisis estadístiques.</p>	<p>zones rurals i una probabilitat inferior d'examen citològic en les dones d'aquesta zona.</p> <p>A la vegada, els cuidadors informals van afirmar un estil de vida més actiu i un major consum diari de fruites i verdures comparant-ho amb els no cuidadors, tot i que van tenir, també, un major consum de tabac i alcohol.</p> <p>Certs grups de persones amb malalties cròniques analitzades tenien una major probabilitat de mala salut i pitjors hàbits de vida comparant-ho amb les persones sense aquestes patologies. Arran de la introducció de la Llei 42/2010, destinada a disminuir el consum del tabac, va apreciar-se una disminució considerable de les persones fumadores i, en aquest mateix període analitzat, el fet de presentar un alt nivell educatiu, estudis superiors, va concloure esdevenint un indicador associat amb un millor estil de vida en general, independentment de la classe social ocupacional.</p>
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Nivel de conocimientos sobre determinantes de salud en estudiantes de grado de titulaciones relacionadas a la salud de la UGR (Díaz et al., 2018)</p>	<p>Estimar el grau de coneixements que tenen els estudiants universitaris de diferents titulacions biosanitàries sobre els determinants de salut.</p>	<p>Estudi observacional, transversal, en una mostra de futurs professionals sanitaris en les Facultats de Medicina, Ciències de la Salut i Treball Social de la Universitat de Granada durant el curs acadèmic 2015-2016. Es va aplicar un qüestionari autoadministrat sobre determinants de la salut.</p>	<p>Dels 20 factors que s'han analitzat, l'alcohol (mitja =4.7) i el tabac (mitja =4.7), juntament amb l'alimentació, l'activitat física i les drogues il·legals van ser els que els alumnes van apreciar com els més abordats durant els seus estudis; els factors que van rebre un interès menor durant els seus estudis va ser la religió (mitja=2.4), els valors ètics (mitja=3.2), la soledat (mitja=3.4), i l'habitatge (mitja=3.4). Per titulació, el tabac és el factor sobre el qual els alumnes de medicina i ciències de la salut diuen rebre més informació, mentre que els treballadors socials tenen en consideració que es posa més atenció a les relacions socials i familiars en el seu aprenentatge.</p> <p>Respecte a les formes de vida, l'alimentació-activitat física ($p<0,12$) va ocupar el primer lloc com a factor influent sobre la salut (43,9%), seguida pel consum de drogues il·legals ($p<0,05$) (29,6%) i el tabac ($p<0,05$) (22,25%). L'alimentació-activitat física ($p<0,05$) i el consum de tabac</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p>($p < 0,05$) van ser dos factors citats en la majoria d'ocasions per part de l'alumnat entre les tres primeres posicions, els dos amb un percentatge del 76,1%, sent el menys citat els hàbits de conducció ($p < 0,05$) amb un 9,8%.</p> <p>En el moment en què se'ls va preguntar específicament per les mesures que consideraven més eficaces per combatre el consum del tabac, va ser l'educació sanitària la que va ocupar la primera posició (mitja =4,8), seguida per l'augment del preu (mitja = 4,5), mentre que la prohibició de la publicitat es va situar com l'activitat més ineficaç (mitja =3,6).</p> <p>En conclusió, respecte els estils de vida, l'alimentació-activitat física és el principal influent sobre la salut, seguida pel consum de drogues il·legals i el tabac. En el nivell de coneixement sobre els determinants de la salut, s'aprecia un dèficit de coneixement dels alumnes sobre els factors socials en relació amb la salut. Se sobreestima la importància que l'alimentació-activitat física</p>
--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			i el tabaquisme tenen envers la salut. En adherència, es sobrevalora l'eficàcia de l'educació sanitària en la lluita antitabàquica.
Living under the influence: normalisation of alcohol consumption in our cities (Sureda et al., 2017)	En aquesta nota de camp es reflexa la normalització de l'alcohol en els entorns urbans i es destaca la necessitat de més investigació per comprendre millor les actituds i les pràctiques en relació amb el consum d'alcohol.	Es tracta d'una revisió sistemàtica envers la literatura existent sobre el consum de begudes alcohòliques en els entorns urbans. Els resultats d'aquest estudi formen part del <i>Heart Healthy Hoods</i> , el qual pretén estudiar les associacions que hi ha entre les característiques físiques i socials de l'entorn urbà i la salut de la població.	Tot i que existeixen grans diferències entre països, el consum de begudes alcohòliques a escala europea s'ha mantingut estable durant els últims anys. A Espanya, l'enquesta 2011-12 va apreciar-se que el 77,5% de la població adulta havia consumit al llarg de la vida beguda alcohòlica (el 65,4% va consumir l'any passat i el 13,8% va informar de consumir diàriament). En el mateix estudi, es va veure que el 75,4% dels homes i el 53,4% de les dones van afirmar consumir alcohol de baix risc i que el 19,76% dels homes i les dones eren bevedors l'últim any. A més, en l'estudi es va demostrar que la cervesa era la beguda més escollida pel 28,7% de la població (el vi 23%). En observar de forma directa les barriades i carrers d'aquestes ciutats, es van adonar

			<p>que la disponibilitat de l'alcohol, la seva comercialització i promoció i els signes visibles del seu consum estan presents en les ciutats. Per un costat, s'ha apreciat que la presència de punts de venda alcohòlica, tant dins com fora de l'establiment, assegura, per mitjà de diversos horaris d'obertura per tipus de punts de venda, subministrament d'alcohol en diferents moments del dia.</p> <p>D'altra banda, es va fer una recollida de dades sobre l'alta visibilitat del consum de begudes alcohòliques al carrer pel que fa a persones que consumeixen alcohol o la presència d'ampolles/altres envasos de rebuig en espai públic, no només indicant l'acceptabilitat de l'alcohol, suggerint un compliment incomplet de la normativa vigent en relació amb l'alcohol. Finalment, la presència de forma constant de la promoció i el màrqueting de begudes alcohòliques, comporta als professionals de la salut pública a concloure pensar en possibles polítiques en relació amb</p>
--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p>l'alcohol. Tot i que a Espanya està prohibida la publicitat de forma directa de l'alcohol a la via pública, freqüentment es fa ús de la publicitat indirectament i el patrocini per eludir aquesta prohibició. Els anuncis de begudes alcohòliques estan presents a molts punts de venda d'alcohol, principalment als locals. Exemplificant, els locals d'hostaleria empren les seves terrasses i aparadors per fer promoció d'alcohol que ofereixen begudes a preus rebaxats i anuncien marques de begudes. Les polítiques dins de la Unió Europea que regulen l'entorn de venda detalladament d'alcohol, el màrqueting i la publicitat d'aquest tipus de begudes varien en funció del país i, de vegades, entre les jurisdiccions d'un país, amb diferents estrats de restriccions. Les restriccions publicitàries als països europeus estan inversament associades a la prevalença del consum de risc d'alcohol en persones de 50 a 64 anys. A Espanya, la venda de begudes alcohòliques es regula en certs</p>
--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p>moments i llocs, essent sempre prohibida la seva venda a la població menor de 18 anys. Tanmateix, la disponibilitat d'aquesta beguda a un cost baix és la normalitat en el nostre context i entorn i, a més, la desregulació del comerç minorista afavorida per les directives d'Europa ha comportat que la disponibilitat de les begudes alcohòliques sigui encara més gran, sobretot a les grans ciutats i de nit.</p> <p>Seguint el mateix fil, existeixen polítiques encarregades de regular de forma parcial la publicitat, tant directa com indirecta, d'alcohol en llocs públics específics. Si més no, la pressió de la indústria d'aquesta droga és evident, eludint la regulació que ja existeix amb diverses estratègies. Algunes d'elles: l'ús de patrocini per anunciar l'alcohol o l'ús de punts de venda de begudes alcohòliques per fer publicitat dels seus productes a través de promocions i descomptes.</p>
--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>La salud de las personas adultas afectadas por un proceso de desahucio (Bolívar et al., 2016)</p>	<p>Analitzar l'estat de salut percebuda i altres indicadors relacionats amb la salut, en persones adultes de Granada que es troben en un procés de desnonament del seu habitatge habitual, de lloguer o en propietat, en comparació amb la salut de la població general andalusa.</p>	<p>Estudi transversal mitjançant enquesta administrada per personal entrenat que inclou instruments de la Enquesta Andalus de Salut 2011 per la mesura de variables de salut física i mental, i d'hàbits relacionats amb la salut. S'han comparat els resultats amb els obtinguts sobre la població general andalusa mitjançant l'Enquesta Andalus de Salut. S'ha realitzat una anàlisi bivariada utilitzant la prova de txi-quadrat, i una anàlisi multivariada mitjançant regressió logística.</p>	<p>La totalitat mostral que s'ha obtingut ha estat de 205 persones en procés de desnonament. El 59,5% (122) són dones i el 40,5% (83) homes. Presenten probabilitats més elevades de tenir una mala qualitat de salut (odds ratio [OR]: 12,63; interval de confiança del 95% [IC95 %]: 8,74-18,27), malaltia cardiovascular (OR: 3,08; IC95 %:1,54-6,16) o consumir tabac; (1,21-2,33), en comparació amb la població general andalusa. La majoria dels indicadors que s'han analitzat, en relació amb les dones en procés de desnonament, mostren un pitjor resultat.</p>
<p>Eating habits in immigrants living in South of Spain (Badanta et al., 2025)</p>	<p>Investigar els hàbits alimentaris de diferents subgrups d'immigrants que viuen al sud d'Espanya, considerant variables com el sexe, el país d'origen i el temps de residència al país d'acolliment.</p>	<p>Aquest estudi descriptiu transversal amb metodologia mixta es va dur a terme entre el 2017 i el 2019 utilitzant qüestionaris anònims autoadministrats per a l'enquesta quantitativa i entrevistes cara a cara per a l'estudi qualitatiu. Un</p>	<p>Els immigrants que residien a Espanya des de fa més temps, tendien a consumir més menjar del país i els homes consumien més begudes alcohòliques. Era als seus llocs de treball on els immigrants procedents d'Àsia menjaven més i, a més, el menjar que consumien era més menjar d'origen i alcohol. Els africans tenien tendència a</p>

		total de 249 immigrants van participar en la fase quantitativa i 30 van participar en la fase qualitativa. Es van avaluar les dades sociodemogràfiques, el tipus de dieta, els hàbits alimentaris i els problemes de salut. Es va utilitzar una anàlisi de correspondències múltiples.	consumir menys alcohol per les seves creences culturals i els llatins consumien més menjar espanyol i més aliments grassos.
Factors individuals i contextuals associats al consum de risc d'alcohol en joves de la Catalunya Central (Obradors, 2015)	Conèixer quins factors individuals i contextuals determinen el consum de risc d'alcohol en joves, i estudiar l'existència de diferències de consum entre àmbit rural i urbà en adolescents de la Catalunya Central.	Per assolir aquest objectiu, es van dur a terme tres estudis. El primer descriu la prevalença del consum d'alcohol de risc i examina els factors individuals relacionats amb aquest consum. El segon, mitjançant una anàlisi multinivell, explora els factors contextuals que hi intervenen. Finalment, el tercer estudia les diferents mesures de nivell socioeconòmic en adolescents i la seva repercussió en el consum d'alcohol de risc.	El consum de risc d'alcohol (borratxeres i binge drinking) és significativament més alt en joves de zones rurals que urbanes a Catalunya. Factors individuals associats a un major consum rural són un pitjor rendiment acadèmic i viure fora d'una família biparental, mentre que a l'àmbit urbà s'associa a un nivell socioeconòmic més alt. En ambdós àmbits, la influència del consum d'amics i germans, les expectatives positives i l'accessibilitat a l'alcohol (compra, llocs de consum, sortir de nit) són factors clau. A nivell contextual, només el percentatge de consumidors de risc a l'aula on estudia el jove va resultar significatiu.

		<p>Es tracta d'un estudi descriptiu transversa realitzat amb alumnes de 4t d'ESO de la Catalunya Central (2011-2012). La mostra es va calcular a partir de la població de 3r d'ESO del curs anterior (4.966 alumnes), amb una mida de 1.221 alumnes i un marge de precisió del 2% (IC 95%). La selecció es va fer per mostreig per conglomerats, utilitzant aules com a unitat mostral, i estratificat segons titularitat del centre, àmbit geogràfic (rural, intermedi, urbà) i nivell de renda. Es va realitzar un mostreig aleatori simple per seleccionar les aules de cada estrat, i si un centre acceptava, totes les seves aules s'inclouïen; en cas de refus, es substituïa per un altre centre del mateix estrat. L'instrument va ser un qüestionari informatitzat i auto-</p>	<p>Finalment, la classe social ocupacional dels pares es confirma com un bon indicador de classe social, encara que cal aprofundir en mesures més adequades per a adolescents.</p>
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		administrat, basat en diversos qüestionaris validats locals i internacionals, adaptat prèviament amb prova pilot. El qüestionari incloïa seccions sobre dades sociodemogràfiques, consum de tabac, alcohol i altres substàncies, estat d'ànim i relacions socials, i temps d'oci.	
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Determinants socials i salut mental

Referència bibliogràfica	Objectiu	Metodologia	Principals resultats
Los determinantes sociales y los problemas de salud mental. Una visión de conjunto (López i Laviana, 2025)	Revisar i sintetitzar, de manera narrativa, la bibliografia disponible sobre l'efecte d'aquests diferents factors sobre diferents problemes de salut mental i les possibilitats d'intervenció que deriven d'això, amb la pretensió d'oferir una	Es basa en repassar alguns treballs històrics de referència i resumir posteriorment el cos global de coneixements disponible (sobre factors presumiblement etiològics i sobre possibilitats d'intervenció), per presentar finalment alguns aspectes que consideren necessitats de posteriors	La informació recollida al llarg de dècades d'investigació permet considerar l'existència d'un conjunt de factors socials que exerceixen un paper rellevant en l'origen, l'evolució i les possibilitats d'intervenció de diversos problemes de salut mental,

	<p>primera visió del conjunt del tema.</p>	<p>desenvolupaments, això com unes breus conclusions. Amb la única pretensió de facilitar, com s'ha dit, una primera visió de conjunt, potencialment completada amb anàlisis més específiques, per les que l'article pretengui també servir d'estímul.</p>	<p>incloent-hi tant els trastorns mentals comuns com els greus. Tanmateix, en la interpretació de la causalitat atribuïda als determinants socials, és necessari actuar amb prudència.</p> <p>En primer lloc, cal tenir en compte que aquest paper és complementari a un efecte invers conegut com a "selecció social", és a dir, la influència negativa que poden exercir els trastorns mentals sobre la situació social de les persones afectades. A més, cal destacar que aquests factors, per si sols, no són suficients per explicar l'origen dels trastorns. Més aviat, s'integren dins d'una xarxa complexa de caràcter biopsicosocial que defineix la psicopatologia. Això qüestiona qualsevol enfocament reduccionista que pretengui atribuir un origen directament social als trastorns mentals i que proposi,</p>
--	--------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			com a resposta principal, mesures exclusivament sociopolítiques.
Factores sociodemográficos, salud mental y redes sociales: un estudio comparativo sobre la conducta suicida (García-Martínez et al., 2023)	Analitzar la ideació, planificació i/o conducta suïcida en relació a factors sociodemogràfics, estat de salut mental i ús de xarxes socials.	Estudi descriptiu, comparatiu de persones amb ideació o intent suïcida el darrer any i persones sense ideació suïcida, emparellats per sexe i edat, en relació amb variables sociodemogràfiques, trastorns mentals i factors d'ús de les xarxes socials. <u>Participants:</u> els individus que havien presentat conducta suïcida van ser reclutats de l' <i>Asociación Aragonesa de Trastornos Depresivos</i> (AFDA) i van ser emparellats per sexe i edat amb els que no havien experimentat conducta suïcida. Criteris d'inclusió: +18 anys, saber llegir i escriure en espanyol i ser usuari de xarxes socials com <i>Twitter</i> i/o <i>Instagram</i> . Assumint un error del 5%, amb un IC 95%, una precisió del 5%, i afegint un 25%, el càlcul de la mida de la mostra va ser de 40 individus. Finalment, van	En relació amb les característiques de la totalitat mostral, el 88,2% són dones, amb una edat mitja de 35,21 anys. El perfil de participant és ser dona, convivint amb gent, treballadora activa, que faci ús de les xarxes socials de forma diària, unes 3 hores de promig, i rara vegada les empri en moments d'angoixa emocional. En relació amb la salut mental, el 59,8% ha patit depressió momentàniament al llarg de la seva vida i el 55,9% té algun altre trastorn diagnosticat, essent el més freqüent el trastorn d'ansietat (50%). Pel que fa a la comparació entre persones amb intents o ideació suïcides i persones que no, existeixen diferències significatives ($p < 0,05$) en la variable d'estat civil

		<p>participar 51 persones en cada grup, 102 en total.</p> <p><u>Instruments:</u> La variable resultat va ser la conducta suïcida i es va recollir a partir d'una pregunta. Per recollir les variables sociodemogràfiques es va fer servir un qüestionari elaborat per a l'estudi sobre: edat, sexe, estat civil, convivència a casa, nivell d'educació, situació laboral, ús de xarxes socials, estat de salut mental.</p> <p><u>Anàlisi estadística:</u> es va fer servir IBM SPSS Statistics versió 26 i Microsoft Excel. Els valors $p < 0,05$ es van considerar estadísticament significatius. Primer, es va realitzar una anàlisi descriptiva de la mostra, mostrant mitges i desviacions estàndard de les variables contínues, així com la freqüència i els percentatges de les variables categòriques. Donada la distribució normal de les variables contínues, es va fer servir estadística paramètrica. Les variables d'estudi es van comparar en funció de si s'havia produït o no conducta</p>	<p>(més conducta suïcida en persones separades, divorciades), l'ocupació (més conducta suïcida en persones jubilades, desocupades, amb alguna discapacitat...), ús de xarxes socials (les persones que presenten conducta suïcida en fan més hores d'ús i les fan servir en moments d'angoixa) i diagnòstics de salut mental (amb un percentatge superior en les persones amb ideació o intent suïcida amb previ diagnòstic o en el darrer any de depressió i altres comorbilitats psiquiàtriques com trastorns d'ansietat, ansios-depressiu, trastorn de la son i TCA). Els factors que s'associen a les conductes autolesives són el no laboral (aturat, estudis, jubilat o amb incapacitat permanent o temporal) (B: 1,193, odds ratio: 3,298), haver tingut un episodi depressiu en el darrer any (B: -</p>
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		o ideació suïcida. Es va fer servir l'estadística t de Student i la txi-quadrat, en funció si les variables eren contínues o categòriques. Finalment, es va desenvolupar una anàlisi de regressió logística multivariada, mantenint les variables que van obtenir $p < 0.1$	2,350, odds 0,0959) i un trastorn d'ansietat (B: -1,659, odds ràtio: 0,190). El model té un R-quadrat de Cox i Snell de 0,41.
Estatus socioeconómico, soledad y depresión entre los adultos mayores: análisis transversal en España (Sánchez-Moreno et al., 2025)	Analitzar la relació entre l'estatus socioeconòmic i la depressió i si aquesta associació es veu afectada per la soledat.	Disseny transversal en què van participar 887 persones. Els criteris d'inclusió van ser: 65 anys o més, viure en parella o sol en una residència durant més d'un mes, no tenir un deteriorament greu i poder comunicar-se. L'edat mitjana dels participants va ser 78,5 anys i el 62% van ser dones. Les dades van ser recollides a través d'una enquesta administrada per personal qualificat. La variable de resultat va ser la depressió i es va fer servir la versió curta de l'Escala de Depressió Geriàtrica (GDS-5) per mesurar-la. Consisteix en registrar 5 símptomes i s'obté una puntuació de 0-5.	Els resultats de les anàlisis bivariants de les variables qualitatives (taula 3) representen que el risc d'estar per sobre del llindar del GDS-5 (per a la depressió) és superior en les dones ($\chi^2 = 10,45$; $p < 0,001$) i inferior en les persones sense limitacions de mobilitat causades per malalties ($\chi^2 = 10,45$; $p < 0,001$), en comparació amb els que han de fer front a limitacions lleus o severes. Sumat a això, el percentatge de participants que presenten risc de depressió és superior entre aquells que no han

		<p>El punt de tall per identificar un possible cas va ser una puntuació de 2 o més.</p> <p>Pel que fa a les variables d'exposició, la soledat es va mesurar fent servir la versió de 6 ítems de l'Escala de Soledat de Jon Gierveld. L'estatus socioeconòmic es va mesurar amb dos indicadors: el nivell educatiu i les dificultats econòmiques.</p> <p>Les variables de control inclouen: sexe, edat, fills i límits en les activitats de la vida quotidiana, que es va mesurar amb l'Indicador Global de Limitació d'Activitat (GALI).</p> <p>Pel que fa a l'anàlisi estadística, en primer lloc, es van obtenir les estadístiques descriptives de les variables de l'estudi i les estadístiques de correlació bivariada. En segon lloc, es va realitzar una anàlisi de regressió logística per verificar l'ajust de cinc models. El model bàsic només inclou les variables de control. A continuació, es van introduir els indicadors de l'estatus socioeconòmic a l'equació (model 2: 'estatus</p>	<p>completat l'educació primària (45,5%) i inferior entre aquells participants amb títol universitari (16,4%) ($\chi^2 = 40,25$; $p < 0,001$).</p> <p>D'altra banda, els participants que presenten dificultats per arribar a final de mes tenen un risc major de depressió ($\chi^2 = 23,62$; $p < 0,001$).</p> <p>És rellevant destacar que el 57,5 % de les persones que viuen soles presenten risc de depressió, comparant-ho amb el 19 % d'aquells que no pateixen depressió ($\chi^2 = 120,04$; $p < 0,001$).</p> <p>A la taula 4, s'aprecien resumits els resultats de l'anàlisi de regressió logística la qual inclou les dues dimensions de la soledat (emocional i social) com a variables quantitatives. Al model 2 les variables en relació amb l'estatus socioeconòmic mostren una relació estadísticament significativa amb la variable resultat, per la qual cosa,</p>
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>socioeconòmic'). El tercer model ('soledat') recull les dimensions de la soledat que es van tenir en compte a l'estudi. Els models 4 i 5 inclouen interaccions entre les variables relacionades amb l'estatus socioeconòmic i la soledat. En tercer lloc, per calcular les equacions de regressió logística dels models 3-5, es va utilitzar una sola variable enlloc de les puntuacions de les dues dimensions de la soledat (emocional i social), que calcula el risc de soledat en funció d'un punt de tall.</p>	<p>tenir estudis universitaris fa disminuir la probabilitat de depressió en un 47%. D'altra banda, la probabilitat de patir depressió esdevé un 86% més elevada entre aquells que presenten dificultats econòmiques.</p>
<p>Desigualdad social y salud en España: ¿Cómo influyen en la salud y en el uso de los Servicios sanitarios la clase social, el nivel educativo y la situación laboral? (González-Rábago et al., 2015)</p>	<p>Analitzar l'estat de les desigualtats en la salut de la població espanyola segons la seva classe ocupacional, nivell educatiu i situació laboral, utilitzant les dades de l'Enquesta Nacional de Salut (ENSE) 2011-2012 per a la població de 25 anys i més.</p>	<p>Es tracta d'un disseny transversal, a partir de la informació proporcionada per l'ENSE, amb una mostra de 19.351 individus. Es va limitar la població a 25 anys i més. Les variables de salut analitzades van ser: autovaloració de la salut (mitjançant una pregunta), salut mental (a partir del qüestionari GHQ-12 per detectar persones en risc de depressió i ansietat,</p>	<p>En relació amb la classe social, aquesta va esdevenir un gran marcador de desigualtats en la salut mental, tant en homes com en dones, empitjorant de forma significativa a mesura que es descendeix en la posició socioeconòmica. En adherència, gairebé multiplicant-se per dos la prevalença d'una mala qualitat de</p>

		<p>es va considerar mala salut mental puntuació igual o > 3), patiment de problemes crònics, utilització de l'AP i/o serveis especialitzats les darreres 4 setmanes, utilització del servei d'urgències el darrer any.</p> <p>Pel que fa a les variables sociodemogràfiques, es van fer servir: classe social ocupacional, nivell d'estudis i situació laboral. Totes les anàlisis es van realitzar de forma estratificada per a homes i dones.</p> <p>Pel que fa a l'anàlisi estadística, en una primera anàlisi bivariant, es van calcular les prevalences de les variables de salut i d'ús de serveis segons les tres variables socioeconòmiques en homes i dones. Aquestes proporcions van ser estandarditzades per edat a partir del mètode directe, prenent com a població estàndard la suma de les poblacions d'homes i dones.</p> <p>Per analitzar l'associació entre la situació laboral i les variables dependents, es van</p>	<p>salut mental entre les dones de classe social baixa (33,2%) respecte a les de classe social alta (17,9%). De fet, les dones presenten una pitjor salut mental que els homes en tots els grups socials, tanmateix, la bretxa de gènere incrementa a mesura que es disminueix la classe social.</p> <p>De la mateixa manera, és el nivell d'estudis qui marca novament desigualtats en la salut mental. Concretament, el grup de població amb estudis primaris són els que tenen una pitjor salut. Segueixen sent molt marcades les diferències entre homes i dones, ja que, en quant a la prevalença de mala salut mental, és sempre relativament superior en dones, tot i que, novament, les diferències minven a mesura que el nivell d'estudis augmenta. En adherència, les desigualtats que ja s'han mencionat</p>
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>calcular les odds ratios, ajustades per edat, a partir de models de regressió logística, prenent com a categoria de referència les persones amb ocupació remunerada. En el cas del nivell d'estudis i la classe social, es va calcular a partir de l'índex relatiu de desigualtat (IRD). Per al seu càlcul, el nivell socioeconòmic es va quantificar com la posició relativa de cada individu en la jerarquia socioeconòmica, a partir de la seva classe social ocupacional o nivell d'estudis. Aquesta mesura contínua es va relacionar amb cada variable de salut i d'ús de serveis a partir de models de regressió logística.</p>	<p>anteriorment són significatives, com mostra l'Índex Relatiu de Desigualtat (IRD). Independentment del sexe, el risc de mala salut mental és superior entre la població amb una classe social més desfavorable, incrementant un 61% la probabilitat en els homes i un 114% en les dones.</p> <p>Igualment, les desigualtats en relació amb el nivell d'estudis són significatives, multiplicant-se per dos la probabilitat de mala salut mental en les persones amb un nivell d'estudis inferior, independentment del sexe.</p> <p>A més, seguint per la salut mental, s'aprecia que la situació laboral va ser un marcador diferencial, sent les persones aturades, sense treball, les que presenten una pitjor salut (31,1% en homes i 33,2% en dones) davant de les persones que</p>
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p>es troben empleades (13% en homes i 19,7% en dones), o enfront de les dones que fan treball domèstic (26%). La diferenciació entre dones i homes són superiors entre el grup d'empleats, reduint-se entre els aturats. Les desigualtats són significatives, multiplicant-se quasi per tres la probabilitat de mala salut mental en homes que no estan treballant, aturats [OR 2,77 (2,39-3,22)] davant d'empleats, i multiplicat per dos en dones [OR 1,99 (1,71-2,32)]. Aquelles dones que treballen en l'àmbit domèstic tenen una probabilitat major de presentar una pitjor salut mental [OR 1,43 (1,24-1,65)], tot i que en menor mesura que aquelles aturades.</p>
--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>La precariedad laboral medida de forma multidimensional: distribución social y asociación con la salud en Cataluña. (Benach et al., 2015)</p>	<p>Mostrar per primera vegada la prevalença de la precarietat laboral mesurada de forma multidimensional a Catalunya i la seva associació amb la salut mental i autopercebuda.</p>	<p>Estudi transversal amb dades de la II Enquesta Catalana de Condicions de Treball (ECCT) de l'any 2010, realitzada a una mostra representativa de la població ocupada de 16 anys o més residents a Catalunya (n=3601). Es va seleccionar una submostra de persones assalariades amb contracte (n=2756) i que haguessin respost a tots els ítems de l'Escala de Precarietat Laboral (EPRES) (n=2279).</p> <p>Les variables dependents van ser la salut autopercebuda i la salut mental. La primera es va mesurar mitjançant una pregunta directa i la salut mental es va mesurar amb el General Health Questionnaire-12 (GHQ-12). Es va considerar normal < 3 i alterada puntuació de 3 o més.</p> <p>Com a variable independent es va fer servir la precarietat laboral, que es va construir amb 4 de les 6 dimensions de la EPRES. Es van definir 2 nivells en funció</p>	<p>Va apreciar-se una alta prevalença de precarietat relativament superior en dones (42,6%) que en homes (51,4%)(34,1%). Les persones joves, immigrants, amb treballs de tipus manual i menor nivell educatiu presenten més precarietat, superior en les dones en tots els grups d'edat excepte 16-24 anys.</p> <p>Pel que fa a l'associació entre la precarietat laboral i la mala salut mental i autopercebuda, després d'ajustar per variable sociodemogràfica, s'aprecia que com més elevat siguin el nivell de precarietat, pitjor és el nivell de salut mental i autopercebuda. En el darrer quartil, la salut mental és tres vegades superior que en el primer (RPa: 3,21, IC95%: 2,08-4,95, en homes; RPa: 3,45, IC95%: 2,11-5,65, en dones). Respecte a la salut autopercebuda, en homes l'associació és superior, amb</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>de la puntuació del qüestionari: <1 absència, 1 o més presència.</p> <p>Per a l'anàlisi de l'associació amb la salut es van utilitzar quartils per explorar el gradient d'associació amb la precarietat; el quartil 1 és el valor de referència.</p> <p>Com a variables sociodemogràfiques es van utilitzar l'edat, la nacionalitat, la classe social ocupacional i el nivell educatiu.</p> <p>Es van calcular les prevalences de la precarietat laboral i els seus intervals de confiança del 95% (IC95%), estratificant per sexe, així com el valor de p per a les variables categòriques i ordinals. Es van utilitzar models de regressió log-binomial estratificats per sexe i ajustats per les variables sociodemogràfiques per calcular les raons de prevalença ajustades (RPa) i els seus IC95%.</p>	<p>diferències relativament majors en el quartil superior (RPa: 2,69, IC95%: 1,62-4,49, en homes RPa: 2,14, IC95%: 1,34-3,43, en dones).</p>
<p>Energy poverty, its intensity and health in vulnerable populations in a Southern European city. (Carrere et al., 2021)</p>	<p>Descriure i comparar l'estat de salut de la població vulnerable participant en un programa de lluita contra la pobresa</p>	<p>Estudi transversal comparatiu entre dos grups: un afectat per la pobresa energètica, que participa en el programa EJUSTA de Barcelona, i un altre no</p>	<p>En les característiques demogràfiques i socioeconòmiques, s'aprecien diferències en relació amb</p>

	<p>energètica i la població no pobre energèticament de Barcelona i analitzar entre els participants l'efecte de la intensitat de la pobresa energètica sobre la salut.</p>	<p>afectat per la pobresa energètica (BCN). L'estudi utilitza dues fonts de dades: l'Enquesta EJUSTA (recull informació dels participants reclutats en serveis socials públics entre març i juliol de 2016) i l'Enquesta de Salut Pública de Barcelona 2016 (una mostra representativa de la població no institucionalitzada de la ciutat, obtinguda mitjançant mostratge aleatori de diverses etapes).</p> <p>Els participants d'EJUSTA van ser convidats a participar en l'estudi. Es van incloure persones de 18 anys o més afectades per la pobresa energètica, definida per criteris com la incapacitat de mantenir la llar calenta o el retard en el pagament de les factures de serveis públics. Dels 3094 participants a EJUSTA, 2470 complien els criteris d'inclusió. El grup BCN es va seleccionar entre els participants de l'Enquesta de Salut Pública, exclouent els afectats per</p>	<p>l'habitatge entre els participants de EJUSTA i BCN. La quantitat de persones nascudes fora de la UE era superior en EJUSTA (49% dones i 42% homes) que en BCN (17,5% en dones i 15,6% en homes). En relació amb la posició econòmica i el nivell educatiu, eren inferiors en EJUSTA que en BCN: la majoria de participants d'EJUSTA inquilins, mentre que, d'altra banda, en BCN eren propietaris.</p> <p>L'EJUSTA va constatar pitjors condicions de salut que la BCN en la totalitat de resultats de salut mental i física. Qui va reportar una prevalença superior en tots els resultats de salut en ambdues poblacions van ser les dones, tot i que no es van apreciar patrons d'associació diferenciats per gènere. En la mostra d'EJUSTA, les probabilitats d'experimentar una</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>pobresa energètica. Dels 4000 participants, 2608 complien els criteris. L'estudi va analitzar indicadors de salut física i mental: la salut auto-reportada, l'asma, la bronquitis crònica i la depressió/ansietat. La pobresa energètica va ser la variable independent, mesurada mitjançant tres preguntes auto-reportades. Es van crear dues variables per mesurar la pobresa energètica: la descomposició de la pobresa energètica (EP) i la intensitat de la pobresa energètica (baixa, moderada o alta). Es van incloure covariables com edat, sexe, nivell educatiu, situació laboral i capacitat per afrontar despeses imprevistes. Es va realitzar una anàlisi descriptiva de totes les variables de les mostres d'EJUSTA i BCN. La prova χ^2 de Pearson va comprovar la significació de les diferències entre els grups. Es va calcular la prevalença dels resultats de salut estandarditzats per edat per ambdós grups mitjançant el mètode directe,</p>	<p>pitjor salut van ser relativament superiors. A més, les associacions més fortes van trobar-se en bronquitis crònica i depressió i/o ansietat. Les RP (raó de prevalença) en relació amb la depressió i/o ansietat, van esdevenir 3,23 (IC95%: 2,85-3,68) per dones i 4,00 (IC95%: 3,29-4,86) per homes. Respecte a l'associació entre l'estat de salut en la mostra d'EJUSTA i la intensitat de la pobresa energètica, es van apreciar diferències significatives en la mala salut entre la pobresa energètica baixa i l'alta, en tots els indicadors de salut. En relació amb l'ansietat i/o depressió en les dones, va ser estadísticament significativa en tots els nivells d'intensitat de la pobresa energètica.</p>
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>prenent com a referència la distribució per edat de la mostra d'EJUSTA en ambdues poblacions. A continuació, es van estimar les raons de prevalença (RP) i els seus intervals de confiança del 95% (IC95%) per a tots els resultats de salut mitjançant models de regressió de Poisson amb variància robusta ajustada per edat.</p> <p>La classe social es va mesurar utilitzant la classificació de la Societat Espanyola d'Epidemiologia, que es basa en l'ocupació actual o última. Les respostes es van classificar com a classe no manual i classe manual. Es va mostrejar la població de classe manual sense cap mesura de pobresa energètica.</p> <p>Entre la mostra d'EJUSTA, es va realitzar una anàlisi descriptiva de les mesures de pobresa energètica. Després, es va calcular la prevalença dels resultats de salut estandarditzats per edat segons el nivell d'intensitat de la pobresa energètica. L'associació entre els mals resultats de salut i la intensitat de la</p>	
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

		<p>pobresa energètica es va analitzar estimant la PR i el seu IC del 95% per a tots els resultats de salut mitjançant models de regressió de Poisson.</p> <p>Tota l'anàlisi es va realitzar estratificant per gènere, utilitzant el programari estadístic STATA13.</p>	
<p>¿Cómo afectan las distintas dimensiones de la precariedad laboral a la salud mental? (Valero et al., 2022)</p>	<p>Analitzar la relació entre precarietat laboral, mesurada per dimensions i com a índex multidimensional, i la salut mental dels homes i dones assalariats al País Basc.</p>	<p>L'estudi es basa en dades de la <i>Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca (ESCAV)</i> del 2018. El disseny mostrat es va fer en dues etapes. En primer lloc, es va realitzar un mostreig aleatori estratificat d'habitatges dels diferents estrats que integren les 135 zones bàsiques de salut del País Basc (qüestionari familiar). En segon lloc, es van seleccionar dos terços de les persones majors de 14 anys que vivien en aquests habitatges per respondre el qüestionari individual. Es va analitzar una submostra de persones assalariades de 16-65 anys que haguessin treballat de</p>	<p>Es presenten les principals característiques de la mostra, segons el sexe. L'edat mitjana en homes i dones és pràcticament la mateixa, 43,1 anys. S'observen diferències significatives pel que fa al nivell d'estudis i la classe social ocupacional entre homes i dones: una proporció més elevada de dones té estudis universitaris, mentre que els homes presenten major proporció d'estudis secundaris superiors.</p> <p>La prevalença de dones exposades a treballs amb precarietat</p>

		<p>forma remunerada almenys 1 hora a la setmana anterior a la realització de l'enquesta. La mostra estudiada va ser de 3345 casos.</p> <p>Pel que fa a les variables, l'escala EPRES és un qüestionari per a treballadors assalariats que avalua 6 dimensions. Cada dimensió es puntuava entre 0 i 4, on 0 representa menys precarietat. Es sumen els valors i es divideix entre 6, de tal forma que el valor final va de 0-4: 0-1 absència de precarietat, 1-2 precarietat moderada, 2-4 precarietat alta.</p> <p>La salut mental es va mesurar amb l'escala Mental Health Inventory-5 (MHI-5): bona o dolenta salut mental.</p> <p>Es van considerar les següents variables d'ajustament: edat, estat civil, nivell d'estudis i classe ocupacional.</p> <p>Es va fer una anàlisi descriptiva de les característiques de la mostra i es van calcular les prevalences de mala salut mental estandarditzades per edat mitjançant el mètode directe, utilitzant el</p>	<p>moderada o elevada és superior, en comparació amb els homes.</p> <p>La prevalença de mala salut mental és molt superior entre aquells que es troben en situació de precarietat alta (17,1% i 36,1% en homes i dones, respectivament) o moderada (10,6% i 17,5%, respectivament) que entre els/les treballadors/es no precaris/es (5,9% i 8,8%, respectivament). Analitzant per dimensions, els homes en situació de precarietat alta o moderada presenten taxes més elevades de mala salut mental gairebé en totes les dimensions. En les dones, s'observa un gradient en pràcticament totes les dimensions, de manera que, a mesura que incrementa el nivell de precarietat, ho fa també la prevalença de mala salut mental entre les treballadores. S'observa que la precarietat alta triplica les probabilitats de patir</p>
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>total de la submostra com a població de referència. Posteriorment, es van utilitzar models de regressió de Poisson robusta per estimar les raons de prevalença (RP) i el seu interval de confiança del 95% (IC95%) de mala salut mental segons el nivell de precarietat laboral, també de manera conjunta i per dimensions. Totes les anàlisis van ser estratificades per sexe.</p> <p>Pel que fa al tractament de les dades, es va utilitzar un elevador a mode de ponderador, facilitat pel propi fitxer de microdades de l'ESCAV. El càlcul de les prevalences estandarditzades es va dur a terme en un fitxer Excel, mentre que la resta de les anàlisis es van realitzar amb SPSS.</p>	<p>mala salut mental, tant en els homes (RP: 3,51; IC95%: 2,05-6,01) com en les dones (RP: 3,42; IC95%: 2,35-4,97), fins i tot després d'introduir totes les variables sociodemogràfiques en els models.</p>
<p>El género como determinante de la salud mental y su medicalización, Informe SESPAS 2020 (Bacigalupe et al., 2020)</p>	<p>Descriure les desigualtats de gènere en la salut mental i identificar els principals factors que les condicionen, amb especial atenció a les desigualtats de gènere en la</p>	<p>Es va realitzar una anàlisi transversal de l'Enquesta Nacional de Salut d'Espanya (ENSE) de 2017, centrant-se en la població espanyola de 25 anys i més (n=22.787).</p>	<p>L'anàlisi mostra que en 2017, la prevalença de mala salut mental va ser del 23,4% en les dones i del 15,6% en els homes, sent superior entre elles en tots els grups d'edat.</p>

	<p>medicalització que es podria estar produint.</p>	<p>Com a variables socioeconòmiques es va utilitzar el nivell educatiu màxim assolit, categoritzat com a estudis primaris, secundaris o universitaris, i la classe social ocupacional en 5 grups segons la Societat Espanyola d'Epidemiologia.</p> <p>Es van calcular les prevalences brutes de mala salut mental i dels diagnòstics de depressió o ansietat per grups d'edat quinquennals i per sexe, així com les prevalences estandarditzades per edat de mala salut mental i de diagnòstics, segons la classe social i el nivell educatiu.</p> <p>D'altra banda, es van calcular les raons de prevalença (RP) ajustades per edat i per diferents variables, utilitzant models de regressió de Poisson amb variància robusta.</p> <p>Per analitzar les desigualtats per sexe en l'estat de salut mental, en els diagnòstics i en el consum de psicofàrmacs prescrits, es van calcular RP (referència: homes) per al conjunt de la població, així com per edat, nivell d'estudis i classe social. En</p>	<p>La prevalença de diagnòstics de depressió o ansietat va ser del 19,4% en dones, en comparació amb un 8,5% en el cas dels homes.</p> <p>En ambdós sexes, s'observa una clara relació inversa entre mala salut mental amb classe social i nivell educatiu: a mesura que disminueix la classe social i el nivell educatiu, augmenta de forma significativa la prevalença de mala salut mental. De la mateixa manera, la prevalença de diagnòstics de depressió i ansietat també s'incrementa a mesura que descendeix el nivell socioeconòmic.</p> <p>Les desigualtats de gènere en la salut mental es veuen accentuades amb l'envelliment, la disminució de la classe social i un menor nivell d'estudis. La qual cosa, indica l'existència d'una clara interseccionalitat dels diferents eixos de desigualtat..</p>
--	-----------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>els dos últims casos, els models es van ajustar per l'estat de salut mental i per la freqüentació a atenció primària. En el cas del consum de psicofàrmacs, també es va ajustar per al diagnòstic d'ansietat o depressió.</p> <p>Totes les anàlisis es van realitzar amb SPSS 25, separant les dades per homes i dones.</p>	<p>Segons les dades de 2017, el fet de ser dona duplica la probabilitat (RP=2,13 [1,97-2,30]) de ser diagnosticades de depressió o ansietat.</p> <p>La prescripció de psicofàrmac és 1,75 vegades superior entre les dones (RP=1,17 [1,10-1,25]).</p> <p>Les desigualtats són més notables entre les persones amb un menor nivell d'estudis (estudis primaris o inferiors), entre les quals la probabilitat de tenir un diagnòstic de depressió o ansietat és un 86% superior en les dones, un cop eliminat l'efecte de l'edat, de l'estat de salut i de les visites mèdiques.</p> <p>Pel que fa al consum de psicofàrmacs, es produeix la mateixa relació amb el nivell d'estudis, encara que en aquest cas, un cop ajustat l'efecte del sexe per la resta de les variables, no es detecten desigualtats entre homes i</p>
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Eva Maria Garcia Martín i
Lucía Hernández Pérez

			dones en el grup de persones amb estudis universitaris.
--	--	--	---------------------------------------------------------