

## COMUNICACIONES CARTEL II

### Conductas

#### APROXIMACIÓN A LOS TRASTORNOS MENTALES RAROS EN EXTREMADURA

P. Giraldo Matamoros, C. Antonaya Rojas, J.M. Ramos Aceitero et al  
*Servicio de Epidemiología Dirección General de Consumo y Salud Comunitaria Consejería de Sanidad y Consumo Junta de Extremadura.*

**Antecedentes y objetivos:** Los trastornos mentales (TM) son alteraciones de los procesos cognitivos y afectivos que se manifiestan en trastornos del razonamiento, comportamiento social adaptativo, equilibrio emocional y de la realidad y son causa de angustia y deterioro en importantes áreas del funcionamiento psíquico. El concepto TM engloba patologías diversas cuya etiología puede determinarse por diversos factores de origen genético, neurológico, relacional, familiar y psicosocial. Algunos TM se consideran Enfermedades Raras (ER) por su baja prevalencia, las limitaciones en calidad de vida del enfermo y su familia, la desprotección de los poderes públicos, la ausencia de investigaciones y el desconocimiento de las enfermedades, los altos costes sanitarios y los obstáculos para una vida normalizada de los afectados. El objetivo de este estudio es estimar la prevalencia y conocer el patrón epidemiológico de los TM raros en Extremadura.

**Métodos:** La identificación de casos se ha realizado a través de la búsqueda activa en el Sistema de Información de ER de Extremadura, que actualmente consta de 3064 registros; de éstos, 276 casos han sido identificados como TM raros. Los resultados se presentan en casos absolutos, porcentajes y tasas, y éstas se calculan por cien mil habitantes según el censo de 2001.

**Resultados:** En el sistema de información de ER se identifican 276 TR, tasa de prevalencia de 26,07 por cien mil habitantes. Del total de casos el 57,25% se identifica como psicosis desintegrativa, seguida del autismo infantil 18,12 y anorexia nerviosa, 16,86, existiendo un caso de mutismo selectivo y un caso de psicosis atípica. El 50,72% son mujeres frente al 48,91 de hombres, tasa de 26,23 en mujeres frente a 25,71 por cien mil en varones. El grupo de edad con mayor número de casos es de 40-44 años con 10,51% del total. El área de salud con mayor tasa es Badajoz, 42,93 y la de menor Cáceres, 1,59 por cien mil habitantes. La fuente de información que mayor número de casos aportó fue el centro de atención a la discapacidad de Badajoz el 70,29% del total.

**Conclusiones:** El conocimiento de los TM a través del sistema de ER constituye una herramienta eficaz para conocer la situación de los TM desde la óptica sanitaria y social, siendo de utilidad para personas, familiares y profesionales relacionados con la atención de estos enfermos, la planificación de la intervención sanitaria y la investigación.

P-021

P-022

**HÁBITOS DE CONSUMO DE LOS JÓVENES DE SABADELL. 2006**

M. Llach-Berné, S. Serrano, L. Juste, T. Corbella et al  
*Servei de Salut. Ajuntament de Sabadell.*

**Antecedentes y objetivos:** Realizar encuestas sobre hábitos de salud periódicas permite monitorizar el comportamiento de la población y evaluar y diseñar políticas de prevención y promoción de la salud. El objetivo del presente estudio fue conocer los hábitos de consumo y actitudes de los jóvenes de 14-18 años escolarizados en Sabadell.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal. *Ámbito:* Municipio de Sabadell. *Población de estudio:* alumnos de 3º-4º ESO (14-15 años); 1º-2º de bachillerato y ciclos formativos de grado medio (16-18 años) matriculados en los centros públicos y concertados del municipio. Se calculó una muestra para cada grupo de edad. Se hizo un muestreo por conglomerados bietápico estratificando por tipo de centro (público/concertado) y distrito. La unidad muestral fue el aula, dónde se eligieron todos los alumnos presentes el día de la encuesta. Se estudiaron variables sociodemográficas y consumo de sustancias (tabaco, alcohol y otras drogas), entre otras. Se usó como instrumento un cuestionario autoadministrado. El trabajo de campo se realizó en octubre 2006. Se realizó un análisis bivariante por grupo de edad y sexo mediante el test  $\chi^2$ . Se presentan a continuación los resultados sobre consumo de sustancias.

**Resultados:** Se encuestaron 1.727 alumnos: 973 de 14-15 años y 744 de 16-18, con medias de edad de 15 y 17 años, respectivamente; 51% eran mujeres y 56% de centros públicos. La frecuencia de fumadores y bebedores regulares de alcohol ( $\geq 1$  vez/semana el último mes) fue mayor en el grupo de 16-18 años (30% vs. 14% y 20% vs. 5%, respectivamente.  $P < 0,05$ ); los cuales se habían emborrachado alguna vez con mayor frecuencia (61% vs. 26%.  $p < 0,05$ ). Los alumnos de 14-15 años habían tomado más frecuentemente tranquilizantes por prescripción médica (17% vs. 12%.  $p < 0,05$ ), sin diferencias en el consumo sin receta (5% vs. 8%). Las drogas más consumidas durante el año anterior a la encuesta fueron cannabis, cocaína y setas alucinógenas, con mayor frecuencia en el grupo de 16-18 años (45% vs. 21%; 2,7% vs. 0,6% y 2,3% vs. 0,7%, respectivamente.  $p < 0,05$ ). En ambos grupos, las chicas bebían alcohol con menor frecuencia y menor cantidad ( $p < 0,05$ ), sin diferencias en el consumo de tabaco, cannabis, cocaína y setas. En el grupo de 14-15 años, las chicas habían tomado con más frecuencia tranquilizantes sin receta (9,4% vs. 5,5%.  $P < 0,05$ ) y en el de 16-18 años los chicos se habían dopado o habían consumido anabolizantes en mayor proporción (5,7% vs. 0,6%.  $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** Destaca el elevado consumo de tabaco, alcohol y cannabis, que aumenta con la edad (con pocas diferencias entre sexos), de tranquilizantes bajo prescripción médica en los más jóvenes y de dopaje o anabolizantes en los chicos de mayor edad. En general, los resultados son similares a los de otras encuestas de nuestro entorno.

P-024

**ANTECEDENTES Y PERCEPCIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL PESO EN UNA POBLACIÓN ESCOLAR**

J.R. Urbina Torija, S. Antón Martínez et al

*Centro de Salud de Azuqueca de Henares. SESCAM. Guadalajara. Castilla-La Mancha.*

**Antecedentes y objetivos:** 1) Determinar el Índice Masa Corporal (IMC) de los alumnos escolarizados. 2) Describir su percepción del peso y de su actividad diaria. 3) Analizar la relación del sobrepeso con los antecedentes personales y familiares.

**Métodos:** Se trata de un estudio transversal mediante encuesta dirigido a niños de 2º de la E.S.O. Un primer cuestionario se entregó a los padres, en el que se incluían 4 preguntas básicas: peso al nacer, meses de lactancia natural, antecedentes de sobrepeso en la familia y nivel de estudios de los padres. Un segundo cuestionario se cumplimentó por el alumno, previamente a ser pesado y medido. Este contenía los ítem de peso y talla que el creía tener, su opinión respecto a los mismos, el tiempo que dedicaba a actividades extraescolares, las horas que dormía normalmente y lo que hacía mientras comía. Se registraron los datos y se trataron estadísticamente por software específico. El punto de corte del IMC fue 18,5 para el bajo peso, 25 para el sobrepeso y 30 para la obesidad. Se consideró bajo peso al nacer el inferior a 2,5 kg. Las diferencias se testaron mediante el Chi-cuadrado para un valor de  $p = 0,05$ , el análisis multivariado se realiza por Regresión Logística.

**Resultados:** 298 niños fueron encuestados, más mujeres 56% (50,1-61,7) de edades comprendidas entre 13-15 años. El 13,7% (9,8-17,6) tuvieron sobrepeso y el 5% (2,5-7,5) obesidad. El 6,57 (3,2-9,9) tuvieron bajo peso al nacer. El 22% (16,5-27,6) no tomaron nunca lactancia natural. Tenían antecedentes familiares de sobrepeso el 45,6% (38,9-52,3). El nivel de estudios superiores solo se presentó en el 3,75% (1,20-6,30) de las madres. La percepción de su peso fue errónea en la mayoría, el 68,4% (63,2-73,7) lo infraestimaban. Sin embargo el 62,8% (53,6-72,1) de los que no estaban de acuerdo con su peso lo tenían normal, así como el 47,7% (29,2-62,2) de los que hacían dieta para adelgazar. La media de horas de sueño fue 8 h 30 min. La mayoría tenía una actitud sedentaria 44,6% (39-50,3) aunque durante la comida el 79,7% (74,7-84,8) además de comer hacían una o más actividades. En el análisis multivariado el sobrepeso se asoció a la presencia de sobrepeso en los familiares OR = 4,35 (1,66-11,4) y a los estudios superiores de la madre OR = 6,94 (1,41-34,1)

**Conclusiones:** Se han detectado frecuentes trastornos del peso en enseñanza secundaria que además se acompañan de una autoimagen distorsionada. Los antecedentes familiares y no los personales aparecen asociados al sobrepeso en nuestro estudio.

P-023

**EVALUACIÓN DE PROCESO DE UNA INTERVENCIÓN DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE CANNABIS EN ADOLESCENTES**

F. Sánchez-Martínez, C. Ariza, A. Pérez, M. Nebot, E. Morales et al  
*Agència de Salut Pública de Barcelona.*

**Antecedentes y objetivos:** Los estudios que analizan correctamente la evaluación de proceso de las intervenciones escolares son escasos. El objetivo del estudio es describir el grado de cumplimiento en el desarrollo de las actividades preventivas de una intervención escolar de prevención de consumo de cannabis en adolescentes.

**Métodos:** En el curso 2005/06 se aplicó con carácter piloto el programa "xkpts.com" en 117 aulas de 3º de Educación Secundaria Obligatoria de 39 escuelas de Barcelona. La intervención constaba de 16 actividades preventivas enmarcadas en 4 sesiones, dos de ellas centradas en la toma de decisiones en un marco general de prevención de drogodependencias y las otras dos en la prevención específica de consumo de cannabis. La 1ª sesión específica de cannabis, basada en un DVD, se centraba en la presión de grupo mientras que la 2ª entrenaba habilidades de comunicación en situaciones específicas. Se evaluó el proceso mediante un autoinforme dirigido al profesorado. Se hizo un análisis descriptivo estratificando por escuela y por aula. Para valorar la exhaustividad de la intervención se definió operativamente como intervención correcta la realización de al menos 8 de las 16 actividades previstas e intervención cualificada la realización selectiva de 1 actividad para cada sesión general y 2 para cada sesión específica de cannabis.

**Resultados:** 76 profesores cumplimentaron el autoinforme, siendo la tasa de respuesta del 65%. El promedio de tiempo de aplicación del programa fue de 5 horas y media. La puntuación global otorgada al programa por los profesores fue de 7,4 sobre 10, mostrando el 81,6% de ellos la intención de volver a aplicarlo. Un 93,4% hizo uso del DVD, el 80,3% en la 2ª sesión siguiendo la indicación del protocolo. Un 72,4% desarrolló la sesión de entrenamiento de habilidades, el 59,2% en la 3ª sesión siguiendo el protocolo. De las 10 situaciones planteadas para esta sesión se trabajaron una media de 4, principalmente aquellas dirigidas a grupos con mayoría de alumnos no consumidores y algunos experimentadores. En un 59,2% de las aulas se desarrolló la intervención correcta, mientras que en el 38,2% la intervención fue cualificada.

**Conclusiones:** La intervención fue valorada muy positivamente por los profesores. El seguimiento del protocolo de aplicación, los materiales y técnicas utilizadas, así como el tiempo medio invertido son adecuados para la correcta implantación del programa. El desarrollo y adecuado cumplimiento de la técnica de entrenamiento de habilidades incluye este programa en el grupo de los considerados de mayor eficacia. El cumplimiento de la intervención por una mayoría de escuelas contribuye a conseguir el objetivo de disminuir el consumo entre los escolares.

*Financiación. Plan Nacional de Drogas (2005) y Fundación "Viure i conviure" de Caixa Catalunya.*

P-025

**PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN LA ESCUELA**

J. Muñoz Bellerín, L.M. Fernández-Regatillo Ruiz, M. Rodríguez Rodríguez, F. García Rodríguez, B. Rodríguez Martínez et al

*Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud.*

**Antecedentes y objetivos:** En Andalucía se desarrolla el Plan de Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada cuya meta es mejorar los hábitos de alimentación y de actividad física de la población y prevenir las enfermedades más prevalentes (obesidad, diabetes tipo 2, cardiovasculares, etc). La formación es una de las prioridades del Plan. En esta línea, y tras la revisión de diferentes estudios que informaban de los hábitos de alimentación y de las tasas de sobrepeso y obesidad de los escolares en Andalucía, se desarrolla el Programa de Alimentación Saludable en la Escuela que persigue la promoción de hábitos de alimentación saludable en los niños y niñas de 6 a 12 años de educación primaria.

**Métodos:** El Programa se desarrolla en el aula a partir de 4 Unidades Didácticas: 1) Los Alimentos como fuente de nutrientes, 2) La Pirámide de la alimentación saludable, 3) las Golosinas y 4) el Desayuno. Cada Unidad consta de una introducción técnica dirigida a los profesores, una colección de actividades a realizar con los alumnos y una ficha de evaluación de la unidad didáctica. La inscripción al Programa la realizan los centros con carácter voluntario. No reporta incentivos para el centro escolar ni para los educadores que lo realizan. El programa fue elaborado conjuntamente por los Departamentos de Salud y de Educación del Gobierno Regional de Andalucía y contó con la supervisión de nutricionistas y maestros. La información sobre el Programa de Alimentación Saludable en la Escuela está disponible en [www.juntadeandalucia.es/salud](http://www.juntadeandalucia.es/salud).

**Resultados:** En la 1ª Edición (curso 2003-04) se inscribieron en el Programa 205 centros educativos y participaron alrededor de 28.000 escolares. En la 4ª Edición del Programa (curso 2006-07) se han inscrito 580 centros y participan alrededor de 83.500 alumnos/as.

**Conclusiones:** A partir de la evolución del número de centros inscritos y de evaluaciones de proceso, consideramos positiva la aceptación del Programa. Ambas Consejerías reformulan un sistema de evaluación de resultados que permita mejorar sus contenidos y adecuarlos a nuevas necesidades del profesorado.

P-026

**EXPOSICIÓN LABORAL A FACTORES PSICOSOCIALES EN LA POBLACIÓN ASALARIADA ESPAÑOLA**S. Moncada, C. Llorens, X. Gimeno, A. Font et al  
*Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud.***Antecedentes y objetivos:** Se presentan las prevalencias de exposición laboral a factores psicosociales entre la población asalariada española, en base a la encuesta de riesgos psicosociales en España 2004-05.**Métodos:** Estudio es transversal de ámbito estatal. Población de estudio: muestra representativa de la población asalariada española (N = 7.002 personas). La información se obtuvo mediante cuestionario estandarizado administrado por entrevista en el domicilio a partir del muestreo aleatorio de unidades censales en las se realizaron 10 entrevistas, por rutas aleatorias en cada una de las tres oleadas de trabajo de campo entre Octubre 2004 y Julio 2005, con procedimiento protocolizado para sustituciones siguiendo la misma ruta. Las exposiciones a factores psicosociales se midieron con las 21 escalas (73 ítems tipo Likert de 5 categorías de respuesta) de la versión media del cuestionario validado anteriormente de ISTAT21 COPSQ. Para cada persona entrevistada se incluyó la edad, sexo, país de origen, estado civil, hijos y convivencia con personas dependientes y edades de éstas, realización de trabajo doméstico y familiar, ingresos, personas en el hogar con empleo, estudios realizados; ocupación actual (CNO), acceso, tipo de contrato, jornada laboral, horario; actividad (CNAE) de la empresa, identificación de ETT. Las prevalencias se calcularon en base a las puntuaciones crudas extremas (correspondientes a las categorías "siempre + casi siempre" o "nunca + sólo alguna vez", según el sentido de la pregunta) en todas las preguntas que componen cada escala.**Resultados:** La tasa bruta de respuesta (antes de sustituciones) fue 60%. Se aseguró la representatividad de la muestra mediante el análisis comparativo con la Encuesta de Población Activa de los trimestres correspondientes. Algunas de las prevalencias de exposición más relevantes fueron (en %): Doble presencia alta 15,3. Exigencias psicológicas cuantitativas altas 11,7. Exigencias psicológicas emocionales altas 16,5. Exigencias de esconder emociones altas 24,6. Influencia baja 37,6. Control sobre los tiempos de trabajo bajo 35,9. Posibilidades de desarrollo bajas 25,0. Inseguridad alta 33,3. Conflicto de rol alto 21,3. Previsibilidad baja 15,7. Apoyo social en el trabajo bajo 11,9. Posibilidades de relación social bajas 16,1. Calidad de liderazgo baja 16,4. Estima baja 10,0. Entre ambos sexos, las diferencias más significativas afectaron a la dimensión de doble presencia, mientras que la influencia y la estima mostraron las mayores diferencias por ocupación.**Conclusiones:** En conclusión, se observan altas prevalencias de exposición laboral a diversos factores psicosociales en España, con diferencias entre sexos y ocupaciones, y contrastando con la persistencia del mito que las relacionan con problemáticas de otros países.*Financiación. Fondo de Investigación Sanitaria (PI031499).***DETRÁS ESTÁ LA GENTE: ENSAYO SOBRE OPERADORES TELEFÓNICOS EN SANIDAD**A.M. Saconi, M. González et al  
*Obra Social de la Sanidad Argentina.***Antecedentes y objetivos:** Lograr verdadera satisfacción del usuario que utiliza una línea telefónica gratuita en sanidad implica enfocarse en el operador como sujeto con estructura psíquica, historia personal y atravesado, al igual que el usuario, por las condiciones sociales del momento que vive. El crecimiento de los centros de atención telefónica en Argentina si bien trajo alivio por haber generado empleo junto con la ilusión de ingresar a un mundo donde los datos fluyen y todo es resuelto desde el domicilio, también muestra su lado implacable cuando los operadores fijan sus ojos en la pantalla, tienen sus oídos tapados por auriculares y no pueden hablar salvo con el usuario. Este distanciamiento puede transformarse en deshumanización y si hablamos del sector salud, se trate al paciente como un objeto. Este trabajo pretende mostrar una primera aproximación en gestión de recursos humanos de un centro de atención telefónica que funciona las 24 h los 365 días del año en una obra social de la Republica Argentina.**Métodos:** Sanidad tiene 270.000 beneficiarios. Se analizó el sistema de información y comunicación con los usuarios entre 1999 y 2006 con 40.000 llamados atendidos el primer año y 260.000 el último año de la muestra de acuerdo a las variables de la guía para la evaluación de la gestión de la excelencia en las empresas pymes: gestión, liderazgo y resultados.**Resultados:** Se observó que los llamados atendidos en el período aumentaron en promedio 30% por año. El personal se incrementó de acuerdo a la demanda. Los reclamos fueron menos del 1%. Se innovó en sistemas de atención, de información y de comunicación. El volumen de llamadas perdidas bajó al 10% en hora pico. No hubo renuncias y el ausentismo fue insignificante. No se hacen mediciones sobre el tiempo de las llamadas para que operador y usuario resuelvan si presiones.**Conclusiones:** Brindar un buen servicio en sanidad necesita de operadores capacitados y satisfechos en su trabajo. Cuidar a toda persona que trabaja en contacto directo con otras personas es una obviedad que no parece estar tan claro para quienes solo miden flujo de llamadas y obedecen al marco que les brinda un software.

P-028

P-027

**AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD EN CUIDADORES INFORMALES DE ANCIANOS Y DISCAPACITADOS**M. Téllez Plaza, J.B. Sanchis Álvarez, R. Alfonso Gil et al  
*H.U. Doctor Peset. Valencia. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana.***Introducción.** La población de la Comunidad Valenciana experimenta un proceso de envejecimiento con un aumento de personas dependientes necesitadas de cuidadores informales. Según la bibliografía, la tarea de cuidador informal conlleva un aumento de la carga psicológica y de trabajo, así como una peor autopercepción de la salud. El objetivo de nuestro estudio es caracterizar los determinantes de percepción de mala salud en los cuidadores informales de ancianos o discapacitados.**Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo a partir de los datos de la Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana 2005 en la que, mediante muestreo polietápico, se obtuvo una muestra representativa de la población adulta residente en esta Comunidad (N = 5.781). Para nuestro estudio se seleccionó a los participantes mayores de 25 años (N = 4.631, de los que 274 se declararon cuidadores informales de ancianos y personas con minusvalía o discapacidad). Se han comparado las respuestas en grupos de cuidadores y no cuidadores, en preguntas sobre la autopercepción de salud (EuroQol-5D y "mala o muy mala salud declarada"). Se estratificaron los resultados por diferentes variables categóricas. Además se representaron gráficamente las OR de declaración de "mala/muy mala salud" de los cuidadores con respecto a los no cuidadores según subgrupos de población en función de: sexo, edad, nivel educativo, nivel de ingresos, IMC, hábito tabáquico, consumo de alcohol, discapacidad autodeclarada, distrés mental (GHQ-12), y apoyo funcional social (Duke-UNC-11). Para tener en cuenta el diseño del muestreo en el cálculo de los errores estándar de los estimadores, se utilizó el paquete "Survey" del programa R (<http://cran.r-project.org/>)**Resultados:** Las características predominantes en cuidadores son: mujer, mayor de 65 años, menor nivel de estudios, ingresos menores de 600 euros mensuales, menor clase social, discapacidad declarada, mayor dedicación a tareas domésticas, y menor apoyo social funcional (Duke-UNC-11). El 9,0% (SE 2,04) de los cuidadores declararon tener "mala/muy mala salud", frente al 4,6% (SE 0,38) de los no cuidadores. Asimismo la media de la tarifa EVA obtenida con el cuestionario EuroQol-5D de los cuidadores es menor que en los no cuidadores: 0,75 (SE 0,016) frente a 0,87 (SE 0,005). La condición de cuidador no se asoció de forma estadísticamente significativa a la mala percepción de la salud. Los siguientes subgrupos de cuidadores podrían presentar un mayor riesgo de declarar "mala/muy mala salud": mujeres, edad entre 25 y 45 años, personas con estudios de FP, secundaria o superiores, personas con ingresos mensuales superiores a 600 euros.**Conclusiones:** En el análisis descriptivo se halló una mayor prevalencia de autopercepción de la salud "mala/muy mala" entre los cuidadores. Aunque en nuestro estudio la condición de cuidador no se asocia de forma estadísticamente significativa a una peor percepción de salud —probablemente por el insuficiente número de cuidadores—, la condición de cuidador informal podría asociarse a un mayor riesgo de percibir "mala/muy mala salud". Es necesario ampliar el tamaño muestral de cuidadores en estudios posteriores.

## Salud sexual y reproductiva

P-030

### CRIBADO DE CÁNCER DE CÉRVIX EN ATENCIÓN PRIMARIA

C. Dauí Subirats, M. Pinilla Macarro, O. Colet Vilar, D. García Vidal, M. Ruíz Batalla et al

ABS Baix Penecès Interior. Xarxa Sanitària i Social de Santa Tecla.

**Antecedentes y objetivos:** Hace 3 años se incorporo a la cartera de servicios de un área básica de salud (ABS) el cribado de cáncer de cérvix (CCC), con el objetivo de mejorar la accesibilidad y la cobertura. Al iniciar el proyecto el tiempo de espera para CCC era de 2 años y no se tenían datos de cobertura. Queremos evaluar la implantación de CCC en atención primaria.

**Métodos:** *Ámbito:* ABS de 12.537 habitantes distribuidos en 4 municipios, 2.093 de los cuales son mujeres entre 35 y 65 años. El CCC se realiza por un médico de cabecera que ha realizado un período de formación en el servicio de ginecología de referencia. La consulta de CCC se realiza una tarde a la semana. Se atiende a las mujeres en lista de espera del Programa de Atención a la Mujer, las derivadas por el médico de cabecera o enfermera y las que lo solicitan por iniciativa propia, previa comprobación a través de la historia clínica informatizada (HC) de que cumplen los requisitos de participación en el programa de CCC. Los datos se obtienen del programa informático de Anatomía Patológica y de la HC que cuenta con registro específico de CCC. *Período de estudio:* de mayo 2003 a diciembre 2006.

**Resultados:** Se han realizado 1.232 citologías que corresponden a 1.144 mujeres. El 46,2% de mujeres acceden a petición propia, 29 de la lista de espera y 26% derivada por médico/enfermera. La edad media es de 44,1 años. El 65% (801) de mujeres atendidas tiene entre 35 y 65 años. La cobertura del CCC en este grupo de edad es de 38,2%. El 29% es menor de 35 años. *Periodicidad del cribado:* 44% entre 3 y 5 años; 37% menos de 3 años; 9% más de 5 años; 10% nunca. El 2006, el tiempo de espera para el CCC es de 3 meses.

**Conclusiones:** Disponer de una consulta de CCC en atención primaria aproxima la prevención a la población al mejorar su accesibilidad y disminuir el tiempo de espera. El acceso a la información derivada de la actividad de la consulta de CCC facilita la explotación de datos y ayuda al feed back con el personal sanitario a mejorar la cobertura del cribado, como la adecuación de su periodicidad.

P-029

### CONDICIONES AMBIENTALES EN EL LUGAR DE TRABAJO Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN UNA COHORTE DE MUJERES EMBARAZADAS

M.C. González-Galarzo, M. Estarlich, A.M. García, F. Ballester et al  
*Escuela Valenciana de Estudios de la Salud. Universidad de Valencia.*

**Antecedentes y objetivos:** Analizar la exposición a riesgos ambientales en el lugar de trabajo y su relación con características personales y laborales en una cohorte de mujeres embarazadas del estudio INMA en Valencia.

**Métodos:** La cohorte incluye a las mujeres que acuden a consulta por embarazo en el Hospital La Fe de Valencia (2004-2005). Un 54% aceptan participar en el estudio. Se analizan los datos de 650 mujeres de la cohorte que han realizado algún trabajo remunerado desde un mes antes del embarazo hasta la semana 32 de gestación. Se describe la exposición a riesgos químicos, físicos (ruido, vibraciones y campos electromagnéticos) y biológicos en el lugar de trabajo. Se ha usado regresión logística para estudiar la relación de las exposiciones con características personales (edad, nivel de estudios, país de origen) y laborales (tipo de contrato, jornada y horario de trabajo) en diferentes ocupaciones.

**Resultados:** En nuestra muestra la prevalencia de exposición a algún riesgo químico es del 17%, (disolventes 4%, productos de limpieza 11%), a algún riesgo físico del 61%, (campos electromagnéticos 36%, ruidos o vibraciones 29%), y a riesgos biológicos del 6%. Las ocupaciones con mayor exposición a riesgos químicos son las trabajadoras de limpieza (42%) y las trabajadoras de industria (28%). Las ocupaciones con mayor prevalencia de riesgos físicos son las de trabajadoras de la industria (ruido o vibraciones, 71%), y las empleadas de tipo administrativo (campos electromagnéticos, 84%). Entre las mujeres que trabajan en la industria, se encuentra un mayor riesgo de exposición a ruido o vibraciones en las mujeres sin estudios o con estudios primarios en comparación con las mujeres con estudios secundarios o universitarios (OR: 2,89 IC 95% = 0,71-11,75), con contratos temporales frente a los indefinidos (OR: 4,14 IC 95% = 0,66-25,97), y con la edad (OR: 1,23 IC 95% = 0,95-1,58). No encontramos diferencias en la exposición a riesgos químicos en estas trabajadoras. Entre las empleadas de limpieza, existe una mayor exposición a riesgos químicos entre las mujeres con jornada completa en comparación con las trabajadoras a tiempo parcial (OR: 4,26 IC 95% = 1,15-15,78). En las mujeres administrativas no se muestran diferencias sociodemográficas o laborales en la exposición a campos electromagnéticos.

**Conclusiones:** La prevalencia de exposición a riesgos ambientales en el lugar de trabajo de las mujeres de la cohorte es elevada a pesar de la normativa sobre protección de la salud de las mujeres embarazadas. Se observan diferencias sociodemográficas y laborales intra-ocupación en la exposición a riesgos físicos y químicos.

*Financiación. Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana (EVES2006-PI-058). Fondo de Investigación Sanitaria (FIS 03/1615), (FIS 04/1509).*

P-031

### RECURSOS DIAGNÓSTICOS DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN LOS LABORATORIOS DE CATALUÑA

M. Calmet, M. Alberny, E. Loureiro, X. Sun, J. Casabona, A. Andreu, R. Juvé, L. Matas, A. Vilamala et al

*Centre d'Estudis Epidemiològics sobre ITS/sida de Catalunya. Departament de Salut. Laboratori Bon Pastor. ICS. Hospital de la Vall d'Hebrón. ICS. Societat Catalana Malalties Infeccioses i Microbiologia Clínica. Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica.*

**Antecedentes y objetivos:** Las actividades del laboratorio son clave en el control de las ITS. El objetivo del estudio es describir la situación actual de los recursos diagnósticos de los laboratorios de Cataluña en relación con estas infecciones.

**Métodos:** En 2006 se realizó una encuesta sobre los procedimientos de análisis que utilizan los 222 laboratorios de análisis clínicos públicos y privados de Cataluña para la detección de las ITS.

**Resultados:** 98 laboratorios realizan alguna prueba diagnóstica de ITS. Aproximadamente un 25% actúa de centro de referencia de otros laboratorios. Su actividad (según el número de peticiones de análisis recibidas durante un mes para diferentes muestras y ITS) es muy variable; 78 laboratorios reciben muestras vaginales (de 1 a más de 1.500 al mes. 45 laboratorios reciben más de 50). El número de laboratorios que investiga *C. trachomatis* en muestras endocervicales o uretrales es inferior al que investiga *N. gonorrhoeae* (32 y 28 frente a 51 y 62 respectivamente); 87 laboratorios realizan serología de hepatitis B (reciben de 1 a 5.000 peticiones al mes). Cerca de la mitad de los laboratorios reciben más de 150 peticiones al mes de serología de hepatitis B, C y VIH y más de 50 de la sífilis. En referencia a las pruebas/métodos diagnósticos utilizados, la mayoría de laboratorios (76) detectan *N. gonorrhoeae* mediante cultivo; un 83% de ellos realiza su sensibilidad antimicrobiana; 42 laboratorios detectan *C. trachomatis* y menos del 20% utiliza la técnica de amplificación de ácidos nucleicos. Ningún laboratorio determina los serovares L1, L2, L3 de *C. trachomatis*. Para el diagnóstico de la sífilis la serología es ampliamente utilizada (84 laboratorios); solo 13 realizan el examen directo en campo oscuro de la muestra del exudado de la lesión; 20 laboratorios realizan la detección directa o de anticuerpos del virus del herpes simple. Más del 75% de los laboratorios hacen el cribaje de hepatitis B, C y VIH; y el 78% investiga *T. vaginalis*.

**Conclusiones:** El soporte de los laboratorios es extenso en caso de las hepatitis B, C y VIH y en el control de la gonococia (incluye el estudio de las resistencias antimicrobianas). El control de la infección genital por clamidias requerirá que se incremente la frecuencia de investigación de esta bacteria en muestras genitales y se utilicen técnicas de amplificación de ácidos nucleicos. Hay poca disponibilidad de los métodos de detección de treponemas en muestras de lesiones, útiles para el diagnóstico precoz la sífilis.

P-032

**EFECTIVIDAD DE LA REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA Y CARACTERÍSTICAS DE LOS NACIDOS, CATALUÑA (2001-2004)**

R. Bosser Giralt, A. Freitas Ramírez, M.M. Torné Farré, R. Gispert Magarolas, G. Ribas Serra, M. Femenias Bosch et al  
*Servei d'Informació i Estudis. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.*

**Antecedentes y objetivos:** El uso de las técnicas de Reproducción Humana Asistida (RHA) para tratar las parejas infértiles se ha incrementado en Cataluña en los últimos años. El objetivo de este trabajo es describir las características de los nacidos por RHA durante el período 2001-2004 y estimar el impacto de éstos sobre el conjunto de los nacidos de madres residentes en Cataluña.

**Métodos:** Los datos se obtienen del registro de RHA de Cataluña, que incluye todas las usuarias (residentes y no residentes) que se han sometido a una técnica de RHA, para el período 2001-2004. Se analizan las diferentes etapas del proceso de RHA (recuperación ovocitaria, transferencia embrionaria, embarazo clínico y nacidos). Se mide la efectividad utilizando la tasa de los nacidos vivos por cada 100 ciclos de obtención iniciados (recuperación ovocitaria). Se describe la prematuridad (< 37 semanas de gestación), el bajo peso (< 2.500 gramos) y la multiplicidad (gemelos, trígéminos y cuádrigéminos) de estos nacidos. Para el cálculo del impacto sobre el conjunto de nacimientos se usan sólo los datos de residentes en Cataluña.

**Resultados:** La actividad en RHA muestra un incremento del 64,9% en los ciclos de obtención, del 87,1% en las transferencias embrionarias y del 106,1% en los embarazos clínicos. En 2001 se transferían con más frecuencia tres embriones (48,2%) y en 2004 dos (49,9%). Las tasas de efectividad pasaron del 30,5% al 38,6%, para el conjunto de todas las técnicas. El número de nacidos aumentó de 1.251 a 2.594, lo que representa un incremento del 107,4%. Se ha producido una disminución de la multiplicidad, la prematuridad y el bajo peso del 16,5%, el 25,0% y el 25,3% respectivamente. El porcentaje de nacidos vivos mediante las técnicas de RHA sobre el conjunto de nacidos vivos de Cataluña ha pasado del 1,9% al 3,3%. La aportación de la RHA a todos los nacidos múltiples, prematuros y bajo peso, ha aumentado un 32,1%, del 22,6% a 25,2% respectivamente. Para este período de cuatro años, la RHA ha aportado el 32,2% de todos los nacidos múltiples, el 12,0% de los prematuros y el 10,8% de los nacidos con bajo peso.

**Conclusiones:** Se constata un aumento de la actividad y la efectividad de las técnicas de RHA en Cataluña. A pesar de ello, los efectos adversos (la multiplicidad, el bajo peso y la prematuridad) han disminuido. La proporción de nacidos por RHA sobre el total de Cataluña en el período estudiado se ha incrementado. La aportación de la RHA al conjunto de nacidos múltiples es considerable y su contribución al total de prematuros y bajo peso es menor.

## Inmigración

P-033

**REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA: EFECTIVIDAD SEGÚN VOLUMEN DE ACTIVIDAD DE LOS CENTROS. CATALUÑA 2002-2004**

M.M. Torné Farré, R. Bosser Giralt, R. Gispert Magarolas, M. Femenias Bosch et al  
*Servei d'Informació i Estudis. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.*

**Antecedentes y objetivos:** Algunos estudios señalan que el volumen de actividad de un centro de Reproducción Humana Asistida (RHA) puede condicionar sus tasas de efectividad. El objetivo de este trabajo es estudiar la efectividad y otras características de las técnicas de RHA en relación al volumen de actividad de cada centro.

**Métodos:** Los datos utilizados proceden del Registro de RHA de Cataluña, que recoge la actividad de todos los centros. Se ha realizado un análisis de la evolución de los principales indicadores de efectividad para el período 2002-2004. Los resultados de los centros se presentan agrupados en cuatro categorías según el volumen de actividad declarada: menos de 100 ciclos de RHA iniciados por año (C1), 100-300 ciclos (C2), 300-500 ciclos (C3) y más de 500 ciclos iniciados (C4).

**Resultados:** A lo largo del período estudiado, se ha producido un aumento del número de centros declarantes: en el año 2002 declaraban 26 centros de los cuales un 11,5% iniciaron más de 500 ciclos, en 2004 los centros declarantes ya eran 29 y de éstos iniciaron más de 500 ciclos el 17,2%. Para los años 2002-2004, el número de ciclos de obtención iniciados por los centros según las categorías definidas fueron: 1.747, 4.104, 3.968 y 11.113 (de C1 a C4 respectivamente). Como resultado de éstos se obtuvieron los siguientes embarazos clínicos con nacidos: 349 (C1), 1.054 (C2), 779 (C3) y 3.773 (C4). El porcentaje de embarazos clínicos por cada 100 ciclos iniciados es del 41,6% para el conjunto de centros (27,8% para C1, 36,3% para C2, 36,5% para C3 y 47,5% para C4). El porcentaje global de embarazos clínicos por cada 100 transferencias es del 35,6% (26,0%, 34,6%, 37,0% y 36,8% respectivamente para C1-C4). Estos porcentajes son algo inferiores cuando nos referimos a los embarazos con algún nacido por cada 100 ciclos iniciados (28,4% para el global: 20,0% C1, 25,7% C2, 19,6% C3 y 34,0% C4) y por cada 100 transferencias (24,4% para el global: 18,7% C1, 24,5% C2, 19,9% C3 y 26,3% C4). Se presentarán los resultados del análisis entre el volumen de actividad y los distintos indicadores de efectividad por centros.

**Conclusiones:** La utilización de las técnicas de RHA ha experimentado un importante incremento en el período analizado. Las diferencias entre las tasas de efectividad por centros no parecen estar relacionadas con su volumen de actividad, aunque habrá que tener en cuenta otras variables relativas a las características de las mujeres que pueden resultar confusoras.

**PREMATURIDAD Y PREMATURIDAD EXTREMA EN POBLACIÓN INMIGRANTE RESIDENTE EN CATALUÑA ENTRE 2003 Y 2005**

Z. Tomás, M. Jané, R. Prats, A. Plasència et al  
*Direcció General de Salut Pública. Dpte. de Salut. Generalitat de Catalunya.*

**Antecedentes y objetivos:** La prematuridad en el recién nacido determina una mayor probabilidad de mortalidad perinatal y se considera el primer factor de riesgo para la salud del niño. Se analiza la evolución de la prematuridad y los factores asociados a la prematuridad extrema en población inmigrante residente en Cataluña entre los años 2003 y 2005.

**Métodos:** Estudio de base poblacional. La fuente de información es el Registro de nacimientos de Cataluña. Las variables analizadas son semana gestacional, nacionalidad madre, año estudio, sexo, edad madre, tipo parto, tipo hospital, partos anteriores, parto múltiple y región sanitaria. Se realiza un análisis bivariado, calculando la significación estadística con la prueba  $\chi^2$ .

**Resultados:** Entre 2003 y 2005 se estudia una muestra de 275.156 nacimientos. De la población española, un 7,4% nace antes de la semana 37 frente a un 6,9% de la población inmigrante. Entre los nacimientos prematuros, encontramos un incremento de nacimientos antes de la semana 32 (prematuridad extrema) del 9,6% al 10,2% en población española, y del 13,6% al 14,2% en población inmigrante entre 2003 y 2005. Aunque el incremento en el período no es significativo, sí lo es la diferencia del% de prematuridad extrema entre población inmigrante y autóctona (10,0% vs. 13,9%). En cuanto a la nacionalidad de la madre, en el total del período encontramos un 3,3% de prematuridad extrema en las procedentes de Filipinas, 10,6% de Centro Europa y países desarrollados, 14,1% del Centro-Sud de América, 12,7% de Asia, 14,2% del resto de Europa, 15,0% del Magreb y un 15,6% del resto de África; diferencias no significativas. En la población inmigrante, se observa una asociación significativa de la prematuridad extrema con: tener más de 34 años frente a tener menos de 20 (OR = 1,6; IC 95%: 1,0-2,5), tener un parto con cesárea frente a uno normal (OR = 1,7; IC 95%: 1,3-2,1), haber tenido más de dos partos anteriores versus menos de dos (OR = 2,2; IC 95%: 1,5-3,3), y nacer en un hospital público frente a uno privado (OR = 5,2; IC 95%: 2,7-10,1). No se encuentra significación estadística con el sexo del nacido, parto múltiple, región sanitaria y año de estudio.

**Conclusiones:** La población autóctona presenta más prematuridad global que la inmigrante aunque la diferencia no es significativa. En cambio, la prematuridad extrema es significativamente superior en la población inmigrante respecto a la autóctona. La prematuridad extrema es más elevada cuando la edad de la madre es mayor a 34 años, ha tenido al menos dos partos anteriores, el parto es por cesárea y en un hospital público.

P-034

P-035

**IMPACTO DE LA INMIGRACIÓN SOBRE LA FECUNDIDAD Y EL RIESGO PERINATAL DE NACIDOS EN CATALUÑA 2000-2005**

A. Freitas, G. Ribas, R. Gispert, A. Puigdefàbregas, R. Bosser, M. Torné, M. Jane et al

*Servei d'Informació i Estudis. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Programa de Salut Maternointantil. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.*

**Antecedentes y objetivos:** La tasa de natalidad en Cataluña ha aumentado un 25% en los últimos 5 años, incremento que se atribuye principalmente a la inmigración. El objetivo es analizar la evolución de la tasa de fecundidad y de los factores de riesgo perinatal de los nacidos de mujeres residentes en Cataluña según nacionalidad.

**Métodos:** Los datos proceden de las estadísticas oficiales de natalidad de Cataluña y de las poblaciones del padrón continuo del Instituto de Estadística de Cataluña para el período 2000-2005. Se calcula la tasa de fecundidad global [(Nº total de nacimientos/población femenina en edad fértil 15-49 años) x 1.000 mujeres] y por grupo de edad [(Nº de nacidos de mujeres de edad i/Nº total de mujeres edad i) x 1.000 mujeres] y se describen los factores de riesgo perinatal (prematuridad: < 37 semanas, bajo peso: < 2.500 grs. y multiplicidad: > 1 feto por embarazo). Se utiliza la variable "Nacionalidad de la madre" agrupada en española y extranjera.

**Resultados:** Se registraron 425.638 nacidos vivos, el 15,4% de mujeres extranjeras. La tasa de fecundidad del período fue de 73 por 1.000 en las mujeres extranjeras y de 39 por 1.000 en las mujeres españolas. En este período las tasas de las extranjeras descienden (101,48-64,33 x 1.000 mujeres) y las de españolas aumentan discretamente (37,03-41,48 x 1.000 mujeres). La mayor tasa de fecundidad en las extranjeras se observa entre los 20 y 24 años (172,11-85,22 x 1.000 mujeres) y entre los 25 y 29 años (158,05-85,90 x 1.000 mujeres) y en las españolas entre los 30 y 34 años (104,04-110,54 x 1.000 mujeres). La prematuridad, bajo peso y multiplicidad fue superior en los nacidos de mujeres españolas (6,9%, 7,9%, 3,9%) que de mujeres extranjeras (6,3%, 6,4%, 2,4%) y las diferencias se mantienen a lo largo del tiempo.

**Conclusiones:** A pesar de los posibles problemas de calidad de la información, los datos muestran que la fecundidad es muy superior en las mujeres extranjeras, principalmente en los grupos de edad medios; sin embargo las proporciones de nacidos con factores de riesgo perinatal son superiores en los nacidos de mujeres españolas.

*Financiación. El presente trabajo ha contado con la financiación del ISCIII (RCESP C03/06).*

**CONDICIONES DE EMPLEO Y SALUD EN INMIGRANTES. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LA LITERATURA CIENTÍFICA (1985-2005)**V. Porthé, E. Ahonen, M. Amable, J. benach, F.G. Benavides, M.L. Vázquez et al  
*Unitat de Recerca en Salut Laboral. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona. Servei d'Estudis. Consorci Hospitalari de Catalunya.*

**Antecedentes y objetivos:** Las últimas décadas se caracterizan por un acelerado crecimiento de los flujos migratorios por motivos económicos. Los sectores económicos donde se insertan los trabajadores inmigrantes presentan mayores tasas de contratación temporal. Una característica emergente de los mercados de trabajo actuales es la precariedad laboral asociada a la temporalidad. Sin embargo, se desconocen rasgos de la precariedad relacionados con la salud de los inmigrantes. Este trabajo presenta la evidencia científica internacional sobre condiciones de empleo y salud en trabajadores inmigrantes.

**Métodos:** Se realizó una búsqueda sistemática en Pubmed, PsycInfo e ISI Knowledge. Se utilizaron términos MESH para los temas centrales, incluyendo otras palabras claves proporcionadas por el buscador. Los artículos se seleccionaron siguiendo el proceso: 1) lectura del título y resumen, en inglés o castellano; 2) lectura del texto completo de los artículos seleccionados; 3) eliminación de los artículos no relacionados; 4) lectura de artículos definitivos. Se obtuvieron 276 artículos, 58 fueron finalmente incluidos. Los temas referidos pueden agruparse según: Características de empleo (n = 15), Riesgos y accidentes laborales (n = 15), Salud (n = 13), Diferencias entre grupos (n = 11), Políticas relacionadas con inmigración (n = 4).

**Resultados:** Las características de empleo describen la temporalidad, bajos ingresos y pocas posibilidades de promoción. La participación sindical es escasamente descrita, refieren la baja participación sindical y las dificultades para asociarse debido a la alta inseguridad en el empleo y al bajo sueldo. Los estudios que analizan los riesgos y accidentes laborales, describen más riesgos entre los inmigrantes, señalando que los sectores más riesgosos (agricultura y construcción) son asumidos principalmente por los inmigrantes. Relacionado con la salud, señalan problemas musculoesqueléticos, traumatismos e infecciones respiratorias, y los de salud mental, describen algunos casos asociados a condiciones de trabajo (estrés, frustración o insatisfacción en el trabajo), y el consumo de alcohol y medicamentos. Los estudios que analizan las políticas relacionadas con la inmigración, señalan las dificultades para combinar el desarrollo económico con el político a través del acceso a derechos básicos.

**Conclusiones:** Hasta el momento la información disponible es escasa y poco comparable. Los componentes relacionados con las condiciones de empleo explican sólo una parte de la situación laboral de los inmigrantes. Sin embargo no permiten profundizar en el conocimiento de la situación de precariedad laboral de los inmigrantes dentro del mercado laboral actual.

*Financiación. Proyecto Financiado por Fondo Investigaciones Sanitarias (FIS): Inmigración, trabajo y salud (PI050497).*

P-037

P-036

**PERCEPCIÓN SOBRE CONDICIONES DE TRABAJO Y SALUD DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE COLOMBIANA EN ALICANTE**A. Agudelo-Suárez, E. Ronda-Pérez, D. Gil -González et al  
*Facultad de Odontología. Universidad de Antioquia. Medellín-Colombia. Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Alicante- España.*

**Antecedentes y objetivos:** La inmigración en la actualidad ha tenido un impacto significativo en España y Colombia es uno de los países con mayor presencia de inmigrantes. Como principales motivos están el económico y el laboral. Estudiar la relación entre las condiciones de trabajo y su impacto sobre la salud es un elemento importante para la salud pública. El objetivo es explorar la autopercepción acerca de las condiciones de trabajo y salud de la población inmigrante colombiana en la provincia de Alicante.

**Métodos:** Se han realizado 11 entrevistas y 2 grupos de discusión a trabajadores colombianos con y sin permiso de trabajo y residencia que llevan más de 6 meses en Alicante, contactados a través de organizaciones de apoyo a la inmigración. Fueron grabadas y transcritas con el consentimiento de los participantes y analizadas en categorías iniciales y emergentes.

**Resultados:** La migración es una alternativa de mejora de las condiciones laborales y de oportunidades para el sostenimiento de sus familias; frente a unas condiciones de trabajo en Colombia percibidas como inestables en salarios, contratación, discriminación por edad y precariedad laboral en trabajadores cualificados. Manifiestan temor a la pérdida del trabajo, por la competencia de trabajadores autóctonos, de inmigrantes subsaharianos y de otras nacionalidades. La ganancia de espacios en el ambiente laboral, genera oportunidades de reconocimiento y respeto a su condición de inmigrante; por encima de los sentimientos de marginación y exclusión. La percepción de la situación de salud no está solo en el ámbito ocupacional, está relacionada con las condiciones de vida y la forma como ven la enfermedad, está implícita en las condiciones de trabajo, que solo se manifiesta cuando impide el cumplimiento de las actividades cotidianas; se refieren al síndrome del inmigrante como una etapa de adaptación psicológica, con síntomas como el estrés, desarraigo y añoranza de las costumbres del país de origen, depresión y angustia. Carecen de espacios de recreación y uso del tiempo libre, no practican deporte; piensan que su alimentación es equilibrada y a horas reguladas, en lo posible. En cuanto a las expectativas de futuro, piensan radicarse en España y el regreso a Colombia estaría condicionado al mejoramiento de la situación socio-política y económica del país.

**Conclusiones:** En general los trabajadores inmigrantes entienden su situación laboral como una estrategia de supervivencia, con algunas dificultades de adaptación y perciben algunas enfermedades relacionadas con su contexto laboral así como otras de carácter físico y mental.

**PAPEL DE LA RED SOCIAL DE LAS MUJERES INMIGRADAS EN CATALUÑA EN EL PROCESO DE ACOMODACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD**

M. Masip, M. Mena, M. Pla et al

*Càtedra de Recerca Qualitativa. Psicologia social (UAB). IES. Fundació Dr. Robert.*

**Antecedentes y objetivos:** Esta comunicación pretende reflexionar sobre el papel que juega la red social del país receptor en la acomodación de diferentes colectivos de mujeres que inician un proceso migratorio propio o por reagrupación familiar. Esta reflexión nace a raíz de una investigación en la cual se analizaron las trayectorias de mantenimiento del bienestar de cuatro colectivos de mujeres inmigrantes (paquistaníes, rumanas, malienses y brasileñas), con la finalidad de revalorizar los proyectos de organización y participación de estas en el campo de la salud, así como los aspectos de negociación y acomodación entre las mujeres recién llegadas y la sociedad receptora, incluyendo el sistema de salud.

**Métodos:** La metodología usada fue cualitativa, realizándose entrevistas en profundidad y grupos triangulares a los diferentes agentes que intervienen en este proceso (profesionales de la salud, mujeres inmigrantes, miembros de asociaciones, etc.). A partir de la información obtenida se realizó un análisis de contenido y de discurso con la finalidad de conocer el papel de la red social de estas mujeres y su uso en el proceso de acomodación y de negociación con los servicios de salud. Las redes sociales analizadas fueron las redes egocéntricas de las distintas mujeres participantes en el estudio, lo que permitió analizar las relaciones de estas y su capital social.

**Resultados:** El análisis evidenció diferencias en los distintos colectivos en cuanto al uso de la red como apoyo material, emocional e instrumental en el proceso de acomodación y, como puerta de acceso y conocimiento de los recursos comunitarios y de salud del propio colectivo y los del país receptor. También se puso de manifiesto el papel que ejercen las asociaciones de/para inmigrantes en el proceso de acogida, sobretudo en los casos de las mujeres brasileñas o rumanas donde es su único referente y soporte en el país receptor. Se observó que en el caso de las mujeres malienses y paquistaníes la red familiar en el país de origen es central, cosa que dificulta en muchos casos su acomodación en el país receptor y el establecer relaciones que no sean con las mujeres de su propio colectivo. Esto se relaciona con el uso de un doble itinerario terapéutico: el sistema de salud y su propia medicina tradicional.

**Conclusiones:** Hay que tener en cuenta la red social de las personas inmigradas para hacer intervención comunitaria con el fin de fomentar el acceso y el uso a los recursos socio-sanitarios, así como para actuar de agentes de salud. Es clave la red como puente en el proceso de negociación y acomodación entre los diferentes actores sociales poniéndolos en relación y mediando entre ellos.

P-038

P-039

**ACCESO A LOS SERVICIOS Y NECESIDADES DEL PERSONAL SANITARIO EN LA ATENCIÓN AL INMIGRANTE**

R. Terraza Núñez, M.L. Vázquez Navarrete, I. Vargas Lorenzo, T. Lizana Alcazo et al

*Servei d'Estudis, Consorci Hospitalari de Catalunya. Pla Director d'Immigració, Departament de Salut de Catalunya.*

**Antecedentes y objetivos:** El rápido incremento de la población inmigrante en Cataluña ha planteado nuevos retos para el sistema de salud. A pesar de que sus problemas de salud no son muy distintos a los de la población autóctona, los profesionales se enfrentan a nuevas situaciones en el proceso de atención a este colectivo. Una respuesta generada a nivel de política de salud ha sido la implantación del Plan Director de Inmigración en Salud, que persigue, entre otros, mejorar el acceso a los servicios y responder a las necesidades de los profesionales. El objetivo es presentar el análisis de la bibliografía existente sobre acceso a los servicios de salud de la población inmigrante y las necesidades relacionadas del personal sanitario.

**Métodos:** Se realizó una revisión de la bibliografía, a través de la búsqueda exhaustiva y el análisis narrativo de la literatura científica sobre acceso y las necesidades del personal sanitario en la atención a la población inmigrante. Se seleccionaron los estudios: 1) revisión de títulos y resúmenes y 2) revisión y valoración de los textos completos. Los aspectos que se han tenido en cuenta en el análisis han sido: determinantes del acceso relativos a la población inmigrante y a los proveedores de servicios, proceso de atención a la población inmigrante desde la perspectiva de los proveedores, opiniones y necesidades del personal sanitario.

**Resultados:** Los determinantes del acceso analizados relativos a la población inmigrante se refieren a: factores predisponentes (nivel de información de los servicios, precariedad laboral, cultura, religión, idioma), recursos económicos disponibles y necesidades de atención (enfermedades comunes, importadas, reactivas a su situación y del entorno). Entre los relativos a los proveedores se encuentra las características de los recursos disponibles (normas administrativas, actitudes y creencias del personal sanitario, carga de trabajo) y la organización de la asistencia (horarios de atención, tiempos de consulta limitados). Los estudios sobre necesidades percibidas por el personal sanitario, escasos y sobre todo desde atención primaria, destacan: desconocimiento del abordaje transcultural, insuficiente conocimiento de enfermedades importadas, dificultades en el seguimiento, problemas de comunicación.

**Conclusiones:** Los estudios encontrados analizan el proceso de atención sobre todo en relación a la población inmigrante, los análisis de las necesidades del personal sanitario y del acceso desde la óptica de los proveedores ha tenido un desarrollo escaso.

*Financiación. Financiado por el Pla Director d'Immigració, Departament de Salut.*

**Intervenciones comunitarias****IMPLANTACIÓN DEL "PROGRAMA SALUT I ESCOLA". CREACIÓN DE LA CONSULTA ABIERTA (CA) EN EL CENTRO ESCOLAR**F. Güell, C. Moreno, E. Ramos, E. Picas, I. Vallverdú, A. Guarga et al  
*Regió Sanitària Barcelona (CatSalut). Institut Català de la Salut. Corporació Sanitària Parc Taulí. Departament d'Educació. Consorci Sanitari de Barcelona.*

**Antecedentes y objetivos:** La poca utilización de los servicios sanitarios, la baja percepción de riesgo y la adopción de estilos de vida asociados a hábitos perjudiciales pueden influir en la salud del adolescente. La evidencia científica muestra la necesidad de un abordaje coordinado y multidisciplinar para promover conductas saludables. La implantación del Programa incluye la formación de una CA en los centros educativos para atender las dudas sobre salud de los alumnos. Esta consulta se coordina con Atención Primaria, el centro de atención sexual y reproductiva, el centro de salud mental infanto-juvenil y la comisión de atención a la diversidad del centro educativo. El objetivo de este estudio es describir la implantación del Programa, la actividad realizada en las CA y valorar el grado de satisfacción de las enfermeras y profesores implicados.

**Métodos:** Intervención realizada a la población de 3º y 4º de ESO (4.256 adolescentes) de 34 centros de secundaria en el municipio de Sabadell (200.545 habitantes). Para la implantación se establecieron tres niveles de coordinación: institucional (colaboración entre educación, salud y Ayuntamiento), de entidades y proveedores (organización y seguimiento de la implantación) y en el centro educativo (formación de una comisión para integrar la enfermera en el centro, velar por los aspectos logísticos, de difusión y seguimiento). Los profesionales de la CA realizaron formación específica, se les facilitaron protocolos de derivación y hojas de registro de consultas. Cumplimentaron encuestas de satisfacción tanto ellos como los equipos docentes.

**Resultados:** El programa implantó CA de enfermería en el 94,1% de los centros (n = 32). Se atendieron 953 consultas de 812 adolescentes (19,1% de la población diana). El 61,7% fueron chicas. Los temas más consultados fueron: sexualidad/afectividad y salud alimentaria. Un 6,5% de los casos se derivaron, mayoritariamente a su médico o enfermera de Atención Primaria. El grado de satisfacción con el Programa fue de "bastante bueno" en las enfermeras y se valoró positivamente por la mayoría de los centros educativos.

**Conclusiones:** La adecuada difusión del Programa y la implicación de todas las instituciones que forman parte de él son las claves para el éxito de la implantación. El tiempo transcurrido desde la puesta en funcionamiento de la CA es insuficiente para valorar su impacto en salud. La coordinación institucional iniciada permitirá profundizar y establecer un abordaje conjunto de la promoción de la salud en el municipio.

P-040

P-041

**EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL MEDIO ESCOLAR SOBRE NUTRICIÓN**

J.R. Urbina Torija, S. Antón Martínez et al  
 Centro de Salud de Azuqueca de Henares. SESCAM. Catilla-La Mancha.

**Antecedentes y objetivos:** Describir los conocimientos básicos de nutrición que tiene los alumnos de segundo. Evaluar el impacto que sobre los mismos tiene una intervención educativa transversal breve.

**Métodos:** Se trata de un estudio de evaluación de una intervención comunitaria en la población escolar de Secundaria. La intervención fue una exposición oral de 30 min de duración, apoyada en presentación de diapositivas y con una gestión de aula próxima a la de Taller participativo. Los contenidos de la misma fueron: frecuencia de ingesta diaria, contenido del desayuno saludable, grupos de alimentos y su ingesta diaria y semanal, alimentos con contenido en colesterol y calcio. Previa a la intervención y posteriormente se pasaron los mismos cuestionarios que contenían los ítem de la intervención más los de; quien le enseña y si piensa que necesita información al respecto. Los datos se registraron y trataron por software específico. Se testó la significación de las diferencias mediante test de Chi-cuadrado con un valor de  $p = 0,05$ .

**Resultados:** 298 alumnos incluidos, con más mujeres 56% (50,4-61,7) y con edad de 13 años (57,4%), 14 (33,9%) y 15 (8,7%). El 49,3% (43,6-55) afirmaba necesitar información al respecto, aunque en el 95% (92,5-97,4) la recibían de sus padres, el 43,6% (38-49,3) de los sanitarios, y tan sólo 10,4% (6,9-14,9) de sus profesores. A pesar de esto la encuesta demostró conocimientos deficientes. Sólo el 40,6 (35-46,2) tomaban 5 comidas al día, el 11% (7,4-14,7) no desayunaba, y los que lo hacían tomaron 3 alimentos en el 19% (14,1-24). Sólo conocían 7 alimentos con colesterol el 6,4%(3,5-9,2) y 4 alimentos con calcio el 13,9% (9,9-18), la ingesta diaria que decían realizar fue correcta en el 9,5% (6-12,9) y la semanal en un 7,2% (4,2-10,3). Después de una semana de la intervención las respuestas a la encuesta mejoraron: 18,1%(13,7-22,5) la frecuencia de la ingesta, 19,4% (14,8-23,9) los contenidos del desayuno, 32,3% (26,8-37,7) los conocimientos del colesterol, 36,4% (30,8-42) los del calcio, 31,7% (26,3-37,1) la frecuencia diaria de nutrientes y el 35,7% (30-41,4) la frecuencia semanal de ingesta en principios inmediatos.

**Conclusiones:** Los niños de 2º de secundaria no muestran tener conocimientos suficientes para realizar una alimentación saludable, sin embargo una intervención transversal en el ámbito escolar mejora entre un 18-36% los mismos.

**SEÑORAS, SEÑORES: ES LA HORA DE LA BICICLETA**

D. González López et al  
 Bicicleta Club de Catalunya - BACC.

**Antecedentes y objetivos:** La OMS destaca la bicicleta como una de las soluciones para combatir las enfermedades derivadas del sedentarismo, segundo factor de riesgo para la salud en la U.E. Recomienda su uso tanto para el ocio como para el desplazamiento habitual. La bicicleta es una actividad física suave, practicable a cualquier edad. Se disfruta al aire libre, promueve las relaciones sociales y reconforta a nivel físico y psicológico. En Barcelona, 40.000 ciclistas circulan diariamente y los fines de semana esta cifra se triplica. Según el National Forum for Coronary Heart Disease Prevention de Inglaterra, en el 1990, un 10% de los hombres adultos y un 33% de las mujeres no sabían montar en bicicleta. No existen datos en nuestro país, pero teniendo en cuenta estos porcentajes, creemos que pueden ser todavía más elevados. ¿Señoras, señores: es la hora de la bicicleta? es un proyecto del Bicicleta Club de Catalunya? BACC que nació en el 2.001 con el objetivo de introducir el uso de la bicicleta entre los adultos que no saben montar o circular por ciudad.

**Métodos:** El proyecto consta de talleres y cursos de iniciación y circulación, información y asesoramiento sobre la bicicleta urbana y descuentos en comercios y servicios. Los talleres y cursos se organizan en centros cívicos y directamente desde el BACC. Los cursos están abiertos a la población en general y son los adultos que voluntariamente se inscriben abonando una cuota. Los cursos se realizan en un parque tranquilo y en grupos. Incluyen la bicicleta, el monitor, un seguro, el carnet del BACC y un diploma que se entrega al finalizar. La metodología de enseñanza es fácil de realizar por todo tipo de personas que tengan capacidad física normal. Se parte de ejercicios sencillos que permiten crear confianza y seguridad. Hay que tener en cuenta que muchos alumnos no están habituados a realizar ningún tipo de ejercicio y no tienen flexibilidad.

**Resultados:** 1.622 personas han participado, de los cuales 1.153 han aprendido a ir en bicicleta desde 0. La edad media ha sido de 44 años y el 88% de los alumnos han sido mujeres. Los resultados de una encuesta realizada entre 307 alumnos en el 2.006 muestra que 1 de cada 4 alumnos (24%) no realizan ninguna actividad física en el tiempo de ocio. Por otro lado, los alumnos valoran el curso con una nota de 7,88 sobre 10 y el 71% declara que la experiencia ha sido mejor de lo que esperaba.

**Conclusiones:** El proyecto actúa sobre la población adulta sedentaria en 1 de cada 4 casos, llevándola al terreno de la actividad física y por tanto de la salud y la prevención. El proyecto resulta muy atractivo ya que representa una segunda oportunidad de aprender algo tan básico y divertido como ir en bicicleta, descubrir una manera saludable de moverse, disfrutar del tiempo libre y/o socializar, sin tener que desplazarse fuera del entorno urbano habitual.

**Financiación.** PAAS-Pla integral per a la promoció de la salut mitjançant l'activitat física i l'alimentació saludable.

P-043

P-042

**PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ADOLESCENTES: PROGRAMA "FORMA JOVEN"**

I. Fuentes Caro, L.M. Fernández Regatillo, S. Ortiz Molina, C. Zamora Fuentes et al  
 Consejería de Salud. Dirección General de Salud Pública y Participación.

**Antecedentes y objetivos:** Desde las Instituciones Públicas tenemos la responsabilidad de desarrollar estrategias válidas que permitan a adolescentes y jóvenes elaborar respuestas adecuadas a aquellos problemas que pueden poner en peligro su salud. Una respuesta ante las situaciones de riesgo de estas edades es la puesta en marcha en 2001 del Programa Interinstitucional (salud/educación/igualdad y bienestar social) de Promoción de la Salud en Jóvenes y Adolescentes FORMA JOVEN. La meta del programa es mejorar la respuesta a los problemas de salud de adolescentes y jóvenes y sus objetivos más prioritarios son: 1) Acercar la atención al espacio habitual de los jóvenes; 2) Aportar instrumentos para afrontar los riesgos Hacer compatible salud y diversión; 3) Asesorar informando y formando, para hacer posible la elección de la conducta más favorable.

**Métodos:** El programa contempla asesorías de información y formación tanto individuales como grupales, desarrolladas principalmente en los centros de enseñanza secundaria y enmarcadas en tres áreas: Afectivo-sexual, adicciones y salud mental. Siguiendo las recomendaciones de la OMS, se desarrolla en el nivel local, potenciando la participación de los propios jóvenes como mediadores. Asimismo, el programa es intersectorial, implicando varios Departamentos de la Junta de Andalucía y sus profesionales en los niveles central, provincial y local, que se traducen en una Comisión Autonómica y ocho Provinciales. Cuenta con una Secretaría Técnica y programa Formativo inicial y por áreas.

**Resultados:** Desde el año 2002, con 168 centros de Enseñanza Secundaria, el programa se ha ido extendiendo a un total de 407 inscripciones para el curso 2006-2007 sobre un total de 1.253 centros, lo que representa una cobertura de un 32,48% sobre el total de centros públicos andaluces de educación secundaria. En un estudio de opinión y satisfacción realizado con datos de la provincia de Sevilla del año 2005 encontramos una cobertura de un 8,3% en asesorías individuales y de un 34,9% en las grupales.

**Conclusiones:** La evidencia científica avala la eficacia de las intervenciones tempranas, en la infancia y adolescencia sobre los niveles de salud posterior. Desde esa perspectiva Forma Joven posee un potencial extraordinario en la promoción de la salud. En cinco años el programa no solo se ha consolidado sino que se ha duplicado en número de centros y población beneficiaria. Los retos de futuro pasan por potenciar el área de salud mental e incorporar otras áreas claves como alimentación saludable y ejercicio físico así como ampliar la oferta del programa a los Centros Concertados y a otros espacios comunitarios (asociaciones, municipios, universidades, etc.) priorizando las zonas con necesidades de transformación social.

**INTERVENCIÓN DE SALUD PÚBLICA EN UN BROTE DE SARAMPIÓN EN UNA GUARDERÍA DE BARCELONA**

E. Masdeu, R. Gallardo, N. Perich, M. Sanz et al  
 Servicio de Epidemiología Agencia de Salud Pública de Barcelona.

**Antecedentes y objetivos:** En la ciudad de Barcelona entre octubre del 2006 al 12 de febrero del 2007 se produjo una epidemia de sarampión. En este período se investigaron 105 casos sospechosos de sarampión. El 79% de los casos fue en niños entre 0-4 años, 12 de los cuales estaban escolarizados originando 5 brotes escolares. El objetivo de esta comunicación es describir la intervención realizada en una guardería de Barcelona.

**Métodos:** Tras la notificación a la ASPB de un caso de sarampión en una niña se inició la investigación contactando con la familia. Se descartaron actividades extra-escolares. Se comprobó que estaba escolarizada, se contactó con la guardería, se censaron los contactos escolares y se valoró la necesidad de intervenir en el centro, según el período de exposición (el último día que asistió el primer caso fue el 23 de enero de 2007). Las actividades realizadas fueron: programación de la actuación, revisión de carnets y vacunación en los casos indicados. En el caso de las ausencias, se contactó con las respectivas familias como método de búsqueda activa de posibles casos, se revisó telefónicamente su estado vacunal y en los casos indicados se recomendó su vacunación. Finalmente, se evaluó la actividad con un registro del número de carnets revisados y de vacunaciones realizadas.

**Resultados:** El 30 enero de 2007 se notificó un caso sospechoso diagnosticado el día anterior en una niña de 18 meses no vacunada. El 1 de febrero de 2007 se realizó la actuación en la guardería, con un total de 48 alumnos, distribuidos en 3 clases, 31 de estos niños eran vacunables. Se revisaron 11 carnets, se vacunaron 22 niños y 7 padres. El profesorado del centro ya estaba inmunizado. Se constató que 3 niños no se vacunaron porque no se autorizó la vacunación y 6 estaban ausentes. De éstos últimos, 4 eran menores de 15 meses y, por tanto, no estaban vacunados, y 2 tenían entre 15-24 meses de los que sólo uno de ellos estaba vacunado con una dosis de Triple Vírica. Se registraron 5 casos secundarios distribuidos de la siguiente manera: 2 de la clase A, 2 casos de la clase B y 1 de la clase C que iniciaron síntomas entre el 2-9 de enero. Finalmente se notificó un caso terciario que inició síntomas el 16 de enero de 2007 de la clase A.

**Conclusiones:** La evolución de este brote nos sugiere que la rapidez en actuar no es el único factor que condiciona el desarrollo de los brotes. Así, factores como: dificultades en el consenso de criterios de intervención desde los diferentes niveles asistenciales, o para contactar con las familias y la presión propia de un contexto de epidemia influyen en estos procesos. No obstante se resalta la importancia de notificar urgentemente y de aplicar medidas preventivas precoces a partir de un diagnóstico por sospecha.

P-044



P-045

**INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN EN CENTROS RESIDENCIALES GERIÁTRICOS**I.M. Moix Manubens, M.T. Campanera Radua et al  
*Catsalut. Regio Sanitaria Catalunya Central.***Antecedentes y objetivos:** Evaluar la mejora de los indicadores de calidad de prescripción en las residencias geriátricas de la región sanitaria Catalunya Central a lo largo de dos años de intervención.**Métodos:** Estudio descriptivo y comparativo antes-después (período 2004-2006)  
**Ambito:** Centros residenciales geriátricos de la Región Sanitaria Catalunya Central (86 centros que cuentan con 4.424 plazas). **Desarrollo del programa:** Presentación del proyecto a gerencia de los centros, envíos periódicos de información farmacéutica (cuadro de mando) a cada centro, entrevistas con los profesionales sanitarios de las residencias, reuniones en los equipos de atención primaria responsables de la prescripción en esos centros. **Variables principales:** Indicadores de calidad de prescripción seleccionados y consensuados en la unidad de farmacia de la región sanitaria: coste/plaza, porcentaje del gasto en absorbentes de incontinencia urinaria, porcentaje de utilización de absorbentes tipo super noche, especialidades farmacéuticas genéricas, novedades terapéuticas, utilización de los AINE recomendados (ibuprofeno, naproxeno y diclofenaco), coste de DDD del grupo N05A y porcentaje de DDD de antipsicóticos atípicos.**Resultados:** El incremento en la prescripción de medicamentos genéricos desde el inicio de la intervención ha sido de un 34,5%, en cuanto a la prescripción de novedades terapéuticas el decremento ha sido del 12,4%. En los grupos terapéuticos específicos la variación en los resultados no ha sido tan significativa.**Conclusiones:** Los resultados que se obtienen a lo largo de estos dos años de intervención se consideran positivos en la mejora de la calidad de prescripción. Es necesaria una revisión y actualización anual de los indicadores así como la realización de actuaciones enfocadas a grupos terapéuticos concretos para obtener mejores resultados en la utilización de medicamentos en residencias geriátricas.