

COMUNICACIONES CARTEL

Jueves, 12 de septiembre (15:30 h)

C.1.5. Salud reproductiva y de la mujer

Moderadoras:
Marisa Rebagliato y Odorina Tello

ENCUESTA SOBRE LAS ACTIVIDADES DE VIGILANCIA DE LAS MAMAS A LA POBLACIÓN DIANA DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA DE SABADELL-CERDANYOLA

M. Baré, J. Montes y A. Coma

Oficina Tècnica de Cribatge/Unitat d'Epidemiologia, Corporació Parc Taulí, Sabadell.
Oficina Tècnica de Cribatge, Corporació Parc Taulí, Sabadell. Unitat d'Epidemiologia, Corporació Parc Taulí, Sabadell.

Antecedentes y objetivos: En 1995 se puso en marcha el Programa de detección precoz del cáncer de mama de Sabadell-Cerdanyola (PCCM) dirigido a todas las mujeres de 50-64 años (aprox. 30.000) del área de referencia del hospital Parc Taulí de Sabadell. El objetivo del presente estudio fue describir las actividades de vigilancia de las mamas (AVM) de la población diana participante, compararla con las de la población diana no participante y estudiar los factores asociados a la participación en el PCCM y a la realización de mamografías de forma más o menos regular.

Métodos: La población objeto de estudio fueron las mujeres convocadas por el PCCM durante los primeros tres años (1995-1998). Se dirigió una encuesta personal a toda mujer participante por primera vez en el PCCM. La misma encuesta se aplicó telefónicamente a una muestra aleatoria de mujeres no participantes durante el mismo período y no interesadas en participar en ningún otro momento. La encuesta estructurada recogió información sobre: edad, estado civil, nivel de estudios, profesión, realización de AVM (mamografía, autoexploración y/o exploración ginecológica), antecedentes personales y antecedentes familiares de cáncer de mama, lactancia materna y terapia hormonal sustitutiva (THS). Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las principales variables, una comparación de variables cualitativas mediante test de χ^2 y se estudiaron los factores asociados mediante modelos de regresión logística.

Resultados: 13.923 mujeres participantes y 289 no participantes fueron encuestadas finalmente. Las mujeres participantes tenían un nivel de estudios significativamente inferior (43,6% sin estudios frente a un 16%; $p < 0,05$) así como refirieron con más frecuencia la realización de trabajos no cualificados (59,5% vs 16%; $p < 0,05$). El 74,3% y el 71,3% respectivamente refirieron la realización de AVM, observándose diferencias estadísticamente significativas en la autoexploración y la exploración ginecológica a favor de las no participantes. Un 6,1% frente a un 21,8% ($p < 0,05$) habían recibido terapia hormonal sustitutiva. Se mostraron favorecedores de la participación la edad joven, no tener estudios, trabajar de obrera y la realización de mamografías previamente. Por otro lado, aumentan la probabilidad de realizarse mamografías de forma más o menos regular las edades más jóvenes, el estar o haber estado casada, tener estudios, recibir exploración ginecológica periódica, algunos antecedentes en las mamas, la THS y los antecedentes de cáncer familiar.

Conclusiones: Alrededor de tres cuartas partes de las mujeres de la población diana realizaban algún tipo de AVM antes de la puesta en marcha del PCCM. Existen diferencias sociodemográficas entre las mujeres participantes y las no participantes en el PCCM. Algunas características sociodemográficas y algunos antecedentes ginecológicos incrementan la probabilidad de que las mujeres se hicieran mamografías de forma más o menos regular.

100

99

GÉNERO Y SALUD MENTAL ENTRE LA POBLACIÓN UNIVERSITARIA

A.R. Sepúlveda, A. Gandarillas y J.A. Carroble

Sección de Enfermedades no Transmisibles. Servicio de Epidemiología; Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid. Facultad de Psicología. Dpto. Psicología Biológica y de la Salud. U.A.M.

Antecedentes y objetivos: Son escasos los estudios publicados que evalúen la salud mental en la población universitaria. En la población general se ha estimado que entre el 5% y el 15% de los adolescentes presentan algún tipo de trastorno psiquiátrico, pero sólo un pequeño porcentaje de ellos son identificados por atención primaria (Pedreira, Sánchez, Sardiñero, Martín y Martín, 1993). Los acontecimientos estresantes del ambiente universitario pueden producir alteraciones en el funcionamiento psicológico y somático de los estudiantes (Sandín, 1993). El objetivo principal de nuestro trabajo ha sido: (1) valorar el nivel de psicopatología que existe entre los estudiantes universitarios de la Universidad Autónoma de Madrid según el género. A su vez, (2) comparar entre primer y cuarto curso para observar el nivel de evolución de la psicopatología según la edad.

Metodología: La muestra representa la población universitaria de la Universidad Autónoma de Madrid, con edades entre 18 y 30 años, adscritos durante el año académico 2000 y 2001. El tamaño muestral es de 2526 alumnos distribuidos entre los cursos de 1º y 4º de distintas facultades. El instrumento de medida seleccionado fue el Symptom Check List 90 (SCL-90), desarrollado por Derogatis (1973). Este cuestionario consta de 90 ítems que evalúan síntomas psiquiátricos y psicósomáticos comunes, agrupados en 9 dimensiones (somatización, obsesionalidad, hipersensibilidad, depresión, ansiedad, hostilidad, fobia, paranoideísmo y psicoticismo). Cada uno de los 90 ítems se evalúa en una escala de 5 puntos que refleja el grado de malestar producido por cada síntoma. La suma de los valores totales para cada dimensión sintomática permite calcular el Índice Sintomático Global (GSI). La fiabilidad de las escalas dadas por el autor varían entre el 0,80-0,90. Se completa a su vez con preguntas sobre aspectos de su vida personal (tabaco, alcohol, situación laboral de los padres, solicitud de atención psiquiátrica o psicológica). Se presentan los resultados estadísticos obtenidos por análisis de regresión múltiple y el uso del Chi-cuadrado para las variables cualitativas.

Resultados: Los resultados muestran promedios más altos para todas las escalas del SCL-90-R para el género femenino al compararlo con los varones, exceptuando las escalas de Hostilidad, Paranoideísmo y Psicoticismo. El análisis de regresión lineal entre las distintas escalas y el género muestra que las diferencias son estadísticamente significativas ($p < .001$), menos para la escala de Obsesionalidad. Desde una perspectiva evolutiva parece que el GSI, que indica el nivel de malestar psicológico disminuye con la edad en la muestra femenina ($p < .001$), mientras que esta diferencia no se manifiesta en los varones. Las diferencias entre las escalas según curso son estadísticamente significativas ($p < .001$), siendo mayores los promedios de las escalas para el primer curso.

Conclusión: Estos resultados sugieren que el género femenino y la edad entre 18 y 20 años son variables asociadas a obtener niveles más altos en psicopatología. Estos resultados son consistentes con los hallados en otras poblaciones no universitarias. Análisis posteriores aclararán si esta relación entre el nivel de psicopatología, el género y la edad se confunden con otras variables recogidas en el cuestionario.

LA NO ASISTENCIA AL SCREENING DE CÁNCER DE MAMA ¿QUE FACTORES INFLUYEN?

C. Natal, S. Fernández, J. Bruno y A. García

Servicio de Promoción y Programas de Salud, Dirección General de Salud Pública/Principado de Asturias, Servicio de Promoción y Programas de Salud, Dirección General de Salud Pública/Principado de Asturias.

Antecedentes y objetivos: Las Guías Europeas de Garantía de Calidad en Cribado Mamográfico establecen como aceptable el que participe un 60% de las mujeres invitadas, aunque recomienda que este porcentaje sea mayor del 75%. Según la evaluación de las rondas completas de las Áreas Sanitarias III, IV, V, VII y VIII, entre los años 1999 y 2000 la participación oscila entre el 71% del Área Sanitaria IV y el 50% del Área Sanitaria VII%. El objetivo de este estudio es identificar las variables asociadas con la no asistencia de mujeres entre 50 y 64 años residentes en Asturias al Programa de Prevención de Cáncer de Mama en esta Comunidad.

Métodos: Basado en el modelo psicosocial ASE se diseñó un cuestionario anónimo semi-estructurado de 19 preguntas, que fue realizado telefónicamente por dos entrevistadoras entrenadas. La implicación de este modelo es que la conducta de una persona puede ser modificada, modificando sus actitudes, influencia social y autoeficacia. Se describieron variables socio-demográficas de las mujeres participantes en la encuesta y de conducta según edad. Se cuantificó el apoyo social percibido según edad y se identificaron factores de conocimiento, actitud, autoeficacia, barreras y facilidades respecto a la prevención del cáncer de mama y al Programa en Asturias. La población diana son las mujeres de las Áreas III, V, VII y VIII con cita válida en el año 1999 Y 2000 que no habían asistido a la misma. Se realizó muestreo aleatorio simple y se estimó un tamaño muestral de 384 participantes.

Resultados: El 80% de las mujeres entrevistadas reciben algún tipo de actividad preventiva fuera del Programa de Cribado. Por grupos de edad, son las mujeres mayores de 59 años las que con menor frecuencia acuden a otros centros y las que menos modifican su intención de acudir después de la entrevista. En general, las mujeres que no realizan actividades preventivas perciben más ventajas que desventajas respecto al cáncer de mama y su prevención y lo más frecuente es que no perciban apoyo social de ningún tipo. Entre los cambios propuestos por todas las mujeres entrevistadas destaca que las citas se adapten más a sus necesidades personales.

Conclusiones: Se estima que una cuarta parte de las mujeres asturianas de la población diana realizan mamografías preventivas en las que se desconoce la regularidad, la pauta y los controles de calidad de los programas dónde se realizan estas pruebas. La mayoría de las mujeres no modificarían su conducta aunque se introdujeran cambios en el Programa. Las razones por las que acuden a otros centros diferentes de las unidades de cribado son la recomendación médica específica y las preferencias personales. No se percibe que el apoyo social objetivo, las actitudes y la falta de conocimientos con respecto al cribado de mama actúen como una barrera para realizar mamografía.

101

102

VIGILANCIA DE LA VIOLENCIA DE PAREJA: FUENTES DE INFORMACIÓN EXISTENTES Y LIMITACIONES PARA SU UTILIZACIÓN EN SALUD PÚBLICA

B. Zorrilla, M. Pires, P. De Andrés, V. Llusar, S. López, M. I. Sillero y M. Torres

Instituto de Salud Pública, Consejería de Sanidad. Dirección General de la Mujer y Servicio Madrileño de Salud de La Comunidad de Madrid, Ayuntamiento de Madrid.

Antecedentes: La 49ª asamblea Mundial de la Salud adoptó en 1996 una resolución WHA49.25 declarando la violencia una prioridad de Salud Pública. La violencia en el hogar es la forma más común de la violencia contra la mujer. A pesar de que la OMS ya estableció en el año 94 la necesidad de contar con datos exactos y comparables sobre la violencia doméstica los datos relativos a los casos no fatales son muy escasos y poco fiables. En coordinación con la Dirección General de la Mujer y con el objetivo de desarrollar un protocolo de intervención sanitaria se llevo a cabo una revisión de la información disponible sobre la frecuencia de la violencia de pareja en la C.M. Se describen las principales fuentes de información y sus limitaciones, principales escollos a superar para disponer de información que permita establecer la importancia del problema y evaluar en el futuro los resultados de los programas de intervención.

Métodos: Se realizó una búsqueda de los estudios de violencia de pareja entre los años 1990-2001 en la base de datos bibliográfica Medline, Organización Mundial de la Salud y Centros para Enfermedades Control. Se contacto con entidades públicas directamente implicadas en el tema para la búsqueda de literatura gris e informes no publicados en el ámbito nacional y de las CCAA.

Resultados: 1) Se localizó únicamente como fuente periódica y continua de información los datos sobre denuncias, faltas y delitos del Ministerio del Interior. Existen múltiples estudios puntuales en diferentes CCAA sobre la demanda y las características de las mujeres que acuden a centros de apoyo institucionales o de entidades ciudadanas. En cuanto a las encuestas en población consideradas como la herramienta más apropiada para medir la extensión del problema, se localizaron 10 encuestas realizadas en distintos países desarrollados y una encuesta en población general del año 1999 en el ámbito nacional desarrollada por el Instituto de la Mujer. 2) Limitaciones: -Las estadísticas disponibles, obtenidas por la policía, los centros de mujeres y otras instituciones subestiman los niveles de violencia y solo observan una parte del problema. La violencia emocional, el abuso verbal, o el abuso sexual no están incluidos. Las encuestas con entrevistas personales en población general incluyen un rango más amplio de eventos pero están limitadas por la falta de aplicación de definiciones uniformes lo que se refleja en una importante inconsistencia de las estimaciones. No existen en nuestro ámbito definiciones uniformes consensuadas de la violencia de pareja.

Conclusiones: La falta de una definición uniforme del concepto de Violencia de Pareja dificulta de manera importante el estudio de su frecuencia. Es necesario establecer un consenso sobre la definición del problema. Las estadísticas disponibles ofrecen una visión parcial de la realidad. Es necesario adaptar e integrar todas las fuentes de información existentes y la inclusión de definiciones uniformes y consensuadas para permitir tener información representativa y comparable sobre la frecuencia de la violencia de pareja.

ACCIDENTES EN MUJERES GALLEGAS

J.J. Pérez, M.I. Santiago, B. Alonso y S. Fernández

Dirección Xeral de Saúde Pública. Consellería de Sanidad. Xunta de Galicia.

Antecedentes y objetivos: Los accidentes son una causa creciente de problemas de salud, así como limitación de la actividad habitual y secuelas. Conocer su distribución y características, a partir de los resultados de la *Encuesta de salud sanitaria y social a las mujeres. Galicia, 2000*, permitirá valorar más adecuadamente las posibles estrategias de intervención.

Métodos: Se realizó un estudio transversal entre la población de mujeres gallegas de 15 años y más. El tamaño de muestra se determinó para garantizar la representatividad en tres grupos de edad: 15-44, 45-64, 65 y más años; en cada uno de ellos se estudiaron 1.111 mujeres seleccionadas mediante muestreo polietápico estratificado. El trabajo de campo se realizó entre el 12 y el 28 de enero de 2000. Los datos se recogieron mediante entrevista personal en el domicilio de las encuestadas, a través de un cuestionario estructurado en 67 preguntas cerradas. En relación con los accidentes se preguntaba sobre la frecuencia y lugar de ocurrencia, si causaron limitaciones en la actividad habitual y, en caso afirmativo, el tiempo de restricción. Se presentan resultados descriptivos de estas variables en relación a la edad, hábitat, nivel de estudios y clase social, que está definida a partir de la situación laboral.

Resultados: Sólo el 7,7% de las mujeres gallegas refiere haber sufrido algún accidente en los últimos doce meses, con una media de 1,31 accidentes en el año. Los accidentes más frecuentes fueron los domésticos (44,3%), seguidos de los de tráfico (23,7%), los ocurridos en la vía pública (15,5%) y en el lugar de trabajo (7,5%). En global, las mujeres mayores de 65 años fueron las que sufrieron más accidentes (11,6%). Los accidentes domésticos fueron los más frecuentes en este grupo de edad (64,4%) y en el de 45 a 64 años (51,5%). Entre 15 y 44 años más del 40% fueron accidentes de tráfico. Los accidentes domésticos son más frecuentes en el medio semiurbano y rural (47,9% y 47,8% respectivamente), mientras que los de tráfico son similares en el medio urbano y en el rural (26,6% vs 23,9%). Los accidentes domésticos son también los más frecuentes en la clase social media (48,7%) mientras que los de tráfico lo son en la clase social baja (37,6%) y los accidentes en la vía pública en la clase media-baja (30,1%). En conjunto, los accidentes son más frecuentes en las mujeres sin estudios, especialmente los domésticos (60,3%). Por su parte, los accidentes de tráfico aumentan linealmente con el nivel de estudios y son mayoritarios en las mujeres con estudios universitarios (43,9%). El 66,3% de las mujeres que sufrieron algún accidente refieren una limitación, por las lesiones sufridas, en sus actividades habituales, con un tiempo medio de restricción en las mismas de 47,3 días. Los accidentes de tráfico causan el mayor tiempo de restricción, con una media de 71 días. El grupo de edad que más ve afectada su actividad habitual es el de 15 a 44 años.

Conclusiones: Globalmente las mujeres gallegas se accidentan con mayor frecuencia en el ámbito doméstico, especialmente las mujeres rurales mayores de 65 años. Sin embargo, son las mujeres más jóvenes las que más sufren accidentes de tráfico y, como consecuencia de ello, un mayor tiempo con restricción de sus actividades habituales. Las estrategias de prevención o intervención deberán considerar estas circunstancias y valorar la importancia y necesidad de definir actuaciones específicas a cada situación.

104

103

AUTOVALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD EN LAS MUJERES GALLEGAS

S. Fernández, B. Alonso, M. I. Santiago y J.J. Pérez

Dirección Xeral de Saúde Pública. Consellería de Sanidad. Xunta de Galicia.

Antecedentes y objetivos: La autovaloración del estado de salud se considera una variable de interés en el estudio de los factores de riesgo individuales y las posibles estrategias de actuación ante ellos. Se presenta la autovaloración del estado de salud de las mujeres gallegas, y su relación con otros factores que actúan sobre la salud, a partir de la *Encuesta de salud sanitaria y social a las mujeres. Galicia, 2000*.

Métodos: Se realizó un estudio transversal entre la población de mujeres gallegas de 15 años y más. El tamaño de muestra se determinó para garantizar la representatividad en tres grupos de edad: 15-44, 45-64, 65 y más; en cada uno de ellos se estudiaron 1.111 mujeres seleccionadas mediante muestreo polietápico estratificado. El trabajo de campo se realizó entre el 12 y el 28 de enero de 2.000. Los datos se recogieron, mediante entrevista personal en el domicilio de las encuestadas, a través de un cuestionario estructurado en 67 preguntas cerradas. El estado de salud en los doce meses previos se valoró como: Muy Bueno, Bueno, Regular, Malo o Muy Malo. Se estudió su distribución en función de las características sociodemográficas (edad, estado civil, hábitat, nivel de estudios, clase social -basada en la situación laboral- y nivel de ingresos), la actividad física y el índice de masa corporal.

Resultados: El 56,4% de las mujeres considera que su estado de salud es bueno o muy bueno y el 11,3% lo percibe en términos negativos. Entre 15 y 44 años las mujeres perciben mayoritariamente su estado de salud como bueno (62,9%) mientras que las mayores de 65 años lo perciben como regular o malo (46,9% y 18,4% respectivamente). En el medio urbano el estado de salud se percibe mejor que en el semiurbano o en el rural (63,7% bueno o muy bueno vs 54,3% y 51,3%). La autovaloración empeora al disminuir tanto la clase social como los ingresos netos familiares. Independientemente del nivel de estudios, el grupo de edad de 15 a 44 años percibe su salud mayoritariamente, y sin grandes diferencias, como buena (63% con estudios primarios; 66% con estudios universitarios) observándose diferencias en la percepción como muy buena (7,3% y 17,7% respectivamente) o regular (25% vs 14%). Las solteras perciben mayoritariamente su estado de salud como bueno (61,4%); en el otro extremo, las viudas lo refieren como malo en un 16,7% y como muy malo en un 4,4%. La autovaloración del estado de salud mejora linealmente con una mayor práctica de actividad física en el tiempo libre. En relación al índice de masa corporal, cuando no existe sobrepeso ni obesidad las mujeres perciben su estado de salud mucho mejor que cuando existe. Con un índice normal (18,5 - 24,9) el 57,7% de mujeres perciben su estado como bueno o muy bueno mientras que si existe sobrepeso (25 - 29,9) el porcentaje desciende a un 27,5%.

Conclusiones: Poco más de la mitad de las mujeres gallegas de 15 y más años perciben su estado de salud como bueno o muy bueno. La autovaloración es mejor cuando otros factores de riesgo que influyen en el estado de salud están controlados, como realización de actividad física o índice de masa corporal normal. Estas circunstancias deberían ser aprovechadas para el diseño de estrategias encaminadas a la mejora del estado de salud de las mujeres.

HOMICIDIOS DE MUJERES EN ESPAÑA. SITUACIÓN DE LA EPI-DEMIA

F. Viciano, G. Viso, M. Álvarez-Girón y A. Solano

Departamento de Ciencias Socio-Sanitarias, Universidad de Sevilla.

Los homicidios de mujeres representan el 0,1% de total de muertes, y de los 25 a 35 años (máxima incidencia), llegan a suponer hasta el 1,5% de las muertes. Estas cifras son solo la punta del iceberg de un fenómeno más frecuente, de gran repercusión sobre la salud: la violencia doméstica contra las mujeres. Los déficits en la clasificación estadística de las víctimas por el Ministerio de Interior, impiden asignar correctamente todos los homicidios ocurridos en el entorno doméstico, ya que este no clasifica como tales las agresiones de ex-compañeros de la víctima. Una investigación más detallada llevada a cabo por el defensor del pueblo en 1998 llegó a asignar más del 90% de los homicidios de mujeres a esta categoría. Bajo estas premisas se pueden analizar los homicidios de mujeres, no solo en sí mismos, sino también como indicadores centinela de otro fenómeno, estadísticamente más opaco, la violencia doméstica.

El objetivo de este trabajo es describir la evolución de la incidencia de homicidios de mujeres en España en la segunda mitad de siglo XX y comparar su evolución con otros países en el mismo período.

A partir de la base de datos de Mortalidad de la OMS se han estimado para España y varios países de su entorno, las tasas de mortalidad por sexo y grupos de edad, desde 1950, de las muertes causadas intencionadamente por otra persona (rubricas A149 en la 6ª y 7ª revisión de la CIE y E960 a E969 en la 8ª y 9ª). Se ha analizado la evolución diferencial de España con respecto a otros países, estimando los riesgos relativos de morir por homicidio en relación con su incidencia a mediados de los 60, uno de los momentos históricos de más baja incidencia de homicidios.

España, en relación con su entorno, es un país de baja incidencia de homicidios de mujeres. Hasta mediados de los 70 era, junto con Irlanda, el país de más baja incidencia del área europea. En los años 80 y 90 compartimos esta posición con algunos otros como Reino Unido, Italia, Portugal o Suecia. Esta posición, aun relativamente ventajosa, tiene que ser matizada por el hecho de que España ha sido el país en el que más ha crecido el riesgo de morir por homicidio desde los años 60. Mientras que otros países también crecían en incidencia de homicidios, no llegaban a duplicarla (Portugal, Estados Unidos, Francia), España multiplica de 5 a 10 veces dicha incidencia en el mismo período.

La coincidencia del fuerte crecimiento de los homicidios de mujeres en España, coincidiendo con un período de intensa modificación del papel de la mujer en la sociedad, puede hacer pensar que modernización social y crecimiento de la violencia contra las mujeres están asociados. Contra esta visión fatalista existen otras sociedades, como la japonesa, sometidas también a procesos de fuerte modernización, que han reducido considerablemente la incidencia de homicidios femeninos en el mismo período, por lo que es preciso investigar los aspectos específicos de la modernización que en España han favorecido el aumento de la violencia contra la mujer.

105

106

PARTO PRETÉRMINO Y FACTORES OBSTÉTRICOS, SOCIOECONÓMICOS, PERSONALES

C. Barona-Vilar, V. Escribà-Agüir, E. Plá-Ernst, A. Fullana-Montoro y M. Sanz-Valero
Servei de Salut del Xiquet i la Dona, Direcció General per a la Salut Pública. Conselleria Sanitat, València.

Objetivo: Determinar el efecto de los factores obstétricos, socioeconómicos, y personales sobre el parto pretérmino.

Métodos: Estudio de seguimiento del embarazo de las mujeres que acuden al programa de control del embarazo del sistema sanitario público de la Conselleria de Sanitat (Generalitat Valenciana). El análisis de los datos corresponde a una muestra aleatoria de mujeres que acudieron a este programa durante el año 2001 (12.411). La cobertura del programa fue del 60%. El soporte de recogida de la información fue a partir de la "hoja resumen del embarazo", cumplimentada por las matronas que participan en el programa. La variable respuesta es el parto pretérmino (de 22 a 36 semanas de gestación). Se han excluido los partos múltiples. Las variables explicativas utilizadas han sido: a) factores personales y obstétricos (patología durante el embarazo: amenaza de parto pretérmino, amenaza de aborto, diabetes gestacional y pregestacional, consumo de tabaco, nº de gestaciones previas, edad gestacional en la 1ª visita de control del embarazo, nº de atenciones realizadas por la matrona y el obstetra, sexo del recién nacido), b) factores socio-económicos (edad de la gestante, estado civil, situación profesional de la gestante y de la pareja, nivel de estudios, presencia de riesgo psicosocial). Se ha realizado una análisis descriptivo y una regresión logística.

Resultados: La probabilidad de presentar parto pretérmino es mayor en aquellas madres que presentaron durante el embarazo amenaza de aborto (OR:7,8), enfermedad hipertensiva (OR:3,5), diabetes gestacional y pregestacional (OR:2,1). Así mismo la probabilidad es mayor en aquellas mujeres con riesgo psicosocial alto (OR:1,8) y en los recién nacidos de sexo masculino (OR:1,4). No se aprecia asociación estadísticamente significativa con el consumo de tabaco durante el embarazo y estado civil.

Conclusiones: La patología obstétrica durante el embarazo y el riesgo psicosocial desfavorable aumenta la probabilidad.

FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSPARTO EN UNA MUESTRA DE MADRES ESPAÑOLAS

Ll. García, C. Ascaso, P. Navarro, J. Aguado, H. Pérez y S. Díez
Unitat de Psiquiatria i Psicologia, Hospital Clínic de Barcelona. Departament de Salut Pública, Universitat de Barcelona.

Objetivos: El objetivo principal del presente estudio fue identificar los factores asociados a la depresión postparto (DPP) en una muestra de madres españolas.

Métodos: Estudio de casos y controles. Se realizó un muestreo bietápico; en la primera etapa, se seleccionaron todas las madres que acudieron al control de la cuarentena del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Casa Maternidad y que completaron el EPDS. En la segunda etapa, todas las madres con una puntuación en el EPDS ≥ 9 ($n = 208$) y una submuestra aleatoria de mujeres con una puntuación en el EPDS < 9 ($n = 126$) fueron entrevistadas para establecer el diagnóstico de episodio depresivo mayor o menor. La muestra de estudio estuvo formada por 334 madres, de las cuales 100 tuvieron un diagnóstico clínico de depresión (casos) y 234 sin diagnóstico de depresión (controles). Evaluación: 1. Entrevista clínica 'Structured Clinical Interview, non patient' (SCID-NP) para realizar el diagnóstico clínico actual y previo de episodio depresivo mayor o menor según los criterios operativos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-IV (DSM-IV). 2. La escala EPDS para la detección de sintomatología depresiva en el postparto. 3. Cuestionario autoadministrado en el que se recogen las variables demográficas/socioeconómicas, psicosociales y obstétricas/perinatales. Análisis estadístico: Se agruparon las variables en cinco grupos: Demográficas/socioeconómicas, psicosociales (psicológicos, relaciones interpersonales, apoyo social) y obstétricas/perinatales. Se evaluó, para cada bloque, la asociación de cada una de las variables con el diagnóstico clínico mediante modelos de riesgo proporcional de Cox. Para identificar los factores de riesgo se utilizaron modelos de regresión logística por pasos que inicialmente tuvieron en cuenta todos los factores que en las regresiones parciales tenían un nivel de significación inferior a 0,10. Se cuantificó la asociación de las variables de estudio con la depresión postparto mediante la Odds Ratio (OR) y se utilizó un intervalo de confianza del 95% (IC95%). Se utilizó el paquete estadístico SPSSwin 10.0.

Resultados: De las variables que presentaron una asociación con la depresión postparto en el análisis bivariante, solo cinco de ellas se mantienen en el modelo final: episodio previo de depresión mayor (OR: 2,8; IC95%: 1,6-4,8), mala relación de pareja (OR: 3,5; IC95%: 1,5-8,1), dificultades económicas (OR: 1,9; IC95%: 1,1-3,6), experiencia negativa del embarazo (OR: 5,4; IC95%: 2,4-12,1) y la falta de apoyo del entorno en el postparto (OR: 2,6; IC95%: 1,4-4,9).

Conclusiones: La DPP es la patología psiquiátrica más frecuente en el postparto. El conocimiento de los factores asociados a la depresión postparto permitirá identificar y por tanto tratar a las mujeres en riesgo de experimentar esta patología.

108

107

DEPRESIÓN POSPARTO Y MATERNIDAD NO PLANIFICADA: UN RIESGO EVITABLE

C. Ascaso, Ll. García, J. Aguado, P. Navarro, H. Pérez y S. Díez
Unitat de Psiquiatria i Psicologia de la Dona, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona. Departament de Salut Pública, Universitat de Barcelona, Barcelona.

Objetivos: 1) Evaluar la relación entre maternidad no planificada y la depresión en el puerperio (DPP). 2) Evaluar la validez de la Escala de Edimburgo para la depresión postparto (EPDS) en la población de madres no planificadoras. 3) Estimar la prevalencia anual de maternidad no planificada.

Métodos: Estudio de casos y controles. El presente estudio es el análisis secundario de los datos procedentes de una investigación previa realizada en la población anual de puerperas ($n = 1201$), asistida en el control de la cuarentena en un hospital público y cuyo objetivo fue validar el EPDS en la población española. La muestra de estudio estuvo formada por 334 madres, de las cuales 208 planificaron el embarazo (controles) y 126 no lo planificaron (casos). Entre las mujeres no planificadoras 105 aceptaron bien su embarazo y 21 afirmaron que su embarazo no fue deseado. Evaluación: 1) Entrevista clínica 'Structured Clinical Interview, non patient' (SCID-NP) para realizar el diagnóstico clínico actual y previo de episodio depresivo mayor o menor según los criterios operativos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-IV (DSM-IV). 2) La escala EPDS para la detección de sintomatología depresiva en el postparto. 3) Cuestionario autoadministrado en el que se recoge información sobre las variables demográficas/socioeconómicas, psicosociales y obstétricas/perinatales. Análisis estadístico: 1) Para evaluar la relación entre el embarazo no planificado y la DPP se utilizaron modelos de riesgo proporcional de Cox que tuvieron en cuenta las variables confusoras. Se cuantificó la asociación de las variables de estudio con la DPP mediante la Odds Ratio (OR) y se utilizó un intervalo de confianza del 95% (IC95%). 2) Se calculó la curva ROC de la escala EPDS para establecer el punto de corte, la sensibilidad y la especificidad para el diagnóstico de depresión mayor en las madres no planificadoras. 3) La prevalencia poblacional de embarazo no planificado se calculó por estratos de EPDS en la muestra de 334 madres y se ponderó por el volumen de los estratos en la población anual ($n = 1201$). Se utilizó el paquete estadístico SPSSwin 10.0.

Resultados: 1) Las madres no planificadoras presentan mayor frecuencia de DPP (OR: 1,7; IC95%: 1,1-2,7). De éstas, las que no planifican y posteriormente aceptan el embarazo tienen más riesgo de depresión mayor (OR: 2,11; IC95%: 1,1-4,4) y las que lo accogieron mal tienen más riesgo de depresión menor (OR: 6,03; IC95%: 2,2-16,9). 2) El punto de corte 13/14 del EPDS para la población de no planificadoras presenta una sensibilidad del 100% y una especificidad del 87% para diagnosticar la depresión mayor; para la submuestra de madres que posteriormente aceptan el embarazo la especificidad se incrementa hasta el 90,8%. 3) La estimación de la prevalencia anual ($n = 1201$) de maternidad no planificada es del 30,6% (IC95%: 28%-33,2%).

Conclusiones: Las madres que no planifican su embarazo presentan mayor riesgo de depresión. El EPDS es un buen instrumento para detectar depresión en las madres que no planifican su embarazo. Un tercio de las madres del estudio tienen embarazos no planificados.

INGESTA PROTEICA ANTES Y DURANTE LA GESTACIÓN Y PESO DEL RECIÉN NACIDO

G. Cucó, V. Arija, R. Iranzo, J. Vilà, J. Fernández-Ballart
Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universitat Rovira i Virgili; Obstetricia y ginecología, Hospital Universitario Sant Joan, Reus.

Antecedentes: Los estudios observacionales existentes en la literatura previa que analizan la relación entre la ingesta proteica durante la gestación y sus efectos en el peso del recién nacido no han aportado resultados concluyentes.

Objetivo: Describir el efecto de la ingesta de proteínas y del porcentaje de energía procedente de las proteínas sobre el peso del recién nacido en una cohorte de mujeres desde la preconcepción hasta la semana 38 de embarazo.

Métodos: Estudio longitudinal en una cohorte de 80 mujeres con intención de concepción inmediata. Se estudiaron mujeres sanas, entre 24 y 36 años de edad, con gestación a término, 67% primíparas y con índice de masa corporal superior a 30 en un 3,8%. Se valoró la ingesta alimentaria mediante registro de 7 días en los tres meses previos a la concepción y en las semanas 6, 10, 26 y 38 de gestación. Se utilizó la tabla de composición de alimentos REGAL francesa. Se calculó el efecto de la ingesta de proteínas y del porcentaje de energía procedente de las proteínas sobre el peso del recién nacido, ajustado por la edad de la madre, el índice de masa corporal preconcepcional, el sexo del recién nacido, la duración de la gestación, la paridad, la actividad física y el consumo de tabaco mediante un modelo de regresión lineal múltiple. El análisis estadístico se ha realizado mediante el paquete de programas estadísticos SPSS versión 10 para Windows.

Resultados: La ingesta media de proteínas se situó entre 77,2 y 82,5 g según los períodos estudiados. La ingesta de proteínas en todos los períodos de estudio se asocia a un mayor peso del recién nacido siendo significativo en las semanas 10 (coeficiente de regresión $b = 10,2$ g; IC 95%: de 0,6 a 19,8) y 26 ($b = 8,8$ g; IC 95%: de 0,6 a 17,1). El porcentaje de energía procedente de las proteínas en todos los períodos de estudio se asocia a un mayor peso del recién nacido siendo significativo en las semanas 10 ($b = 51,2$ g; IC 95%: de 2,8 a 99,5), 26 ($b = 44,9$ g; IC 95%: de 5,3 a 84,5) y 38 ($b = 38,1$ g; IC 95%: de 7,6 a 68,5).

Conclusiones: En una población de mujeres sanas previamente bien nutridas con ingestas proteicas similares a las poblacionales, una mayor ingesta proteica durante la gestación (en términos absolutos y en relación con la ingesta de energía) se asocia significativamente a un mayor peso del recién nacido.

109

110

LA MEDICALIZACIÓN DE LA SALUD REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES ¿SUFICIENTEMENTE CONTRASTADOS LOS BENEFICIOS Y LOS RIESGOS?

C. Mosquera Tenreiro

*Consejería de Salud y Servicios Sanitarios***Objetivo:** Conocer y describir la situación de la atención sanitaria al embarazo, parto y menopausia en Asturias.**Métodos:** Se utilizaron múltiples fuentes de información: datos de las evaluaciones de cartera de servicios de atención primaria, encuestas ad hoc a hospitales y clínicas privadas, Estadística de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado, Estudio de Mortalidad Perinatal, Movimiento Natural de la Población, entre otros.**Resultados:** En los últimos 20 años, el número de partos en Asturias se redujo en más de la mitad; en el año 2000 hubo 6.734 partos. Actualmente, la atención al embarazo es compartida por los hospitales de área y las clínicas privadas; sólo un 10% de los embarazos la atención primaria de salud comparte con la especializada este servicio, en áreas más rurales. El número de matronas de atención primaria se limita a 28. El parto es hospitalario; el 94% tiene lugar en la red pública, alrededor de un 1% tienen lugar en casa y el resto en centros privados. La episiotomía es una práctica clínica rutinaria. La proporción de cesáreas, después de un pico en 1992 (19,3%), presentó una tendencia descendente, situándose en 1999 en un 17,6%. Esta tendencia descendente no se correspondió con la evolución ascendente presentada por los factores relacionados con la práctica de cesárea (primiparidad, edad materna, multiplicidad del parto...). Los hospitales públicos presentaron cifras de cesáreas muy dispares entre sí (de un 12,8% a un 22,7%) y los privados las cifras más elevadas (25,1%). Esta situación no se explica, simplemente, por una diferente distribución de los partos de riesgo. En cuanto a la atención a la menopausia, en el período 1996-2000, las ventas de las especialidades farmacéuticas utilizadas en los "tratamientos hormonales sustitutivos" (THS) han experimentado en Asturias un aumento del 42%. Asumiendo que la mayor parte de estas prescripciones se realizasen en el grupo de 50-54 años, en el año 2000 hubieran estado con THS una de cada tres mujeres asturianas de esta edad. Estas estimaciones realizadas sobre las ventas son concordantes con los datos recogidos por encuesta a los centros públicos y privados; las diferencias entre ellos son importantes, variando en los públicos entre 14% y 50% de las mujeres y en los privados entre un 30% y un 50%.**Conclusiones:** Los datos expuestos ponen de manifiesto la medicalización de estos procesos naturales en nuestro medio. Especial interés reclama el proceso de medicalización de la menopausia, cuando las evidencias sobre los supuestos beneficios y los riesgos son escasas y motivo de debate (1). Es prácticamente inexistente la investigación comparativa sobre los resultados de actuaciones alternativas, menos intervencionistas y agresivas, con menos riesgos y más respetuosas con el bienestar y la satisfacción de la mujer. Es necesario un acercamiento cualitativo y participativo, en el que el desarrollo tecnológico no imponga la pauta y sea el bienestar de las personas el objetivo de salud a alcanzar. 1. Barret Connor y cols. *Int J Epidemiol* 2001;30:423-426.**INDICADORES DE SALUD MATERNO-INFANTIL DEL PERÍODO REPRODUCTIVO: 15 AÑOS DE EVOLUCIÓN**M. M. Torné, R. Gispert, G. Ribas, A. Puigdefàbregas y J. Arnau
*Servei d'Informació i Estudis del Departament de Sanitat i Seguretat Social.***Antecedentes:** Aunque cada vez son más frecuentes estudios individuales sobre los factores relacionados con la maternidad y la mortalidad neonatal y perinatal, los indicadores clásicos de salud materno infantil continúan siendo imprescindibles para la monitorización de la salud a nivel poblacional y de las intervenciones sanitarias dirigidas a este grupo. El objetivo del estudio es analizar la evolución temporal de estos indicadores, así como la relación entre sí y con otros factores sociosanitarios.**Métodos:** Los datos utilizados proceden de: los Boletines Estadísticos de Parto, Nacimiento y Aborto facilitados por el Institut d'Estadística de Catalunya, del Registre d'Interrupcions Voluntaries de l'Embaràs y del Registre de Mortalitat de Catalunya del Departament de Sanitat i Seguretat Social. Para el período 1985-2000 se estudia la evolución de los indicadores demográficos: tasa de fecundidad, tasa de abortos, tasa de mortalidad perinatal y neonatal de residentes en Cataluña. Para la tasa de aborto sólo se dispone de datos fiables a partir de 1990, de modo que se han estimado linealmente los datos entre 1985 y 1990 asumiendo para el primer año una tasa igual a la que presentaban las mujeres españolas que abortaban en el extranjero. En cada una de las series temporales se evalúa la tendencia a partir del porcentaje de cambio anual en la tasa (PCA) y su intervalo de confianza al 95% (IC 95%) mediante el ajuste de un modelo de regresión de Poisson y se analiza la relación entre estos indicadores y variables sociodemográficas.**Resultados:** La tasa de mortalidad perinatal ha descendido de 9,50 muertos por 1.000 nacidos a 4,55, con un PCA de -4,45% (IC 95%: (-5,20, -3,70)). La tasa de fecundidad ha seguido una tendencia descendente entre 1985 y 1995, pasando de 44,08 nacidos vivos por 1000 mujeres de 15 a 49 años a 33,97. Entre 1995 y el 2000 la tendencia se invierte hasta alcanzar una tasa de 40,62 nacidos vivos. El PCA del período 1985 a 1995 es de -2,34% (IC 95%: (-2,74, -1,94)) y de 1995 al 2000 es del 3,61% (IC 95%: (2,69, 4,54)). La tasa de aborto sigue una evolución creciente, en 1985 se producían 3,02 abortos por cada 1.000 mujeres con edad comprendida entre los 15 y 44 años y en el año 2000 9,70, con un PCA del 6,71% (IC 95%: (5,61, 7,81)). Se presentarán los resultados del ajuste del modelo que analiza la relación de estos indicadores de salud y variables sociodemográficas.**Conclusiones:** El análisis de las tendencias temporales de los indicadores de natalidad y mortalidad infantil, así como el estudio de la relación que estos sucesos vitales experimentan entre sí y la influencia que sobre su evolución pueden tener factores ambientales a nivel agregado, es fundamental para sugerir hipótesis de estudio y prioridades de intervención en el contexto de la salud materno infantil.

112

111

LACTANCIA MATERNA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA, UNA APROXIMACIÓN

A. Silvestre García, C. Sabater Gregori, A. López Maside, M. Vicente Raneda y C. Merino Egea

*Unidad de Epidemiología, Centros de Salud Pública de Xàtiva, Manises, Utiel y Torrent.***Antecedentes y objetivos:** Los beneficios de la lactancia natural, tanto para la madre como para el hijo, están ampliamente demostrados, tanto es así que la 54ª Asamblea Mundial de la Salud, se insta a los estados miembros a proteger, promover y apoyar la lactancia natural como alimentación exclusiva durante seis meses como recomendación de salud pública mundial. El objetivo es realizar una aproximación al conocimiento de la frecuencia de lactancia materna y los factores que la condicionan.**Materiales:** Los profesionales de enfermería de atención primaria adscritos a la Red Centinela Sanitaria de la Comunidad Valenciana, recogieron en 1999, información sobre la lactancia, de todo tipo, entrevistando a las madres de niños entre 6 y 12 meses que acudieron a consulta de pediatría del Centro de Salud ese año. Se estima la frecuencia de la lactancia materna exclusiva (LME) y se describen y analizan los factores que pueden determinar la elección de esta alimentación.**Resultados:** Se recogieron datos de 762 casos. Características de las madres: rango de edad entre 44 y 14 años, media de 30,4 años (d.e. 4,8). El 57,5% tenían estudios primarios y 9,3% universitarios; realizaban trabajo fuera del hogar el 42,8%. La media de nº de hijos, incluido el actual, fue de 1,63. De las madres entrevistadas el 69,3% recibieron preparación para el parto. Consideraban como principales factores contribuyentes al no inicio o abandono de la LME, la falta de leche (25,1%) y el trabajo (14,6%). El 72,4% de las madres manifestaron que la lactancia materna era mejor para el niño. Así el 69,4% de ellas la iniciaron, aunque únicamente el 45,6% de las que iniciaron, refirió haberla mantenido durante el tiempo que habían previsto. La LME durante 4 meses fue conseguida por el 43,9% de las madres que la iniciaron y únicamente el 17% alcanzó los 6 meses. Las madres lactadoras citaron como principales factores que contribuyen a no iniciar o abandonar la lactancia materna, la falta de leche (27,2%), la escasa ganancia ponderal (14%) y el trabajo (12,5%). No se encontró relación entre el trabajar fuera del hogar y el iniciar LME tras el parto. La preparación al parto estaba significativamente asociada a iniciar LME. Los factores favorecedores de la LME fueron significativamente más señalados por las madres que iniciaron LME, que por las que la iniciaron mixta o artificial, sobre todo el considerarla mejor para el niño, con un RR = 5 (3,71-6,73). En cuanto a los factores que dificultan la LME, se observó una relación inversa significativa entre iniciar LME y considerar que el trabajo la dificulta o impide, y directa con la consideración de que proporción escasa ganancia ponderal y con la falta de leche. Estos últimos factores desfavorecedores están más relacionados con la experiencia de la lactancia, lo que explica que sean significativamente más considerados por aquellas madres que ya hicieron lactancia natural. La relación inversa con el trabajo sugiere que este es un obstáculo para la lactancia natural.**Conclusiones:** La lactancia materna no está suficientemente establecida en nuestro medio. Es necesario difundir a las futuras madres sus beneficios, en los cursos de preparación al parto y en otros contextos. También serían necesarias iniciativas de facilitación de este comportamiento, entre las que habría que destacar políticas de apoyo de la lactancia materna para mujeres que trabajan, tal como cita la 54ª Asamblea Mundial de la Salud.**POR QUÉ LAS MUJERES ASTURIANAS TIENEN QUIZÁ LA FECUNDIDAD MÁS BAJA DE EUROPA**

M. Uria Urraza

*Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias.***Antecedentes y objetivos:** La fecundidad en Asturias presenta desde 1975 cifras más bajas que el conjunto del Estado. El objetivo del estudio es describir los factores que han podido influir en que las asturianas hayan decidido controlar tan radicalmente su fecundidad.**Métodos:** Relación entre indicadores socioeconómicos y culturales e indicadores de fecundidad. Fuentes: Encuesta Población Activa, Indicadores Demográficos Básicos, Encuesta de Fecundidad, Movimiento Natural de la Población y Censos y Padrones.**Resultados:** Por debajo de 35 años las asturianas presentan, desde 1986, niveles más altos de estudios universitarios que los hombres. En 1996, entre 25 y 29 años, una de cada cuatro mujeres tenía estos estudios. Sin embargo tuvieron tasas más bajas de actividad que la media estatal y que el resto de Comunidades Autónomas durante los últimos años; así en el 2001 solo 32 de cada 100 asturianas estaban en el mercado laboral y 25 tenían trabajo. La tasa de paro fue levemente superior a la media estatal, pero mucho más elevada que la de los hombres, 20 frente a 8. En la industria siderúrgica y la minería, las mujeres han tenido tradicionalmente poco acceso. Y la reconversión ha provocado una importante crisis. Actualmente casi el 80% de las mujeres asturianas ocupadas trabajan en el sector servicios. Un 29% de los contratos en el 2000 fueron temporales. Las prejubilaciones en la minería han contribuido a que la tasa de actividad en hombres sea la más baja de todas las CCAA: 52. Las tasas de paro entre los 20 y 24 años, son de 52 y 26 para mujeres y hombres. Así en el año 2000 encontramos que la tasa de nupcialidad fue 4,9, más baja que la media estatal; dos de cada 10 embarazos terminaron en aborto; la tasa de fecundidad fue 24 y el Índice Sintético de Fecundidad (ISF) 0,86, los más bajos del Estado y de la Unión Europea; los intervalos protogenésico e intergenésico fueron de 5 o más años en un 20% y un 40% de los nacimientos, respectivamente y el 59% de los nacidos fueron primeros hijos. Según la Encuesta de Fecundidad de 1999, 81% de las asturianas sin hijos, 28% de las que ya tenían uno y 0,9% de las que tenían dos o más, desearían tenerlos, muy por debajo de las cifras estatales. La insuficiencia de recursos económicos era señalada por un 48,7% para tener menos hijos de los deseados, seguido de los problemas para criar (32%) y la situación de paro (25%).**Conclusiones:** Las expectativas generadas en las mujeres por el acceso a la universidad no se corresponden con el acceso al trabajo y a la autonomía económica. Con un entorno de crisis y de cambios culturales, en una región tradicionalmente laica y con acceso a medios de control de la fecundidad, las mujeres están dejando de tener hijos o tienen menos y retrasan su nacimiento, pasando a ser la maternidad una opción entre otras.

113