

SALUD MENTAL

Sábado 8 de octubre de 2011. 11:00 a 12:00 h

Aula 2 – Facultad de Medicina

Comunicaciones orales (10 minutos)

Modera: Javier Olivera Pueyo

353. PREDICTORES DE CRONIFICACIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL EN LOS TRASTORNOS MENTALES COMUNES

C. Romero, C. Fernández-Labandera, A. Fernández-Meseguer, P. Martínez-Muñoz, M. Ruiz-Moraga, L. Quevedo-Aguado, E. Calvo-Bonacho, J.C. Sainz

Ibermutuamur.

Antecedentes/Objetivos: Desarrollar un modelo de predicción de la duración de la incapacidad temporal por contingencias comunes (ITCC) en los trastornos mentales más frecuentes (TMC).

Métodos: Estudio observacional prospectivo. Selección por admisión consecutiva de una muestra de 3.474 trabajadores en situación de ITCC por trastornos depresivos (n = 1.165), neuróticos (n = 1.116) o reacciones de adaptación (n = 1.193), pertenecientes a la población protegida de una mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Se definió un estándar de duración de la ITCC utilizando la mediana como punto de referencia. Posteriormente, mediante árboles de clasificación para identificar las variables demográficas, laborales y clínicas relacionadas con superar el estándar, se diseñaron modelos de predicción del riesgo, divididos en 5 niveles: riesgo muy bajo (0-20% de posibilidades de superar el estándar de duración); bajo (20-40%); medio (40-60%); alto (60-80%); muy alto (80-100%).

Resultados: Los estándares de duración obtenidos fueron: 104 días para los trastornos depresivos; 80 días para los trastornos neuróticos; 81 para las reacciones de adaptación. En todos los casos resultó posible definir un sistema de previsión del riesgo de superar la duración estándar a partir de variables que, en su mayor parte, se encuentran ya presentes en el momento de la evaluación inicial del caso. La comorbilidad fue el predictor más potente. Además, resultaron significativos: necesidad de asistencia especializada, modalidad de pago durante la baja (régimen general/autónomo/desempleo), ocupación, ITCC previa; distancia domicilio-trabajo, base reguladora (ingresos) y edad. Una vez elaborado el modelo se sometió a análisis confirmatorio (ANOVA). Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en la duración de la ITCC en base al nivel de riesgo asignado por los modelos ($p < 0,01$).

Conclusiones: Los TMC se asocian con periodos de ITCC muy prolongados, situándose así entre patologías que más costes indirectos generan. Modelos como los presentados facilitan una gestión sanitaria estratégica, basada en la identificación de grupos de riesgo y de buen pronóstico, que orientan el diseño de programas especiales y la utilización eficiente de unos recursos (asistenciales y prestaciones de Seguridad Social) por definición limitados (asistenciales y prestaciones de Seguridad Social). Se discuten las implicaciones respecto de la necesidad de mejorar el acceso de los pacientes con patologías leves-moderadas a recursos especializados o acordes con las guías clínicas, la atención a la comorbilidad y el control del fraude.

Financiación: Investigación financiada según la Orden TIN/1902/2009, de 10 de junio (Premios FIPROS, Fondo para el Fomento de la Investigación de la Protección Social).

419. ATENCIÓN A USUARIOS CON SANCIÓN ADMINISTRATIVA POR CONSUMO/TENENCIA DE DROGAS EN VÍA PÚBLICA

A. Velázquez Hernández, A. Jiménez Arnedo, M.A. Álvarez Tornero, I. Junco Torres, Profesionales de los Centros Madrid Salud (CMS)

Servicio de Prevención, Promoción de la Salud y Salud Ambiental, Instituto de Salud Pública, Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: El consumo de las llamadas drogas ilegales se inicia en la adolescencia, según el SIVFRENT-J 2009. En la Comunidad de Madrid la droga más frecuentemente consumida es el hachís, un 18,4% de los jóvenes lo ha consumido alguna vez en los últimos 12 meses. Desde abril de 2006, en los CMS se realiza la atención a usuarios que son sancionados por consumo o tenencia de drogas en la vía pública. Esta intervención se plantea para intentar evitar que el consumo inicial de drogas ilegales derive en abuso. **Objetivos:** Describir la atención que se realiza con estos usuarios y analizar las características: edad, sustancias de consumo y número de usuarios que acuden a los CMS desde abril de 2006 hasta diciembre de 2010.

Métodos: Se realiza una serie de entrevistas: Entrevista inicial: situación familiar, situación laboral. Influencia del consumo en el desempeño de las actividades. Aspectos emocionales: presiones externas que influyen en el consumo. Patrones de consumo. Circunstancias de la sanción. Explicación de la actividad, aceptación de sus condiciones y compromiso de adherencia. Entrevistas de seguimiento: en el caso de que abandonen el consumo sin dificultad, la entrevista se centra en el refuerzo positivo del abandono. Si el abandono del consumo supone dificultades y riesgo de recaída, se exploran síntomas tanto físicos como psíquicos derivados de la abstinencia y se trabajan los beneficios subjetivos del abandono. Si hay recaída, se exploran las circunstancias y las causas, reforzando los logros de la abstinencia. En los casos reticentes, se ofrece la posibi-

lidad de valoración por los profesionales de salud mental y trabajo social del centro.

Resultados: Los usuarios son jóvenes provenientes de familias no desestructuradas, con un entorno social normal, sin patología mental ni antecedentes delictivos y que refieren un consumo desde la adolescencia (13 a 15 años), con un patrón de consumo esporádico en el caso de la cocaína y regular en el caso del cannabis. En la intervención se muestran receptivos y comunicativos. Las recaídas son escasas y la adherencia muy buena. La mayoría describe la actividad como una experiencia positiva. En este periodo se ha atendido a 1.221 usuarios, el 55,7% menores de 25 años y en este grupo de edad el 45% son menores de 21 años. El cannabis se detecta en el 76,3% de los usuarios, seguido de la cocaína con un 21,5%.

Conclusiones: Las actividades de promoción de la salud pueden constituir una herramienta muy valiosa para evitar la caída en el abuso de drogas ilegales, a la vez que se favorecen hábitos de vida saludables.

690. ANÁLISIS DEL IMPACTO DEL TRABAJO REPRODUCTIVO SOBRE LA SALUD MENTAL DE MUJERES Y VARONES EN ESPAÑA

I. Ruiz-Pérez^{a,b}, I. Ricci-Cabello^{a,b}, J. Plazaola-Castaño^{a,b}, I. Montero-Piñar^{b,c}

^aEscuela Andaluza de Salud Pública, ^bConsejería de Salud de la Junta de Andalucía, ^cCIBER de Epidemiología y Salud Pública, ^dUniversidad de Valencia.

Antecedentes/Objetivos: Diversos estudios han observado que ciertas características sociodemográficas, como el estado civil, la situación laboral o la clase social, pueden afectar la salud mental de mujeres y varones de forma desigual. No obstante, hasta ahora existe escasa información sobre el impacto del trabajo reproductivo sobre la salud mental de ambos sexos. El objetivo del presente estudio es analizar las diferencias en el efecto del trabajo reproductivo sobre la salud mental de mujeres y varones.

Métodos: Estudio transversal en el cual se analizó a 29.478 personas, siendo la fuente de información la Encuesta Nacional de Salud 2006. La variable dependiente fue la morbilidad psíquica, la cual se midió mediante el cuestionario GHQ-12. Las variables independientes analizadas fueron: convivir con personas que necesitan cuidados (PNC) (no, sí), participar en las tareas de cuidado (no, sí), número de horas dedicadas a las tareas de cuidado (< 5 , entre 5 y 10, > 10), personas con las que se comparte el cuidado (con la pareja, con otra persona que no es la pareja, con nadie) y el tipo de PNC (menor de 15 años, mayor de 74 años, persona discapacitada y más de un tipo de PNC). Esta última variable se estudió de forma independiente en personas que conviven pero no cuidan, personas que cuidan y cuidadores/as principales. Además, se incluyeron variables sociodemográficas y psicosociales como variables de ajuste. Se llevó a cabo un total de 8 regresiones logísticas binarias de forma independiente para ambos sexos.

Resultados: Las mujeres participaron en la realización de cuidados informales con una frecuencia más de 2 veces mayor que los hombres. En ambos sexos la probabilidad de morbilidad se duplicó cuando convivían con PNC. A diferencia de los varones, en las mujeres se observó una relación directa entre número de horas dedicadas al cuidado y probabilidad de morbilidad. En cuanto al efecto de los diferentes tipos de PNC, se observó en mujeres una mayor probabilidad de morbilidad al encargarse del cuidado de discapacitados/as o de varios tipos de PNC, mientras que en varones no se observó asociación alguna con el tipo de PNC.

Conclusiones: Existen importantes diferencias entre mujeres y varones en el impacto del trabajo reproductivo sobre su salud mental, lo

cual confirma que el cuidado informal podría repercutir en el desarrollo de desigualdades en salud. Las políticas dirigidas a complementar el cuidado formal e informal y a compartir equitativamente la carga del cuidado podría aliviar el impacto negativo en el bienestar de las cuidadoras.

807. MALTRATO PSICOLÓGICO Y DEPRESIÓN POSPARTO. ESTUDIO DE COHORTES PROSPECTIVO

V. Escribà-Agüir, M. Vanaclocha-Espí, L. Artazcoz, I. Ruiz-Pérez, M. Royo-Marqués

CSISP, Generalitat Valenciana; CIBERESP; EASP, Granada; Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: La literatura que valora el efecto del maltrato psicológico por parte de la pareja (MPP) sobre la depresión posparto, utilizando un diseño longitudinal, es escasa. Los objetivos son: a) describir el patrón de depresión desde el inicio del embarazo hasta los 12 meses tras el parto y b) determinar si el MPP y otros factores psicosociales (apoyo social y acontecimientos vitales desfavorables) predicen la aparición de depresión posparto.

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo realizado sobre un muestreo sistemático de 1.336 mujeres que acudían a las visitas de control prenatal de atención primaria (Comunitat Valenciana), captándose al inicio del primer trimestre del embarazo (fase I) y realizándose 3 seguimientos: inicio del tercer trimestre de embarazo (fase II), 5 (fase III) y 12 meses posparto (fase IV). La variable respuesta es la aparición de depresión a los 3 o 12 meses posparto, valorada por la escala de depresión posparto de Edimburgo (punto de corte el 10/11). Las variables explicativas, medidas en las fases I, II y III, son: a) MPP, valorada por la versión española validada del "Abuse Assessment Screen" y b) factores psicosociales: apoyo social (tangible, emocional, afectivo, instrumental) y acontecimientos vitales desfavorables. Las variables de ajuste fueron: edad, nivel de estudios, estado civil y país de origen (medidas en la fase I). Se han ajustado modelos de regresión logística multivariados tipo GEE, específicos para el análisis de datos longitudinales, calculando las *odds ratios* ajustadas (ORa) y sus intervalos de confianza del 95% (IC 95%).

Resultados: La prevalencia de la depresión al inicio del primer trimestre del embarazo es del 15%, su incidencia a los 5 y 12 meses posparto es de 12,2 y 10%, respectivamente. Los factores que predicen la aparición de depresión entre los 5 y 12 meses posparto son: la presencia de maltrato alguna vez en la vida (ORa = 1,83; IC 95%, 0,92-3,62), de MPP (ORa = 4,20; IC 95%, 1,84-9,60), de depresión al inicio del primer trimestre del embarazo (ORa = 3,70; IC 95%, 2,11-6,49), de bajo apoyo afectivo (ORa = 5,75; IC 95%, 2,84-11,65), de bajo apoyo tangible (ORa = 1,74, IC 95%, 1,03-2,93) y sufrir acontecimientos vitales desfavorables (ORa = 1,77; IC 95%, 1,11-2,84). El bajo apoyo emocional e instrumental no está asociado con la depresión posparto.

Conclusiones: El MPP y el bajo apoyo son potentes predictores de la depresión posparto. La identificación precoz del maltrato al inicio del embarazo e instauración de estrategias de intervención contribuirán a reducir la incidencia de la depresión postparto.

Financiación: FIS-FEDER PI06/1565 y PS09/00523.